

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**L'infidélité et la confiance : défi pour la prévention du
VIH/sida auprès des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel
régulier et vivant en situation de pauvreté**

Par
Jacqueline Rodrigues de Lima

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de docteur en Santé publique option Promotion de la santé

Juin, 2008

© Jacqueline Rodrigues de Lima, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**L'infidélité et la confiance : défi pour la prévention du
VIH/sida auprès des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel
régulier et vivant en situation de pauvreté**

Présentée par :
Jacqueline Rodrigues de Lima

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Dedobbeleer
Présidente-rapporteuse

Michel Perreault
Directeur de recherche

Denise Gastaldo
Codirectrice de recherche

Sylvie Gendron
Membre du jury

Charmain Levy
Examinatrice externe

Nicole Leduc
Représentante du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, les Brésiliennes contractent principalement le VIH/sida en contexte hétérosexuel. Parmi elles, les femmes dont le partenaire sexuel est régulier courent les plus grands risques puisqu'elles ne sont pas ciblées par les programmes d'intervention. Cette étude qualitative-féministe a été développée à partir du paradigme critique social et réalisée à Goiânia, Brésil, auprès de femmes vivant en situation de pauvreté et dont le partenaire sexuel est régulier. Le but de la recherche était d'explorer comment ces femmes perçoivent et gèrent leur potentiel de risque vis-à-vis du VIH/sida, de même que d'explorer avec elles les stratégies à développer pour se protéger de cette maladie. La collecte de données a été réalisée au moyen de six groupes de discussion et de onze entrevues individuelles. Les résultats de cette étude indiquent que la perception et la gestion du risque relèvent d'une structure complexe, construite à l'intérieur de la vie de couple et fortement influencée par les normes sociales élaborées à partir des rôles attribués au genre. Selon les participantes, le risque associé au VIH est lié à l'infidélité du partenaire sexuel régulier des femmes. Dans le contexte de la relation, la confiance devient une stratégie de gestion du risque qui prend plusieurs formes dont chaque femme peut expérimenter plusieurs types lorsqu'elle évalue la qualité de la relation. Un autre élément à considérer est que les femmes ne veulent pas utiliser le condom indéfiniment pour la prévention du VIH/sida, mais si elles le proposent à leur partenaire, c'est lui qui, en définitive, détient le pouvoir décisionnel. L'expérience collective, développée par quelques participantes (proposition d'utilisation du condom), a facilité le processus de négociation du recours au condom avec le partenaire. Cette thèse indique que les femmes ont le potentiel d'identifier collectivement leur problème et de développer des stratégies, moteurs de changement dans leur vie privée et communautaire. Cependant, la prévention du VIH/sida auprès de femmes vivant en situation de pauvreté dépend de l'évolution des structures brésiliennes tant sociales, économiques, éducationnelles que politiques, lesquelles maintiennent des inégalités au sein de la société et, aussi, entre les hommes et les femmes. Finalement, cette thèse suggère l'importance d'adopter des approches participatives et sensibles au genre qui favorisent la construction de stratégies de prévention cohérentes à chaque communauté.

Mots clés : Prévention du VIH/sida, recherche qualitative, recherche féministe, inégalités de genre, partenaire sexuel régulier, promotion de la santé.

ABSTRACT

Currently, Brazilian women are mainly contaminated by HIV/AIDS in the context of heterosexual relationships. Among them, women who have a stable sexual partner are the ones at greater risk because they are not targeted by intervention programs. This qualitative-feminist study is based on the social critical paradigm and was undertaken in Goiânia, Brazil, with women who live in poverty with a stable sexual partner. The objective of the study was to explore how these women perceive and manage their potential risk in relation to HIV/AIDS, as well as to explore with them strategies they could develop to protect themselves from this disease. Data was collected through six focus groups and eleven individual interviews. The study results suggest that risk perception and management emerge through a complex structure, built inside the couple's life and strongly influenced by social norms associated with gender roles. According to the participants, HIV risk is related to the infidelity of a women's stable sexual partner. Within the context of their relationships, trust becomes a strategy to manage risk. Trust has many forms and each woman may employ several types of trust as she assesses the quality of her relationship. Another element to be considered is that women do not want to use condoms perpetually, but even if they propose it to their partners, it is the partner who definitely has the decisional power. The collective experience developed by some participants (proposed condom utilization) helped condom-use negotiation with some partners. This thesis demonstrates that women have the potential to collectively identify their problems and to develop their strategies to promote changes in their private and community lives. Therefore, HIV/AIDS prevention among women living in poverty can be portrayed as dependent upon the evolution of Brazilian social, economic, educational, and political structures which perpetuate inequities at the core of society and also between men and women. Finally, this thesis suggests the importance of adopting participatory and gender sensitive approaches that favour the construction of prevention strategies coherently articulated to particular communities.

Key words: HIV/AIDS prevention, qualitative research, feminist research, gender inequalities, stable sexual partner, health promotion.

TABLE DES MATIÈRES

PROBLÉMATIQUE	1
Les femmes et le VIH/sida : un défi mondial	2
La perception du risque et la prévention du VIH/sida	3
Les rapports sociaux de genre dans le contexte préventif	6
La vulnérabilité face au VIH/sida	11
But de l'étude	15
Question de recherche	15
RECENSION DES ÉCRITS	16
L'état des connaissances sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida dans le monde	18
La perception et la gestion du risque chez les jeunes et les célibataires	19
La perception et la gestion du risque dans le contexte de partenaire sexuel régulier	22
L'état des connaissances sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida au Brésil	29
La perception et la gestion du risque chez les jeunes	32
La perception et la gestion du risque chez les hétérosexuels	33
<i>La perception et la gestion du risque chez les Brésiliens</i>	34
<i>La perception et la gestion du risque face au VIH/sida chez les Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier</i>	36
<i>La santé sexuelle et reproductive et la gestion du risque chez les femmes brésiliennes</i>	42
Des pistes pour le développement de stratégies d'intervention	47
La promotion de la santé : contributions à la prévention du VIH/sida	54
Délimitation des frontières entre prévention de la maladie et éducation pour la santé dans le contexte de la promotion de la santé	55
La promotion de la santé : apports à la prévention du VIH/sida	58

CADRE THÉORIQUE	63
Le cadre théorique	64
Le paradigme critique social	66
Le féminisme : perspectives théoriques	70
Le cadre conceptuel	75
Le concept de genre	75
Le concept de risque	78
MÉTHODE	85
Le type d'étude	87
La recherche coopérative	88
<i>Les stratégies de recherche inspirées de la recherche coopérative</i>	91
Le milieu de l'étude	94
La population à l'étude, stratégie d'échantillonnage, recrutement	94
La description des participantes	98
La collecte des données	103
Les groupes de discussion	103
<i>Les groupes de discussion dans la communauté</i>	105
<i>Les groupes de discussion au CAIS Alpha</i>	107
L'entrevue	108
L'analyse des données	110
Les critères d'évaluation de la recherche	119
Les considérations éthiques	123
Les limites de l'étude	125
RÉSULTATS	127
L'infidélité : « le » risque imminent pour le VIH/sida	129
L'infidélité, « responsable » du risque de contamination au VIH/sida	129
<i>L'infidélité chez les hommes</i>	131
<i>L'infidélité chez les femmes</i>	135
<i>L'infidélité : le niveau socio-éducatif et l'orientation sexuelle</i>	138
Les enjeux de la gestion du risque face à l'infidélité	141
La confiance : la genèse du risque ou une stratégie de gestion du risque ?	147
La confiance, génératrice du risque quant au VIH/sida, chez	

les autres femmes	148
<i>La confiance dans les relations extra-conjugales</i>	150
La confiance comme gestion du risque chez les participantes	152
<i>Pas de confiance</i>	153
<i>La confiance peut être accordée à certains hommes dont leur mari</i>	155
<i>La confiance se construit avec le temps</i>	156
<i>La confiance et la méfiance cohabitent à l'intérieur de la relation avec le partenaire</i>	157
<i>La confiance en soi d'avoir la capacité de détecter l'infidélité</i>	158
<i>L'absence de confiance envers les hommes mais la confiance en Dieu</i>	158
La prise de conscience : la complexité de la gestion du risque chez les partenaires réguliers	160
Le condom et son adoption pour la prévention du VIH/sida : discours ou pratique ?	166
Le condom pour la prévention du VIH/sida : la pluralité des discours	166
« L'objet » condom selon les participantes	173
Le résultat de la participation : un groupe demande des condoms	176
<i>Description sur le port du condom</i>	178
L'expérience collective : un exemple de stratégie de prévention	184
Perception et gestion du risque: l'influence du genre et de l'accès aux services de santé	188
La vie des femmes selon les participantes : un mélange de conquêtes, de fardeaux et de diversité	188
<i>Le travail, le salaire : les différences entre les genres</i>	192
<i>Les tâches ménagères</i>	193
<i>Le machisme</i>	195
<i>La soumission des femmes</i>	197
L'accès aux services de santé	203
<i>L'accès gratuit au condom masculin</i>	203
<i>L'invisibilité des femmes qui ont un partenaire</i>	

<i>régulier dans les services de santé face au VIH/sida</i>	205
<i>Service public et service privé de santé : des différences relatives à l'attente, aux relations avec les fonctionnaires et à la qualité des soins</i>	207
Les enjeux pour la prévention du VIH en présence de la diversité et de la complexité des relations sociales et de l'accès aux services de santé	209
DISCUSSION	211
L'infidélité en tant que risque imminent pour le VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier	213
La confiance en tant que génératrice du risque et stratégie de gestion du risque	218
Le cercle vicieux de la confiance	219
L'alliance de la confiance : façon de concevoir et de gérer le risque face au VIH/sida dans la vie privée des participantes	221
Le condom dans le contexte du quotidien des partenaires sexuels réguliers : rapports de genre et de pouvoir	228
Du discours à la pratique : l'utilisation de condoms masculin et féminin avec le partenaire régulier	230
Au delà de la vie privée : les influences du contexte social et des services de santé publique sur la perception et la gestion du risque de femmes ayant un partenaire sexuel régulier	234
Rapports de pouvoir : la dévalorisation du féminin au niveau social	235
L'accès aux services publics de santé	238
La production de la connaissance critique et contextuelle : synergie entre la subjectivité, la théorie et la méthodologie	241
La recherche coopérative et la collecte des données : contributions et leçons à retenir	243
Le lieu de collecte influençant le discours des participantes	248
La prise de conscience	250
CONCLUSION	254
Implications pour les politiques et pratiques en promotion de la santé	260
Implications pour la recherche	263
ÉPILOGUE	265

RÉFÉRENCES	269
ANNEXE 1	Xx
Carte du Brésil et de l'état de Goiás	
ANNEXE 2	Xxii
Carte de la ville de Goiânia divisée par districts sanitaires et distribution de la population de Goiânia par district sanitaire	
ANNEXE 3	Xxiv
Photo du local des rencontres dans le centre de Santé Communautaire (CAIS Alpha)	
ANNEXE 4	Xxvi
Photo du local des rencontres dans la communauté (École)	
ANNEXE 5	Xxviii
Photo d'une maison typique de la région nord-ouest de Goiânia	
ANNEXE 6	Xxx
Questionnaire socio-démographique (Français et Portugais)	
ANNEXE 7	Xxxiii
Orientations pour l'entrevue et guide de l'entrevue/groupe de discussion (Français et Portugais)	
ANNEXE 8	Xxxviii
Lettre d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, Université de Montréal	
ANNEXE 9	XI
Formulaire de consentement pour le group de discussion (Français et Portugais)	
ANNEXE 10	Xlix
Formulaire de consentement pour l'entrevue (Français et Portugais)	
ANNEXE 11	Lviii
Formulaire de consentement pour les intervieweures (Français et Portugais)	
ANNEXE 12	Lxvii
Dépliant fourni avec le condom féminin	

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	83
Le cadre théorique et conceptuel	
FIGURE 2	220
Le cercle vicieux de la confiance	
FIGURE 3	222
L'alliance de la confiance	
FIGURE 4	226
La perception et la gestion du risque basées sur la confiance	

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	100
Participant·es des groupes de discussion au centre de santé (Cais Alpha) – Secteur sud-ouest	
TABLEAU 2	101
Participant·es des groupes de discussion à l'école - Secteur nord-ouest	
TABLEAU 3	102
Participant·es à l'entrevue – Secteur nord-ouest	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAIS	Centro de Assistência Integrada à Saúde [Centre d'assistance intégrale à la santé]
ITS	Infections transmissibles sexuellement
OMS (WHO)	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA (UNAIDS)	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
Sida (AIDS)	Syndrome immuno-déficitaire acquis
UNESCO	United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization [Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture]
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

À Gustavo et Gabriela.

Ils savent combien je les aime.

REMERCIEMENTS

Un travail de cette ampleur n'aurait pu voir sa conclusion sans le soutien indéfectible de personnes généreuses et disponibles comme ma famille, mes amis, des professeurs et des collègues qui m'ont soutenu pendant la réalisation de mes études. Je les en remercie infiniment.

J'aimerais remercier Monsieur Michel Perreault, mon directeur de recherche, pour sa tolérance et tout le respect des différences qu'il a sans cesse manifestés. Entre autres, je remarque son aide inestimable pour que je parvienne à élaborer mon travail en français. De plus, l'apport de Madame Denise Gastaldo, ma co-directrice de recherche a été précieux. J'aimerais souligner sa sensibilité et la remercier pour son appui, sa générosité et son amitié.

Je voudrais remercier Madame Suzanne Kérouac pour toutes les démarches réalisées auprès du gouvernement brésilien pendant le processus de concession de ma bourse d'études, au moment où elle était doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Je suis reconnaissante envers la direction de *l'Hospital das Clínicas de l'Universidade Federal de Goiás* pour l'appui institutionnel qui m'a été accordé pendant la réalisation de mes études doctorales.

Je remercie Madame Maria Alves Barbosa et Monsieur Marcelo Medeiros, directeurs de la Faculté des sciences infirmières de *l'Universidade Federal de Goiás*, pour leur appui durant la phase de conclusion de cette thèse.

Merci à Madame Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza, responsable de la Division de la Santé des Femmes de la Ville de Goiânia, pour les condoms offerts aux participantes de cette recherche.

Je remercie Madame Magda Barbosa Moura Brasil et Monsieur Valdemar Machado de l'école *Estadual Sebastião Alves de Souza* et les infirmières du *Centro de Assistência Integrada à Saúde* du District sanitaire sud-ouest de Goiânia pour leur appui pendant la collecte de données.

Je tiens à remercier Daniela, Juliana, Noelma pour leur aide durant le travail de terrain.

Je remercie infiniment Maria Del Carmen, Alberto, Carolina et Fernando qui m'ont reçu chez eux et m'ont soutenu durant la période de conclusion de cette thèse.

Merci à Émilie pour les corrections du français de cette thèse.

Merci à mes parents, frères et sœurs pour leur appui et soutien.

Merci à *Andrée Maniette*, qui n'est plus parmi nous, pour son amitié, son ouverture, sa tolérance et son soutien à moi et mes enfants. Nous n'oublierons jamais les jours que nous avons passé ensemble au Québec. Comme le dit Gabriela : « Montréal ne sera jamais la même sans Andrée ». Merci pour les corrections de mes textes en français.

Milles mercis à Gustavo et Gabriela pour leur patience et compréhension pendant mes longues absences et aussi pour leur aide au cours de l'impression de cartes et de documents et de la mise en page de cette thèse.

Merci à toutes les femmes qui ont participé cette étude pour leur disponibilité et leur générosité.

SOUTIEN FINANCIER

Les études doctorales ayant mené à l'élaboration de cette thèse ont bénéficié des bourses suivantes :

- 1997-2000 Ministère de l'éducation du Brésil, *Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nivel Superior (CAPES)* : bourse d'études doctorales (148.200,00\$).
- 2001 GRASP, Université de Montréal : bourse de soutien financier (3.000,00\$).
- 2003 Programme de doctorat en santé publique : bourse de rédaction (5.000,00\$).

INTRODUCTION

Selon Robles (2000), les expériences personnelles des chercheurs, comme partie prenante de leur subjectivité, influencent la délimitation du sujet à l'étude, l'analyse des données et les explications construites à partir du processus d'investigation. Dans un processus de recherche, le chercheur fait partie de l'investigation et, de ce fait, les résultats pourraient l'influencer à développer de nouvelles stratégies de recherche ou encore, dans un sens plus large, la recherche pourrait entraîner des changements dans la construction des stratégies de vie du chercheur (Torbert, 2001). Dans cette perspective, la chercheuse reconnaît l'importance de présenter au lecteur ses propres réflexions sur le sujet à l'étude pour mieux comprendre la démarche de construction de cette thèse.

À la conclusion de son mémoire de maîtrise, la chercheuse a observé que les participantes de son étude, basée sur les pratiques préventives face au VIH/sida chez des brésiliennes à Montréal, n'étaient pas concernées par la prévention du VIH/sida car elles avaient un partenaire sexuel régulier (Lima, 1997). Au cours de cette période, la chercheuse, mariée depuis une dizaine d'années, a compris qu'elle-même ne considérait pas non plus la possibilité d'être contaminée par le VIH en raison de la stabilité de sa relation « implicitement » basée sur la confiance. En tant qu'infirmière, la chercheuse réalisait au Brésil des interventions visant la prévention du VIH/sida auprès de femmes faisant la promotion du préservatif avec les partenaires (réguliers ou occasionnels).

Depuis, la chercheuse a fait un cheminement qui lui a permis de mieux comprendre les constructions du soi et de l'autre dans le contexte de la perception et de la gestion du risque face au VIH/sida. Ainsi, deux sujets de recherche ont été identifiés à partir de l'expérience de vie et professionnelle de la chercheuse : celui des femmes ayant un partenaire sexuel régulier et celui des professionnels œuvrant dans le domaine de la prévention du VIH/sida dont le discours et la pratique peuvent diverger.

Le choix de réaliser d'abord cette étude auprès des femmes s'est imposé à cause du manque de connaissances produites à Goiânia (Brésil) sur la perception et la

gestion du risque chez les femmes. De plus, la divulgation des résultats de cette recherche est considérée comme une stratégie pour sensibiliser les professionnels de la santé de la région sur la pertinence d'inclure les femmes ayant un partenaire sexuel régulier dans leur agenda de travail.

Ainsi, cette thèse présente, dans le chapitre de la problématique, un aperçu de l'épidémie du VIH/sida indiquant les enjeux liés à la perception du risque, à la vulnérabilité ainsi qu'aux rapports de genre et de pouvoir ayant contribué à l'augmentation de cette infection chez les femmes, et ce tant au Brésil que dans le reste du monde. Les questions de recherche sont posées à la fin de ce chapitre.

La recension des écrits décrit des études réalisées dans divers pays et au Brésil concernant la perception et la gestion du risque autant que des stratégies d'interventions développées ayant les femmes comme cibles. De plus, une brève description de la contribution de la promotion de la santé pour les études et interventions orientées vers la prévention du VIH/sida est présentée en tenant compte de l'importance d'approches comme l'*empowerment*, la participation communautaire et les rapports de genre.

Le cadre théorique présente le paradigme critique social, l'approche théorique post-féministe et les concepts de « genre » et de « risque », lesquels peuvent contribuer conjointement à la compréhension du phénomène à l'étude. Ensuite, le chapitre sur la méthode décrit la démarche réalisée pour le développement de l'étude qualitative féministe, le recrutement et la collecte de données à Goiânia, les procédures d'analyse ainsi que les considérations éthiques et les limitations de l'étude.

Le chapitre des résultats permet à la fois l'identification des réponses aux questions de recherche (l'infidélité comme risque perçu, la confiance comme stratégie de gestion du risque ainsi que l'utilisation du condom et l'expérience collective en tant que stratégies préventives face au VIH/sida) et la description d'autres éléments apportés par les participantes (contexte familial, social et des services de santé) qui

influencent la perception et la gestion du risque chez elles. Ces aspects sont repris dans le chapitre suivant, celui de la discussion.

Les données discutées sont comprises à partir d'une optique particulière car elles ont été construites au travers d'un processus de réflexion qui prend en compte la subjectivité de la chercheuse et des participantes. La discussion illustre les perspectives de ces femmes tout au long de la trajectoire de l'étude au moyen de la vision de la chercheuse.

Finalement, la conclusion souligne les apports de l'étude sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida en tenant compte du discours des femmes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté à Goiânia ainsi que les recommandations pour la pratique et la recherche. De plus, cette thèse contient un épilogue où la chercheuse décrit la réalisation d'une autre étude, subventionnée par le Ministère de la Santé Brésilien et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), qui a découlé des résultats de cette thèse.

PROBLÉMATIQUE

Les femmes et le VIH/sida : un défi mondial

Les rapports du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'épidémie du VIH/sida estiment que le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde était de 33,2 millions à la fin décembre 2007, dont 15,4 millions de femmes (UNAIDS¹, 2007). En 1997, 41 % des adultes séropositifs étaient des femmes (UNAIDS, 2001), en 2007 ce taux augmentait à 50 % (UNAIDS, 2007).

Ces données indiquent que l'augmentation du nombre de cas parmi les femmes constitue un défi à relever pour les programmes de santé publique du monde entier. Bien que la vulnérabilité biologique des femmes face à cette pandémie soit reconnue, il faut tenir compte du fait que, dans les premières décennies après l'arrivée du VIH/sida, les femmes n'étaient pas reconnues comme cible de cette infection (Campbell, 1999 ; UNAIDS, 2000). Cette situation a contribué au manque de la perception du risque chez les femmes. Au-delà de la perception du risque, les rapports de genre, la race et le statut socio-économique jouent un rôle important pour la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida.

Dans ce contexte, les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier deviennent une cible importante pour des recherches et des programmes d'intervention car, le fait *d'avoir un partenaire sexuel régulier pourrait diminuer la perception du risque*. De plus, les liens sentimentaux, les rapports de pouvoir dans la vie de couple, les contraintes économiques, entre autres, doivent être pris en compte chez cette population en ce qui concerne la prévention du VIH/sida.

¹ Joint United Nations Program on HIV/AIDS.

La perception du risque et la prévention du VIH/sida

Le VIH/sida a été associé aux homosexuels au début de l'épidémie, ce qui a contribué à créer la notion de «groupe à risque» (Brown, 2000 ; Campbell, 1995 ; Daniel, 1991). Au delà de cette notion c'est le comportement sexuel qui a été associé au discours sur le risque (Lupton, 1995).

Cette auteure critique l'approche actuelle de la majorité des programmes de santé publique et de promotion de la santé qui considèrent le comportement sexuel comme étant rationnel et basé sur des choix éclairés. Dans les sociétés contemporaines, le risque remplace l'ancienne notion de péché et présente une signification morale. En privilégiant la rationalité du comportement sexuel lié au VIH/sida, les programmes de prévention ignorent le rôle de l'inconscient, du désir et du plaisir de l'expression sexuelle (Lupton, 1995). Également, le discours sur le sexe sécuritaire suppose la réorganisation du comportement sexuel en réponse aux exigences des «risques de santé». Le risque est considéré, par la santé publique, comme une conséquence du choix que font les individus (Lupton, 1993) et la réponse au VIH/sida a été structurée dans un processus d'individualisation de la gestion du risque (Scott & Freeman, 1995), ce qui culpabilise les victimes (victim blaming) et ignore le contexte social qui influe sur le comportement (Bajos, 1997 ; Lupton, 1993).

De plus, «la catégorisation épidémiologique de groupes à risque ou de comportements à risque par rapport au VIH/sida implique que la sexualité ou la pratique sexuelle des individus est unidimensionnelle et fixe» (Lupton, 1995 ; traduction libre, p. 88). Toutefois, des individus appartenant à plusieurs sous-cultures présentent des comportements construits autour de caractéristiques tels que le genre, le statut social, l'identité sexuelle, le groupe ethnique et la nationalité. Le rapport sexuel présente alors des significations différentes pour des personnes différentes.

Selon Douglas (1985) la perception du risque est influencée par le contexte socioculturel de l'individu et plusieurs facteurs sont pris en compte au moment de l'évaluation du risque : (a) la compréhension de la probabilité de l'occurrence de

l'événement, (b) la sévérité des dommages potentiels, (c) la proximité du danger perçu et (d) la perception de l'habileté de faire face à des risques spécifiques. L'appartenance de l'individu à une structure sociale détermine le processus de sélection et de construction du risque (Douglas & Calvez, 1990).

Paicheler (1999a) ajoute que le risque présente une façon moderne pour les individus et les populations de concevoir le danger pathologique. La définition du risque donne une signification surtout au plan individuel, alors que la notion de risque relève davantage des expériences et des ressources sociales dont on dispose pour l'interpréter. Le risque est seulement un angle d'un prisme qui permet aux personnes de comprendre la problématique du VIH/sida. Selon cette auteure, la logique probabiliste du risque, c'est-à-dire la connaissance des taux épidémiologiques pour l'évaluation du risque, n'existe pas dans la population en général (Paicheler, 1999b). La perception du risque se développe à partir de trois types de perceptions de la vulnérabilité : (a) la catastrophe, (b) la vulnérabilité corporelle et (c) la vulnérabilité sociale (Paicheler, 1999a, 1999b).

La perception sur le mode de la catastrophe consiste en la dramatisation du danger à travers la narration de scénarios catastrophiques et de rumeurs pour comprendre le phénomène. La vulnérabilité corporelle est exprimée à partir de l'évocation des fluides du corps tels que le sang, le sperme, la salive ou le liquide vaginal. Dans ce cas, le discours de la transmission du VIH/sida présente un discours sur l'enveloppe corporelle, sa porosité et sa vulnérabilité. La vulnérabilité sociale est liée à l'identité sociale, au fait que des individus s'attribuent des caractéristiques et des actions qui les excluent des «groupes à risque» pour le VIH/sida, par exemple, des hommes ayant à l'occasion des relations sexuelles avec d'autres hommes alors que, socialement, ils ne se reconnaissent pas en tant qu'homosexuels (Paicheler, 1999a).

Les liens entre la perception du risque et l'action de prévention existent d'une façon non linéaire et la gestion du risque perçu est un phénomène complexe qui exige une approche d'intervention pas seulement individualisée, mais orientée vers l'ensemble des situations et des significations contextuelles à travers lesquelles les gens

évaluent leur potentiel de risque (Paicheler, 1999a). Les méthodes de gestion du risque comportent des stratégies individuelles et interactives, et la diversité des actions dépend de la perception du risque. Paicheler identifie trois catégories de gestion du risque : (a) préventive, qui est orientée vers le port du condom et donc nécessairement interactive, (b) protectrice, qui privilégie la gestion individuelle du risque par l'abstinence ou la sélection du partenaire, et (c) mixte, qui combine le port du condom avec d'autres formes de protection, selon les situations et les ressources d'interaction. Ces stratégies ont été identifiées seulement auprès de personnes ayant des partenaires multiples puisque, dans les couples stables, la stratégie la plus commune est la fidélité escomptée.

Scott et Freeman (1995) affirment qu'en l'absence d'explications plus claires sur le risque lié à un partenaire, les individus deviennent leurs propres experts dans l'évaluation du risque. *Le dialogue est fréquemment suggéré comme étant le chemin pour la réduction du risque (échanges d'histoires et négociation pour le sexe sécuritaire).* Cependant, le dialogue et la connaissance d'autrui pourraient contribuer à la diminution ou à l'augmentation du risque car la confiance pourrait être utilisée comme la solution face au problème spécifique du risque (Giacomozzi, 2006).

Dans une étude réalisée par Brouillette et Perreault (1997a, 1997b), les couples utilisent des stratégies pour prévenir les ITS (infections transmissibles sexuellement) et la grossesse indésirable avant la stabilisation de la relation. Après la stabilisation du couple, les stratégies de protection envers les ITS sont abandonnées et le couple mise uniquement sur les stratégies contraceptives. Selon C. D. Guimarães (1994), au Brésil, le préservatif est considéré approprié pour les rapports sexuels occasionnels, surtout comme méthode contraceptive. Le condom se voit substitué par d'autres méthodes après la stabilisation du couple.

Une étude réalisée par Lima (1997) auprès de femmes brésiliennes habitant Montréal et ayant un partenaire sexuel régulier indique que le risque face au VIH/sida est attribué aux « autres² » et que la confiance est privilégiée dans leur vie de couple.

² « Les autres » est utilisé par les participantes comme « ce qui n'est pas moi » ou ce qui n'était pas nous (le mari et les femmes qui participaient à la recherche).

Selon ces femmes, la confiance et le respect seraient suffisants pour prévenir le VIH/sida. Pour elles, les discussions avec leur mari sur le VIH/sida et le port du condom peuvent signifier un manque de confiance et aussi la permission donnée au mari d'avoir des relations sexuelles extraconjugales.

Selon Figueiredo et Ayres (2002), 70 % des femmes contaminées dans l'état de São Paulo (Brésil) étaient des « femmes au foyer », monogames et peu scolarisées. Or, une étude réalisée en Inde indiquerait que 91 % des femmes séropositives interviewées étaient monogames et qu'elles auraient été contaminées par leur partenaire régulier alors qu'en Afrique, on estime qu'entre 60 à 80 % des femmes séropositives ont été contaminées par le mari (UNAIDS, 2001).

Dans le contexte des partenaires sexuels réguliers, la notion de « groupe à risque » a contribué au manque de perception du risque face au VIH/sida et aussi à l'invisibilité des couples dans les programmes d'intervention (Lima, 1997). Cependant, d'autres facteurs s'ajoutent à la vulnérabilité des personnes ayant un partenaire sexuel régulier, particulièrement chez les femmes : les rapports sociaux de genre et la pauvreté.

Les rapports sociaux de genre dans le contexte préventif

En plus de la perception du risque, la prévention du VIH/sida à l'occasion du contact hétérosexuel présente des barrières liées à la négociation du port du condom à l'intérieur des rapports sociaux de genre (Campbell, 1995, 1999 ; C. D. Guimarães, 1994 ; Holland, Ramazanoğlu, & Scott, 1990 ; Kippax, Crawford, & Waldby, 1994 ; Paicheler, 1999b ; UNAIDS, 2001). Scott (1996) affirme que « le genre est un élément constitutif des relations sociales basé sur les différences perçues entre les sexes et le genre est une caractéristique importante à travers laquelle se constituent des relations de pouvoir » (traduction libre, p. 167)³.

³ Gender is a constitutive element of social relationships based on perceived differences between the sexes, and gender is a primary way of signifying relationships of power (Scott, 1996, p. 167).

Pour ce qui est de la situation des femmes face au VIH/sida, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que les recherches et les interventions visant la prévention de cette maladie doivent promouvoir la participation et l'*empowerment* des femmes pour qu'elles puissent être capables de comprendre cette situation et d'y faire face (Amaro, 1995 ; Amaro & Raj, 2000 ; Gupta & Weiss, 1993 ; Maia, Guilhem, & Freitas, 2008 ; Parker, 1996). Dans les faits, les programmes préventifs visent la prise de conscience des femmes par rapport au risque d'être contaminées par le VIH/sida. Cependant, la protection des femmes dépend du changement de comportement de leur partenaire sexuel (Campbell, 1995 ; C. D. Guimarães, 1994 ; Paicheler, 1999a). Dans ce cas, les femmes peuvent connaître le risque auquel elles s'exposent et adopter ainsi leurs propres stratégies, mais elles ne seront pas protégées si leurs partenaires refusent de porter le condom.

Selon Campbell (1995), les approches en promotion de la santé touchent peu les femmes avec leur discours sur le « contrôle personnel sur sa propre vie » puisqu'elles ne tiennent pas compte du contexte social dans lequel s'insèrent les relations sexuelles et le comportement des hommes. Dans ce sens, un grand nombre d'études fait valoir l'importance de l'*empowerment* des femmes pour qu'elles soient en mesure de négocier le port du condom avec leur partenaire (Amaro, 1995 ; Campbell, 1995 ; Goldstein, 1994 ; Holland et coll., 1990). Toutefois, ce type de stratégie est valable quand une femme exerce, dans les faits, le contrôle dans le processus de décision sur le plan sexuel et, en même temps, il renforce l'idée que le sexe protégé est uniquement la responsabilité de la femme (Campbell, 1995). L'auteure ajoute que les femmes sont choisies comme cibles des interventions à cause de la facilité à les rejoindre. De plus, les femmes sont, la plupart du temps, responsables de la santé de leur famille (et celle de leurs enfants à naître), ceci incluant le partenaire sexuel. Dans ce cas, Campbell affirme que la femme devient ainsi la gestionnaire du risque de son partenaire en plus du sien.

Toutefois, Giffin (1998) met l'accent sur l'importance de la signification des catégories (p. ex. : homosexualité, bisexualité et hétérosexualité), des pratiques et des

relations sentimentales existant entre les individus. Selon l'auteure, la sexualité est vécue de manière différente entre hommes et femmes, de même qu'entre membres de groupes sociaux différents. Giffin ajoute que, malgré les grandes transformations sociales qui ont influencé la vie des femmes (i.e. : contrôle des naissances, présence de la femme dans la sphère publique, changements dans l'organisation familiale), elles sont encore vulnérables au VIH/sida à cause de l'inégalité entre les sexes.

Dans ce contexte, le concept de l'*empowerment* est adopté dans le discours préventif comme l'outil qui favoriserait la capacité de négociation du port du condom auprès des femmes (Giffin, 1998). L'auteure critique cette approche à cause du manque de considération de l'univers sexuel féminin où la femme pourrait ne pas se considérer comme sujet sexuel. Une étude comparative réalisée sur la sexualité en France en 1972 et en 1992 suggère les transformations des dimensions sociales telles que l'augmentation des taux de divorce et des familles monoparentales (Bozon, 1995 cité dans Giffin, 1998, p. 153). Ces changements sont utilisés comme des indicateurs de la modernité de genre (*gender modernity*) et de l'augmentation de l'autonomie personnelle des femmes. Par contre, des différences de comportement entre hommes et femmes se sont maintenues: les femmes ont moins de partenaires sexuels, elles pratiquent moins la masturbation et le sexe oral alors qu'elles parlent beaucoup plus avec d'autres personnes de leur vie sexuelle et affective. Toutefois, les auteurs signalent des changements sur le plan des valeurs: les femmes acceptent moins l'infidélité et elles ont moins de disposition pour continuer une relation insatisfaisante. La relation de couple présente des significations différentes entre hommes et femmes : la femme considère l'engagement et le lien affectif comme à l'origine des rapports sexuels alors que les hommes ont tendance à séparer la sexualité des sentiments.

Giffin (1998) affirme que les valeurs propres aux femmes ne sont pas prises en compte par les recherches et les interventions visant la prévention du VIH/sida. Selon cette auteure, la fidélité, la confiance et l'intimité affective s'opposent à la signification symbolique du condom comme méthode de prévention des ITS. Le sexe

non-protégé signifie « intimité » alors que le condom symbolise un grand nombre de partenaires et un manque de confiance et d'intimité. Dans ce cas, l'*empowerment* (négociation et adoption du condom) représente la suppression des valeurs féminines. Giffin affirme que le discours courant de prévention du VIH/sida s'oppose au vocabulaire des valeurs des femmes. L'auteure suggère que l'*empowerment* pour la prévention du VIH/sida doit se construire sur les connaissances des femmes quant à leur sexualité et leurs propres désirs et valeurs.

Dans le contexte brésilien, les constructions sociales des rôles sexuels définissent les rapports de pouvoir qui privilégient l'homme et la masculinité (Maia et coll., 2008). Selon Parker (1997), les termes « homosexualité », « bisexualité » et « hétérosexualité » liés à la problématique du VIH/sida ne font pas partie de la compréhension des pratiques sexuelles de la population brésilienne. Par contre, les notions d'activité (*atividade*) et de passivité (*passividade*) sexuelles constituent en elles-mêmes le genre et le rôle sexuel. Pour cet auteur, les relations sexuelles sont organisées selon des notions préconçues d'activité pour ce qui relève du domaine masculin et de passivité ou de soumission pour ce qui est du domaine féminin. La sexualité des hommes se caractérise par son expansivité et son absence de contrôle, tandis que celle des femmes est perçue comme l'objet du contrôle de l'homme. Ainsi, on s'attend à ce que les hommes débutent leurs activités sexuelles de manière précoce et qu'ils aient plusieurs partenaires avant et même durant le mariage. Au contraire, les femmes doivent s'abstenir de rapports sexuels avant le mariage et éviter les relations extra-maritales. Dans cette conception dite « machiste », la femme n'exerce aucun pouvoir sur l'expression sexuelle des hommes.

Toujours selon Parker (1991, 1997), les interactions sexuelles entre hommes se conceptualisent de la même manière que les relations homme/femme. En effet, le rôle sexuel des partenaires est plus important que le choix de l'objet sexuel pour définir l'identité et les valeurs sexuelles car, même si l'homosexualité est stigmatisée dans la société brésilienne, le partenaire actif (celui qui insère le pénis) peut préserver le sens de son identité masculine (Aggleton, Shivanada, & Parker, 1999 ; Parker,

1991). Campbell (1995) affirme que les hommes qui ont des partenaires sexuels masculins et qui ne se considèrent pas des homosexuels ou bisexuels ont tendance à avoir des rapports sexuels non-protégés avec les femmes. En effet, l'étude réalisée par Greco et coll. (2007) suggère que chez les hommes bisexuels les comportements sexuels et de protection envers le VIH/sida peuvent varier selon les rapports de genre et le type de partenaire. Cependant il y existe un manque de protection plus prononcée avec la partenaire sexuelle régulière. De plus, le terme « bisexuel » n'a pas été utilisé par des femmes séropositives dont le dossier mentionnait un partenaire bisexuel comme responsable de leur contamination (K. Guimarães, 1996).

Goldstein (1994), Parker (1997), Scheper-Hughes (1994), Maia et coll. (2008), entre autres, affirment que, au Brésil, les possibilités pour la femme de négocier le port du condom ou un comportement sexuel sans risque sont profondément limitées par les valeurs sexuelles et les conceptions des rôles sexuels. Ainsi, avant l'arrivée du VIH/sida, le port du condom était très peu répandu au Brésil. Le condom était peu valorisé pour le contrôle des naissances et sa promotion comme moyen de prévention des ITS était ignorée par les services de santé publique. Même dans ce cas, le port du condom était surtout promu pour protéger l'homme des ITS à l'occasion de contacts sexuels avec des prostituées. Aujourd'hui, les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier perçoivent toujours le condom comme un objet à utiliser avec des prostituées (Giacomozzi, 2006). De plus, seulement 2 % des couples utilisent le condom comme moyen contraceptif (Goldstein, 1994 ; Scheper-Hughes, 1994). La majorité des brésiliennes utilisent le contraceptif oral et la stérilisation des femmes est très populaire au Brésil pour contrôler les naissances (Cunha, Wanderley, & Garrafa, 2007). Cette situation refléterait l'impuissance des femmes à demander le partage des responsabilités face à la contraception et diminue ainsi la protection des femmes face aux ITS et au VIH/sida. En effet, les hommes n'acceptent pas de porter le condom avec les femmes qui utilisent une méthode contraceptive ou qui sont stérilisées. Cela pourrait signifier que ces femmes considèrent les hommes à risque ou, inversement, que ce sont les femmes elles-mêmes qui sont infidèles. Par contre, les femmes ne voudraient pas partager la responsabilité de la contraception avec leur

partenaire, car elles voudraient en garder le contrôle (Lima, 1997). Le fait que le sida ait été lié à l'homosexualité et que le condom soit la seule façon connue de prévenir le VIH/sida par contact sexuel amène les Brésiliens qui se considèrent comme de vrais hommes (machos) à ne pas vouloir porter le condom, car ceci pourrait jeter des doutes sur leur orientation sexuelle ou encore leur fidélité (Parker, 1991, 1997). De plus, la demande de la femme de porter le condom pourrait susciter des soupçons sur sa propre fidélité (Giacomozzi, 2006). Finalement, la croyance que le condom diminue le plaisir sexuel jouerait un rôle important chez les Brésiliens et les Brésiliennes (Daniel & Parker, 1993 ; Giacomozzi, 2006 ; Goldstein, 1994 ; Lima, 1997).

La vulnérabilité face au VIH/sida

Selon Mann, Tarantola, et Netter (1992), au niveau biologique, toutes les personnes sont vulnérables au VIH/sida, soit par l'exposition sexuelle ou sanguine. Ces auteurs affirment que le comportement individuel est le déterminant ultime de la vulnérabilité face au VIH. Cependant, ce comportement est, en même temps, passible de changement et connecté socialement, pouvant varier selon l'âge, l'expérience personnelle, l'influence des pairs et de la société. Ainsi, pour évaluer la vulnérabilité des individus, les auteurs proposent de tenir compte des facteurs communautaires, nationaux et internationaux pouvant influencer la vulnérabilité personnelle.

Le sida est un phénomène social (Parker, 1996). Cette vision plus globale permet la prise de conscience critique du fait que, bien que le sida soit une pandémie, l'inégalité et l'injustice sociale, la discrimination, l'oppression, l'exploitation et la violence favorisent l'augmentation de cette maladie parmi les groupes et les pays socialement vulnérables (Bastos & Szwarcwald, 2000 ; Parker & Aggleton, 2003). Selon ces auteurs, les rapports sexuels de genre de la plupart des sociétés contribuent à maintenir les femmes dans un des principaux groupes touchés par le VIH/sida. Les différences économiques existant dans et entre les pays révèlent les liens de cette maladie avec la pauvreté (Parker, 1996). En effet, les femmes vivant en situation de

pauvreté sont plus vulnérables à de mauvaises conditions de vie et de santé (Doyal, 1995).

De plus, les données sur le VIH/sida sont généralement rapportées selon la race, le sexe et le mode de transmission (Krieger & Fee, 1994). Les conditions de vie et la pauvreté sont des déterminants sociaux de la santé importants (Wilkinson, 1996). En effet, à l'échelle planétaire, ce sont les personnes vivant en situation de pauvreté, notamment les femmes, qui souffrent de problèmes de santé liés à leur situation sociale (Doyal, 1995). Par conséquent, la majorité des personnes contaminées par le VIH/sida vivent dans un pays en voie de développement (UNAIDS, 2001 ; ONUSIDA/OMS, 2006a, 2006b, UNAIDS, 2007).

Gilbert et Walker (2002) affirment qu'en Afrique du Sud, l'épidémie de VIH/sida est d'abord un problème social et que les inégalités sociales ont une influence directe sur la race, la classe sociale et le genre. Les auteures suggèrent que les inégalités de genre sont particulièrement importantes dans le contexte de l'épidémie du sida. Ces inégalités sont identifiées au niveau du marché du travail (accès et salaire), du contrôle sur la reproduction, de la législation, de l'éducation et de la sexualité. Le statut inférieur de la femme dans la société et dans les relations de couple ainsi que les normes sociales qui acceptent et/ou encouragent la multiplicité des partenaires, principalement chez les hommes, contribuent à l'augmentation de la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida dans ce pays.

Dans les pays considérés « développés », cette pandémie se concentre dans les populations vulnérables (personnes vivant en situation de pauvreté, minorités ethniques). En effet, Zierler et Krieger (1997) décrivent les liens entre les inégalités sociales et le VIH/sida chez les femmes aux États-Unis. Les femmes « pauvres, noires et d'origine latine » deviennent les principales victimes du VIH/sida dans ce pays. Les auteures discutent les liens et les influences (a) de la pauvreté, (b) du racisme et (c) de l'inégalité de genre par rapport au sexe, à la violence et à l'utilisation de drogues sur le risque de contamination par le VIH/sida chez les femmes. Les auteures suggèrent l'utilisation de modèles de recherche et d'intervention basés sur la justice

sociale (p. ex. : féministe, production sociale de la maladie, écosociale et droits humains), c'est-à-dire des modèles qui tiennent compte des structures sociales, économiques et politiques qui rendent les femmes vulnérables face au VIH/sida.

Au Brésil, depuis l'identification du premier cas de sida en 1982, la répartition de la maladie au sein de la population a considérablement changé. Au début, la majeure partie des personnes contaminées était (a) des homosexuels/bisexuels masculins, soit 71 pour cent des cas rapportés en 1984, (b) des hémophiles, (c) des personnes ayant reçu une transfusion sanguine et (d) des usagers de drogues intraveineuses (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2001). Depuis 1993, la transmission hétérosexuelle est devenue la principale modalité d'exposition au VIH, ce qui a, conséquemment, fait grimper le nombre de cas chez les femmes (Brésil, 2003, 2007a).

De plus, l'épidémie s'est concentrée d'abord dans les grands centres urbains du sud-est du pays (Cohn, 1997 ; Dourado et coll., 2007 ; Szwarcwald, Bastos, Andrade, & Castilho, 1997) pour, à la fin des années quatre-vingt, se propager vers les métropoles régionales et ensuite, vers l'Ouest (dont la Région Centre-Ouest) pour atteindre les municipalités petites et moyennes (Brito et coll., 2001). En 1985, la proportion de personnes malades était respectivement de 25 hommes pour 1 femme (Brésil, 1998) celle-ci chutant à 2 hommes pour 1 femme en 1999, à 1,7 hommes pour 1 femme en 2001 (Brésil, 2003) et à 1,5 hommes pour 1 femme depuis 2005 (Brésil, 2007a). Il est à noter qu'en 2005, cette proportion entre les hommes et les femmes s'inverse parmi les jeunes de 13 à 19 ans, alors que 0,6 homme est infecté pour une femme.

Le profil scolaire des personnes contaminées a également changé : pratiquement toutes les personnes atteintes du sida jusqu'à 1982 détenaient une scolarité collégiale ou universitaire, alors qu'en 1999/2000, 74 % des personnes contaminées étaient analphabètes ou détenaient moins de huit années de scolarité (Brito et coll., 2001 ; Fonseca, Bastos, Derrico, Andrade, Travassos, & Szwarcwald, 2000). Les indicateurs sociaux sont absents des données épidémiologiques sur le sida

(Cohn, 1997 ; Brésil, 1998) et, depuis l'an 2000, la race a été ajoutée dans les données sur le VIH (Brésil, 2006). Toutefois, cette information est encore peu enregistrée dans les notifications et les données sur race sont sous-estimées (Brésil, 2007a ; Fry, Monteiro, Maio, Bastos, & Santos, 2007). La scolarité est utilisée par le gouvernement brésilien en tant qu'indicateur social des personnes atteintes du VIH/sida et ces données indiquent qu'en 1994, 78 % des femmes contaminées étaient non scolarisées ou avaient moins de huit années de scolarité (Castilho & Chequer, 1997). Des données épidémiologiques suggèrent une augmentation proportionnelle de cas de sida parmi les personnes noires et mulâtres et une réduction proportionnelle chez les blancs (Brésil, 2006). Ainsi, plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'épidémie du sida au Brésil fait face à un processus d'hétérosexualisation, d'intériorisation⁴, de féminisation et de paupérisation (Brito et coll., 2001 ; Dourado et coll., 2007 ; Fonseca et coll., 2000 ; Parker & Camargo Jr., 2000). De plus, environ un tiers de la population vivant avec le VIH dans l'Amérique latine habite au Brésil (Dourado et coll., 2007 ; UNAIDS, 2007).

Ainsi, les femmes vivant en situation de pauvreté et dont le partenaire est régulier pourraient être plus vulnérables au VIH/sida à cause de leurs valeurs personnelles et du manque de perception du risque qu'elles courent, étant donné que la confiance pourrait être considérée comme un facteur protecteur face au VIH/sida. De plus, les femmes sont aussi plus vulnérables suite au refus du port du condom par leur partenaire. Les rapports sociaux de genre et le statut socio-économique joueraient aussi un rôle considérable dans l'adoption d'un comportement sexuel sécuritaire par les femmes. Finalement, l'absence de priorisation des personnes ayant un partenaire sexuel régulier à l'intérieur des programmes d'intervention pourrait contribuer à la vulnérabilité de cette population, notamment, les femmes.

⁴ Les états éloignés de la côte brésilienne sont considérés comme l'*intérieur* du pays et les villes plus petites sont connues comme *des villes de l'intérieur*. Alors, le processus d'augmentation du sida dans les états éloignés de la côte et dans les villes petites est appelé *intériorisation*.

But de l'étude

Le but de cette étude est d'explorer comment des femmes brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté perçoivent et gèrent leur risque par rapport au VIH/sida et d'identifier, avec ces femmes, les stratégies qu'elles pourraient développer pour se protéger de cette maladie.

Questions de recherche

1. Comment des femmes brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté perçoivent-elles leur risque par rapport au VIH/sida ?
2. Comment des femmes brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté gèrent-elles leur risque par rapport au VIH/sida ?
3. Quelles stratégies des femmes brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté pourraient-elles développer pour se protéger de la contamination par le VIH/sida ?

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre met l'accent principalement sur la perception et la gestion du risque, les stratégies de prévention et les interventions axées sur la transmission par contact sexuel chez les personnes qui ont un partenaire sexuel régulier.

La recherche bibliographique a été réalisée dans les banques de données avec l'utilisation de mot-clés⁵ et aussi, à partir de la manipulation de périodiques, livres, thèses, sources primaires, entre autres, dans le domaine du VIH/sida, de la santé des femmes et de la promotion de la santé, qui n'étaient pas indexées ou rejointes par des mot-clés et qui pouvaient ajouter des informations reliées à l'état des connaissances sur le sujet à l'étude. Il faut remarquer que la majorité des études recensées dans les écrits internationaux et brésiliens ne traitent pas exclusivement de la perception et de la gestion du risque ou des stratégies de prévention du VIH/sida chez des femmes hétérosexuelles ayant un partenaire sexuel régulier. Les résultats de ces études ont mis en lumière les enjeux liés à la prévention par contact sexuel chez des différents groupes de la population dans le contexte d'une relation stable comme par exemple des hommes, des homosexuels, des travailleuses du sexe et des jeunes.

La lecture de ces études a contribué à mieux comprendre la construction, dans plusieurs sociétés, des pratiques sexuelles chez les personnes ayant un partenaire sexuel régulier dans le contexte du VIH/sida. Par conséquent, cette recension présente quelques études qui traitent aussi des groupes décrits ci-haut. De plus, des stratégies d'intervention et des enjeux liés à la prévention du VIH/sida sont présentés en tenant compte des aspects concernant la promotion de la santé.

Dans ce chapitre, la recension de la littérature sera présentée en trois sections : (1) un aperçu de l'état des connaissances sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida provenant d'études réalisées ailleurs dans le monde, (2) l'état des connaissances sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida décrit dans plusieurs études au Brésil, (3) les stratégies d'intervention et (4) la promotion de la santé dans le contexte préventif du VIH/sida.

⁵ Exemples de mot-clés : *HIV prevention, HIV prevention and women, aids prevention and private partner, aids prevention and married women, aids prevention and stable relationship, aids prevention and women and sexual partner, aids prevention and love, aids prevention and wives, aids and married women.*

L'état des connaissances sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida dans le monde

Au Ghana, comme dans beaucoup d'autres pays, le mariage semble constituer un facteur de risque important pour les femmes... (...) Les femmes mariées courent un risque trois fois plus élevé d'être infectées par le VIH que les femmes n'ayant jamais été mariées. (ONUSIDA/OMS, 2006a, p. 22).

Dans les écrits, les résultats des études sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida, règle générale, sont présentés conjointement, car les stratégies de gestion du risque chez les gens sont adoptées en tenant compte de leur perception du risque. Cependant, les écrits indiquent que le fait de percevoir le risque face au VIH/sida n'implique pas nécessairement l'adoption de stratégies de gestion de celui-ci.

La majorité des études considèrent le port du condom comme la principale stratégie de protection face au VIH/sida par contact sexuel. Toutefois, les résultats des recherches indiquent que l'adoption de stratégies de gestion du risque est plutôt fondée, dans les faits, sur les croyances personnelles (p. ex. : pas besoin de faire de la prévention avec un partenaire connu, l'importance de la confiance dans une relation avec un partenaire sexuel régulier), sur le type de relation avec le partenaire (p. ex. : besoin de démontrer de l'attachement, qualité de la relation existante/souhaitée, besoin de maintenir le mariage), sur les contraintes sociales (p. ex. : groupes à risque, rapports de genre) et aussi sur le désir d'avoir un partenaire sexuel régulier.

Sont présentées ici des études réalisées dans divers pays, lesquelles explorent des explications sur la perception et la gestion du risque, principalement à l'intérieur des relations de couple, soit partenaires réguliers et/ou occasionnels.

La perception et la gestion du risque chez les jeunes et les célibataires

Les jeunes et les célibataires (incluant les personnes séparées/divorcées) qui ont participé des études liées à la perception et gestion du risque face au VIH/sida rapportent que, dans la recherche d'un partenaire régulier ou au début d'une nouvelle relation, leur préoccupation est plutôt axée sur le désir de maintenir la relation. En conséquence, la perception et la gestion du risque pourraient devenir des barrières à la stabilisation d'une relation.

L'étude réalisée par Afifi (1999) avec des étudiants universitaires des deux sexes aux États-Unis indique que le degré de lien sentimental et la perception des conséquences du port du condom sur la relation exerce des influences sur leurs décisions liées à l'adoption de rapports sexuels protégés. La personne qui désire une relation stable avec un nouveau partenaire pourrait éviter de demander le port du condom par peur d'amener des conséquences négatives à la relation à cause des significations sociales liées au port du condom (p. ex. : méfiance, présence de ITS).

Pilkington, Kem, et Indest (1994) ont réalisé une étude quantitative auprès d'étudiants universitaires hétérosexuels des deux sexes pour identifier les associations entre l'adoption du condom et les aspects liés à leur relation romantique. Les résultats indiquent que les personnes qui ont un plus grand sentiment positif envers le partenaire et leur relation ne se considèrent pas à risque et sont moins influencées par le VIH/sida et les ITS en ce qui concerne leur décision d'adopter le condom. Dans ce cas, c'est l'amour et la confiance mutuelle qui exercent des influences sur le comportement du couple.

De même, l'étude réalisée par Civic (1999) aux États-Unis avec des étudiants des deux sexes âgés entre 18 et 25 ans et ayant un partenaire sexuel durant une période maximale de 18 mois, indique que la durée de la relation et l'existence de l'amour sont négativement associés au port du condom. De plus, chez ceux qui avaient une relation considérée plus sérieuse (avec de l'engagement), il y avait une diminution de la probabilité de l'utilisation consistante du condom. La perception du

risque face au VIH et les ITS était sous-estimée parmi les participants et cette perception n'était pas associée au port du condom.

La majorité des jeunes Malaisiens de 18 à 22 ans des deux sexes ne se considèrent pas à risque face aux ITS et VIH (Ng & Kamal, 2006). L'apparence saine est citée comme une justification parmi les jeunes qui ont un partenaire occasionnel et la confiance envers le partenaire devient la cause du manque de perception du risque chez les participantes qui ont un partenaire régulier.

Une étude réalisée au Québec auprès de femmes seules à la recherche d'un partenaire, âgées de 30 à 50 ans, indique que les participantes ne s'identifient pas comme groupe à risque (Dedobbeleer & Morissette, 1999a, 1999b). Les stratégies de gestion du risque adoptées par ces femmes sont plutôt relationnelles. En effet, le choix d'un partenaire est relié à la connaissance et à l'amour. L'adoption du préservatif peut varier en fonction du type de partenaire sexuel : occasionnel ou régulier. L'usage du condom diminue à partir de trois mois avec le même partenaire. De plus, les femmes séparées et divorcées se protègent moins que les célibataires et celles plus âgées se protègent moins que les femmes plus jeunes.

Une étude qualitative a été réalisée en Australie auprès de 112 hommes et femmes hétérosexuels et célibataires, âgés entre 20 et 40 ans et qui fréquentaient des discothèques et des bars pour célibataires pour explorer leurs comportements sexuels et leurs croyances quant au VIH dans le contexte de rencontres occasionnelles (Rosenthal, Gifford, & Moore, 1998). Les résultats indiquent que le discours des femmes sur le sexe et la protection (*security*) étaient construits à partir de la recherche de l'amour et de la romance.

Par contre, le discours des hommes avait deux orientations différentes : l'amour/romance et la chasse pour le sexe. Pour ceux et celles qui avaient le discours basé sur l'amour et la romance, ce discours était valable même pour le sexe occasionnel et la demande du condom était perçue comme une barrière à une relation potentielle ou durable. Les hommes qui ont construit le sexe comme « une chasse »

faisaient la séparation entre le sexe et l'amour. Alors, pour eux, le sexe avec le condom signifie qu'il n'existe pas de possibilité d'une relation amoureuse et celui-ci n'est pas utilisé quand il y a un intérêt pour s'engager dans une relation plus durable. Cependant, même si les participants ont affirmé qu'ils utilisaient le condom avec des partenaires méconnus, la majorité d'entre eux ont montré des difficultés pour parler du condom avec une personne qu'ils ne connaissaient pas. Les auteurs concluent que les constructions tant de sexe que d'amour, de même que celles de désir et de plaisir sont liées à des rapports sexuels non-protégés (Rosenthal et coll., 1998).

Une autre étude réalisée au Bénin entre des apprenties couturières célibataires de 18 à 24 ans, pour identifier la communication entre partenaires sexuels sur les risques de contracter le VIH/sida, indique que les femmes sont responsables de l'engagement de la conversation et que la majorité des femmes qui parlent du sida avec leur partenaire perçoivent le risque d'être contaminées et espèrent du partenaire « le mariage et une assistance financière » (Bisizi & Dedobbeleer, 2003, p. 409). La communication autour du VIH/sida devient une stratégie de gestion du risque car le but des participantes est l'adoption des pratiques sécuritaires (adoption du condom, fidélité, test de dépistage).

Dans ce sens, Meekers, Silva, et Klein (2006) affirment qu'à Madagascar, parmi les jeunes âgés entre 15 et 24 ans, 90 % des participants de sexe masculin et 73 % des femmes parlent de leur passé sexuel avec le partenaire régulier, tandis que 86 % et 46 % respectivement en parlent avec leur partenaire occasionnel.

Les études décrites indiquent que les personnes célibataires et les jeunes ont des croyances et des pratiques qui sont reliées au type de relation existante ou souhaitée. La communication avec le partenaire semble être une stratégie de gestion du risque adoptée par les participants de quelques études. Cependant, l'adoption du condom pour la prévention du VIH/sida demeure toujours faible parmi les groupes étudiés.

La perception et la gestion du risque dans le contexte de partenaire sexuel régulier

Le manque de perception du risque, la sécurité attribuée à la relation monogame, l'importance accordée à la confiance, la peur de perdre le partenaire ou de susciter sa méfiance, entre autres, jouent un rôle important dans le contexte des rapports sexuels avec le partenaire régulier. Les écrits présentés ci-dessous, décrivent des études réalisées auprès d'hommes et de femmes ayant un partenaire sexuel régulier et montrent le contexte dans lequel la vulnérabilité de ces personnes, notamment les femmes, est construite.

En Inde, bien que les camionneurs affirment avoir de multiples partenaires, ils ne portent pas le condom avec leur partenaire régulière à cause des normes sociales liées au mariage et la majorité d'entre eux ne le portent pas avec leurs partenaires occasionnelles (Bryan, Fisher, & Benziger, 2001).

Les camionneurs du Malawi reconnaissent qu'ils ont des rapports sexuels en dehors du mariage, mais ils n'utilisent pas le condom avec leur femme pour éviter d'être accusés d'infidélité (Walden, Mwangulube, & Makhumula-Nkhoma, 1999). La perception et la gestion du risque de ces camionneurs lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles est basée sur l'apparence, alors, ils n'ont pas besoin de porter le condom avec une femme d'apparence saine.

L'étude réalisée par Lowndes et coll. (2000) avec des clients et partenaire sexuel régulier de travailleuses du sexe au Bénin indique que 27 % des participants étaient mariés et que 52 % avaient une partenaire régulière. Parmi eux, environ un tiers avaient aussi des amants et des partenaires occasionnelles. Les auteurs suggèrent le potentiel élevé de la transmission du VIH et d'autres ITS des clients à leur partenaire régulière.

En ce qui concerne les travailleuses du sexe, qui sont en même temps vulnérables au VIH et responsabilisées pour la contamination d'autres femmes par le biais de ses clients, plusieurs études indiquent que la majorité de ces femmes ne

portent pas le condom avec leur partenaire sexuel régulier (Lowndes et coll., 2000 ; ONUSIDA/OMS, 2006a ; Walden et coll., 1999 ; Warr & Pyett, 1999).

Les travailleuses du sexe vivant au Malawi, en Afrique centrale, rapportent que leur partenaire sexuel régulier doit être respecté et aussi digne de confiance et que c'est pour cette raison que le condom n'est pas utilisé avec lui (Walden et coll., 1999). Les auteurs affirment que ces femmes reconnaissent le besoin d'utiliser le préservatif avec les clients, cependant, la confiance et le respect sont plus importants que le risque face au VIH/sida quand il s'agit du partenaire sexuel régulier.

Au Sénégal, le nombre de femmes célibataires ou qui vivent seules (p. ex. : après un divorce ou l'éloignement du partenaire) est grandissant et généralement, ces femmes sont peu scolarisées et vivent en situation de pauvreté (Diallo, 1999). La prostitution devient une solution professionnelle possible pour ces femmes, ce qui les rend vulnérables face au VIH/sida, car les rapports sexuels « sont rarement protégés » (p. 249). Dans ce cas, ces femmes n'ont pas la perception du risque face au VIH même avec leurs clients, car la plupart d'entre elles sont analphabètes, elles n'ont eu pas accès à l'information et elles ne connaissent que leur rôle défini socialement : la soumission et la procréation.

L'adoption du condom avec le partenaire sexuel régulier (*private relationship*) a été considérée comme une barrière à l'intimité chez des travailleuses du sexe australiennes âgées entre 14 et 47 ans (Warr & Pyett, 1999). Les participantes à l'étude affirment que la non-adoption du condom avec le partenaire régulier les habilite à avoir une expérience sexuelle qualitativement différente de celle vécue avec le client. Bien que les participantes reconnaissent fréquemment que leur partenaire a d'autres partenaires, elles souhaitent démontrer l'amour et l'engagement envers la relation privée par des rapports sexuels sans protection. Selon les auteures, les femmes qui ont des liens sentimentaux envers leur partenaire privé sont les plus à risque pour les ITS et elles suggèrent que les notions romantiques d'amour et de relation intime peuvent « *disempower* les travailleuses du sexe et provoquer des conséquences sévères pour leur santé et leur bien être » (p. 306).

Aux États-Unis, une étude réalisée dans cinq villes auprès de 2 864 femmes vivant à l'intérieur de communautés ayant un faible revenu et des taux élevés de mortalité infantile, d'utilisation de drogues et de ITSs, indique que les femmes qui habitent avec leur partenaire ont un sentiment d'auto-efficacité faible autant pour l'utilisation du condom que pour la planification des naissances (Lauby, Semaan, O'Connell, Person, & Vogel, 2001). Cependant, les femmes qui travaillent ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que celles qui sont dépendantes économiquement de leurs partenaires. Les auteurs affirment que les femmes qui ont une relation plus stable ne se considèrent pas capables d'insister sur l'usage du condom et qu'elles croient avoir plus de pertes que de gains en ajoutant des complications (discussion avec le partenaire sur le port du condom et la prévention du VIH) à leur vie sexuelle.

Les femmes noires américaines vivant en situation de pauvreté considèrent l'adoption du préservatif avec le partenaire qu'elles aiment comme un signe de manque de confiance mutuelle et que le « sexe sécuritaire » pourrait signifier la présence de l'infidélité (Sobo, 1995, cité par Ryan, 2000, pp. 94-95).

L'étude quantitative réalisée par Dixon, Peters, et Saul (2003) auprès de femmes portoricaines vivant aux États-Unis, indique que les différences contextuelles associées à la relation régulière ou occasionnelle représentent un facteur important à considérer lors des interventions visant la prévention du VIH/sida. Même si les participantes reconnaissent que le comportement du partenaire sexuel régulier peut augmenter leur risque face au VIH/sida, elles hésitent à adopter des comportements sexuels plus sécuritaires avec lui à cause du lien affectif et du risque de susciter la méfiance. De plus, l'étude indique que, parmi les femmes qui avaient en même temps un partenaire sexuel régulier et des partenaires occasionnels, leur comportement préventif (utilisation du condom) était significativement plus élevé lors des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel.

Adrien et coll. (1996) ont réalisé une étude dans trois villes canadiennes sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques liés au VIH/sida

chez six groupes d'immigrants, soit les communautés latino-américaine et arabophone (Montréal), les anglophones des Caraïbes et les communautés de la corne d'Afrique (Toronto), ainsi que les communautés chinoise et sud-asiatique (Vancouver). Les résultats indiquent, entre autres, que, dans ces communautés, l'infidélité masculine y est fréquente. L'utilisation du condom est faible lors des rapports sexuels entre hommes et femmes, principalement chez les couples mariés (Singer et coll., 1996). La demande du condom chez certains couples peut signifier "un signe de manque de confiance ou encore que la femme a des relations extra-conjugales ; ni l'un ni l'autre ne sont acceptables" (p. S32).

En Afrique, le fait que les femmes soient placées dans le système social en situation de dépendance face au conjoint les rend vulnérables au VIH/sida (Diallo, 1999). *Les femmes mariées ont moins de pouvoir sur leur vie sexuelle et, bien sûr, sur celle de leur conjoint.* Au Sénégal, la majorité des femmes séropositives ont été contaminées par contact sexuel avec leur mari infecté. L'auteure affirme que les femmes mariées africaines qui proposent des comportements sexuels préventifs seraient « accusées de transgresser leur devoir de réserve sur un sujet qui ne regarde que leur mari : il leur est interdit de parler de préservatif » (p. 249).

En Inde, le rôle de la femme et les croyances sur la contraception et le condom contribuent au manque de perception du risque chez des femmes mariées (Bhattacharya, 2004). La procréation est considérée comme étant le but du mariage, alors, il existe une « pression sociale » sur la femme pour qu'elle prouve sa fertilité. Le condom est lié à la contraception, pour cette raison, il est très peu adopté par la femme mariée, car elle croit que la contraception pourrait miner les efforts pour consolider sa position dans la famille. De plus, l'utilisation du préservatif est reliée à la prévention de la grossesse avec des travailleuses du sexe. Le manque de perception du risque face au VIH/sida est attribué, entre autres, à la croyance que le mariage est une institution où le mari est considéré comme le protecteur du bien-être de la famille ; une femme mariée ne pourrait donc pas être contaminée par son mari. Par contre, dans le contexte socioculturel indien, l'infidélité de l'homme est tolérée par la société

et acceptée par l'épouse. D'ailleurs, la majorité des femmes indiennes vivant avec le VIH ont été contaminées par le partenaire régulier (ONUSIDA/OMS, 2006a).

La violence domestique a été décrite par Go et coll. (2003) comme responsable de la vulnérabilité des femmes indiennes face au VIH/sida. Ces auteurs affirment qu'en présence de perception du risque, la femme qui demande le port du condom pourrait être victime de violence physique.

L'étude qualitative réalisée en Thaïlande par Tharawan et coll. (2003) auprès de femmes pendant la période post-natale et auprès d'hommes mariés avec des femmes qui étaient en âge de reproduction indique que la majorité des femmes considèrent leur risque face au VIH/sida moins élevé que celui des autres femmes (p. ex. : les travailleuses du sexe et les adolescentes). Les participantes ont affirmé qu'elles n'étaient pas à risque parce qu'elles étaient monogames et qu'elles avaient confiance en leur partenaire. Cependant, quelques femmes se sont considérées à risque à cause des relations extraconjugales du partenaire. Les hommes reconnaissent leur risque face au VIH/sida, principalement à cause des rapports sexuels en dehors du mariage avec des travailleuses du sexe. Ils affirment que l'épidémie du VIH/sida a contribué à un changement de la pratique du sexe extra-conjugal, car les travailleuses du sexe ont été substituées par des femmes considérées « propres » comme par exemple des collègues de travail et des étudiantes. Les hommes et les femmes disent que l'homme est responsable de la protection du couple, car c'est lui qui, généralement, a des rapports extra-conjugaux. Cependant, ils affirment que la proposition du port du condom à l'intérieur du mariage pourrait soulever le soupçon d'infidélité. Les auteurs décrivent que le fait de suggérer au partenaire de porter le condom avec des travailleuses du sexe et le fait de demander un test de dépistage après un voyage du partenaire sont des stratégies de protection face au VIH/sida adoptés par les participantes à cette étude.

Le test de dépistage a été aussi la stratégie de gestion du risque adopté par des femmes australiennes qui avaient un partenaire sexuel régulier et qui se méfiaient de leur partenaire (Lupton, McCarthy, & Chapman, 1995). La majorité affirme avoir peur

du VIH/sida et le test de dépistage est perçu comme une forme de punition envers le partenaire qui a réalisé une activité déviante.

L'étude réalisée par Maharaj et Cleland (2005) en Afrique du Sud auprès de couples mariés ou en concubinage vivant dans les régions urbaines et rurales pour identifier leurs pratiques et attitudes à l'égard du préservatif, leur perception du risque et leur sentiment d'auto-efficacité de prévention du VIH indique que 15% des hommes et 18% des femmes utilisent le préservatif régulièrement ou occasionnellement. Cependant, les couples urbains davantage instruits avaient un niveau d'usage du préservatif plus élevé que les couples ruraux moins instruits. Les femmes, plus que les hommes, avaient une attitude favorable à l'utilisation du préservatif avec le mari ou conjoint (47 % contre 29 %). Par ailleurs, 57 % des femmes et 22 % des hommes considéraient la possibilité d'être contaminé(e) par le(a) partenaire. Chez ces femmes, la perception du risque était justifiée par le manque de confiance envers le partenaire. Les auteurs ont conclu que la perception de la femme quant à son risque d'infection par son partenaire s'est révélé le facteur de prédiction le plus puissant d'usage du préservatif dans les relations stables.

Des usagers de drogues hollandais des deux sexes qui ont participé à une étude quantitative n'utilisent pas le condom avec le partenaire sexuel régulier et la majorité d'entre eux n'a jamais pensé à la possibilité de l'utiliser avec celui-ci. (Empelen, Schaalma, Kok, & Jansen, 2001). Par contre, les participants à cette étude qui ont eu des partenaires occasionnels utilisent le condom avec ce type de partenaire.

Ces écrits indiquent que la perception du risque dépend du type de relation qu'ont les personnes ou qu'elles souhaitent avoir avec un partenaire sexuel régulier. *Les liens sentimentaux, le mariage, le désir d'avoir une relation stable et les perceptions concernant le partenaire* (p. ex. : durée de connaissance, apparence de la personne) ont été identifiés dans les recherches comme des explications pour la faible/l'absence de perception du risque chez les groupes étudiés. En plus des explications reliées à des facteurs personnels, des contraintes culturelles et sociales comme les rapports de

genre et la dépendance économique influencent la perception et la gestion du risque face au VIH/sida.

En ce qui concerne la gestion du risque, les études de plusieurs pays ont mis l'accent sur le port du condom comme indicateur de protection contre le VIH par contact sexuel. Cependant, principalement quand le partenaire sexuel était régulier, les participants de ces recherches ont relié l'adoption du condom au manque de confiance chez le couple. Le test de dépistage a été décrit dans un nombre restreint d'études comme une stratégie de gestion du risque chez des femmes. Ces recherches indiquent que le discours existant sur le port du condom pour la prévention du VIH/sida n'était pas adopté dans la pratique par les hommes et femmes vivant dans diverses régions du monde et ayant une orientation sexuelle, un statut socio-économique, un âge, entre autres, différents.

Même si cette recension des écrits présente de multiples situations et contextes dans divers pays sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida, il convient de remarquer que ces recherches ont mis en lumière le fait que les femmes ont moins de pouvoir pour négocier des rapports sexuels protégés et cela, principalement, si le partenaire est régulier.

L'état des connaissances sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida au Brésil

Au Brésil, la plupart des études sur la prévention du VIH/sida sont liées à l'identification des comportements et aux interventions orientées vers le port du condom, principalement chez les groupes considérés à risque (Brésil, 1998). De plus, ces études sont concentrées dans les régions qui ont des ressources humaines et financières plus importantes.

L'augmentation significative du nombre de cas de VIH/sida par contact hétérosexuel chez les femmes reflète le peu d'importance des politiques d'intervention visant cette population (C. D. Guimarães, 2001 ; Parker & Galvão, 1996a, 1996b ; Scheper-Hughes, 1994). Les femmes vivant en situation de pauvreté, ayant une faible scolarité et un partenaire sexuel régulier sont actuellement les plus contaminées par le VIH au Brésil (Figueiredo & Ayres, 2002 ; Simões-Barbosa, 1997).

Il faut remarquer que 69,2 % de la population brésilienne ayant plus de 14 ans est sexuellement active (Brésil, 2003). Parmi ce groupe, 84 % ont eu un partenaire régulier dans les derniers six mois et, durant cette même période, 71 % des femmes et 46 % des hommes disent avoir eu un seul partenaire sexuel. Cette étude indique que presque la moitié des hommes qui ont une partenaire régulière n'ont pas de relations monogames.

Une recherche réalisée auprès des hommes mariés à São Paulo indique que l'homme adulte considère l'infidélité comme inhérente au genre masculin (Silva, 2002). Une autre étude, réalisée dans la même ville avec des conducteurs d'autobus d'une entreprise de transport collectif, a aussi identifié l'infidélité comme naturelle chez l'homme (Guerriero, Ayres, & Hearst, 2002). Selon ces auteurs, « le caractère incontrôlable que les participants attribuent à la sexualité masculine est considéré comme un besoin qui demande des satisfactions toujours immédiates » (p. 5, traduction libre).

La fidélité de l'homme, selon Silva (2002), est maintenue quand l'homme a des satisfactions sexuelles à l'intérieur du mariage. En effet, dans l'étude de Guerriero et coll. (2002), les hommes qui se sont déclarés fidèles affirment l'existence du dialogue avec leur épouse et ils rapportent une amélioration du sexe avec les années de mariage, ce qui ne les empêche pas d'avoir, éventuellement, des rapports extra-conjugaux. De plus, ceux qui croient qu'il existe des pratiques sexuelles non réalisables avec leur femme, cherchent, généralement, la réalisation des fantasmes avec d'autres personnes.

Les hommes ne considèrent pas comme une infidélité une relation extra-conjugale dont le but est purement sexuel : une « aventure sexuelle » n'est pas une trahison, car il n'existe pas de lien sentimental dans ce type de relation (Silva, 2002). Pour les conducteurs d'autobus, la relation extra-conjugale est vue comme une possibilité d'exercer leur sexualité sans avoir de responsabilités financières permanentes comme la pension alimentaire existante pour les conjoints de fait ou mariés (Guerriero et coll., 2002). En effet, avoir une histoire avec une femme mariée est bien vue par eux, car l'homme est exempté d'engagement. Dans ce cas, le port du condom n'est pas pertinent parce que si la maîtresse devient enceinte, la responsabilité d'élever l'enfant relève du mari, c'est-à-dire : « celui qui l'élève » (p. 6). Les participants de ces deux études s'accordent à dire qu'il est très difficile pour l'homme de résister à une autre femme, parce qu'il ne sait pas contrôler son instinct. Par contre, la fidélité de la femme est considérée comme normale et son infidélité n'est pas tolérable (Silva, 2002).

La construction sociale des rôles attribués aux hommes et aux femmes exerce des influences directes sur le comportement sexuel et les pratiques préventives de la population brésilienne (Paiva, 1999). En effet, Freyre (1974) affirme que le processus de mélange des cultures blanche européenne, noire-africaine et autochtone est à l'origine de la construction de la culture sexuelle brésilienne. La répression sexuelle et religieuse vécue par les européens, l'absence de patterns de moralité dans la culture autochtone et la polygamie des africains, entre autres, ont contribué à cette

construction (Parker, 1991 ; Scheper-Hughes, 1994). Ces auteurs citent la liberté sexuelle des hommes, la préférence pour le sexe anal et oral et les rapports sexuels inter-raciaux et inter-générationnels comme des caractéristiques de la culture sexuelle brésilienne.

Zampieri (2004) affirme qu'au Brésil être homme signifie expérimenter le sexe avec plusieurs partenaires et ne jamais avoir le contrôle sur le désir sexuel. Par contre, être femme signifie être soumise et inexpérimentée sexuellement. Cette construction de rôles exerce des influences sur la vie sexuelle des hommes et des femmes et, en conséquence, sur la pratique préventive en regard du VIH/sida. L'étude réalisée à la région sud-est par Goldstein (1994) auprès de femmes vivant en situation de pauvreté indique que l'inégalité entre hommes et femmes, en ce qui concerne la liberté sexuelle et le pouvoir de décision sur le port du condom, représente un des principaux facteurs de risque face au VIH/sida chez les participantes. Dans ce contexte, les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier ne se considèrent généralement pas à risque face au VIH/sida (Alves, Kovács, Stall, & Paiva, 2002 ; Amaro, 2005 ; Barroso, Miranda, & Pinheiro, 1998 ; Lima, 1997 ; Praça & Gualda, 2003).

L'étude réalisée auprès de 1 026 femmes âgées entre 20 et 60 ans habitant une ville au sud du Brésil et ayant pour but de décrire la non adoption du préservatif masculin indique que les femmes mariées ou ayant un conjoint de fait et ayant plus de 40 ans sont plus vulnérables aux ITS et au VIH que celles célibataires, séparées ou veuves (Carreno & Costa, 2006).

Un nombre croissant d'études au Brésil traitent exclusivement des femmes (ou des hommes) ayant un partenaire sexuel régulier en ce qui concerne le VIH/sida (Hebling & Guimarães, 2004 ; Lima, 1997 ; McCalman, 2003 ; Praça & Gualda, 2003 ; Silva, 2002 ; Simões-Barbosa, 1997). Cependant, la majorité des écrits amènent ce sujet à partir des résultats d'études qui avaient un échantillon plus hétérogène (p. ex. : conscrits de l'armée, étudiants, personnes séropositives, travailleurs), mais que le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier influençait le discours, la perception du risque et

le comportement des participants face au VIH/sida. Les écrits présentent les rôles attribués aux sexes et indiquent leur influence sur la perception et la gestion du risque face au VIH/sida.

Les résultats de recherches qui ont décrit la perception et la gestion du risque des différents groupes de la population brésilienne (p. ex. : jeunes célibataires, hommes et femmes ayant un partenaire sexuel régulier, personnes séropositives et séronégatives, personnes vivant en situation de pauvreté) seront présentés ci-dessous. La prévention et le traitement des ITS ainsi que les pratiques contraceptives courantes au Brésil sont aussi décrites ici afin d'explorer l'influence de ces pratiques sur le processus de perception et de gestion du risque face au VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier.

La perception et la gestion du risque chez les jeunes

Mota (1998) a réalisé une étude qualitative à Rio de Janeiro auprès de jeunes garçons âgés de 14 à 21 ans vivant en situation de pauvreté. Les résultats indiquent que la culture machiste brésilienne influence l'identité de ces jeunes en organisant idéologiquement les relations avec le partenaire sexuel. Ainsi, la sexualité féminine et masculine est configurée à partir d'une division « naturelle et biologique » des rôles. La sexualité de l'homme est donc perçue comme incontrôlable, alors que celle de la femme est décrite comme un objet contrôlé par l'homme. Selon les participants, l'homme doit commencer sa vie sexuelle très tôt et la multiplicité de partenaires est considérée naturelle avant et après le mariage. L'auteur ajoute que les jeunes avaient des connaissances sur le VIH, le sida et sa prévention mais leur pratique sexuelle était en contradiction avec leur discours sur la prévention de cette infection. De plus, les préoccupations sexuelles des participants étaient plutôt reliées à la contraception et à la fidélité qu'à la prévention du VIH/sida, car quand la partenaire est considérée fidèle, on ne porte pas le condom.

La prévention de la grossesse devient la principale préoccupation des universitaires des deux sexes vivant à São Paulo et âgés jusqu'à 24 ans quand la relation devient stable (Pirota & Schor, 2002). Dans ce cas, le condom est substitué par la pilule. Par contre, le condom a été porté par 80 % d'entre eux lors du premier rapport sexuel surtout comme une méthode pour prévenir des ITS.

Une autre étude réalisée auprès d'un échantillon de 30 318 conscrits de l'armée brésilienne, âgés entre 17 et 20 ans et provenant de plusieurs régions du pays, a indiqué que le port du préservatif augmente avec le niveau de scolarité. Par contre, il diminue quand le partenaire sexuel est régulier (Szwarcwald et coll., 2000). Les résultats indiquent des différences régionales en ce qui concerne le nombre de partenaires, le début des activités sexuelles et le port du condom : les conscrits qui habitaient les régions nord et centre-ouest avaient un plus grand nombre de partenaires sexuels, une initiation sexuelle plus précoce et un plus bas taux de port du condom.

Selon Goldstein (1996), les femmes plus jeunes qui sont célibataires ont moins de problèmes à exiger le port du préservatif ; toutefois, elles perdent le droit de l'exiger après le mariage, même si elles savent que leur mari les trompe.

Ces études menées auprès de jeunes brésiliens indiquent que leur pratique sexuelle et préventive est influencée par plusieurs rôles attribués aux hommes et femmes, par le niveau de scolarité ainsi que par les valeurs attribuées aux relations (p. ex. : confiance et fidélité).

La perception et la gestion du risque chez les hétérosexuels

Considérant le fait que les écrits publiés au Brésil dans le contexte du comportement sexuel, de la perception du risque et de la prévention du VIH/sida il y avait des études réalisées avec des hommes autant que des femmes, cette partie de la recension présente d'abord les recherches réalisées avec des hommes, ensuite, celles développées chez des femmes.

La perception et la gestion du risque chez les Brésiliens

Une étude comparative réalisée dans l'état de São Paulo auprès d'hommes séropositifs et séronégatifs pour identifier leur comportement sexuel indique que, dans les deux groupes, le condom est moins utilisé avec le partenaire régulier qu'avec un partenaire occasionnel (Ventura-Filipe & Newman, 1998). Ces auteurs affirment que les hommes séronégatifs n'ont pas la perception du risque avec une partenaire régulière et la confiance et la fidélité sont associées à l'abandon du condom. Pour les séropositifs, les auteurs affirment que l'abandon du condom avec une partenaire régulière pourrait être lié à la connaissance du sérodiagnostic de la partenaire. Ainsi, le condom est moins utilisé quand le couple est *séroconcordant*.

L'étude réalisée auprès des hommes mariés à São Paulo indique que, pour les participants, le port du condom dans une relation stable comme le mariage est lié à la contraception, mais son utilisation n'est acceptable que s'il est impossible d'adopter une autre méthode contraceptive (Silva, 2002). En ce qui concerne la prévention du VIH/sida, les participants s'accordent à dire que l'usage du condom chez les couples mariés pour prévenir cette infection pourrait suggérer une trahison et engendrer la méfiance. Par contre, en cas de trahison, ils suggèrent le port du préservatif et ajoutent qu'il faut porter le condom lors de rapports sexuels avec des personnes méconnues. Le fait de connaître la personne est considéré une méthode préventive.

En effet, des conducteurs d'autobus vivant à São Paulo affirment qu'ils n'ont pas besoin de porter le condom avec la maîtresse régulière ou encore s'ils la connaissent bien : « à peu près après la quatrième rencontre » (Guerriero et coll., 2002, p. 8).

En ce sens, les camionneurs de « route courte » qui travaillent dans la région portuaire de Santos, dans l'état de São Paulo, relatent avoir une partenaire sexuelle régulière, une partenaire fréquente (maîtresse régulière) et des partenaires occasionnelles (Villarinho et coll., 2002). La perception du risque et la gestion de celui-ci sont établis à travers une hiérarchie du risque où le port du condom avec la partenaire régulière est minime (6 %) et augmente avec la partenaire fréquente (56,6 %) ainsi

qu'avec la partenaire occasionnelle (67 %). La partenaire sexuelle régulière devient donc plus vulnérable au VIH et aux ITS que les autres partenaires.

Les travailleurs ruraux de la région nord-est brésilienne affirment que « ou on a des rapports sexuels avec la capote ou avec une femme connue », c'est-à-dire qu'ils rejettent le port condom avec une femme connue (Alves, 2003, p. 436). De même, Goldstein (1996) affirme que des hommes croient qu'ils n'ont pas besoin de porter le condom avec leur femme et leurs maîtresses, car elles leurs sont fidèles. Selon les données publiées par UNAIDS (2000), les hommes brésiliens en général sont plus ouverts à porter le préservatif lors des rencontres sexuelles avec des femmes méconnues qu'avec leur partenaire régulière.

Cependant, les participants d'une étude conduite à São Paulo par Vieira et coll. (2000) ont affirmé que le sexe sécuritaire est celui pratiqué avec une « partenaire connue ». Cette recherche, qui a été réalisée auprès de 597 hommes âgés entre 21 et 50 ans, indique que le port du préservatif diminue quand le partenaire sexuel est régulier. En effet, une étude qualitative sur la perception de risque et la santé reproductive conduite par Almeida (2002) auprès de 27 hommes vivant en situation de pauvreté à Rio de Janeiro et ayant une partenaire sexuelle régulière indique que le mariage a été considéré comme le point de division entre l'exposition (vie de célibataire) et la non exposition (vie de marié) aux ITS et au VIH/sida. Pour cette raison, le condom est associé aux relations courtes ou à un usage provisoire dans le mariage. L'auteure suggère que le mariage représente pour ces hommes la « libération » de quelque chose qui dérange (le condom). Dans cette étude, les participants ont aussi traité de l'infidélité des hommes comme une expérience du genre masculin et aucun d'entre eux n'a parlé de la possibilité de l'infidélité de leurs partenaires. Finalement, le critère de sélection de la partenaire (l'épouse ou des partenaires occasionnelles) était lié au fait de connaître la personne ou ses conditions d'hygiène.

Barbosa et Villela (1996) affirment que le fait de « connaître » le partenaire sexuel pourrait être suffisant pour créer un sentiment de protection par rapport au

risque. C. D. Guimarães (1994, 1996) ajoute que les justifications basées sur la connaissance et la confiance sont présentes chez des hommes et des femmes et dans toutes les catégories sociales, ce qui place la « connaissance de l'autre » comme la méthode préventive la plus adoptée par rapport au VIH/sida et aux ITS.

La perception et la gestion du risque face au VIH/sida chez les Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

En ce qui concerne les femmes, seront présentées ci-dessous les études réalisées auprès de brésiliennes séropositives, puis auprès de séronégatives. Les recherches développées auprès des femmes séropositives indiquent que la majorité d'entre elles ont été contaminées lors des rapports sexuels avec le partenaire sexuel régulier et qu'elles n'avaient pas perçu de risque face au VIH/sida avant le diagnostic (Alves et coll., 2002 ; Barroso et coll., 1998 ; Galvão & Marcondes-Machado, 2001 ; Takahashi, Shima, & Souza, 1998).

Une recherche visant à décrire les aspects de la vie sexuelle et reproductive réalisée dans deux villes de l'état de São Paulo auprès de 1 068 femmes âgées entre 18 et 67 ans et vivant avec le VIH/sida indique que 72 % d'entre elles ont été contaminées lors de rapports sexuels avec le partenaire régulier (Paiva, Latorre, Gravato, & Lacerda, 2002).

Une étude qualitative développée auprès de vingt six femmes séropositives vivant dans l'état de Paraná (au sud du Brésil) et ayant pour but d'identifier la perception du risque face au VIH avant et après le test de dépistage indique que vingt-trois femmes ont été contaminées lors de rapports sexuels et que, parmi elles, vingt-et-une ont affirmé avoir un seul partenaire sexuel à l'époque de leur contamination (Alves et coll., 2002). Toutes les participantes assurent ne pas avoir adopté de comportement préventif parce qu'elles ne percevaient pas le risque face au VIH/sida. Elles croyaient que la fidélité et la situation conjugale les maintenaient immunisées face à cette infection. Quand les femmes considéraient qu'elles n'avaient pas commis « de mauvaises actions », elles étaient incapables d'identifier leur vulnérabilité parce

qu'elles croyaient que rien de mal ne pourrait leur arriver. De plus, même si les participantes avaient perçu le risque, elles n'auraient pas pu imposer le sexe sécuritaire à leur partenaire : la dépendance économique des femmes a été décrite comme une importante barrière à la discussion sur le VIH/sida avec le partenaire avant la contamination, les femmes relatant avoir eu peur de l'abandon et de l'absence de conditions de survie. Les auteurs ont identifié la peur réelle et la peur imaginaire des femmes : (a) la peur réelle de l'abandon est liée à la situation économique et à ses conséquences sur la vie de la femme (faim, maladie ou perte du logement) et (b) la peur imaginaire pourrait signifier la perte de l'autre sur lequel elle a construit son identité. Les auteurs suggèrent que l'émancipation de la femme, en reconnaissant celle-ci explicitement comme un sujet indépendant de l'autre, pourrait l'aider à transformer la peur de l'abandon en une force retrouvée.

Les femmes séropositives qui avaient été contaminées par leur partenaire régulier rapportent que la prévention de la grossesse était la seule préoccupation des participantes avant le diagnostic et qu'elles ne pensaient pas à la prévention des ITS/sida car elles avaient un seul partenaire sexuel et elles croyaient que leur partenaire était aussi fidèle (Barroso et coll., 1998). Il faut remarquer qu'aucune des femmes séropositives interviewées dans une étude à Rio de Janeiro n'a rapporté avoir été avertie des risques du VIH/sida par les services de santé qu'elles fréquentaient (Vermelho, Simões-Barbosa, & Nogueira, 1999).

Ces études indiquent que la majorité des femmes séropositives ayant un partenaire sexuel régulier ne percevaient pas le risque et qu'elles n'adoptaient pas des comportements préventifs face au VIH/sida avant leur contamination. De même, les études réalisées auprès de femmes séronégatives ayant un partenaire sexuel régulier suggèrent que leur perception du risque, croyances et pratiques par rapport au VIH/sida sont semblables à celles des séropositives. Par ailleurs, les recherches ont aussi présenté une réflexion plus approfondie sur le rôle des conditions socio-économiques et culturelles sur la perception et la gestion du risque chez les femmes non contaminées.

L'étude réalisée par Mamede (1996) dans deux villes de l'état de São Paulo auprès de femmes séronégatives âgées entre 15 et 60 ans et faisant partie de milieux socio-éducationnels variés indique que ces femmes se considèrent protégées du VIH/sida lorsqu'elles ont un partenaire régulier. Les participantes qui réfèrent au port du condom lors des rapports sexuels le font pour se protéger d'une grossesse. Seulement une des femmes interviewées a affirmé qu'elle exige le port du condom parce qu'elle n'a pas confiance en son partenaire. L'auteure affirme que le traitement différencié par rapport à l'exercice de la sexualité entre les genres révèle des pouvoirs distincts à l'intérieur des relations. Par exemple, les participantes tolèrent l'infidélité des hommes comme une caractéristique inhérente à leur nature biologique. Par contre, elles répudient ce type de comportement chez les femmes et se considèrent sans risque lorsqu'elles n'adoptent pas des comportements considérés comme moralement interdits pour la femme (p. ex. : partenaires multiples, infidélité).

L'étude qualitative réalisée par Praça et Gualda (2003) auprès de femmes en suivi pré-natal dans un centre de santé communautaire localisé dans une *favela*⁶ à São Paulo, indique que ces femmes ne se considèrent pas à risque face au VIH. La confiance envers le partenaire sexuel régulier est présente dans le discours des participantes et elles croient qu'il n'existe pas de possibilité d'être contaminées lors d'une relation sexuelle avec le partenaire. Elles ne demandent pas le port du condom au partenaire pour la prévention du VIH/sida car elles ont l'espoir d'être averties par lui en cas des rapports extra-conjugaux ou en cas d'une infection (le VIH/sida ou d'autres ITS).

Une autre recherche réalisée à São Paulo chez 384 femmes âgées entre 12 et 42 ans, lors d'un séjour à l'hôpital suite à l'accouchement, indique que 74 % des femmes qui habitaient avec le mari ou conjoint (78 % de l'échantillon) ne percevaient pas de risque face au VIH/sida (Praça & Latorre, 2003 ; Praça, Latorre, & Hearst, 2003). Par contre, les femmes qui ont affirmé avoir peur d'être contaminées ont lié cette perception du risque au fait d'avoir eu une ITS et de croire que l'homme marié a

⁶ Nom féminin, utilisé au Brésil pour désigner un bidonville.

le même « loisir » que le célibataire (avoir des rapports sexuels avec plusieurs femmes).

Les femmes habitant une *favela* à Rio de Janeiro et ayant un partenaire sexuel régulier associent l'infidélité du partenaire à leur risque face au VIH/sida (Simões-Barbosa, 1997). Elles affirment que l'homme n'a pas de contrôle sur sa sexualité et que le sexe n'est pas associé au sentiment chez eux. Par contre, pour la femme, le sexe représente l'amour et l'affection envers le partenaire. L'auteure affirme que dans la culture machiste brésilienne il existe un « code social qui gère les rapports de genre imposant le silence sur cette question : les hommes ont des rapports sexuels extra-conjugaux mais on ne parle pas de ce sujet » (p. 40). Dans ce cas, les femmes doivent « faire semblant » de ne rien savoir sur l'infidélité du partenaire. Les vingt femmes interviewées valorisent la fidélité dans la vie de couple et elles affirment être fidèles. Toutefois, la majorité d'entre elles ne croient pas que leur partenaire soit fidèle. Ces femmes ont affirmé que la gestion du risque est difficile chez les femmes mariées car, malgré le besoin d'utiliser le condom pour prévenir le VIH, elles ne savent pas comment négocier le sexe sécuritaire avec leur partenaire.

À l'intérieur des rapports hétérosexuels, la pratique sexuelle sécuritaire doit offrir de la sécurité autant à l'homme qu'à la femme (Oliveira, Meyer, Santos, & Wilhelms, 2004). Ces auteurs affirment que pour les femmes vivant dans les quartiers défavorisés à Porto Alegre, au sud du Brésil, « le sexe sécuritaire est lié à d'autres besoins plus immédiats de sécurité (par exemple contre l'agression physique) que la menace, à long terme, du VIH » (p. 1313).

McCalman (2003) a réalisée une étude qualitative à Belo Horizonte, Brésil, avec des femmes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté pour identifier les barrières socio-économiques et culturelles par rapport au comportement face au VIH/sida. Les résultats indiquent que les participantes perçoivent leur risque face au VIH mais qu'elles ne sont pas capables de faire face à cette situation, principalement à cause de la dépendance financière (peur de la séparation) et de la peur de la réaction du mari face à leur suspicion (violence,

suspicion envers la femme). Ces femmes critiquent la société brésilienne qui tolère (et même encourage) l'activité sexuelle extra-maritale chez les hommes, en même temps qu'elle condamne ces comportements chez les femmes. Elles affirment que la demande du condom au partenaire régulier pour la prévention du VIH pourrait contribuer à la détérioration de la relation. L'auteure affirme que les programmes d'intervention ne rejoindront pas les femmes ayant un partenaire sexuel régulier si les inégalités du genre et les normes culturelles de la sexualité ne sont pas prises en compte.

Pendant quatre ans, 500 femmes, mères d'enfants qui fréquentaient des garderies à Campinas (São Paulo), ont participé à une intervention éducative sur le VIH et les ITS (Hebling & Guimarães, 2004). Les participantes ont reconnu qu'elles se considéraient capables de réaliser des interventions auprès des femmes dans leur communauté sur la prévention du VIH. Cependant, elles ne voulaient pas porter le condom avec le partenaire sexuel régulier. Six groupes de discussion ont été mis sur pied pour explorer les motifs de la non incorporation du préservatif dans la vie privée des femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Ces femmes reconnaissent qu'elles, comme tout le monde, peuvent attraper le VIH et d'autres ITS et que le condom demeure la méthode la plus efficace pour la prévention de ces infections. Toutefois, elles affirment que l'homme a le pouvoir de prendre la décision sur le port du préservatif et qu'elles ont peur de provoquer le soupçon ou même la séparation. La peur de la séparation est associée à la dépendance financière. En présence de l'infidélité du partenaire, les participantes affirment qu'elles préfèrent faire semblant de ne rien savoir.

Ces écrits indiquent que quelques femmes perçoivent le risque et d'autres ne se considèrent pas à risque face au VIH/sida. Cependant, la majorité des participantes de ces études n'adoptent pas des stratégies de gestion du risque. De plus, la croyance que le VIH/sida est une infection liée aux autres personnes amène l'individu à identifier les risques (Barbosa & Villela, 1996) et le besoin de prévention chez des

« autres » personnes sans reconnaître son propre risque ou celui de son partenaire (C. D. Guimarães, 1994, 2001 ; Lima, 1997 ; Maia et coll., 2008).

L'étude réalisée auprès des femmes dans un quartier défavorisé à Rio de Janeiro indique que, pour les participantes, les hommes ne méritent pas la confiance des femmes, mais cette affirmation n'était valable que pour les autres hommes, pas pour leur mari (C. D. Guimarães, 1994, 2001). Ces femmes croient savoir faire la différence entre celui qui mérite la confiance (leur mari) et celui qui ne la mérite pas (les maris des « autres » femmes).

Dans l'étude réalisée par Lima (1997) auprès de brésiliennes habitant Montréal et ayant un partenaire sexuel régulier, les résultats indiquent que la pratique préventive de ces femmes était basée sur leurs valeurs et croyances personnelles en relation au mariage (confiance, fidélité, respect). Cependant, les participantes ont affirmé que les femmes mariées vivant en situation de pauvreté et qui habitent dans des *favelas* au Brésil, c'est-à-dire, les « autres femmes brésiliennes », seraient plus à risque qu'elles pour le VIH/sida, car ces femmes ne perçoivent pas leur risque dans le contexte brésilien où les hommes ne sont pas fidèles. Alors qu'elles, les participantes, affirment que leur propre relation est basée sur la confiance et qu'elles seraient capables de reconnaître des signes d'infidélité et de demander le port du condom au mari s'il le fallait.

Les résultats de l'étude réalisée par Knauth, Victora, et Leal (1998) au sud du Brésil suggère que la perception du risque est liée à la proximité des cas connus de VIH/sida, c'est-à-dire que les personnes (hommes et femmes) qui habitent dans un quartier où l'incidence du VIH/sida est élevée perçoivent plus le risque personnel que ceux qui habitent dans les quartiers ayant une faible incidence. Dans ce cas, le risque devient celui des « autres » (p. ex. : des Africains, chanteurs, comédiens, drogués ou ceux qui habitent le quartier voisin).

Les écrits ont mis en lumière le fait que, généralement, les personnes ayant un partenaire sexuel régulier ne perçoivent pas le risque face au VIH/sida et que l'adoption du condom est surtout liée à la contraception. Cependant, le choix

contraceptif au Brésil pourrait contribuer à l'augmentation de la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida.

La santé sexuelle et reproductive et la gestion du risque chez les femmes brésiliennes

Le rôle des services de santé est fondamental pour la santé sexuelle et reproductive de la femme et, en conséquence, pour la prévention des ITS et du VIH/sida. Giffin (2002) argumente qu'il existe des déficiences qualitatives et quantitatives dans les services de santé orientés vers la santé sexuelle et reproductive. Selon Giffin et Lowndes (1999), les médecins gynécologues ont de la difficulté à expliquer à des femmes ayant reçu un diagnostic de ITS la nature de leur maladie quand elles ont été contaminées par le partenaire sexuel régulier. Les médecins ajoutent qu'ils ne veulent pas confirmer les soupçons des femmes par rapport au mari pour éviter les « interférences dans la vie privée du couple » (p. 288). De plus, les femmes monogames sont généralement accusées par le partenaire d'avoir attrapé une ITS et les hommes sont résistants au traitement, ce qui provoque des réinfections chez la femme. Les auteures concluent que des normes liées au genre sexuel guident les pratiques des médecins et que les programmes de contrôle des ITS au Brésil doivent offrir des mécanismes de soutien capables d'assurer la communication éclairée autant entre le médecin et sa cliente qu'avec le couple.

En effet, une étude réalisée auprès de 249 femmes qui habitaient la ville de Campinas dans l'état de São Paulo et qui attendaient une consultation gynécologique dans six centres de santé communautaire différents indique que plus de la moitié d'entre elles ne savaient pas décrire les symptômes des ITS (Fernandes, Antonio, Bahamondes, & Cupertino, 2000). Cependant, la majorité des participantes (72,7 %) ont cité le préservatif comme la méthode préventive de ces infections. Par contre, le fait d'avoir un partenaire régulier, de visiter le gynécologue régulièrement et d'utiliser des médicaments prescrits en présence d'une ITS ont été aussi considérés des moyens de prévention. En ce qui concerne le port du condom, 72,3 % des

participantes ont affirmé qu'elles ne l'utilisaient pas et seulement 7,6 % ont rapporté l'usage du préservatif par le partenaire lors de tous les rapports sexuels. Les auteurs affirment que seulement 3,6 % des participantes qui avaient eu un diagnostic de ITS ont reconnu avoir eu ce type d'infection, ce qui suggère le manque d'information donné par les médecins pendant la consultation en évitant de faire des liens entre le diagnostic d'une ITS et la contamination par contact sexuel.

Au Brésil, la pilule et la stérilisation de la femme sont des méthodes contraceptives très populaires (Villela & Barbosa, 1996). Giffin (2002) argumente que les politiques de contrôle des naissances avaient pour but de réduire la pauvreté dans les pays en développement à partir de la prévention des naissances. Toutefois, les naissances ont été réduites, mais la pauvreté a été accentuée dans les dernières années et des intérêts mercantiles ont été les grands bénéficiaires de la « médicalisation du corps de la femme ». L'auteure affirme que la stérilisation chirurgicale est la méthode de contrôle des naissances la plus répandue au Brésil et en conséquence les accouchements par césarienne sont aussi très populaires car la majorité des stérilisations sont réalisées après l'accouchement et dans ce cas la césarienne devient l'intervention de choix. En effet, 40 % des femmes brésiliennes en âge de reproduction sont stérilisées (Pirotta & Schor, 2002).

De même, la pilule est utilisée de façon incorrecte par les femmes vivant en situation de pauvreté (p. ex. : achat sans ordonnance, dose inadéquate, usage pour une longue période de temps). De plus, parmi les femmes qui utilisent une méthode contraceptive au Brésil, seulement 1,1 % emploient le préservatif (Tamayo, Lima, Marques, & Martins, 2001). Cette situation contribue à augmenter la vulnérabilité de la femme ayant un partenaire régulier face au VIH/sida, car, comme il a été décrit, le port du préservatif n'est pas accepté si la femme utilise une autre méthode contraceptive (Roso, 2000 ; Silva, 2002 ; Villela & Barbosa, 1996). La stérilisation de la femme contribue indirectement à l'augmentation du risque de la femme face au VIH en réduisant son intérêt et/ou son pouvoir de négociation sur le port du condom (Barbosa & Villela, 1996 ; Giacomozzi, 2006 ; Simões-Barbosa, 1997). De même, les

femmes ménopausées ou enceintes ont aussi des difficultés pour imposer l'usage du condom, car il n'y a pas de risque de grossesse (Paiva, 1999).

Une étude comparative sur les pratiques sexuelles de femmes stérilisées et non-stérilisées réalisée dans la région sud-est du Brésil indique que, au contraire des femmes non-stérilisées, les femmes stérilisées sont plus âgées, ont plus d'enfants et, de façon prédominante, ont un partenaire régulier (Barbosa, Lago, Kalckman, & Villela, 1996 ; Villela & Barbosa, 1996). Un total de 68,8 % des femmes stérilisées et 52,5 % des femmes non-stérilisées affirment avoir eu un seul partenaire sexuel tout au long de leur vie (Villela & Barbosa, 1996). Par contre, 94 % des participantes affirment être monogames, tandis que seulement 59,6 % d'entre elles croient être dans une relation mutuellement monogame. Les auteurs affirment que la femme évite de parler de fidélité avec son partenaire mais, en même temps, avoue ne pas être capable de s'assurer de la fidélité de ce dernier. Les participantes à cette étude affirment ne pas savoir refuser une relation sexuelle avec le partenaire et plus de la moitié d'entre elles préfèrent avoir des rapports sexuels même en l'absence de désir, simplement pour éviter des violences. Bien que le condom soit reconnu par ces femmes comme outil de prévention des ITS, son acceptation est très faible. Le manque de sécurité, la connotation morale et la diminution du plaisir ont été énumérés comme barrières à son adoption.

En effet, Goldstein (1996) affirme que les personnes n'aiment pas porter le condom car elles préfèrent le sexe « peau contre peau » (*carne com carne*). Villela et Barbosa (1996) bien que Amorim et Andrade (2006) affirment que, parmi les femmes qui disent utiliser le préservatif, la majorité d'entre elles le font à des fins contraceptives. Les auteurs ont conclu qu'il est plus difficile d'avoir une relation sexuelle sécuritaire pour les femmes stérilisées que pour les femmes non-stérilisées et que le programme de planification familiale brésilien devrait promouvoir l'usage de méthodes de barrières (p. ex. : le condom) et souligner l'importance de la prévention des ITS et du VIH/sida indépendamment du choix contraceptif de la femme.

Par contre, une étude réalisée sur la participation masculine dans la contraception suggère que l'adoption de méthodes contraceptives qui exigent la participation de l'homme (préservatif masculin et vasectomie) a augmenté au Brésil (Duarte, Alvarenga, Osis, Faúndes, & Sousa, 2003). Les participants à cette recherche étaient des hommes et ils ont été recrutés dans une université à São Paulo. L'échantillon comptait des étudiants, des professeurs, des employés administratifs (fonctionnaires) et des employés dans le secteur des services (ouvriers). Les résultats indiquent que la totalité des étudiants, 80 % des employés administratifs, 75 % des professeurs et 65 % des ouvriers utilisaient un type de méthode contraceptive. Cependant, des différences ont été identifiées chez les participants en ce qui concerne les méthodes les plus utilisées : (a) les professeurs ont relaté le port du préservatif, la vasectomie et la stérilisation de la femme, (b) les fonctionnaires et les ouvriers ont cité la stérilisation de la femme et la pilule et (c) les étudiants ont référé la pilule, le préservatif et l'abstinence pendant l'ovulation. Les auteurs affirment que, parmi les hommes qui utilisaient un type de contraception, 38,7 % ont adopté une méthode qui exige la participation de l'homme (préservatif et vasectomie) et la totalité des hommes qui ont fait eux-mêmes le choix contraceptif utilisaient ce type de méthode. Par contre, quand le choix contraceptif a été fait par le couple, les proportions d'usage de méthodes de participation masculine ont été divisées par deux et, quand le choix a été fait par la femme et son médecin, l'adoption de ce type de méthode a été dix fois moins fréquente. De plus, la prévalence d'utilisation de méthodes de participation masculine était aussi plus élevée parmi les professeurs, les étudiants, les hommes dont les femmes avaient un niveau universitaire, les participants avec un revenu plus élevé et chez ceux qui se sont définis comme de couleur blanche. Les auteurs concluent que le niveau de scolarité joue un rôle important dans le choix contraceptif et sur le pouvoir entre les genres.

Il faut remarquer qu'autant la stérilisation des femmes comme la vasectomie sont des méthodes contraceptives plus définitives, ce qui exige une réflexion sur la réalisation de ces procédures dans les programmes de santé sexuelle et reproductive

au Brésil. De plus, il faut tenir compte de l'influence des méthodes contraceptives sur l'adoption de pratiques préventives face au VIH/sida.

Le machisme, les inégalités sociales, les rapports de genre et de pouvoir, les politiques de santé, entre autres, favorisent la vulnérabilité face au VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier au Brésil et ailleurs. Pour cette raison, il est intéressant d'explorer les interventions qui ont été réalisées dans ce domaine et principalement, si ces interventions ont considéré les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité face au VIH.

Des pistes pour le développement de stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention décrits dans plusieurs études ailleurs dans le monde et au Brésil indiquent que l'insistance pour l'adoption du condom afin de prévenir le VIH/sida est insuffisant et que d'autres approches doivent viser tant les individus (p. ex. : l'accès aux préservatifs et au traitement des ITS) que la communauté (p. ex. : l'*empowerment* et la réduction des inégalités économiques) tout en tenant compte du contexte social.

Les études sur la problématique du VIH/sida chez les femmes ont été développées principalement après les années 90 (Amaro, 1995 ; Campbell, 1999). En Angleterre, le WRAP (*Women's Risk and Aids Project*) a développé une série d'études sur les croyances et le comportement sexuel des jeunes filles par rapport à la transmission hétérosexuelle du VIH/sida (Holland et coll., 1990 ; Holland, Ramazanoğlu, Scott, Sharpe, & Thomson, 1991 ; Thomson & Scott, 1991). Dans ces études, les auteures ont identifié la complexité de la situation chez les adolescentes (p. ex. : les normes sociales qui stipulent les rôles entre hommes et femmes, l'inefficacité ou l'absence de programmes d'éducation sexuelle dans les écoles) et ont suggéré entre autres des mesures préventives axées sur l'éducation sexuelle dans les écoles, de même que le développement des connaissances sur la réalité de la sexualité chez les adolescentes.

Wingood et DiClemente (1996) ont réalisé une recension des écrits publiés entre les années 1981 et 1995 sur les programmes de réduction du risque face au VIH/sida et sur l'évaluation de résultats de ces interventions par rapport à l'adoption du condom, développés spécifiquement pour les femmes, à partir de banque de données informatisées couramment utilisées dans le domaine de la santé. La majorité des interventions étaient axées sur l'information à partir de l'utilisation de vidéos, brochures, manipulation de condom ou le développement d'habiletés (p. ex. : négociation, communication et planification). Les auteurs affirment que les interventions qui étaient guidées par des théories psychosociales ont été les plus

efficaces, c'est-à-dire qu'il y a eu une augmentation de l'adoption du condom chez les participantes durant au moins trois mois. De plus, les interventions identifiées comme efficaces (a) ont mis l'accent sur les influences reliées au genre comme l'inégalité de pouvoir entre les sexes dans la relation homme/femme et (b) ont utilisé des groupes de pairs comme source d'intervention. Les auteurs suggèrent l'adoption d'approches théoriques qui considèrent les rapports sociaux de genre et de pouvoir dans l'exposition au VIH/sida (p. ex. : pauvreté, faible scolarité, abus physique et sexuel) et les facteurs de risque chez les femmes (p. ex. : minorités, abus d'alcool et de drogues, capacité de négociation limitée) pour construire des stratégies de prévention du VIH/sida orientées vers la structure des relations de genre (Wingood & DiClemente, 1999, 2000).

Amaro et Raj (2000) mettent l'accent sur l'importance de la transformation de mentalité par rapport à la prévention du VIH/sida à partir de l'incorporation d'autres modèles qui ne s'adressent pas seulement aux comportements à risque, mais aussi qui soutiennent des changements sociaux comme la participation et l'*empowerment* des femmes.

Moss (2002) propose un modèle conceptuel contenant de multiples facteurs qui exercent des influences sur la santé des femmes en tenant compte de l'environnement géopolitique (p. ex. : transport, soins de santé), de la culture et des normes (p. ex. : genre, âge, statut marital, éducation), des rôles des femmes dans la reproduction et dans la production (p. ex. : division sexuelle du travail, discrimination sexuelle) et les médiateurs liés à la santé (p. ex. : le réseau social, le comportement, la violence). Cette auteure affirme que ce modèle est complexe, mais c'est à partir d'une vision plus large du contexte historique et géopolitique dans lequel les femmes sont insérées que la santé publique pourrait développer des politiques plus humanisées et capables de promouvoir l'égalité, l'équité et le bien être de la population.

Heise et Elias (1995) affirment que les méthodes traditionnelles adoptées dans les programmes de prévention du VIH/sida dans les pays en voie de développement

(réduction du nombre de partenaires sexuels, utilisation du condom et traitement des ITS) ne suffisent pas pour répondre aux besoins des femmes. La monogamie est, selon les auteurs, une pratique courante chez les femmes, mais le discours de réduction du nombre de partenaires devient un risque pour les femmes car elles n'ont pas le contrôle des pratiques sexuelles de leurs partenaires. Ils ajoutent que le sexe avec plusieurs partenaires est aussi une stratégie économique pour les femmes vivant en situation de pauvreté dans plusieurs pays. L'utilisation du condom requiert avant tout sa disponibilité et son accessibilité. Selon Cohen (1999), la disponibilité du condom devrait être à la base de toute intervention visant la prévention du VIH/sida et les ITS. De plus, la protection de la femme est liée à sa capacité de négociation du port du condom, mais il existe plusieurs forces (p. ex. : économique, sociale, culturelle et émotionnelle) qui limitent l'habileté de négociation de la femme (Heise et Elias, 1995). Le traitement et le contrôle des ITS représentent un grand défi pour les pays en voie de développement à cause du manque de ressources. De plus, les services existants ciblent les groupes plus à risque comme les travailleuses du sexe et leurs clients. Les auteurs affirment que la première étape à franchir pour la prévention du VIH/sida chez les femmes est la reconnaissance de l'influence du statut défavorisé de la femme comme la principale barrière à la prévention. Ils suggèrent l'adoption d'interventions qui font la promotion de l'égalité entre les genres, l'organisation communautaire et également le développement de produits (p. ex. : microbicides vaginaux) qui aident la femme à se protéger sans la coopération ou la connaissance de son partenaire pour mieux rejoindre les besoins des femmes dans les pays en développement. Gupta et Weiss (1993) ajoutent l'importance du développement de recherches participatives pour promouvoir la mobilisation de la communauté et la collaboration des ressources humaines des services de santé.

Fernandes (1998) rapporte que, avant l'installation du Programme communautaire de contrôle du VIH/sida dans une *favela* à Rio de Janeiro au Brésil en 1990, une étude préliminaire a été réalisée pour déterminer les connaissances, les attitudes et les perceptions liés au VIH/sida. En 1996, l'auteur a réalisé une deuxième évaluation à l'intérieur de cette communauté pour identifier les changements qui ont

eu lieu pendant les années d'activité du programme. Les résultats indiquent que la télévision est encore la source de connaissance la plus citée par les participants, mais que l'école qui occupait la sixième place dans la première étude est devenue la deuxième source. Ce résultat suggère une plus grande implication des écoles dans le processus de conscientisation des jeunes face au VIH/sida après l'implantation du programme dans la communauté. De plus, l'utilisation continue du préservatif a doublé dans la population (8 % en 1990 et 16,4 % en 1996). Un total de 10 % des participants de l'étude recevaient des condoms des éducateurs communautaires du programme. L'auteur ajoute que l'accès au préservatif pourrait justifier cette augmentation. De plus, 58 % des participants des deux sexes ont affirmé qu'ils seraient prêts à adopter le condom s'ils le recevaient gratuitement, ce qui indique l'importance de l'accès aux préservatifs dans les populations vivant en situation de pauvreté.

Une autre intervention communautaire a été réalisée pendant un an dans une *favela* à São Paulo au Brésil visant la diminution de la vulnérabilité de la femme face au VIH/sida (Figueiredo & Ayres, 2002). Des activités de formation ont été réalisées auprès des professionnels de la santé œuvrant dans un service communautaire ambulatoire de la *favela* quand des condoms masculins et féminins, diaphragmes, spermicides et du matériel éducatif (dépliants, vidéos) ont été mis à la disposition du service. Des rencontres de groupe ont été organisées avec des adolescents des deux sexes et des femmes. De plus, il y a eu des émissions de radio avec la participation de la communauté et la distribution de préservatifs. Les auteurs affirment que les professionnels de la santé, qui ont démontré avoir des difficultés pendant les ateliers pratiques sur les préservatifs, ont (a) augmenté leur niveau de perception du risque des femmes de la communauté face au VIH, (b) donné plus d'attention à l'intervention visant la contraception et la prévention du VIH dans la communauté et (c) accepté la responsabilité de la distribution de matériel éducatif, la présentation de films et la distribution de condoms après les interventions. La communauté a montré de l'intérêt pour les informations sur la sexualité, la pilule du lendemain, la

prévention du VIH/sida et le préservatif féminin. Une augmentation de la demande pour le préservatif masculin a été observée après les émissions de radio. Après l'intervention, le service ambulatoire continue à distribuer gratuitement le condom masculin dans cette communauté et la quantité mensuelle distribuée continue dans la moyenne obtenue pendant la période d'intervention. Les auteurs concluent que les actions préventives orientées vers la prévention du VIH dans la communauté doivent considérer l'importance de l'accès continu au préservatif, de l'influence des rapports de genre sur le comportement de la population, de l'introduction des interventions ancrées sur la santé sexuelle et reproductive et surtout du développement du partenariat avec la communauté.

L'action politique, visant le développement de politiques publiques de santé orientées vers la prévention et le traitement du VIH/sida, représente une importante stratégie dans la lutte contre cette infection. Au Brésil, le rôle des mouvements sociaux comme des organisations non-gouvernementales de lutte contre le VIH/sida (ONG/sida) a été fondamental pour promouvoir le début de la réponse brésilienne face au VIH/sida et pour exercer des pressions sur le gouvernement (Paiva, Pupo, & Barbosa, 2006 ; Silva, 1998,). En effet, contrariant les recommandations de la Banque Mondiale et de l'OMS aux pays en voie de développement sur l'importance d'investir en prévention de nouvelles infections en détriment du traitement, depuis 1996, le Brésil a institué l'accès universel et gratuit de médicaments anti-rétroviraux dans les services publics de santé (Ramos, 2004).

L'introduction de nouveaux traitements contribue à l'augmentation du taux de survie des personnes atteintes par le VIH/sida (Brésil, 2003 ; Dourado, Veras, Barreira, & Brito, 2006 ; Duarte, 1997 ; Zampieri, 2004). L'accès au test de dépistage, au préservatif masculin et aux échanges de seringues dans les services publics de santé et des actions éducatives réalisées dans les écoles sont des exemples d'interventions visant la prévention du VIH/sida au Brésil (Paiva et coll., 2006). Bien que le Brésil soit internationalement reconnu pour son programme de traitement gratuit aux personnes vivant avec le VIH/sida (Brésil, 2003 ; ONUSIDA/OMS, 2006a ;

OPAS, 2001), les programmes d'intervention visant la prévention de cette infection sont encore timides et ne sont pas adressés à la source du problème (McCalman, 2003), comme par exemple l'inégalité sociale, régionale, de race, de genre et aussi la discontinuité des actions (Paiva et coll., 2006). Par exemple, l'adhésion au préservatif masculin est plus petite au Brésil entre femmes, hommes noirs et dans la région Centre-Ouest (Berquó & Koyama, 2005, cité par Paiva et coll., 2006 ; Maia et coll., 2008).

Ainsi, l'épidémie du VIH/sida représente un grave problème de santé publique au niveau mondial. L'absence d'un vaccin ou d'une cure pour cette infection indique l'importance de la prévention. La prévention exige, entre autres, l'adoption de comportements sécuritaires, l'accès au condom, l'existence de services efficaces de dépistage des ITS, la réduction des inégalités sociales et l'amélioration des conditions de vie. En effet, le VIH/sida devient une «pandémie des populations vulnérables», soit par l'ethnicité, le genre, la classe sociale et/ou le pays d'origine (Mann et coll., 1992).

Dans ce contexte, les femmes deviennent de plus en plus contaminées et les actions orientées vers les femmes ayant un partenaire sexuel régulier doivent tenir compte des contextes socioculturel et économique dans lesquels les femmes vivent, pour mieux comprendre l'influence de ceux-ci sur leurs comportements et leurs attitudes envers le VIH/sida.

Cette recension des écrits, qui a mis l'accent sur la perception et la gestion du risque ainsi que sur les stratégies d'intervention, suggère qu'autant les femmes que les hommes sont vulnérables au VIH/sida. Cependant, les femmes sont plus vulnérables dans la mesure où elles ont moins de pouvoir économique et social pour prendre en main leur vie sexuelle. La dépendance économique et la faible scolarité semblent jouer un rôle important dans la vie quotidienne des femmes brésiliennes vivant en situation de pauvreté et ayant un partenaire sexuel régulier.

Les études suggèrent aussi l'existence des ambivalences dans la vie quotidienne des femmes ayant un partenaire sexuel régulier, car les résultats

présentent en même temps des forces et des limites, au niveau personnel (faible perception du risque, rejet au condom), relationnel (confiance mutuelle, peur de perdre le partenaire) et social (rôle de la femme), ce qui influence leur perception et la gestion du risque.

Bien que l'adoption du condom soit considérée comme le but ultime des interventions visant la prévention du VIH par voie sexuelle, les études renforcent l'importance de l'accès à celui-ci, principalement auprès de communautés vivant en situation de pauvreté. La plupart des auteurs suggèrent l'adoption de stratégies d'intervention axées sur la participation de communauté, l'*empowerment* de la femme et la promotion de l'égalité entre les genres.

La participation communautaire et l'*empowerment* sont des concepts d'une importance fondamentale dans le domaine de la promotion de la santé. Pour cette raison, la prochaine section aborde la promotion de la santé et sa contribution à la prévention du VIH/sida.

La promotion de la santé : contributions à la prévention du VIH/sida

Le concept de promotion de la santé a émergé, comme champ organisé et distinct, en 1974 au Canada par la publication du rapport Lalonde intitulé «La nouvelle perspective de santé pour les Canadiens» (Green, Poland, & Rootman, 2000 ; Macdonald & Bunton, 1992). Selon ce rapport, les soins de santé insuffisants, les facteurs comportementaux, l'environnement et les caractéristiques biophysiques seraient la cause des maladies et de la mortalité.

Dans plusieurs pays émerge une nouvelle perception de la santé « en direction à une compréhension écologique de l'interaction entre les individus et leur environnement social et physique » (Stachtchenko & Jenicek, 1990, p. 54).

En 1986, l'OMS organise, à Ottawa, la première conférence internationale sur la promotion de la santé (OMS, SBESC, & ACSP, 1986). La «charte pour l'action», qui a été développée durant cette conférence, présente des stratégies et des méthodes qui ont été considérées comme fondamentales pour la promotion de la santé. La promotion de la santé a été définie comme «le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé» (p. 428). Les cinq axes principaux à considérer pour l'action en promotion de la santé ont été énumérés dans la Charte d'Ottawa : (a) élaborer une politique publique saine, (b) créer des milieux favorables, (c) renforcer l'action communautaire, (d) acquérir des aptitudes individuelles et (e) réorienter les services de santé.

Le concept de promotion de la santé est considéré comme une partie importante de la «nouvelle» santé publique qui réagit contre le modèle biomédical de la santé publique, lequel existe depuis le milieu du vingtième siècle, orienté vers l'individu et la maladie (Lupton, 1995). Petersen (1996) ajoute que le concept de promotion de la santé considère la santé comme un produit de la multiplicité d'influences de l'environnement physique et social et, le citoyen, comme un participant actif capable de produire des changements sur les conditions qui affectent

sa santé.

Des approches éducatives et préventives existaient avant l'émergence du concept de promotion de la santé et des définitions plus élargies de la santé. Cependant, les frontières entre l'éducation pour la santé et la prévention des maladies, approches issues de la santé publique (Macdonald & Bunton, 1992) et de l'épidémiologie (Stachtchenko & Jenicek, 1990), respectivement, n'étaient pas bien définies par rapport à la promotion de la santé.

Délimitation des frontières entre prévention de la maladie et éducation pour la santé dans le contexte de la promotion de la santé

Une des principales critiques visant l'éducation pour la santé et la prévention de la maladie était basée sur la responsabilisation et la culpabilisation de l'individu face à l'adoption de comportements considérés nuisibles à la santé.

L'éducation pour la santé est, selon Green et Kreuter (1991), toute combinaison de l'expérience d'apprentissage conçue pour faciliter des actions volontaires qui mènent à la santé. La promotion de la santé est une combinaison de soutiens éducationnels et environnementaux pour promouvoir des actions et conditions de vie qui mènent à la santé. Ainsi, l'éducation pour la santé devient une des stratégies d'intervention dans le champ de la promotion de la santé.

Cependant, les approches éducatives traditionnelles basées sur « l'acte de déposer », où, selon Freire (1972), les individus sont des réceptacles passifs des dépôts donnés par l'éducateur (l'éducation bancaire), ne sont pas cohérents avec les principes de la promotion de la santé (OMS, SBESC, & ACSP, 1986). L'adoption de méthodologies actives d'apprentissage comme l'approche orientée vers l'identification de problème proposée par Freire (1972) est plus pertinente. Basée sur la créativité, cette méthode stimule l'action et la réflexion sur la réalité. Gastaldo (1996) distingue l'éducation pour la santé traditionnelle (responsabilisation de l'individu face à sa santé et à la prévention de la maladie) de l'éducation pour la santé

radicale (l'individu exerce son pouvoir sur sa propre santé). L'auteure affirme que, issue des mouvements de promotion de la santé et de la nouvelle santé publique, l'éducation pour la santé radicale propose, d'une part, que les personnes contrôlent leur propre santé et, d'autre part, le compromis de combattre les inégalités sociales et de promouvoir la participation communautaire sur des questions liées à la santé.

En ce qui concerne la prévention de la maladie et la promotion de la santé, Stachtchenko et Jenicek (1990) ont soulevé initialement, la question reliée au manque de clarification entre ces deux concepts, car, dans la pratique, ces approches n'étaient pas bien distinguées. Le concept de promotion de la santé a été utilisé dans le modèle de l'histoire naturelle de la maladie proposé dans les années 60 par Leavell et Clark, lequel comportait trois niveaux de prévention (Buss, 2003). Dans ces trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) existaient des composantes distinctes sur lesquelles des mesures préventives pourraient être appliquées dépendant du degré de connaissance de l'histoire naturelle de la maladie (promotion de la santé, protection spécifique, diagnostic et traitement précoce, limitation de l'invalidité et réhabilitation). Au premier niveau de prévention, les mesures adoptées pour la promotion de la santé n'étaient pas orientées vers une maladie spécifique, mais pour augmenter la santé et le bien être (p. ex. : nutrition, éducation sexuelle, loisir, examens de santé périodiques) à travers une approche orientée vers l'individu avec une projection limitée à la famille ou aux groupes. L'auteur affirme qu'actuellement la promotion de la santé a un rôle sur les déterminants des conditions de santé avec un champ d'action élargi et orienté vers le collectif d'individus et l'environnement, par l'intermédiaire de politiques publiques et des milieux favorables au développement de la santé et du renforcement de la capacité des individus et des communautés.

Les principales différences conceptuelles entre prévention et promotion de la santé ont été énumérées par Stachtchenko et Jenicek (1990). Dans le domaine de la prévention de maladie (a) la santé, insérée dans le modèle biomédicale, était reconnue comme l'absence de la maladie, (b) les interventions, orientées vers l'individu appartenant à un groupe à risque de la population et à une pathologie spécifique,

étaient unidirectionnelles avec des stratégies directives et persuasives pour promouvoir de changements de comportement et (c) les programmes de prévention étaient conduits exclusivement par les professionnels de la santé. Par contre, dans le champ de la promotion de la santé, (a) la santé était un concept positif et multidimensionnel provenant d'un modèle participatif de santé, (b) les interventions, orientées vers la population et son environnement, considèrent un réseau de questions sur la santé, (c) les stratégies d'intervention sont variées et complémentaires et visent des changements dans le statut de l'être humain et son environnement et (d) la participation d'organisations non professionnelles, des mouvements sociaux, des gouvernements local, régional et national sont nécessaires pour atteindre les objectifs de la promotion de la santé. Les auteurs concluent que, malgré les différences, ces deux approches sont complémentaires et ne s'excluent pas dans la planification de programmes de santé.

Czeresnia (2003) affirme que prévention et promotion présentent des différences à la fois petites et radicales. La différence est radicale entre ces deux approches parce qu'elle implique de profonds changements dans la façon d'articuler la connaissance dans la formulation et l'implantation des pratiques de santé. Cependant, la différence est aussi petite parce que les pratiques en promotion de la santé, de même que celles de la prévention, utilisent les concepts classiques qui orientent la production des connaissances spécifiques en santé : maladie, transmission et risque. À titre d'exemple, Czeresnia rapporte le lien important entre les projets en promotion de la santé et les connaissances produites par les études épidémiologiques de risque. « Ce lien existe même parmi les recherches qui adoptent des approches multiples, comme les études de vulnérabilité au VIH » (p. 49).

Malgré les différences conceptuelles et d'origine, l'éducation pour la santé et la prévention de la maladie peuvent apporter une contribution aux actions visant la promotion de la santé. Cependant, c'est avec la compréhension des principes et concepts qui sont rattachés au mouvement de promotion de la santé que ces deux approches peuvent être adaptées à une utilisation cohérente, créative et capable de contribuer au développement d'actions plus efficaces et à l'avancement des connaissances.

La promotion de la santé : apports à la prévention du VIH/sida

Nutbeam et Blakey (1990) affirment qu'au début de l'épidémie du VIH/sida, les évidences épidémiologiques, qui ont lié cette infection aux homosexuels, Africains, usagers de drogues intraveineuses et prostituées, ont favorisé le développement de théories racistes et/ou discriminatoires sur le VIH/sida. Les stratégies d'intervention, peu efficaces, étaient orientées vers l'individu, renforçant les frontières entre la population « à risque » et celle considérée comme normale (Brown, 2000).

À partir des années 90, les connaissances acquises sur le VIH/sida et l'ampleur des questions qui y sont reliées ont permis le développement d'une vision analytique sur l'efficacité des stratégies de promotion de la santé dans le contexte préventif. Beeker, Guenther-Grey et Raj (1998) affirment que la santé publique a contribué à l'adoption de concepts plus holistiques et d'approches qui font un lien entre la prévention du VIH/sida et le développement communautaire/justice sociale. Gendron (2001), à partir d'un projet de recherche participative sur la vulnérabilité au VIH de travailleuses du sexe, a élaboré un cadre conceptuel qui précise les fondements théoriques et méthodologiques d'une pratique participative en santé publique dont la promotion de la santé devient le « pôle essentiel d'une santé publique qui se veut participative » (p. 313).

Des chercheurs comme Mann et coll. (1992) ont mis en lumière l'importance de reconnaître l'épidémie du VIH/sida comme un problème à la fois personnel, local, national et global. De plus, l'accès à l'éducation, aux services sociaux et de santé et à l'environnement social de soutien étaient à la base des actions préventives réussies. Ces auteurs affirment que des sociétés ne peuvent pas gérer la prévention du VIH/sida auprès d'une population passive et ils suggèrent que l'*empowerment* soit la principale tâche des programmes de prévention de cette infection.

Beeker et coll. (1998) soulignent aussi l'importance du concept d'*empowerment* pour le développement des approches d'intervention visant la prévention du VIH/sida et suggèrent l'*empowerment* communautaire comme une stratégie capable de promouvoir des effets durables et des changements au niveau de la communauté.

L'*empowerment* est défini par Rappaport (1987) comme « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés gagnent le contrôle sur leur vie » (p. 122) et par Wallerstein (1992) comme « un processus d'action sociale qui favorise la participation des personnes, des organisations et des communautés vers le but d'augmenter le contrôle individuel et collectif, l'efficacité politique, l'amélioration de la qualité de vie de la communauté et la justice sociale. » (p. 833).

En plus de l'*empowerment* comme stratégie-clé pour la promotion de la santé, Robertson et Minkler (1994) ont décrit autres trois caractéristiques propres au « nouveau mouvement de la promotion de la santé » : (a) une définition large de la santé, (b) le changement des stratégies individuelles par celles plus élargies tant au niveau social que politique et (c) la recommandation de la participation communautaire pour identifier les problèmes de santé et les stratégies pour résoudre ces problèmes. Ces auteurs affirment que la compréhension du mouvement de promotion de la santé exige des réflexions critiques sur la santé, l'*empowerment* et la participation communautaire, car ces concepts présentent des caractéristiques multidimensionnelles avec plusieurs possibilités d'explications théoriques et d'applications pratiques.

Il faut noter que, dans le contexte de la prévention du VIH/sida, les quatre caractéristiques décrites ci-haut sont présentes dans les recommandations de plusieurs études comme le chemin à suivre pour les interventions auprès des femmes (Amaro & Raj, 2000 ; Amaro, 2005 ; Fernandes, 1998 ; Heise & Elias, 1995 ; Moss, 2002 ; Paiva et coll., 2006 ; Wingood & DiClemente, 2000). La prise de conscience des femmes par rapport à leur situation dans la société et les enjeux de celle-ci face à la prévention du VIH/sida est décrite par Champeau et Shaw (2002) comme le premier pas pour le

processus de collaboration communautaire et l'*empowerment* des femmes face à la prévention de cette infection.

La pertinence de l'*empowerment* des femmes pour la prévention du VIH/sida est aussi décrite par plusieurs auteurs qui reconnaissent l'importance du gain du contrôle sur la propre vie pour la construction des changements autant dans le niveau interpersonnel, que les niveaux organisationnel et communautaire (Krieger & Fee, 1994 ; Maia et coll., 2008 ; UNAIDS, 2001).

La recension des écrits indique que, dans le contexte du VIH/sida, la vulnérabilité de la femme est renforcée à cause, entre autres, des rôles attribués aux sexes, de la dépendance financière et des normes culturelles (Amaro, 1995 ; Amaro & Raj, 2000 ; Hebling & Guimarães, 2004 ; Simões-Barbosa, 1997 ; Wingood & DiClemente, 2000). L'accent mis sur l'adoption du condom et l'acquisition des connaissances dans plusieurs programmes d'intervention auprès des femmes visant la prévention du VIH a contribué au manque d'actions dirigées vers les relations de pouvoir entre hommes et femmes.

Selon Doyal (1991), les principes qui guident les politiques de promotion de la santé font partie de l'agenda du mouvement féministe depuis les années 70. Cette auteure renforce l'importance de reconnaître l'effet du genre sur la santé de la femme.

Malgré les critiques féministes adressées à la promotion de la santé (Doyal, 1991, 2000 ; Daykin & Naidoo, 1995), c'est dans ce domaine qu'il existe un grand nombre de concepts, d'approches et d'idéologies compatibles aux besoins des femmes face au VIH/sida.

Considérant l'ensemble des informations présentées dans ce chapitre, il est important de tenir compte des difficultés existantes pour la prévention du VIH/sida chez des femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Des femmes vivant dans différents pays du monde perçoivent le risque et/ou adoptent des stratégies de gestion du risque face au VIH/sida de façon distincte à cause des différences entre les pays et les régions comme par exemple, les politiques publiques de santé, l'incidence du

VIH/sida, la culture, le niveau socio-économique et éducationnel, l'accès au marché du travail.

Par contre, dans le contexte du VIH, les femmes partagent plusieurs patterns liés au genre. Les rôles définis pour les hommes et les femmes, construits socialement, semblent influencer autant la perception du risque que l'adoption de stratégies de prévention du VIH/sida.

Le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier a été considéré comme une protection envers le VIH/sida chez les participants(es) de plusieurs études. Cependant, ces mêmes études indiquent que les femmes ne perçoivent pas le risque dû au comportement de leur partenaire. Dans ces deux cas, des questions liées à la fidélité, à la relation de confiance, au rôle de la femme en présence d'un partenaire sexuel régulier et même à la dépendance financière ont été identifiées dans un grand nombre d'études. Le manque de pouvoir à l'intérieur d'une relation de couple, en ce qui concerne la vie sexuelle, a été décrit par plusieurs auteurs comme une des barrières à la prévention du VIH/sida.

Il faut remarquer que les études recensées décrivent plusieurs types de partenaire sexuel régulier comme le mari (Bhattacharya, 2004 ; Maharaj & Cleland, 2005), le conjoint de fait (Maharaj & Cleland, 2005), le petit ami (Warr & Pyett, 1999) et la maîtresse régulière (Villarinho et coll., 2002). La période de temps avec un même partenaire (Dedobbeleer & Morissette, 1999a, 1999b) ou même le fait d'avoir des rapports sexuels avec une personne connue (Alves, 2003 ; Vieira et coll., 2000) ont été aussi des critères adoptés par les participants(es) de quelques études pour définir un partenaire sexuel régulier. Malgré la diversité liée à la définition d'un « partenaire sexuel régulier », les résultats des études suggèrent que l'existence de ce type de partenaire influence, entre autres, la vulnérabilité, la perception et la gestion du risque face au VIH.

Les initiatives qui tiennent compte les rapports de genre et de pouvoir auxquels les femmes font face quotidiennement, tout comme celles qui privilégient la mobilisation et la participation communautaire, illustrent la diversité des possibilités

pour le développement d'interventions visant la prévention du VIH/sida chez les femmes. Dans ce cas, la promotion de la santé et les principes qui y sont attachés (p. ex. : *l'empowerment*, l'égalité entre les genres), contribue d'une façon très élargie au développement de politiques, d'interventions et de recherches visant la prévention du VIH/sida.

Enfin, le partage de principes et de stratégies issues de la promotion de la santé, semble avoir un grand potentiel pour contribuer à la prévention du VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier.

CADRE THÉORIQUE

Comme le suggère Denzin (1992), le cadre théorique doit permettre une articulation entre les données empiriques, la méthode et la théorie pour rendre possible l'étude des différentes cultures et des expériences vécues qui sont construites à partir des « significations culturelles qui entourent la vie quotidienne » (p. 81).

La recension des écrits a fourni un aperçu de la perception et de la gestion du risque chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier. En effet, la majorité des écrits ont identifié que les rapports de genre et de pouvoir représentent des barrières importantes à la prévention du VIH/sida chez ces femmes.

Le cadre théorique/conceptuel de cette étude a été construit pour permettre une compréhension plus élargie des phénomènes et concepts reliés à la prévention du VIH/sida en tenant compte des approches théoriques qui peuvent contribuer à explorer la perception et la gestion du risque chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier.

Le cadre théorique

Thomas S. Kuhn a introduit le concept de paradigme qui est défini comme un « cadre conceptuel général reflétant un ensemble de croyances et de valeurs reconnues par une communauté (disons scientifique) et admises comme étant communes à tous les individus dans le groupe » (Kuhn, 1962, cité par Levy, 1994, p. 94).

Guba et Lincoln (1998) affirment que le paradigme est un système de croyances ou de vision du monde qui oriente le chercheur autant pour les trajectoires *ontologique et épistémologique* que pour le choix *méthodologique*. Ces auteurs énumèrent trois questions dont les réponses sont interconnectées :

(a) la question ontologique fait référence à la forme et à la nature de la réalité, donc ce qu'on veut connaître sur la réalité ;

(b) la question épistémologique traite de la nature de la relation entre le connaisseur ou le possible connaisseur et celui qui peut être connu. La réponse est connectée à la réponse donnée à la question sur la nature de la réalité (ontologie) ;

(c) la question méthodologique concerne la manière dont le connaisseur ou le possible connaisseur peut obtenir les résultats, quel que soit ce qu'il ou qu'elle croit pouvoir savoir. La méthodologie ne peut pas être réduite à la question des méthodes. Des méthodes doivent être ajustées à une méthodologie prédéterminée, cohérente avec l'ontologie et l'épistémologie de l'étude.

Ces auteurs distinguent quatre paradigmes qui sont acceptés et utilisés pour guider des investigations, principalement celles de nature qualitative : positivisme, post-positivisme, paradigme critique social et des idéologies reliées et constructivisme (Guba & Lincoln, 1998). Les auteurs ajoutent, dans une nouvelle édition, un cinquième paradigme : le paradigme participatif (Lincoln & Guba, 2000).

Étant donné que le paradigme englobe un système de croyances et de valeurs, le choix d'un courant paradigmatique utilisé pour la réalisation d'une investigation dépend du cheminement du chercheur.

La recension des écrits a permis l'identification d'une variété de facteurs qui exercent des influences sur la prévention du VIH/sida chez des femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Le genre, la pauvreté et le faible scolarité ainsi que les croyances et valeurs propres de la chercheuse ont guidé le choix du cadre théorique de cette étude. Ainsi, le cadre théorique de la présente étude se base sur le paradigme critique social (Guba & Lincoln, 1998 ; Lincoln & Guba, 2000), plus particulièrement celui affilié à l'orientation « post-féministe » (féministe post-moderne). Il faut remarquer que le terme « paradigme critique social » est utilisé dans cette étude comme synonyme de « théorie critique », terme utilisé par Guba et Lincoln (1998) et Kincheloe et McLaren (2000).

Le paradigme critique social

Le paradigme critique social, issu de l'école de Frankfurt, a été développé après la dévastation et la crise économique qui a heurté l'Allemagne après la première guerre mondiale, et aussi à cause d'un urgent besoin de réinterpréter le monde (Kincheloe & McLaren, 2000). M. Horkheimer, T. Adorno et H. Marcuse, inspirés par la pensée philosophique de Marx, Kant, Hegel et Weber, étaient les principaux philosophes appartenant à ce nouveau courant de pensée. Les théoriciens critiques ont analysé les formes de domination en mutation qui accompagnaient les changements du domaine du capitalisme. Ces auteurs décrivent quatre écoles différentes présentant des traditions critiques soit (a) la tradition néo-marxiste de la théorie critique, associée aux travaux de Horkheimer, Adorno et Marcuse, (b) les écrits généalogiques de Michel Foucault, (c) les pratiques de la déconstruction post-structuraliste associée à Derrida et (d) les courants post-modernistes associés à Derrida, Foucault, Lyotard et Ebert.

Guba et Lincoln (1998) considèrent le paradigme critique social comme un terme ample dénotant un ensemble de plusieurs paradigmes alternatifs incluant le marxisme, le féminisme, le matérialisme et l'investigation participative. De plus, ce paradigme peut être divisé en trois sous-tendances : post-structuralisme, post-modernisme et le mélange des deux. Indépendamment de leurs différences, les diverses « sous-composantes » de ce paradigme ont en commun la supposition épistémologique de la nature de l'investigation, qui est gérée par les valeurs, et de la connaissance, qui est politique au lieu d'être neutre.

Dans le paradigme critique social, la perspective ontologique se situe dans le réalisme historique dont la réalité est passible d'être comprise. Initialement, la réalité était malléable et, à travers le temps, elle a été modélée par des facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques et de genre. Par la suite, cette réalité est cristallisée dans une série de structures qui sont maintenant considérées (improprement) comme réelles, soit naturelles et immuables (Guba & Lincoln, 1998).

Ces auteurs considèrent que la perspective épistémologique du paradigme critique social est transactionnelle et subjectiviste puisque le chercheur et l'objet en investigation sont liés de façon interactive. Les valeurs du chercheur influencent l'investigation et les résultats sont perméables aux valeurs. Ces caractéristiques provoquent une fusion entre l'ontologie et l'épistémologie.

Finalement, la méthodologie est dialogique et dialectique à l'intérieur de ce paradigme, car la nature transactionnelle de l'investigation demande un dialogue *entre le chercheur et les sujets de l'investigation*. Le dialogue doit être dialectique pour transformer l'ignorance et les malentendus (historiquement acceptés comme immuables) en une conscience plus informée (Guba & Lincoln, 1998), soit la conscientisation (Freire, 1972). La conscientisation est définie par Paulo Freire comme l'approfondissement de la prise de conscience. Cet approfondissement va au delà de la phase spontanée de l'appréhension de la réalité, soit à une phase critique qui représente une insertion critique dans l'histoire (Freire, 1972, 2000 ; Jorge, 1979). Selon Freire, l'être humain connaît la réalité à travers ses relations dialectiques réalisées entre son subjectivisme et l'objectivisme de la réalité.

L'objectif du chercheur à l'intérieur de cette perspective paradigmatique est la critique et la transformation des structures sociales, politiques, économiques, ethniques et de genre qui limitent et exploitent une partie de l'humanité. La défense de groupes plus défavorisés et l'activisme sont des concepts clés dans le processus de production des connaissances dans ce paradigme (Lincoln & Guba, 2000 ; Kincheloe & McLaren , 2000).

Dans cette perspective paradigmatique, Freire fait appel à la praxis, issue de la dialectique permanente entre la subjectivité-objectivité qui résulte en un mouvement permanent de la pratique vers la théorie et de celle-ci vers une nouvelle pratique provoquant la transformation de l'homme et du monde par l'intermédiaire de la libération de l'opprimé et la destruction de l'oppression (Jorge, 1979). Ainsi, en réduisant l'ignorance et les malentendus, l'investigation critique contribue à stimuler

l'action et la transformation de la structure existante (Guba & Lincoln, 1998) et l'*empowerment* des individus (Kincheloe & McLaren, 1998).

Kincheloe et McLaren (1998, 2000) affirment que ceux qui utilisent le paradigme critique social (chercheurs et théoriciens) produisent, par leur travail, une forme de critique sociale et culturelle et acceptent certains postulats de base :

(a) toute la pensée est fondamentalement négociée par les relations de pouvoir qui sont constituées socialement et historiquement, (b) les faits ne peuvent jamais être isolés du domaine des valeurs ou séparés de quelque façon de leur inscription idéologique, (c) la relation entre le concept et l'objet de même qu'entre le signifié et le signifiant n'est jamais stable ou fixe et cette relation est fréquemment négociée par les relations sociales de la production et de la consommation capitaliste, (d) le langage est le centre de la formation de la subjectivité (la conscience consciente et inconsciente), (e) certains groupes dans la société sont privilégiés par rapport à d'autres et, bien que les raisons pour les privilèges puissent varier largement, l'oppression qui caractérise les sociétés contemporaines est davantage reproduite quand les subordonnés acceptent leur statut social comme étant naturel, nécessaire ou inévitable, (f) l'oppression présente plusieurs visages et en se fixant sur l'un au détriment des autres (oppression de classe versus racisme) on occulte généralement les interconnexions entre eux et, finalement, (g) les recherches sont généralement, le plus souvent de façon involontaire, impliquées dans la reproduction des systèmes d'oppression de classe, de race et de genre (Kincheloe & McLaren, 1998, p. 263, Traduction libre de l'anglais⁷) [Des lettres ont été ajoutés pour faciliter la compréhension du texte].

⁷ (...) *that all thought is fundamentally mediated by power relations that are social and historically constituted; that facts can never be isolated from the domain of values or removed from some form of ideological inscription; that the relationship between concept and object and between signifier and signified is never stable or fixed and is often mediated by the social relations of capitalist production and consumption; that language is central to the formation of subjectivity (conscious and unconscious awareness); that certain groups in any society are privileged over others and, although the reasons for this privileging may vary widely, the oppression that characterizes contemporary societies is most forcefully reproduced when subordinates accept their social status as natural, necessary, or inevitable; that oppression has many faces and that focusing on only one at the expense of others (e.g., class oppression versus racism) often elides the interconnections among them; and, finally, that mainstream research practices are generally, although most often unwittingly, implicated in the reproduction of systems of class, race, and gender oppression.* (Kincheloe & McLaren, 1998, p. 263)

Les critiques féministes sur le paradigme critique social en ce qui concerne le privilège accordé au concept de classe sociale au détriment du genre et de la race ont contribué à la re-conceptualisation de ce paradigme (Kincheloe & McLaren, 1998). Ainsi, des analyses liées au genre et à la race ont gagné de l'importance à l'intérieur du paradigme critique social. En effet, Im et Meleis (2001) affirment que les théories sensibles au genre proviennent philosophiquement du paradigme critique social.

Dans le champ de la promotion de la santé, Eakin, Robertson, Poland, Corbun, et Edwards (1996) proposent la « perspective de la science critique sociale » comme un paradigme alternatif d'investigation capable de répondre aux besoins de production de connaissances cohérentes avec les principes de la promotion de la santé. L'adoption de cette perspective demande une posture réflexive qui guide le chercheur à considérer un ensemble de caractéristiques : (a) l'idéologie sur laquelle les problèmes de recherche et la méthodologie sont conçus, (b) la reconnaissance du rôle du pouvoir dans tous les aspects d'une recherche à cause de l'importance donnée à l'*empowerment* comme une stratégie en promotion de la santé, (c) la reconnaissance des possibles contradictions inhérentes irréconciliables en recherche comme par exemple, entre l'analyse au niveau individuel et celle au niveau des organisations et de la société et (d) la compréhension de la relation dialectique entre les structures formelles et informelles de la société. Ces auteurs soutiennent que l'adoption de la perspective de la science critique sociale représente une opportunité pour produire les types de changements auxquels le mouvement de promotion de la santé aspire.

Le paradigme critique social, en permettant une réflexion critique sur les enjeux liés à la prévention du VIH/sida auprès des femmes ayant un partenaire sexuel régulier à l'intérieur d'une perspective féministe tout en étant cohérent avec les principes de la promotion de la santé, constitue une base consistante pour guider la conceptualisation de cette étude.

Il faut clarifier que la chercheuse reconnaît les limites de cette recherche comme moteur d'action et de transformation dans le contexte de l'étude. Cependant, la compréhension du phénomène, à la lumière du paradigme critique social, pourrait

contribuer au développement de nouvelles stratégies d'intervention, perméables aux valeurs existantes dans le contexte socioculturel de l'étude et plus cohérentes avec les besoins et attentes « réelles » des femmes.

Finalement, dans cette étude, on reconnaît que la construction sociale de genre influence la perception et la gestion du risque face au VIH chez les femmes ayant un *partenaire sexuel régulier*. Ainsi, la *perspective théorique féministe*, qui est reconnue par sa contribution au développement du concept de genre, est présentée à la section suivante à la lumière du paradigme critique social.

Le féminisme : perspectives théoriques

MacKinnon (1987) affirme que les hommes et femmes sont créés à travers l'érotisation de la domination et de la soumission. La théorie féministe est inextricable de la critique féministe sur le pouvoir.

Le féminisme peut être défini comme une perspective théorique qui pose des questions sur l'existence de rôles naturels ou déterminés biologiquement entre hommes et femmes (MacKinnon, 1987). Politiquement, le mouvement féministe vise à éradiquer les inégalités résultant des rôles qui sont socialement attribués aux hommes et aux femmes. Remy (1990) considère comme féministe :

(...) toute parole, tout écrit ou tout mouvement relatif à la condition des femmes dans la société, s'il dénonce cette condition comme le résultat d'un rapport de domination d'un sexe (masculin) sur l'autre sexe (féminin). La constatation de la maîtrise d'un sexe sur l'autre est fondamentale dans toute démarche féministe (p. 17).

L'histoire du mouvement des femmes est décrite comme une série de vagues, où se situent des périodes de la pensée et de l'action féministe connues comme féminisme de la première, deuxième et troisième vagues (Annandale & Clark, 1996 ; Hodgson-Wright, 1999).

Le féminisme de la première vague, situé à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle, a mis en lumière les deux types d'exclusion sociale qui limitaient l'exercice de citoyenneté chez la femme : le manque d'accès à l'éducation et l'interdiction de vote (Annandale & Clark, 1996 ; Hodgson-Wright, 1999 ; Weitz, 1998).

Selon Conway, Bourque et Scott (1987), les théories qui ont été développées et adoptées pendant les années 40 et 50, c'est-à-dire à la fin de cette première génération, étaient basées sur l'explication biologique des différences entre les sexes. Cette posture a été postérieurement révisée et critiquée, car elle met l'accent sur le déterminisme biologique et l'utilisation de concepts tels que le sexe et la différence sexuelle, lesquels ont été rejetés par les féministes de la « deuxième vague » (Scott, 1996 ; Thornham, 1999).

La deuxième vague de la pensée féministe a amené le débat de ces discussions initiales au concept nouveau de genre (Annandale & Clarke, 1996 ; Scott, 1996). Les féministes ayant adopté différentes façons pour expliquer la subordination de la femme par rapport à l'homme, les théories féministes, qui ont été influencées par les écrits de Simone de Beauvoir, relèvent de plusieurs écoles de pensée (Mackinnon, 1987 ; Saulnier, 1996). Selon Scott (1996), le patriarcat et le marxisme représentent les deux théories féministes les plus utilisées par le féminisme de la deuxième vague (*féminisme de l'égalité*).

D'une part, les théoriciennes du patriarcat expliquent la subordination de la femme par le besoin de domination de l'homme, appuyé sur la reproduction et la sexualité (Carson, 1999 ; Scott, 1996). La domination reflète le désir de l'homme de transcender son aliénation à partir des moyens de reproduction de l'espèce alors que le fait de considérer la femme comme un objet sexuel représente le principal processus de soumission de la femme. Cependant, Scott affirme que, du point de vue du patriarcat, la subordination de la femme était encore basée sur la différence physique entre hommes et femmes au détriment de sa construction sociale, culturelle ou historique. De plus, le patriarcat et les concepts qui l'entourent ne peuvent pas

« fournir de solution au problème de savoir pourquoi les rapports de reproduction doivent être comme ils sont et pourquoi leurs conséquences pour les femmes dans d'autres domaines de la production sociale peuvent parfois être si funestes » (Edholm, Harris & Young, 1982, p. 39).

D'autre part, dans l'approche marxiste, la discussion est centrée sur les modes de production (Scott, 1996). L'explication de l'origine des changements dans les rapports de genre est fondée sur la division sexuelle du travail. Ainsi, la famille, les chefs de famille (*householders*) et la sexualité sont les produits des modes de production. Toutefois, les féministes marxistes rejettent l'insertion des modes de reproduction dans les discussions sur les modes de production, le système économique déterminant directement les rapports de genre, étant donné que la subordination de la femme existait avant le capitalisme et a continué à exister pendant le socialisme (Tong, 1998).

Le féminisme de la troisième vague (post-féminisme ou féminisme de la différence) a été développé en réponse à des limitations conceptuelles féministes de la deuxième vague, qui plaçaient toutes les femmes comme également opprimées par une société patriarcale ou par les relations de travail. Le féminisme de la différence aspire à l'égalité entre hommes et femmes, mais ce mouvement rejette l'égalité avec les hommes parce que cela impliquerait l'acceptation du modèle de privilèges et d'inégalités existant.

La pensée post-féministe (séquence du féminisme à l'intérieur du post-modernisme) a été influencée, entre autres, par Cixous et Irigaray (féministes françaises), Foucault, Lyotard et Baudrillard (Olesen, 1998). Les mouvements post-structuraliste et post-moderne⁸ ont construit des options théoriques pour décrire les expériences des femmes (Kincheloe & McLaren, 2000).

⁸ Dans cette étude, le terme post-moderne est cité dans un sens théorique comme un terme « parapluie » qui inclut les écrits anti-fundamentalistes ou anti-essentialistes de la philosophie et des sciences sociales et comme un terme dans un sens très général qui inclut les courants post-structuralistes (Kincheloc & McLaren, 1998, p. 270).

Stringer (1996) différencie les perspectives *modernes*, limitées à la vision scientifique d'un monde fixe et connu, de celles *post-modernes* qui questionnent la nature de la réalité sociale et les processus par lesquels le monde social est appris. L'auteur spécifie que « les théories connues collectivement comme post-modernes présentent des manières différentes d'envisager le monde social ce qui permet la compréhension de l'expérience humaine de différentes façons » (p. 150).

Il convient de remarquer que le mouvement post-moderne a émergé par la constatation que la réalité sociale était caractérisée par la complexité, la fluidité et le changement (Fraser & Nicholson, 1990 ; Webb & Wright, 2000). Ces derniers affirment que le postmodernisme « célèbre et réjouit dans la diversité, la fragmentation et le chaos du monde social » (p. 87). En ce sens, Webb et Wright (2000) affirment que la promotion de la santé et le post-modernisme présentent des affinités naturelles. La définition positive de la santé soulignant les capacités personnelle, sociale et physique des individus est considérée comme un des concepts clé de la promotion de la santé ; dans l'approche post-moderne, la santé est considérée comme « quelque chose de changeant qui peut s'adapter à un environnement donné » (p. 91). Dans cette perspective, le sujet est conçu à partir de ses multiples positions sociales et la perception et gestion du risque face au VIH/sida pourront être influencées par les relations de pouvoir existant entre individus et groupes aussi bien que par les relations entre le savoir et le pouvoir (Ramazanoğlu & Holland, 2002) en tenant compte du contexte social des femmes.

A l'intérieur de la pensée post-féministe, l'expérience des femmes est décrite à partir des relations fluctuantes de pouvoir (p. ex. : des relations créés et recréés dans le quotidien entre l'intersection de genre, de classe et de race à l'intérieur de milieux culturellement distincts) à la place de relations uniques et stables (Tong, 1998). En effet, la théorie post-féministe remplace la notion unitaire de l'identité de genre de la femme et du féminin par une conception plurielle et complexe de l'identité sociale, considérant le genre comme un fil conducteur, en tenant aussi compte de la

classe, la race, l'ethnie, l'âge et l'orientation sexuelle (Fraser & Nicholson, 1990 ; Olesen, 1998).

La classe et la race peuvent provoquer diverses expériences à l'intérieur de groupes de femmes et d'hommes en plus de celles liées aux rapports de genre (Fraser & Nicholson, 1990 ; Olesen, 2000). La classe, en plus de la différence matérielle, représente aussi les opportunités et les différences culturelles liées à une structure économique inégale (Coole, 1996). Toutes les femmes ne sont pas égales devant la suprématie de la race et de la culture blanche, capitaliste et occidentale, ce qui représente aussi d'autres moyens d'oppression de la femme (hooks, 2000). Ainsi, le post féminisme reconnaît l'existence d'une variété d'expériences vécues par les femmes à partir des différences culturelles, des divisions sociales et des relations de pouvoir, où le genre n'est pas le seul aspect déterminant (Ramazanoğlu & Holland, 2002).

La diversité des besoins et des expériences des femmes signifient qu'une solution simple ne peut pas être adéquate pour toutes (Fraser & Nicholson, 1990). Ainsi, bien que certaines femmes puissent partager quelques intérêts et faire face à des ennemis communs, ces ressemblances n'ont pas une signification universelle.

À l'intérieur de la perspective post-féministe adoptée dans la présente étude, la subjectivité est considérée « fluide » et comme occupant de « multiples positions » (Tong, 1998). Dans ce cas, les participantes ne peuvent pas être considérées comme contradictoires dans leur discours. Elles doivent plutôt être considérées en tant que personnes construisant leur identité dans une structure où existent de multiples relations de pouvoir. Cette multiplicité de relations exige de la femme une capacité à confronter les diverses situations spécifiquement par rapport à soi-même, aux autres, à la classe sociale, à la race ou au genre (Stringer, 1996) pour faire face au VIH/sida.

Le cadre conceptuel

Le paradigme critique social aussi bien que le post-féminisme illustrent le cheminement de la pensée de la chercheuse dans la construction du cadre théorique de la présente étude. Cependant, les concepts de genre et risque sont ajoutés pour permettre une vision plus claire des enjeux liées à la prévention du VIH/sida en tenant compte de la femme à l'intérieur de la relation de genre et de sa perception du risque.

Le concept de genre

Le concept de genre ne peut pas être exploré sans être situé dans son contexte historique, car ce concept a été construit à partir de l'évolution de la pensée féministe au cours du vingtième siècle avec le développement de différents courants théoriques (Haraway, 1991 ; Remy, 1990 ; Scott, 1996).

Malgré les différences expressives, Haraway (1991) affirme que toutes les significations de genre attribuées par les féministes modernes ont des racines dans l'affirmation de Simone de Beauvoir « on ne naît pas femme, on le devient » (Beauvoir, 1986, p. 13) et dans les conditions sociales après la deuxième guerre mondiale, lesquelles ont permis de considérer la femme comme un sujet collectif et historique.

Le concept de genre a émergé du besoin de contester la naturalisation des différences sexuelles, soit la différence biologique (Haraway, 1991). Les théories et les pratiques féministes visent à expliquer et à changer les systèmes historiques de la différence sexuelle où les hommes et les femmes sont constitués et positionnés en relation à la hiérarchie et à l'antagonisme. Cependant, les théories féministes initialement décrites ne tiennent pas compte de l'ensemble des facteurs existants dans la construction du concept de genre et des différences entre hommes et femmes (Scott, 1996 ; Gamble, 1999).

Scott (1996) affirme que la définition du concept de genre, telle qu'elle était

proposée par le féminisme de la deuxième vague, considère le genre comme étant la façon d'expliquer l'organisation sociale de la relation entre les sexes, c'est-à-dire la différenciation sociale orientée vers le sexe. L'auteure critique l'utilisation du genre pour désigner seulement les relations sociales entre les sexes à cause de la complexité des phénomènes qui l'entourent à travers l'histoire. Elle affirme qu'avec cette vision, le concept devient une création sociale sur les rôles des hommes et des femmes. Bien que cette approche descriptive du genre maintienne que la relation entre les sexes est sociale, il y manque une explication sur la construction de ces relations, leur fonctionnement ou leur changement. Cependant, les politiques féministes de cette époque autour du déterminisme biologique contre la construction sociale et des biopolitiques des différences entre sexe et genre ont eu lieu dans le champ pré-structuré du paradigme de l'identité de genre qui a été cristallisé entre les années 50 et 60 (Haraway, 1991). Le terme « identité de genre » a été reformulé postérieurement avec une distinction entre biologie/culture, le sexe étant lié à la biologie et le genre à la culture.

Le féminisme de la « troisième vague » a contribué au développement d'un concept de genre qui fonctionne comme une catégorie analytique capable de reconnaître la diversité et la multiplicité des positions vécues par une même femme dans ses relations sociales (Kincheloe & McLaren, 2000). Flax (1990) ajoute que le genre, autant comme une catégorie analytique que comme un processus social, est relationnel. Les relations de genre sont des processus complexes et instables constitués par et à travers des parties inter-reliées et interdépendantes. Les relations de genre sont définies et contrôlées (imparfaitement) par un de ses aspects inter-reliés : l'homme. Flax ajoute que « de la perspective des relations sociales, les hommes et les femmes sont tous les deux prisonniers du genre, bien que dans une façon très différenciée, mais inter-reliée » (p. 45).

Le concept de genre, développé par Scott (1996), présente deux propositions inter-reliées (a) le genre est un élément constitutif des relations sociales fondées sur

les différences perçues entre les sexes et (b) le genre est le moyen primaire de signification des relations de pouvoir.

Selon l'auteure, des changements dans l'organisation des relations sociales correspondent toujours à des changements dans la représentation du pouvoir. La première partie de la définition de genre comprend quatre éléments inter-reliés, aucun d'entre eux ne pouvant fonctionner sans les autres (a) des symboles culturels qui évoquent de multiples représentations (p. ex. : Ève et Marie comme symboles de la femme), (b) des concepts normatifs qui mettent de l'avant des interprétations sur la signification des symboles ; ces concepts sont exprimés dans des doctrines religieuses, éducationnelles, scientifiques, légales et politiques et, généralement, ils prennent la forme d'une opposition fixe binaire (mâle et femelle, masculin et féminin), (c) des notions de politique et des références à des institutions sociales et à des organisations (cet aspect de la relation entre les genres représente le besoin d'une vision plus large du concept de genre à travers des champs tels que le marché du travail, l'éducation et l'organisation sociale (*polity*) plutôt que de restreindre le genre seulement au système familial) et (d) l'identité subjective, qui permet la compréhension de la reproduction des rapports de genre par les processus culturels et psychologiques.

Scott (1996) suggère que cette compréhension doit s'analyser selon une approche historique des représentations culturelles spécifiques d'un groupe en particulier pour éviter des représentations universelles de la subjectivité orientées vers le genre masculin et féminin. Scott affirme, dans sa deuxième partie de la définition, que le genre est la principale articulation du pouvoir. À partir de l'analyse historique des concepts de pouvoir et de genre, l'auteure décrit toute la complexité de la relation et de la différenciation entre hommes et femmes et aussi, que le genre est impliqué dans la construction du pouvoir. Ainsi, les structures sociale, historique, économique, religieuse et politique de même que les relations de pouvoir font partie du processus de construction du concept de genre.

Dans la perspective post-féministe, le genre et le pouvoir sont relationnels et

s'exercent dans le quotidien, c'est-à-dire que la personne n'a pas toujours le pouvoir ou qu'elle n'est pas toujours opprimée (Foucault, 1976). Flax (1990) affirme que, même en reconnaissant l'existence du pouvoir dans les relations de domination, il faut éviter de voir la femme (et nous mêmes) comme une personne totalement innocente et passive. Les privilèges différentiels par rapport à la race, la classe, la préférence sexuelle, l'âge ou même le pays d'origine sont des exemples de champs où la femme exerce un pouvoir sur les autres.

La définition du concept de genre proposée par Scott (1996), en tant que signifiant des relations de pouvoir, permet d'explorer les différentes positions liées au pouvoir que chaque femme détient dans sa vie privée et communautaire dans le contexte de la perception du risque et de la prévention du VIH/sida. Même si elles occupaient toutes une position moins privilégiée dans la société, celle-ci n'était ni statique ni uniforme en regard du pouvoir.

Ce cadre conceptuel utilise le concept de genre tel qu'il a été adopté empiriquement dans cette étude, c'est-à-dire à des fins purement analytiques. Ainsi, le genre se situe dans un courant théorique spécifique qui veut explorer les rapports des femmes avec la prévention du VIH/sida à partir de leurs (diverses) *expériences quotidiennes*.

Le concept de risque

Lupton (1999) affirme que la signification du mot « risque » a changé avec le temps et que la notion de risque existe depuis le Moyen Âge, quand les dangers et les menaces à la population paysanne et aristocratique étaient principalement la faim, le froid, les maladies épidémiques et la guerre. L'insécurité était alors répandue et permanente. De plus, la peur réelle (maladie, mort, crime) et la peur imaginaire (démon, sorcières, loup garou) étaient très communes. À cette époque, le risque était considéré comme la possibilité d'un danger objectif, un acte de Dieu, une force majeure, une tempête ou autre péril. Cette conception excluait l'être humain de la responsabilité et de la faute face au risque.

À partir du dix-septième siècle, la modernité selon l'auteure, la connaissance du monde à travers l'exploration scientifique et la pensée rationnelle étaient à la base du progrès et de l'ordre social (Lupton, 1999). La science de la probabilité et de la statistique a été développée comme un moyen de calculer la norme et d'identifier les déviations de ces normes, ce qui est devenu un champ important pour la notion moderniste de risque. Au XVIII^e siècle, avec l'expansion de l'industrie de l'assurance, les conséquences qui affectaient premièrement l'individu devenaient des risques, causés systématiquement et décrits statistiquement. Dans ce sens, le risque était un type d'évènement passible d'être prévu, évité et dédommagé. De plus, le risque a aussi été lié à la conduite de l'être humain. La notion moderniste du risque incluait également l'idée que celui-ci pouvait être bon ou mauvais, comme par exemple le risque de gagner ou de perdre de l'argent au jeu (Gabe, 1995 ; Lupton, 1999).

À la fin du vingtième siècle, le mot « risque » signifie danger et « haut risque » signifie un grand danger (Douglas, 1985 ; Gabe, 1995 ; Lupton, 1999). Dans la société contemporaine, le terme « risque » est devenu très utilisé, autant dans le discours populaire que dans le discours scientifique. Ainsi, l'analyse de risque, l'évaluation du risque, la communication du risque et la gestion du risque sont devenus des champs pour la recherche et pour la pratique dans divers domaines comme la médecine et la santé publique, les finances, le droit, les affaires et l'industrie.

En santé publique, l'utilisation du mot « risque » est très commune comme un synonyme de « danger » et ce qu'il représente est séparé en deux perspectives : (a) le risque comme un danger à la santé de la population qui est exposée aux *hasards* environnementaux (p. ex. : pollution, résidus chimiques) dont l'individu n'a pas le contrôle et (b) le risque comme résultant du choix des personnes dans les habitudes de vie, où l'accent est mis sur le contrôle de soi (Lupton, 1993). Dans le domaine de la santé, la littérature sur l'acceptation et la perception du risque ne tient pas généralement compte de l'influence du contexte socioculturel dans lequel la

perception du risque est insérée (Carvalho, 2004).

Lupton (1993, 1999) affirme que, dans la perspective **post-moderne**, caractérisée par l'incertitude et l'ambivalence, le risque est considéré comme un concept socioculturel et non comme un concept mesurable et neutre. C'est à l'intérieur de la pensée post-moderne que le risque (et la gestion du risque) est considéré dans la présente étude. Ainsi, le risque représenté par le VIH/sida est différent pour différents individus dans différentes localisations (Scott & Freeman, 1995).

Lupton (1999) énumère six grandes catégories de risque identifiées à l'intérieur des sociétés occidentales : (a) le risque environnemental (p. ex. : pollution, radiation, incendie, condition des routes), (b) le risque lié aux habitudes de vie comme la consommation de drogues, les activités sexuelles, le stress et le loisir, (c) le risque médical qui est lié aux expériences avec le soin et le traitement, (d) le risque interpersonnel (relation intime, interactions sociales, rapports de genre, amour, sexualité, amitié, mariage), (e) le risque économique (chômage, faillite) et (f) le risque criminel comme participant ou victime d'activités illégales. Ces catégories de risque sont proéminentes dans l'histoire de la société occidentale et indiquent l'ampleur du contexte social, politique et économique dans lequel elles puisent leur signification.

L'analyse de trois perspectives théoriques post-modernes (culturelle/symbolique, société de risque et gouvernementalité) a permis l'identification de postulats qui leur sont communs : le risque est devenu un concept répandu de l'existence humaine dans les sociétés occidentales ; le risque est un aspect central de la subjectivité humaine ; le risque est vu comme quelque chose qui peut être géré à travers l'intervention humaine et le risque est associé à des notions de choix, de responsabilité et de blâme (Lupton, 1999).

Scott et Freeman (1995) rapportent qu'en réponse à l'épidémie du VIH/sida, les politiques publiques de même que les professionnels ont mis en place un processus structuré d'individualisation de la gestion du risque. À part le test de

dépistage, l'éducation pour la santé représente la principale stratégie qui amène à cette individualisation de la gestion du risque (Petersen, 1996).

Le discours sur les habitudes de vie et la responsabilisation de l'individu par rapport à sa santé a été critiqué pour le fait qu'il provoque la culpabilisation de la victime alors que le changement du comportement est aussi influencé par des facteurs économiques, politiques et sociaux (Carvalho, 2004 ; Gabe, 1995 ; Lupton, 1993 ; Petersen, 1996). Le VIH/sida est devenu un facteur de plus dans la liste des risques que la personne doit gérer dans sa vie quotidienne (Scott & Freeman, 1995). Dans ce cas, la négociation et l'utilisation du port du condom sont au cœur des messages sur le sexe sécuritaire (*safer sex*).

Les modes de transmission du VIH/sida sont individualisés, mais la protection contre cette maladie est caractérisée par un discours collectif construit sur la déviance/normalité et sur le soi/l'autre (Scott & Freeman, 1995). La prémisse du sexe sécuritaire se base sur la perception et l'acceptation du risque et sur la production de la confiance, ce qui met en cause la relation entre la perception du risque et la prévention du danger. Le manque d'informations moins généralisées sur l'évaluation du risque amène l'individu à devenir « son propre expert » dans ce domaine. La connaissance requise pour l'évaluation du risque doit être construite à partir de l'échange d'information avec le(a) partenaire. Cependant, la connaissance sur le(a) partenaire est généralement incomplète. L'effet d'un dialogue réussi pourrait générer la confiance interpersonnelle plutôt qu'augmenter la connaissance, ce qui peut conduire à l'augmentation plutôt qu'à la réduction de pratique du risque. De plus, la négociation sexuelle demande un degré d'autonomie qui n'est pas facilement disponible ; la confiance pourrait donc devenir la solution pour substituer la connaissance.

Dans le contexte du risque de femmes face au VIH/sida, Ryan (2000) décrit deux domaines principaux du risque qui soutiennent plusieurs aspects de la pratique sexuelle de la femme : les risques et préoccupations liés à la dimension corporelle du sexe (désirs de la femme pour plaisir et gratification) et les risques associés au désir

d'intimité et confiance dans la relation de la femme avec l'homme.

Scott et Freeman (1995) affirment que le besoin de confiance prend ses racines dans (a) le discours romantique féminin dont l'amour pourrait être compris comme prophylactique et (b) à l'intérieur de la compréhension culturelle sur la sexualité dans un scénario sexuel entouré par le genre. Dans le contexte des relations intimes (*intimate relationships*), la confiance devient une solution symbolique pour faire face au risque du VIH/sida. Le sexe sécuritaire peut protéger contre le VIH/sida, mais il ne peut pas protéger contre les significations symboliques de cette infection.

Bloor (1995) met l'accent sur l'importance du développement d'interventions orientées vers les situations sur lesquelles le comportement de risque est construit et principalement sur les rapports de pouvoir qui peuvent limiter ou éliminer les possibilités de gestion du risque.

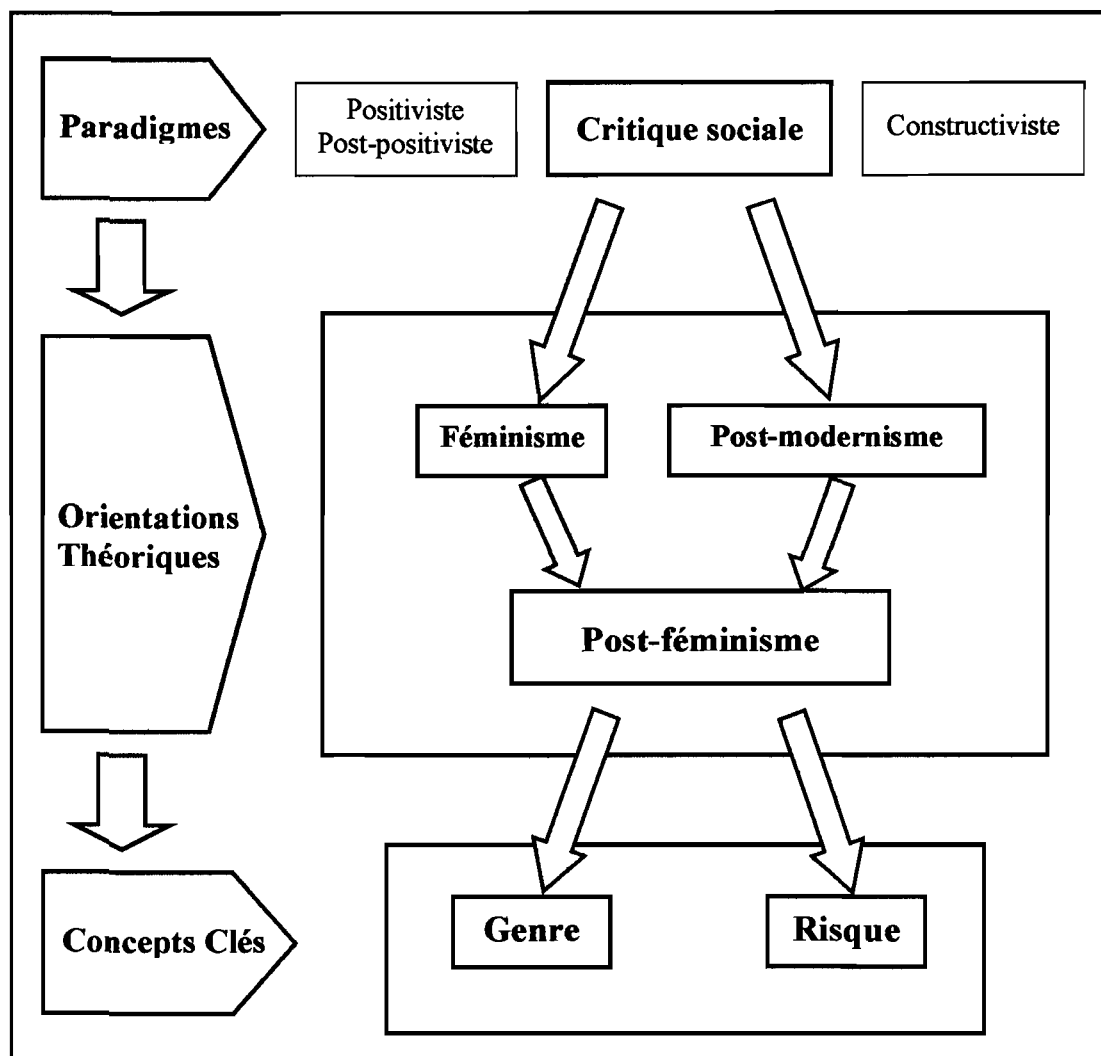
La compréhension du processus de construction du concept de risque à travers le temps et aussi à l'intérieur de la perspective post-moderne indique la diversité des contextes et des perspectives à travers lesquels la perception et la gestion du risque sont vécus par les femmes et l'importance du cadre de référence pour la construction du processus d'investigation.

En conclusion, le cadre théorique vise donc à orienter l'étude vers une approche méthodologique et analytique critique social post-féministe capable de faire face aux faiblesses des écrits actuels en privilégiant les récits des participantes sur leurs expériences dans le domaine de la prévention du VIH/sida (figure 1).

Le cadre conceptuel permet la description de la relation entre le genre et le risque dans le discours qui entoure le quotidien des femmes. Cette étude privilégie la parole des participantes et l'identification collective des problèmes communautaires à travers les éléments qu'elles fournissent comme partie de leurs expériences de vie quotidienne (Im & Meleis, 2001), en considérant que les connaissances produites sont provisoires (Stringer, 1996), passibles d'être constamment (ré)évaluées par rapport aux contextes social et historique. La représentation de la réalité des participantes est

toujours partielle et demeure une façon de cristalliser les notions manifestées dans un moment historique, car elles mêmes se représentent de façon fluide et inconstante.

Figure 1 - LE CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL⁹



La médicalisation du corps de la femme (ex : la valorisation de la pilule et de la stérilisation) comme décrit par Stoppard (1992) et Riessman (1998), le discours populaire sur le VIH/sida (p. ex : le lien avec les groupes à risque comme les

⁹ Adapté de Bover, A. B. (2004). *Cuidadores informales de salud del Ámbito domiciliario : percepciones y estrategias de cuidado ligadas ao género y a la generation*. Thèse de doctorat non publié. Universitat de les Illes Balears, Espagne.

homosexuels) ainsi que les forces économiques (ex : la pauvreté et la dépendance économique) influencent les approches préventives (Farmer, 1996). Pourtant, dans cette étude, on ne reconnaît pas le manque de pouvoir de la femme pour négocier sa vie sexuelle (Harding, 1987), mais on reconnaît que l'exercice du pouvoir et la résistance à l'oppression sont des stratégies adoptées par les femmes et les hommes dans leur vie quotidienne (Flax, 1990 ; Radtke & Stam, 1994).

Si la santé et le genre sont des constructions sociales, nous envisageons des stratégies qui construisent de nouvelles formes de relations de pouvoir entre les femmes elles-mêmes et entre les femmes et les hommes. Cette analyse post-féministe pourrait fournir des renseignements sur la façon de promouvoir la santé (comme un construit de genre et de pouvoir) de la femme en tenant compte d'autres constructions sociales (p. ex. : le risque) et de la diversité des expériences vécues.

Finalement, ce cadre théorique/conceptuel met en évidence l'importance du développement d'une méthode de recherche compatible avec le post-féminisme critique, c'est-à-dire capable d'offrir des conditions pour que la parole soit donnée aux femmes, pour que des relations de pouvoir plus équilibrées entre la chercheuse et les participantes soient établies et que la connaissance construite soit analysée de façon à permettre son utilisation par les femmes pour provoquer des changements à l'intérieur de leur société (Cook & Fonow, 1986).

MÉTHODE

We believe that good research is research conducted with people rather than on people. We believe that ordinary people are quite capable of developing their own ideas and can work together in a co-operative inquiry group to see if these ideas make sense of their world and work in practice.

John Heron et Peter Reason (2001, p. 179)

Concernant le cadre théorique de cette étude, construit à partir du paradigme critique social et du post-féminisme, il faut reconnaître l'importance de la méthodologie par la construction de la méthode (Guba & Lincoln, 1998). Millman et Kanter (1997) énumèrent l'importance du choix des postulats méthodologiques et des techniques adoptées dans une recherche féministe.

La méthodologie en recherche sociale est constituée de règles qui spécifient le cheminement de l'investigation et les procédures pour produire des connaissances valides par moyen de connexions faites entre (a) des idées - théories, concepts, connaissances, savoirs - par lesquelles les personnes imaginent ou donnent un sens à la réalité, (b) des expériences - comment les personnes vivent et donnent un sens à la réalité et à l'expérience et (c) des matériaux et réalités sociales - choses, relations, pouvoir, forces interpersonnelles qui existent réellement et influencent la vie des personnes (Ramazanoğlu & Holland, 2002).

Considérant la méthode comme un ensemble de techniques et de procédures utilisés pour explorer la réalité sociale et produire des évidences (Harding, 1987), Ramazanoğlu et Holland (2002) affirment que les techniques disponibles proviennent de diverses disciplines, mais qu'il n'existe pas de relation fixe entre des méthodes particulières ou techniques de recherche utilisées en recherche sociale et des méthodologies particulières. Jayaratne et Stewart (1991) ajoutent que, malgré les critiques féministes sur la méthode quantitative (sexiste, positiviste), autant les méthodes qualitatives que quantitatives sont pertinentes pour le développement de la recherche ayant une perspective féministe. La qualité de l'étude et le potentiel pour

répondre aux questions posées sont des aspects qui doivent être considérés dans la construction du design de la recherche.

Webb et Wright (2000) affirment que la méthode représente une des questions clé pour la recherche en promotion de la santé dans une perspective post-moderne et que les méthodes qualitatives sont indiquées quand le but de la recherche est de comprendre et d'éclairer un phénomène.

Le type d'étude

La méthode qualitative a été adoptée pour la réalisation de cette étude afin d'explorer la perception et la gestion du risque de femmes brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté. La méthode qualitative permet d'explorer le vécu des femmes en regard de la prévention du VIH/sida à partir de la compréhension du phénomène dans leur propre environnement, ce qui permet la production d'informations socialement contextualisées (Mercado, Gastaldo, & Calderón, 2002). Cette méthode est très utilisée dans les études ayant une perspective critique sociale (Kincheloe & McLaren, 2000 ; Im & Meleis, 2001), féministe (Bover, 2004 ; Jayaratne & Stewart, 1991 ; Olesen, 1998 ; Reinharz, 1992) et dans le domaine de la santé publique et le VIH/sida (Figueiredo & Ayres, 2002 ; Gendron, 2001 ; Hebling & Guimarães, 2004 ; Lima, 2005 ; Oliveira et coll. 2004).

Parmi les diverses options pour la construction de la méthode (p. ex. : Denzin & Lincoln, 2000 ; Fonow & Cook, 1991 ; Hills & Mullett, 2002 ; Reason, 1994 ; Reinharz, 1992), la chercheuse s'est inspirée de la recherche coopérative (*cooperative inquiry*) proposée par Reason à cause de l'importance accordée à la participation des sujets à l'étude comme co-chercheurs.

Cependant, le projet de recherche a été conceptualisé pendant les études doctorales de la chercheuse, sans la participation des « co-chercheurs » dans tout le processus d'investigation comme le suggère la recherche coopérative (Reason, 1994,

1998). Le travail de terrain, qui devait avoir lieu au Brésil pendant trois mois, était en effet une période de temps incompatible avec le développement d'une recherche participative. De plus, le projet avait un budget limité, ce qui a été pris en compte lors de la construction du protocole de recherche. Pour ces raisons, la méthode « s'inspire » de la recherche coopérative et le choix du processus de collecte de données a été élaboré en tenant compte de cette approche et des limitations déjà décrites.

La recherche coopérative

La recherche coopérative est considérée comme un type recherche action (Hills & Mullett, 2002 ; Lincoln, 2001) et constitue un type d'investigation où les participants déterminent, en partie, leur participation à l'étude (Moggridge & Reason, 1996 ; Reason, 1998).

Dans ce type d'approche, les personnes font partie d'une étude coopérative sont des co-chercheurs (Heron & Reason, 2001 ; Reason, 1998). L'approche coopérative expérientielle (*co-operative experiential inquiry*) a été présentée initialement par John Heron en 1971 (Moggridge & Reason, 1996 ; Reason, 1994, 1998). Cette approche tire ses origines de la psychologie humaniste et postule que les personnes sont autodéterminées (*self-determining*), c'est-à-dire qu'elles sont les auteures de leurs propres actions (Reason, 1998, traduction libre, p. 264).

Heron (1981) affirme qu'il existe deux façons d'interagir avec les personnes dans la recherche : (a) l'interaction avec les personnes sans qu'elles contribuent à la formulation de propositions sur elles-mêmes ; ce modèle représente l'expérimentation scientifique traditionnelle et (b) l'interaction avec les personnes dans un contexte où elles contribuent à la recherche de la formulation des hypothèses aux conclusions ; c'est ce qu'on nomme la recherche coopérative. Dans la recherche traditionnelle, les rôles du chercheur et des participants à l'étude sont mutuellement exclusifs : le chercheur est responsable de la conceptualisation du projet et les participants

contribuent à l'action à étudier (Heron, 1981 ; Heron & Reason, 2001). Par contre, dans une recherche coopérative, le chercheur et les participants travaillent ensemble comme co-chercheurs et co-sujets (Heron & Reason, 2001 ; Moggridge & Reason, 1996 ; Reason, 1994). Tous les participants de la recherche coopérative sont à la fois (a) des co-chercheurs qui contribuent à la production des idées et participent au processus de raisonnement, d'élaboration, de décision et de conclusion de la recherche et (b) des co-sujets dans la recherche, qui participent au processus d'investigation' (Reason, 1994, 1998).

La recherche coopérative permet, selon Reason (1998), au moins quatre types de connaissances inter-reliés : (a) la connaissance expérientielle (*experiential knowledge*) qui est obtenue à partir du contact direct avec les personnes, lieux ou choses, (b) la connaissance pratique (*practical knowledge*) acquise à travers la pratique et démontrée par les habiletés ou les compétences, (c) la connaissance propositionnelle (*propositional knowledge*) qui est la connaissance de quelque chose et est exprimée par des propositions ou des théories et (d) la connaissance « expressionnelle » (*presentational knowledge*), qui fait appel à la représentation des trois autres connaissances ; cette connaissance est exprimée à travers des images spatio-temporelles telles les dessins, l'écriture, les histoires et l'imagination créative.

La méthode de recherche coopérative présente quatre phases cycliques d'action et de réflexion (Reason, 1998). Dans la première phase, les co-chercheurs identifient et approuvent un domaine d'étude et identifient ensemble les propositions initiales qu'ils veulent explorer. Ils s'accordent pour planifier et pour réaliser des actions ou des pratiques qui pourraient contribuer à cette exploration. Ils se mettent également d'accord sur un ensemble de procédures par lesquelles ils pourraient observer et enregistrer leur propre expérience, aussi bien que celle des autres. Cette phase implique en premier lieu la connaissance propositionnelle (*propositional knowing*). Dans la deuxième phase, les co-chercheurs deviennent aussi les co-sujets. Ils appliquent des idées et des procédures identifiées dans la première phase. Les personnes débutent les actions, observent et enregistrent le processus et les résultats

de leur propre expérience et celle des autres. Dans cette étape, les co-chercheurs sont capables d'observer comment la pratique peut être ou ne pas être en conformité avec leurs idées de départ. Cette étape comporte la connaissance pratique (*practical knowing*). Dans la troisième phase, les co-chercheurs deviennent complètement engagés dans leur expérience. Cette étape est fondamentale au processus, car c'est à ce moment que les co-chercheurs s'ouvrent pour comprendre leur environnement, réfléchir sur leurs idées et croyances préconçues et pour voir leurs expériences différemment. La connaissance expérientielle (*experiential knowing*) est liée à cette étape et cette nouvelle expérience pourrait se manifester d'une façon créative à travers des graphiques, couleurs, mouvements, récits, poèmes, etc. Dans la phase quatre, après la période d'engagement décrite dans les phases deux et trois, les co-chercheurs se rassemblent pour considérer leurs propositions initiales à la lumière de leurs expériences. Durant cette étape, ces propositions peuvent être modifiées, reformulées ou rejetées et de nouvelles questions peuvent être formulées. Les co-chercheurs peuvent choisir, pour le prochain cycle d'action, de se concentrer sur les mêmes aspects de départ ou sur des aspects différents de la recherche et ils peuvent ainsi modifier ou élaborer d'autres procédures de recherche. Cette phase représente le retour à un stade de connaissance propositionnelle (*propositional knowing*). Ce cycle entre l'action et la réflexion, entre les connaissances propositionnelle, pratique, expressionnelle et expérientielle est répété plusieurs fois.

Idéalement, la recherche prend fin quand les co-chercheurs ont pu répondre aux questions initiales, mais, selon l'auteur, cette situation est rare (Reason, 1994). Le processus de la recherche coopérative « engage les participantes dans une interaction d'action et de réflexion comme résultat de l'intégration entre l'investigation systématique et l'expérience humaine » (Hills & Mullett, 2002, p. 315).

Dans cette étude, l'approche coopérative présente une perspective féministe et de promotion de la santé. Ces deux domaines partagent des principes, tels que l'*empowerment* et la *production de connaissances pertinentes socialement pour les participantes de l'étude* (Hills & Mullett, 2002). La cohérence de principes entre le

féminisme, la promotion de la santé et la recherche coopérative permet d'assurer la rigueur épistémologique de l'étude, car le cadre théorique contribue à la construction de la méthode et à l'orientation des choix réalisés par la chercheuse au niveau du travail de terrain (Chamberlain, 2000 ; Harding, 1987).

À partir de la perspective féministe, cette recherche reconnaît la signification du « genre » dans la vie des femmes et place la femme au centre de l'investigation (Cook & Fonow, 1986 ; Thorne & Varcoe, 1998) en tenant compte de l'expérience de vie de la femme (Cook & Fonow, 1986) et de son contexte social (Olesen, 1998). La recherche féministe qualitative en général postule l'intersubjectivité entre chercheurs et participantes et la création mutuelle des données. Le fait de donner la parole (*give voice*) à la femme est aussi un des avantages de cette approche.

À l'intérieur de la perspective en promotion de la santé, l'*empowerment*, la participation et le partenariat sont des principes qui, au delà de soutenir la pratique professionnelle, peuvent aussi être utilisés avec les méthodes de recherche dans ce domaine (Gendron, 2001 ; Hills & Mullett, 2002). Webb et Wright (2000) ajoutent que les méthodes de recherche en promotion de la santé doivent être construites en fonction de l'intervention plutôt que l'intervention en fonction des méthodes. Selon Wass (1994), « si la recherche privilégie des approches liées à la promotion de la santé, l'emphase doit être donnée au développement de partenariat avec les personnes dans une relation d'égalité et cela à travers leur implication dans le processus de recherche et la reconnaissance de leur expertise » (p.64).

Les stratégies de recherche inspirées de la recherche coopérative

Bien que la recherche coopérative postule la participation des co-chercheuses dès la conceptualisation de l'étude (Heron & Reason, 2001 ; Reason, 1994, 1998), les choix méthodologiques initiaux ont été réalisés exclusivement par la chercheuse parce que le projet a été élaboré au Canada et qu'elle s'est ensuite rendue au Brésil pour

réaliser la collecte de données, laquelle s'est échelonnée sur une période de trois mois.

Il faut tenir compte du fait que la majorité des études qui ont utilisé la recherche coopérative ont été réalisées avec des groupes déjà existants - par exemple des médecins (Heron & Reason, 2001), des visiteurs de santé (Traylen, 1994), des travailleuses du sexe rattachées à un organisme communautaire (Gendron, 2001), des femmes monoparentales participantes d'un projet d'intervention prénatal (Whitmore, 1994) et des intervenants communautaires œuvrant auprès de jeunes (Venney-Tieman, Goldband, Rackman, & Reilly, 1994) - qui menaient des activités ensemble ou qui partageaient les mêmes objectifs. Dans la présente étude, les femmes n'appartenaient pas à des groupes communautaires et, apparemment, la prévention du VIH/sida avec le partenaire régulier n'était pas une préoccupation pour elles au moment de la collecte des données.

Pour cette raison, quelques stratégies ont été mises en œuvre pour soulever l'intérêt des femmes et pour assurer leur participation plus effective dans le processus de collecte de données.

D'abord, des groupes de discussion (Morgan, 1997) et des entrevues (Fontana & Frey, 1998) ont été adoptés pour la collecte des données. La première technique a été choisie pour permettre, entre autres, le partage d'informations/expériences sur un sujet qui concernait toutes les participantes, mais qui n'était habituellement pas traité dans le domaine public. L'entrevue, faite par des femmes de la communauté, fut utilisée comme une stratégie pour promouvoir la participation des femmes dans le processus de collecte de données et aussi pour explorer la compréhension des femmes sur le VIH/sida dans le contexte du partenaire sexuel régulier sans l'influence d'un groupe (Michell, 1999).

Lors de la première rencontre avec un groupe, la chercheuse décrivait le but de l'étude, le manque de connaissances produites sur le sujet de recherche dans leur ville et explicitait que leur participation comme sujets d'une collecte de données dans un groupe de discussion, pourrait aider à mieux comprendre la construction des normes

et des comportements liés au partenaire sexuel régulier et à la prévention du VIH/sida dans leur contexte social.

En ce qui concerne la dynamique des groupes de discussion, les participantes pouvaient décider de la durée et du nombre de rencontres. Elles pouvaient aussi proposer des activités individuelles et/ou collectives au groupe. Les participantes des groupes de discussion ont été invitées à participer plus activement à la recherche en réalisant des entrevues individuelles dans leur entourage avec des femmes ayant un partenaire sexuel régulier.

Pour faciliter la participation des femmes aux groupes de discussion, en cas de besoin, une gardienne pouvait être disponible sur place lors des rencontres pour prendre soin des enfants.

Comme la réalisation conjointe des interprétations des données collectées était impossible - la chercheure ayant dû réaliser l'analyse des données au Canada - les principaux thèmes qui ont émergé des rencontres de groupe et les interprétations initiales ont été présentées à la fin des rencontres suivantes pour comparer et/ou présenter des sujets qui ont été soulevés par les femmes (par exemple : la bisexualité chez les hommes ayant une partenaire sexuelle régulière). Il y avait une *possibilité* d'une rencontre supplémentaire à la fin de la période de collecte de données pour confirmer les interprétations initiales de la chercheure¹⁰. Cependant, les restrictions budgétaires ont empêché la réalisation de cette activité.

¹⁰ Le nom et l'adresse des participantes ont été enregistrés dans le questionnaire socio-démographique (annexe 6) à cause de la possibilité d'avoir une rencontre à la fin de la période de collecte de données, ce qui n'a pas eu lieu. Cette possibilité était prévue aussi dans le terme de consentement (annexes 9, 10, 11).

Le milieu de l'étude

Cette étude a été réalisée dans la région Centre-Ouest du Brésil (annexe 1). Cette région comprend trois états (Goiás, Mato Grosso et Mato Grosso do Sul) et le District Fédéral (Brasília). Plus précisément, l'étude a été réalisée à Goiânia, une ville de plus d'un million deux cent mille habitants, capitale de l'état de Goiás (annexe 2).

Goiânia est une ville qui a été bâtie pendant les années 1930 et a été planifiée pour 50 000 habitants. La population de la ville est composée principalement d'immigrants provenant de la zone rurale, des villes de l'intérieur de l'état et des états voisins. La ville, comme l'ensemble du pays, présente des problèmes sociaux provenant du grand écart existant entre les riches et les pauvres. Cette situation se reflète sur l'infrastructure de la ville puisque les quartiers et régions plus défavorisés reçoivent moins d'investissements publics et/ou les services publics sont insuffisants (p. ex.: services de santé, loisir, sport, éducation et culture). C'est dans les quartiers plus défavorisés de la ville que les taux de chômage, violence et criminalité sont les plus élevés.

Le choix de la ville s'est imposé à cause des facilités offertes pour la réalisation de l'étude comme l'appui logistique du Secrétariat de la Santé de la ville de Goiânia. De plus, aucune étude n'a été réalisée à Goiânia ou dans l'état de Goiás sur la prévention du VIH/sida dans le contexte des femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Deux secteurs défavorisés de Goiânia ont été choisis pour la collecte des données : les secteurs Sud-Ouest et Nord-Ouest (annexe 2).

La population à l'étude, stratégie d'échantillonnage, recrutement

Cette étude a été réalisée auprès d'une population de femmes brésiliennes, sexuellement actives, habitant des quartiers défavorisés de la ville de Goiânia et/ou de sa région métropolitaine et ayant un partenaire sexuel régulier. La chercheuse a fait le

choix des locaux pour la collecte de données en considérant la division territoriale de la ville en neuf districts sanitaires par le Secrétariat de santé de Goiânia (annexe 2). Selon la responsable de la Division de Santé des Femmes de la Ville de Goiânia, à l'époque de la collecte de données, les districts sanitaires sud-ouest et nord-ouest avaient un plus grand nombre de demandes de services de santé de personnes vivant en situation de pauvreté. Dans le premier district, localisé dans le secteur sud-ouest de la ville, le principal problème était la grande quantité de demande de services par la population vivant dans les quartiers défavorisés de la municipalité de Aparecida de Goiânia.

La région du district nord-ouest de Goiânia est considérée le secteur le plus défavorisé de la ville. La majorité des terrains où sont bâtis les maisons ne sont pas encore légalisés, car l'occupation a été faite par l'appropriation de terrains privés ou gouvernementaux (Moysés, 2001). C'est dans ce secteur qu'on trouve les plus hauts taux de violence et de criminalité de Goiânia (Jesus-Junior, 2005).

Ainsi, dans le secteur sud-ouest de la ville, la chercheuse a contacté un service public de santé communautaire connu comme CAIS - *Centro de Assistência Integrada à Saúde* (Centre d'Assistance Intégrale à la Santé) pour réaliser le recrutement et la collecte des données. Cet organisme a été choisi parce que c'était le seul service public disponible dans un grand secteur défavorisé. À noter, ce secteur est desservi par un service d'autobus collectif provenant des quartiers éloignés¹¹ de Goiânia et de sa région métropolitaine (la ville de *Aparecida de Goiânia*). Dans cette étude, ce CAIS a été identifié comme CAIS Alpha¹². Ce centre offre, entre autres, des vaccins, des consultations médicales, des suivis prénataux, des services de laboratoire et des activités éducatives. La directrice des soins infirmiers a proposé le service de gynécologie pour le recrutement des participantes parce qu'un grand nombre de femmes le fréquentent régulièrement. Les infirmières de ce service ont expliqué que la majorité de leur clientèle était des femmes enceintes et qu'elles habitaient très loin et que l'idéal eût été de les

¹¹ Dans la ville de Goiânia les quartiers défavorisés ne sont pas nommés *favelas* comme dans les autres régions du Brésil. Les quartiers pauvres de Goiânia sont localisés loin du centre-ville.

¹² Nom fictif.

recruter et de réaliser la collecte de données dans la même journée. Elles ont aussi indiqué les meilleures journées et horaires pour réaliser la collecte de données en fonction de la routine de chaque médecin. Pourtant, c'était l'échantillon de convenance qui a été choisi pour être réalisé dans ce local.

Dans secteur nord-ouest de Goiânia, il y a deux CAIS ainsi qu'une maternité publique. Le seul contact que la chercheuse avait dans ce secteur était Janaína, une femme de 26 ans ayant dix ans de scolarité qui travaillait comme domestique. Elle connaissait plusieurs femmes dans le secteur et elle a accepté de collaborer à l'étude¹³. Dans ce secteur la technique de boule de neige a été choisie pour la sélection des participantes.

Pour participer à l'étude, les femmes devaient habiter des quartiers défavorisés de Goiânia et/ou sa région métropolitaine localisés dans les secteurs sud-ouest et nord-ouest, être sexuellement actives et avoir un partenaire sexuel régulier, selon les critères des participantes elles-mêmes (auto-rapportée). Il faut tenir compte du fait que les critères pour considérer un partenaire sexuel comme régulier peuvent varier selon le statut civil, la durée de la relation, le niveau d'engagement émotionnel, entre autres. Pour cette raison, une définition pré-établie pour un partenaire sexuel régulier n'a été pas adoptée dans cette étude pour considérer (et respecter) les critères personnels de chaque participante quant à la définition d'un partenaire sexuel régulier¹⁴.

Ainsi, parmi les 47 femmes qui ont participé à cette étude, toutes habitaient un quartier défavorisé, soit dans les secteurs sud-ouest ou nord-ouest de la ville, et avaient selon elles-mêmes, un partenaire sexuel régulier.

Comme décrit, le recrutement a été réalisé différemment dans les deux secteurs d'où provenaient les participantes. Au CAIS Alpha, où la collecte de données a été faite

¹³ Nom fictif. Janaína a accepté de collaborer à la recherche par l'intermédiaire des activités suivantes : révision du contenu du terme de consentement et guide d'entrevue/groupe de discussion pour les adapter au langage utilisé dans la communauté, réalisation du recrutement des femmes du secteur, garde des enfants des participantes pendant la collecte de données et réalisation d'entrevues individuelles.

¹⁴ Les participantes ont considéré comme partenaire sexuel régulier : *le mari, le conjoint de fait, le fiancé, le petit ami ou « celui avec qui je reste »*. Par cette raison, trois participantes se sont déclarées célibataires même si elles avaient un partenaire sexuel régulier. Deux femmes se sont identifiées comme séparées : une maintenait des rapports sexuels réguliers avec son ex-mari et l'autre avait un petit ami (voir tableaux 1, 2 et 3).

au moyen de groupes de discussion, les infirmières qui œuvraient dans le service de gynécologie ont réalisé le recrutement de vingt-trois femmes et une participante a recruté une femme. Les infirmières ont choisi les après-midi où beaucoup de femmes avaient un rendez-vous – pour une consultation pré-natale ou pour le contrôle après la naissance du bébé – pour le recrutement et la réalisation des groupes de discussion. Les infirmières invitaient toutes les femmes et que répondaient aux critères de sélection à participer au groupe de discussion. Les femmes qui voulaient participer restaient dans le service après la consultation pour la collecte de données. Les huit femmes qui ont participé à la première rencontre ont demandé une deuxième rencontre pour continuer la discussion. Dans ce cas, la chercheuse a fait des appels téléphoniques la veille du rendez-vous. Cependant, seulement une femme est venue avec une voisine. Quelques femmes ont justifié leur absence à cause d'un orage qui a eu lieu une demi-heure avant la rencontre. Pour cette raison, sept femmes ont été recrutées par les infirmières et un groupe de discussion a eu lieu au cours de cette journée avec neuf femmes.

Les femmes qui habitaient le secteur nord-ouest de Goiânia et qui ont participé à des groupes de discussion et à des entrevues ont été recrutées par Janaína et par des participantes. Ces dernières pouvaient inviter d'autres femmes à participer aux rencontres de groupe. Une d'elles a ainsi invité de nouvelles femmes à participer à la deuxième et à la troisième rencontre. Janaína a aussi suggéré que les groupes de discussion aient lieu dans une école qui serait facilement accessible pour les femmes des deux quartiers où elle avait des contacts. Ainsi, la directrice d'une école publique de la région a donné à la chercheuse l'autorisation d'utiliser le local pour la collecte de données. Les groupes de discussion se sont tenus les samedis à l'école en début d'après-midi, ce qui a été considéré la meilleure journée et le meilleur horaire pour la majorité des treize femmes recrutées. Janaína visitait le domicile des femmes la veille des rencontres pour renforcer l'invitation et confirmer leur présence.

Le recrutement pour les entrevues a été réalisé par les intervieweuses¹⁵ et les onze entrevues ont été réalisées au domicile des participantes. Elles invitaient des femmes qu'elles connaissaient ou indiquées par celles-ci. Onze femmes qui ont affirmé avoir un partenaire sexuel régulier ont participé aux entrevues.

Les femmes qui ont accepté de participer à l'étude dans ce secteur se sont impliquées dans le processus d'organisation des groupes de discussion et/ou des entrevues (date, horaire). Un total de vingt-quatre femmes provenant du secteur nord-ouest ont participé à l'étude, dont treize aux groupes de discussion et onze pour les entrevues individuelles.

Au moment du recrutement, toutes les femmes furent informées qu'elles disposaient d'un service de garde pour les rencontres et que leurs frais de déplacement étaient défrayés par la chercheuse. Cependant, les femmes du CAIS Alpha n'ont pas eu besoin du service de garde. Quelques participantes aux groupes de discussion réalisés dans l'école ont amené leurs enfants et une gardienne était sur place.

La description des participantes

Les participantes de cette étude sont des femmes habitant deux quartiers défavorisés du secteur nord-ouest et dix-sept quartiers du secteur sud-ouest de Goiânia. Parmi ces derniers, dix quartiers appartenaient à la municipalité d'Aparecida de Goiânia.

Les femmes étaient âgées entre 15 et 56 ans et la moitié d'entre elles avaient entre 20 et 29 ans. Leur scolarité variait d'un à onze ans. La majorité d'entre elles n'avaient pas de travail rémunéré (27 femmes au foyer, cinq étudiantes et deux au chômage). L'occupation de domestique était citée par la grande partie de femmes qui avaient un travail. Le revenu familial mensuel variait de « rien de tout » à 800 dollars canadiens.

¹⁵ Janaína et Cláudia (participante au deuxième groupe de discussion) ont conduit les entrevues dans le secteur nord-ouest. Il faut clarifier que les entrevues ont été réalisées seulement avec des femmes habitant le secteur nord-ouest de la ville de Goiânia.

Toutefois, la moitié des femmes ont déclaré vivre avec 110 à 243 dollars canadiens par mois¹⁶.

La majorité d'entre elles affirment être catholiques (33), suivies des évangélistes (11). Deux femmes n'avaient pas de religion et une autre appartenait à une secte.

Un total de 85 % des participantes étaient mariées ou avaient un conjoint de fait, les autres étaient fiancées, séparées ou célibataires. Toutes les femmes ont affirmé avoir un partenaire sexuel régulier et la période de temps avec le partenaire variait entre neuf mois et vingt-sept ans. Les femmes qui ont participé aux groupes de discussion au CAIS et qui ont été interviewées avaient une moyenne de cinq ans avec le même partenaire alors que celles qui ont participé aux groupes de discussion dans l'école avaient une moyenne de 14,3 ans.

À l'exception d'une femme, toutes les participantes qui ont été recrutées au CAIS Alpha étaient enceintes, donc aucune d'entre elles n'utilisait de méthode contraceptive. Parmi les femmes qui vivaient dans le secteur nord-ouest (24), le choix du contraceptif était diversifié : neuf femmes avaient subi la stérilisation, sept utilisaient le condom, deux prenaient la pilule et six n'utilisaient aucune méthode. Dix étaient enceintes d'un premier enfant et les autres avaient entre un et sept enfants (voir tableaux 1, 2, et 3)¹⁷.

¹⁶ Revenu mensuel en Real déclaré par les participantes (n=47)

Revenu mensuel en Real* (R\$)	Participantes du secteur sud-ouest	Participantes du secteur nord-ouest	Total
Rien	02	01	03
Ne sais pas ou n'a pas répondu	04	03	07
136-300	11	09	20
301-500	02	05	07
501-800	03	04	07
801-1 000	01	02	03
Total (participantes)	23	24	47

*Valeur en Real correspondant à l'époque de la collecte de données : au 02 janvier 2000, 1,00 R\$ équivalait à 0,81 CD\$ (source : <http://www5.bcb.gov.br/pec/conversao/Resultado.asp?idpai=convmoeda>).

¹⁷ Dans les sections et chapitres suivants, l'identification des participantes est lié au local ou à la modalité de collecte de données : (1) participantes du centre de santé communautaire ou du Cais Alpha dans le secteur sud-ouest – groupe de discussion ; (2) participantes de la communauté ou de l'école dans le secteur nord-ouest – groupe de discussion et (3) participantes à l'entrevue ou interviewées dans le secteur nord-ouest.

Tableau 1 - Participantes des groupes de discussion au centre de santé (Cais Alpha) – Secteur sud-ouest

Participantes*	Âge	Nombre d'enfants	Durée de la relation	Statut civil	Scolarité	Occupation	Partenaire		
							ÂGE	Scolarité	Occupation
1. Carolina	26	1*	6 ans	Mariée	2 ans	Femme au foyer	34	11 ans	Construction
2. Flávia	22	Enceinte	2 ans	Mariée	6 ans	Femme au foyer	34	11 ans	Électricien
3. Alice	21	Enceinte	-	Célibataire*	7 ans	Couturière	-	-	-
4. Vera	20	Enceinte	1 an	Mariée	5 ans	Femme au foyer	25	4 ans	Construction
5. Beatriz	15	Enceinte	15 mois	Conjointe de fait	4 ans	Étudiante	28	4 ans	Vendeur
6. Clarice	16	Enceinte	18 mois	Conjointe de fait	1 an	Femme au foyer	19	4 ans	Construction
7. Mônica♦	29	5*	5 ans	Conjointe de fait	3 ans	Domestique	25	5 ans	Chômage
8. Natália	31	2*	-	Célibataire*	2 ans	Chômage	-	-	-
9. Júlia	20	Enceinte	9 mois	Conjointe de fait	4 ans	Étudiante	20	5 ans	Épicerie
10. Tânia	15	Enceinte	2 ans	Fiancée	8 ans	Étudiante	21	11 ans	Chauffeur
11. Cristina	22	1*	5 ans	Mariée	7 ans	Domestique	24	6 ans	Métallurgiste
12. Sandra	29	1*	6 ans	Mariée	11 ans	Femme au foyer	25	8 ans	Mécanicien
13. Larissa	20	Enceinte	4 ans	Mariée	8 ans	Femme au foyer	25	8 ans	Boulangier
14. Neuza	27	1*	3 ans	Mariée	7 ans	Couturière	26	6 ans	Chômage
15. Priscila	18	Enceinte	3 ans	Conjointe de fait	11 ans	Femme au foyer	25	11 ans	Couturier
16. Simone	31	1*	9 ans	Conjointe de fait	3 ans	Femme au foyer	44	7 ans	Vendeur
17. Alessandra	19	2*	4 ans	Conjointe de fait	2 ans	Femme au foyer	38	1 an	Chômage
18. Iara	24	Enceinte	1 an	Conjointe de fait	11 ans	Femme au foyer	22	11 ans	Métallurgiste
19. Gina	25	4*	7 ans	Mariée	5 ans	Femme au foyer	28	8 ans	Vendeur
20. Ivone	22	2*	4 ans	Conjointe de fait	8 ans	Femme au foyer	26	1 an	Électrotechnicien
21. Laís	42	4	4 ans	Conjointe de fait	5 ans	Couturière	34	Analphabète	Construction
22. Patrícia	28	2*	-	Célibataire*	2 ans	Domestique	-	-	En prison
23. Fabiana	20	2*	4 ans	Mariée	4 ans	Femme au foyer	21	4 ans	Menuisier

♦ Tous les noms sont fictifs

* Enceinte d'un autre enfant

♦ Participation à 2 rencontres

*Les participantes qui se sont définies comme célibataires ont évité de parler du partenaire

Tableau 2 - Participantes des groupes de discussion à l'école – Secteur nord-ouest

Participant ^{es} *	Âge	Nombre d'enfants	Durée de la relation	Statut civil	Scolarité	Occupation	Partenaire		
							ÂGE	Scolarité	Occupation
24. Laura♦	56	7	17 ans	Conjointe de fait	7 ans	Femme au foyer	-	7 ans	Retraité
25. Mariana♦	47	7	25 ans	Mariée	1 an	Femme au foyer	49	1 an	Col bleu
26. Luisa ♦	40	3	20ans	Mariée	4 ans	Chômage	54	-	Jardinier
27. Sônia ♦	50	3	25 ans	Mariée	2 ans	Femme au foyer	49	4 ans	Chômage
28. Elisa	33	2	6 ans	Conjointe de fait	4 ans	Femme au foyer	37	5 ans	Gardien de sécurité
29. Cláudia	25	2	8 ans	Mariée	5 ans	Femme au foyer	28	4 ans	Construction
30. Kátia	45	3	23 ans	Mariée	6 ans	Femme au foyer	51	2 ans	Construction
31. Jane	34	1	11 ans	Conjointe de fait	1 an	Femme au foyer	38	5 ans	Chauffeur
32. Sílvia◊	47	5	27 ans	Mariée	2 ans	Femme au foyer	53	analphabète	Construction
33. Renata	36	5	-	Séparée	4 ans	Femme au foyer	-	-	-
34. Amália	19	1	3 ans	Conjointe de fait	8 ans	Femme au foyer	22	9 ans	Aux. de production
35. Clara	27	3*	2 ans	Conjointe de fait	2 ans	Femme au foyer	23	-	Soudeur
36. Liliana	20	2	5 ans	Mariée	3 ans	Domestique	26	3 ans	Vendeur

◇ Tous les noms sont fictifs

♦ Participation à 2 rencontres

* Enceinte d'un autre enfant

◊ Participation à 3 rencontres

Tableau 3 - Participantes à l'entrevue – Secteur nord-ouest

Participantes [◇]	Âge	Nombre d'enfants	Durée de la relation	Statut civil	Scolarité	Occupation	Partenaire		
							ÂGE	Scolarité	Occupation
37. Adriana	35	3	2 ans	Célibataire	8 ans	Domestique	30	7 ans	Électricien
38. Bianca	18	2	4 ans	Mariée	1 an	Femme au foyer	29	5 ans	Chauffeur
39. Carmem	28	1	1an	Séparée	8 ans	Agente de santé	26	8 ans	Mécanicien
40. Dora	18	1*	5 ans	Conjointe de fait	4 ans	Femme au foyer	25	3 ans	Aux. de boulangerie
41. Gabriela	24	1	4 ans	Conjointe de fait	8 ans	Étudiante	26	5 ans	Vendeur
42. Marcela	19	0	3 ans	Mariée	7 ans	Étudiante	22	11 ans	Menuisier
43. Fernanda	20	1	3 ans	Mariée	8 ans	Brodeuse	-	9 ans	Vendeur
44. Andrea	23	2	3 ans	Conjointe de fait	8 ans	Vendeuse	25	5 ans	Gardien de sécurité
45. Helena	23	1	2 ans	Conjointe de fait	5 ans	Domestique	32	-	Chauffeur
46. Isabela	29	3	11 ans	Mariée	3 ans	Domestique	-	-	Mécanicien
47. Rosa	43	6	-	Conjointe de fait	3 ans	Domestique	48	-	Construction

◇ Tous les noms sont fictifs

* Enceinte d'un autre enfant

La collecte de données

La collecte de données fut réalisée de novembre 1999 à janvier 2000. Les données ont été collectées par l'entremise de groupes de discussion et d'entrevues individuelles¹⁸. Le groupe de discussion est une technique de recherche qualitative qui consiste en l'interaction des membres d'un groupe basée sur des sujets fournis par un modérateur (Morgan, 1997, 1998). Il permet une collecte de données orientée vers l'expérience individuelle et collective des membres du groupe (Kitzinger, 1994 ; Kitzinger & Barbour, 1999). L'entrevue est définie par Fontana et Frey (1998) comme « la plus commune et puissante façon d'essayer de comprendre l'être humain » (p.47). Le choix de ces deux techniques a permis la collecte d'informations contextualisées sur un sujet considéré sensible à travers la dynamique du groupe et aussi de la perception individuelle des femmes (Stoehrel, 2000).

L'organisation de la collecte de données a exigé une planification et préparation préliminaire pour assurer la qualité des informations collectées (Fontana & Frey, 1998) et le respect des participantes (Gastaldo & McKeever, 2000). La vérification des lieux à l'avance (locaux où les participantes pourraient avoir facilement accès, être à l'aise et avoir de l'anonymat), l'adaptation du matériel écrit au langage des participantes¹⁹ (terme de consentement, guide d'entrevue et groupe de discussion) et l'embauche d'une gardienne ont été des stratégies mises en pratique avant le début de la collecte.

Les groupes de discussion

Généralement, le nombre de participants d'un groupe de discussion varie entre 6 à 12 personnes. Carey (1994), Smith (1995) ainsi que Morgan (1997) suggèrent un nombre réduit de participants lorsque le sujet en discussion est

¹⁸ La collecte de données a été faite en portugais, langue parlée au Brésil.

¹⁹ Il faut remarquer que le terme *partenaire sexuel régulier* (*parceiro sexual regular*) a été changé dans le corps du terme de consentement et aussi adopté lors des groupes de discussion et des entrevues pour *partenaire sexuel fixe* (*parceiro sexual fixo*) car c'était un terme couramment adopté dans le milieu où l'étude fut réalisée.

considéré comme « sensible ». Selon ces auteurs, les personnes seront plus à l'aise de parler dans un groupe plus restreint. De plus, chaque participante aura plus de temps pour s'exprimer (Morgan, 1998). Une limite maximale de huit personnes par groupe a été prévue par la chercheuse avant le début des rencontres en tenant compte des expériences des auteurs indiqués ci haut, car le sujet à discuter est considéré comme tabou. Cependant, lors de la première rencontre avec la participation de cinq femmes, la chercheuse a observé que les femmes étaient timides, parlaient très peu et démontraient de la honte à discuter ce sujet. Par contre, lors de la deuxième rencontre avec la participation de sept femmes, la chercheuse a constaté une plus grande participation des femmes ce qui fait que la limite maximale de huit femmes par groupe fut éliminée de l'étude. Ainsi, trois groupes de discussion ont eu lieu dans la communauté avec la participation de cinq femmes à la première rencontre et sept dans les deux rencontres suivantes. Trois groupes ont été formés au CAIS Alpha avec la participation de sept, neuf et huit femmes.

L'accueil des participantes à la rencontre de groupe était réalisé avec une collation. Cela a permis l'attente des femmes qui arrivaient en retard²⁰ et a aussi donné le temps nécessaire pour collecter les données socio-démographiques (annexe 6) et pour expliquer le fonctionnement d'un groupe de discussion. Ensuite les femmes ont reçu une copie du terme de consentement et une lecture collective de ce document a été réalisée²¹. La chercheuse a mis l'accent sur les enjeux éthiques liés à l'étude et à la fin de la lecture les femmes signaient le formulaire de consentement (annexe 9).

Avant le début des discussions, la durée de la rencontre était décidée avec les participantes. La chercheuse leur a expliqué qu'elles avaient la liberté de choisir le moment d'arrêter leur participation ou le dialogue et de proposer des activités. Les femmes ont été informées que, si elles le voulaient, elles pouvaient revenir pour d'autre(s) rencontre(s).

²⁰ Les retards sont fréquents dans plusieurs régions du Brésil.

²¹ La chercheuse fournissait des explications détaillées pendant la lecture et les participantes pouvaient exprimer leurs doutes au fur et à mesure de la présentation du terme.

L'enregistrement des groupes de discussion était fait par deux enregistreuses : une à côté de la chercheure et l'autre dans un point plus distant pour assurer une qualité d'enregistrement pouvant faciliter la transcription. Durant les rencontres réalisées dans la communauté, une étudiante universitaire aidait la collecte de données socio-démographiques et surveillait une des enregistreuses (allumer et changer les cassettes) ; dans les rencontres réalisées au CAIS Alpha, une des participantes était responsable du contrôle d'une des enregistreuses. Dans toutes les rencontres, la chercheure était responsable du contrôle d'une enregistreuse, de la modération du groupe et de la prise de notes à la fin.

La rencontre débutait avec la présentation de la chercheure et de chaque participante (Krueger, 1998b). La chercheure suivait un guide pour susciter les discussions contenant douze questions semi-structurées (annexe 7). Cependant l'ordre et le nombre de questions mises en discussion dépendaient de chaque groupe et de leur dynamique (Duarte, 2002). La chercheure posait aussi d'autres questions pour clarifier quelques réponses ou pour approfondir des sujets amenés par les femmes qui n'étaient pas prévus dans le guide.

Le nombre et la durée des rencontres ont été définis par chaque groupe. D'habitude, lorsqu'on utilise la saturation réflexive participative, c'est-à-dire la définition de la durée et du nombre de rencontres par consensus entre les participantes (Lima & Gastaldo, 1999), le chercheur ne peut pas prévoir d'avance le nombre total d'heures ou de rencontres. Toutefois, seulement deux groupes ont considéré le besoin d'une deuxième et d'une troisième rencontre. Chaque rencontre a duré en moyenne deux heures.

Les groupes de discussion dans la communauté

Au total, treize femmes ont participé aux groupes de discussion dans la communauté²², c'est-à-dire dans une école localisée dans le secteur nord-ouest de

²² Les rencontres dans la communauté ont eu lieu les samedis 13 novembre, 04 et 18 décembre 1999.

Goiânia.

Cinq femmes²³ ont participé à la première rencontre. Les participantes étaient curieuses de l'objet de la recherche, mais le groupe était timide avec la participation plus prononcée d'une femme. Dans ce groupe, on a observé une plus grande séquence de silences et d'hésitations. Malgré cela, à la fin de cette rencontre, les participantes se sont mises d'accord qu'elles n'avaient pas épuisé la discussion sur le sujet. Ainsi, une nouvelle date a été fixée avec le groupe pour une deuxième rencontre et les participantes pouvaient aussi inviter d'autres femmes à venir.

Lors de la deuxième rencontre, seulement une des femmes du premier groupe est venue. Elle a amené quatre femmes et Janaina en avait invité deux autres²⁴. Le groupe a discuté du sujet avec beaucoup d'intérêt. Elles avaient un partenaire régulier depuis des années et la majorité n'avait jamais utilisé le préservatif. Les participantes ont suggéré qu'elles ne se sentaient pas à l'aise de parler ou de suggérer des stratégies de négociation du préservatif et de prévention dans le contexte des partenaires réguliers, car elles n'avaient pas vécu cette expérience. Ainsi, elles ont accepté d'utiliser le condom avec leur partenaire et de revenir pour présenter au groupe le résultat de cette expérience.

Une troisième rencontre a été réalisée dans le secteur nord-ouest avec la participation de sept femmes - quatre issues de la deuxième rencontre et deux recrutées par la même participante qui a amené une femme au groupe de discussion antérieur²⁵. Une de ces femmes avait reçu des préservatifs et a réalisé l'activité prévue (négocier et porter des préservatifs avec le partenaire). Les participantes de ce groupe de discussion ont raconté leur expérience avec beaucoup de bonne humeur et d'enthousiasme.

²³ Pour connaître le profil de ces femmes, voir les participantes numéro 32 à 36 au tableau 2.

²⁴ Voir les participantes numéro 24 à 29 et 32 au tableau 2.

²⁵ Voir la description des participantes numéro 24 à 27 ; 30 à 32 au tableau 2.

Les groupes de discussion au CAIS Alpha

Le local qui a été utilisé pour la collecte des données au CAIS Alpha était une salle destinée aux réunions de travail et rencontres de groupe pour des programmes d'éducation à la santé (p. ex.: hypertension artérielle, femmes enceintes, diabète). Pour cette raison, les personnes à l'extérieur de cette salle ne savaient pas qu'il s'agissait d'une collecte de données de recherche, ce qui a assuré l'anonymat des participantes auprès des clients du centre de santé.

Parmi les vingt-trois femmes recrutées, huit²⁶, neuf²⁷ et sept²⁸ ont participé respectivement aux rencontres au CAIS Alpha les 2, 7 et 8 décembre 1999. De même qu'avec le groupe de la communauté, les participantes de la première rencontre réalisée au CAIS Alpha ont demandé une nouvelle rencontre. Comme expliqué à la section sur le recrutement, une seule femme est venue avec une voisine. Ainsi, un nouveau groupe de discussion a été réalisé avec la présence de ces deux femmes et de cinq autres qui étaient venues pour une consultation et qui ont accepté de participer. Lors des trois rencontres, des discussions chaleureuses ont eu lieu sur le sujet et les femmes ont participé activement.

Les groupes de discussion ont permis l'établissement d'une relation de confiance entre les participantes de la majorité des groupes, qui ont approfondi les discussions et ont apporté des nouveaux sujets. L'approche féministe et participative a permis la construction d'un environnement chaleureux et amusant ainsi qu'une relation plus égalitaire avec la chercheure.

²⁶ Voir la description des participantes numéro 7 à 14 au tableau 1.

²⁷ Voir la description des participantes numéro 15 à 23 au tableau 1.

²⁸ Voir la description des participantes numéro 1 à 7 au tableau 1.

L'entrevue

Les entrevues ont permis aux participantes de parler de la prévention du VIH/sida avec d'autres membres de leur communauté sans la présence d'une personne méconnue (la chercheure). Comme déjà décrit, les entrevues ont été réalisées par deux femmes – Janaína²⁹, qui habitait dans le secteur nord-ouest, et Cláudia, participante du deuxième groupe de discussion à l'école aussi dans le secteur nord-ouest. Janaína a reçu des orientations sur le processus de l'entrevue et l'importance de respecter le point de vue de chaque femme ainsi que des directives sur la conduite de l'entrevue, la manipulation des outils d'entrevue - cassettes audio, enregistreuse, guide d'entrevue – (annexe 7). Elle a aussi reçu les formulaires de consentement (annexe 10) et des orientations sur son utilisation : la lecture avec la participante, les réponses aux doutes exprimés et la signature du formulaire. La chercheure a mis l'accent sur les considérations éthiques liées au processus de collecte de données, le respect de l'anonymat, la confidentialité des informations et le soin des documents (annexe 11³⁰).

Une entrevue pilote a été réalisée par Janaína. Elle et la chercheure ont écouté l'enregistrement et Janaína a reçu des orientations sur comment éviter l'induction de réponses au lieu de poser une question. La deuxième intervieweuse, Cláudia, a été entraînée par Janaína.

Les entrevues ont été réalisées entre le 28 décembre 1999 et le 03 janvier 2000. Au total, onze entrevues ont été réalisées, dont huit par Janaína et trois par Cláudia. Les entrevues ont eu lieu chez les interviewées et quelques unes parlaient à voix basse, quand il y avait d'autres personnes à la maison. Chaque entrevue a duré entre 15 et 30 minutes. Les deux intervieweuses ont écrit leurs observations/réflexions sur chaque entrevue dans le formulaire des données socio-démographiques comme par exemple :

²⁹ Janaína a été une collaboratrice au processus de collecte de données. Elle n'a pas été incluse dans la liste de participantes

³⁰ Les intervieweuses ont aussi signé un terme de consentement contenant les activités prévues et le respect éthique.

« Elle (Marcela) a beaucoup aimé (l'entrevue), car elle n'a personne avec qui parler de ce sujet, parce qu'elle est évangéliste (religion) et sa famille ne parle pas de ces sujets. » Janáina

« Elle (Andrea) ne comprenait pas très bien les questions et elle a eu des difficultés à répondre à quelques questions. Au début de l'entrevue sa mère était à la maison et la participante a parlé très peu. Quand sa mère est sortie elle a parlé beaucoup. » Janáina

« J'ai fait l'entrevue dans la chambre. Seulement sa mère (Helena) était à la maison. » Cláudia

Il faut clarifier que la même importance était accordée au contenu des groupes de discussion et des entrevues lors de l'analyse et de la présentation des résultats.

L'analyse des données

Selon Tesch (1990), « la notion de l'analyse qualitative est fluide » (p. 4), car dans le processus visant à donner un sens aux données, le chercheur doit construire son propre cheminement analytique à partir d'une grande variété de principes et de procédures.

L'analyse et la description des données de cette thèse reposent sur l'interrelation entre la subjectivité de la chercheuse et celle des participantes (Freitas, 2002 ; Torbert, 2001), sur la méthode utilisée pour la collecte des données et sur l'orientation théorique adoptée (Denzin, 1992). Selon Harding (1987), même si dans le contexte scientifique prédominant la méthode est supposée protéger les résultats de la recherche des valeurs sociales des chercheurs, la subjectivité de la chercheuse et les valeurs propres au féminisme sont inhérentes dans les recherches féministes. En effet, la chercheuse, en tant qu'être humain social, fait partie de l'investigation et ses analyses et interprétations sont faites à partir de son contexte socio-historique et dépendent des relations intersubjectives établies avec les participantes et de la perspective théorique qui guide l'investigation (Freitas, 2002).

Ainsi, lors du processus d'analyse de données, la chercheuse était consciente de l'influence sur ce processus de (1) son expérience de vie, (2) ses valeurs, (3) ses connaissances acquises sur le sujet ainsi que de (4) son vécu avec les participantes pendant la collecte de données. Dans le processus d'analyse, la chercheuse a tenu compte des stratégies adoptées durant la collecte de données. De plus, l'orientation féministe de l'étude a guidé la construction de cette analyse en la contextualisant, au niveau du cadre théorique (p. ex. : de rapports de genre et de pouvoir), de la grille de lecture, des différents vécus et des discours des participantes.

Les données analysées ici ont été comprises à partir d'une optique particulière car elles ont été construites au travers d'un processus de réflexion qui prend en compte les éléments décrits ci-haut pour aller au delà de la rigueur méthodologique et garantir la rigueur épistémologique de l'étude (Chamberlain, 2000).

Pour les fins de cette analyse, la chercheuse a considéré le journal de bord, où toutes les activités réalisées pendant la période de collecte de données ont été enregistrées³¹, les transcriptions des groupes de discussion et des entrevues et les annotations des intervieweurs.

Il existe plusieurs façons de réaliser une analyse de données qualitatives. Tesch (1990) a fait une classification des analyses à partir de l'intérêt de chaque type de recherche considérant les (1) caractéristiques du langage comme communication ou comme représentation cognitive de la culture (p. ex. : analyse de contenu, analyse de discours, ethnoscience) ; (2) la découverte de régularités comme l'identification et la catégorisation des éléments et ses connexions (p. ex. : théorie ancrée, analyse de contenu ethnographique) ou comme l'identification de *patterns* (p. ex. : recherche action, évaluation qualitative) ; (3) la compréhension de la signification du texte ou de l'action (p. ex. : phénoménologie, études de cas, herméneutique) ; et (4) la réflexion (p. ex. : réflexion phénoménologique). Cette auteure affirme que dans cette classification, les approches d'analyse varient, dans l'ordre de présentation, du niveau le plus structuré, formel et positiviste (la majorité des analyses décrites dans le premier item) à l'absence d'une procédure formelle d'analyse (l'item numéro quatre de sa classification).

À partir de cette classification, Tesch a regroupé les trois premiers types d'analyse en deux groupes à partir des similarités existantes, mais aussi en tenant compte qu'il existe des types de recherche dont l'analyse transite entre les deux catégories identifiées. Ainsi, les analyses qui considèrent le langage comme communication ou comme représentation de la culture ont été classées dans la catégorie « analyse structurelle » (*structural analysis*). L'autre catégorie : « analyse interprétationnelle » (*interpretational analysis*) a été formée par le regroupement des analyses issues de recherches dont le but est de découvrir des régularités et celles

³¹ Les annotations consistaient en un registre de contacts téléphoniques, la recherche de volontaires pour aider pendant la collecte de données, les réunions avec représentants du secrétariat de la santé de la ville et la Directrice de la Faculté de sciences infirmières, le choix et la visite des quartiers et des lieux des rencontres, l'enregistrement des rencontres – durant et après, l'information échangée avec les directeurs de thèse par courriel. Ces écrits ont été consultés pendant la période de transcription et d'interprétation des données et lors de la description du processus de collecte de données.

orientées vers la signification (*meaning oriented*). Cette catégorie a été sous-divisée en deux sous-types d'analyse : construction de théorie (theory building) et interprétations descriptives.

Des critiques sont adressées aux approches identifiées dont l'analyse est structurelle comme par exemple l'analyse de contenu (faible capacité explicative) et l'analyse du discours (rigueur formelle qui sacrifie la richesse des détails et de la multidimensionalité des données) car elles s'appuient sur l'importance de la signification du texte sans considérer les aspects extérieurs aux discours et qui sont constitués par l'espace social, politique, économique et culturel dans lequel le discours s'insère (Minayo, 2000). Cette auteure ajoute que l'approche interprétative – herméneutique – « place la parole dans son contexte pour la comprendre à partir de son intérieur et dans le champ de la spécificité historique et globale dans laquelle elle s'est produite » (p. 231).

L'analyse interprétative/descriptive proposée par Tesch (1990) a guidé le processus d'analyse de données de cette étude, tout en considérant l'ensemble du contexte socio-historique où l'étude a été construite (Minayo, 2000) ainsi que les spécificités liées à l'analyse des groupes de discussion (Krueger, 1998). Selon Minayo, la posture interprétative prend comme centre d'analyse la pratique sociale – l'action humaine – et la considère comme un résultat de conditions antérieures et extérieures, mais aussi comme praxis. Dans ce sens, la perception et la gestion du risque face au VIH/sida chez les participantes ont été traitées comme le résultat de conditions antérieures et extérieures, mais, en même temps, elle sont aussi un produit de leurs propres actions transformatrices sur l'environnement social. De plus, la chercheuse a tenu compte du processus général de l'interaction (*moving pictures*), c'est-à-dire des positionnements distincts des femmes et de la construction de leurs opinions, ainsi que des segments du texte (*snapshots*) qui ont permis de distinguer de manière significative les positions, concepts et propositions verbalisés par des individus ou par le groupe (Caterall & Maclaran, 1997).

Selon Tesch (1990), l'organisation des données comprend les activités

concrètes et manuelles comme la division du texte en segments, c'est-à-dire divisés en unités significatives et pertinentes en lien avec l'ensemble des données. Cependant, la transcription des verbatims, étape qui précède la segmentation du texte, fut une étape importante dans le processus d'organisation des données (Krueger, 1998a ; Minayo, 2000) car la chercheuse a réalisé elle-même cette activité. La transcription a permis la reproduction écrite des données fidèles au contexte. La chercheuse, qui voulait identifier toutes les participantes des groupes de discussion par leur voix, a dû écouter attentivement les cassettes plusieurs fois. Cela a permis une immersion plus approfondie dans les données dès le début du processus formel d'analyse (Krueger, 1998a). Cependant, l'identification de toutes les voix n'a été pas possible, principalement quand le groupe était engagé dans des discussions animées ou, comme dans le cas des rencontres au CAIS Alpha, quand il y avait beaucoup de bruit à l'extérieur de la salle (Kitzinger & Barbour, 1999).

La contextualisation du dialogue a été réalisée pendant la transcription, quand la chercheuse a pris en compte ses notes et celles des interviewees. Des *informations additionnelles étaient ajoutées dans le texte transcrit* (Huberman & Miles, 1998 ; Krueger, 1998a) entre parenthèses (p. ex. : rires, interruptions, dialogues parallèles, silences, intonations de la voix, gestes, hésitations), en lettres majuscules quand il y avait de l'emphase sur une phrase ou mot³² ou des commentaires en couleurs. En plus de fournir des outils pour l'analyse à la chercheuse, l'activité de transcription a contribué à l'amélioration de ses habiletés comme modératrice, à cause, entre autres, de l'identification des aspects positifs et surtout négatifs de sa façon de conduire les groupes (Duarte, 2002 ; Krueger, 1998b).

La segmentation est le processus d'identification de segments de texte qui sont chacun compréhensibles en soi et qui contiennent une idée ou une partie de l'information (Tesch, 1990). Après la transcription, la chercheuse s'est immergée dans les données écrites et a fait des coupures avec un marqueur dans une version imprimée du texte. Au cours de cette étape, les segments de texte qui n'avaient pas de

³² Voir les exemples au chapitre des résultats.

signification ont été enlevés, ce qui était minime. En particulier, les entretiens ont été courts et les participantes se sont limitées à répondre aux questions posées. Dans les groupes de discussions, il y avait des séquences de dialogues interreliés qui n'auraient pas eu de sens sans être mis en contexte.

Le contenu de la transcription d'une rencontre a été imprimé³³ et la chercheuse lisait les dialogues et écrivait une description du sujet dans la marge gauche de la page³⁴ (étape identifiée par Tesch comme développement d'un système organisé). Les sujets identifiés ont été placés dans une liste et les termes semblables ont été groupés (p. ex. : les unités liées au condom ont été mises ensemble). Ensuite, les sujets ont été écrits à côté des récits de tout matériel transcrit. Il y avait des segments de texte pour lesquels plusieurs termes s'appliquaient.

Les codes ont été créés au moyen de termes choisis par la chercheuse qui décrivait le sujet discuté et « non l'abréviation du contenu » (Tesch, 1990, p. 119). Les segments de texte avec les codes ont été coupés et collés ensemble, puis rapprochés avec d'autres codes semblables (par exemple les codes liés à l'infidélité) à l'intérieur de catégories et de sous-catégories. Les catégories ont été créées afin de répondre aux questions de recherche en tenant compte aussi du cadre théorique de l'étude et du résultat des activités réalisées par les participantes d'un groupe de discussion.

Ainsi, cinq catégories ont été dégagées à travers le regroupement de codes : (1) l'infidélité en tant que risque imminent pour le VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier, (2) la confiance en tant que génératrice du risque et stratégie de gestion du risque, (3) le condom et son adoption pour la prévention du VIH/sida : du discours à la pratique, (4) l'expérience collective : un exemple de stratégie de prévention et finalement (5) la perception et la gestion du risque : l'influence du genre et de l'accès aux services de santé.

³³ L'analyse a été réalisée manuellement avec un peu de soutien informatique (Microsoft office word).

³⁴ Exemples de sujets identifiés : confiance, méfiance, infidélité, rejet au condom, condom et méfiance, condom et pouvoir de l'homme, contraception et condom, contraception et prévention, dépendance économique, dépendance émotionnelle, perception du risque, perception du risque personnel, absence de perception du risque, rapports de genre, soumission de la femme, femme et travail, service de santé, société et femme.

La catégorie *l'infidélité en tant que risque imminent pour le VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier* a été nommée à partir de la catégorie originale identifiée comme « infidélité et risque »³⁵. Deux sous-catégories ont été identifiées : l'infidélité, responsable du risque de contamination au VIH/sida ; et les enjeux de la gestion du risque face à l'infidélité.

La deuxième catégorie issue de la catégorie confiance³⁶ présente trois sous-catégories qui illustrent les différentes façons dont les participantes comprennent le rôle de la confiance dans le contexte du partenaire sexuel régulier : la confiance, génératrice du risque quant au VIH/sida, chez les autres femmes ; la confiance comme gestion du risque chez les participantes ; la prise de conscience : la complexité de la gestion du risque chez les partenaires réguliers. Même si le fait de quantifier le nombre d'occurrences d'un mot n'était pas le propos de cette analyse, il est intéressant de noter que le mot confiance ou des allusions liées à ce terme ont constitué le plus grand segment de texte lors de l'organisation des données. Cette catégorie a exigé aussi beaucoup de retour aux *verbatim* et révision de codes, car une même femme se positionnait dans plusieurs types de confiance, et des termes différents avaient parfois une même signification ou, au contraire, un terme similaire avait une signification différente (Krueger, 1998a).

Trois sous-catégories (le condom pour la prévention du VIH/sida : la pluralité des discours ; le condom en tant qu'objet ; le résultat de la participation : un groupe demande des condoms) font partie de la troisième catégorie³⁷, *le condom et son adoption pour la prévention du VIH/sida : discours ou pratique ?* Au début des analyses, il semblait que le condom serait la principale catégorie liée à la gestion du

³⁵ Les codes qui ont donné naissance à cette catégorie ont été : risque universel ; risque issu des hommes ; infidélité comme rôle masculin ; infidélité par l'instinct masculin ; infidélité de la femme ; infidélité et classe sociale ; infidélité et niveau d'éducation ; infidélité et bisexualité ; infidélité et méfiance ; gestion du risque et infidélité.

³⁶ Les codes qui ont donné naissance à cette catégorie ont été : confiance et risque ; confiance en l'amante ; confiance avec méfiance ; confiance envers l'homme marié ; confiance en certains hommes ; confiance totale ; absence de confiance ; confiance et temps avec le partenaire ; confiance et méfiance ; confiance en soi ; confiance en Dieu ; confiance : partie de la relation stable ; gestion du risque et confiance.

³⁷ Les codes qui ont donné naissance à cette catégorie ont été : condom et prévention ; condom et couples stables ; condom et célibataires ; condom et refus des hommes ; condom et rejet des femmes ; condom et plaisir sexuel ; condom masculin ; condom féminin ; condom et stratégie de négociation.

risque et aux rapports de pouvoir. Cependant, les données catégorisées suggèrent plutôt que le récit de la majorité des participantes sur le port du condom pour la prévention du VIH s'appuyait plutôt sur le discours diffusé par les professionnels de la santé et par les médias que sur leur expérience.

La catégorie *l'expérience collective : un exemple de stratégie de prévention* résulte des codes (condom et essai collectif ; condom et négociation) provenant du récit des participantes du troisième groupe de discussion, qui a eu lieu à l'école, participantes qui ont demandé l'utilisation du condom au partenaire.

Finalement la cinquième catégorie *perception et gestion du risque: l'influence du genre et de l'accès aux services de santé* et ses deux sous-catégories (la vie des femmes selon les participantes : un mélange de conquêtes, de fardeaux et de diversité ; les enjeux pour la prévention du VIH en présence de la diversité et de la complexité des relations sociales et de l'accès aux services de santé) ont été créées à partir des récits des participantes sur leur compréhension de la vie des femmes dans leur entourage. C'est dans cette catégorie³⁸ que les rapports de genre et de pouvoir ont été le plus explorés par les participantes, tant dans l'aspect individuel et familial qu'au sein de la société, incluant les services de santé.

Dans le processus d'analyse de données, même avec le suivi d'orientations qui ont guidé la construction de ce processus, les résultats obtenus comprennent beaucoup d'aspects subjectifs. Il n'existe pas de « recette » unique pour le choix des codes, catégories, sous-catégories, définition de termes, séquence, format de présentation, entre autres. De plus, dans la majorité des écrits, « la subjectivité du chercheur » est un terme utilisée pour expliquer leur cheminement et leur choix dans le processus de recherche (Robles, 2000 ; Tesch, 1990 ; Tobert, 2001), mais peu d'études révèlent des pistes sur la façon dont le « subjectif » a influencé la construction de l'interprétation de données qualitatives.

³⁸ Les codes qui ont donné naissance à cette catégorie ont été : genre et travail ; genre et salaire ; genre et tâches ménagères ; machisme et soumission de la femme ; accès aux services de santé ; services de santé et rapports de pouvoir ; femme et diversité d'expériences.

Pendant la période de transcription et l'immersion dans les données, la chercheuse a identifié à travers les paroles des participantes plusieurs discours similaires à ceux qu'elle entendait durant son enfance, dans les années 70, à l'époque où elle habitait dans une petite ville localisée dans l'état de Goiás et que le VIH n'était pas une préoccupation. Voici un bref récit de ce vécu pour fournir au lecteur un « extrait de vie » qui fait partie d'un ensemble d'expériences et d'apprentissages qui ont influencé les interprétations réalisées et la façon de présenter les résultats :

Je suis la quatrième d'une famille de six enfants, dont trois filles et trois garçons. Ma mère, qui disait que la vie était injuste, car quand elle était célibataire elle prenait soin de sa maison tout seule, affirmait que chez nous les garçons devaient « aider » les filles lors de la réalisation des tâches domestiques. Les garçons devaient donc nettoyer la salle de bains et parfois ranger les chambres. Les filles s'occupaient de la cuisine et de tout ce qui vient avec (cuisiner, laver la vaisselle).

Quand ma mère et nos voisines se rencontraient pour prendre un café et fumer ensemble - quelques unes fumaient en cachette, car leur mari ne le voulait pas – elles se racontaient des histoires de vie, parlaient des enfants, des maris, de la vie de ceux et celles qui n'étaient pas dans le groupe, ou même du dernier chapitre d'un roman-savon. J'aimais rester à côté d'elles pour écouter leurs histoires. Comme dans les petites villes, tout le monde se connaissait et surtout savait ce que les autres faisaient, des histoires d'infidélité des hommes ou leurs « visites » aux maisons de débauche faisaient partie du menu de ces rencontres. Dans ce cas, elles parlaient « à voix basse » des maris des voisines ou de femmes qu'elles connaissaient et, bien sûr, qui n'étaient pas dans le groupe. Elles se disaient que, en cas de trahison du mari, la femme était toujours la dernière à le savoir. Je me souviens qu'elles affirmaient que les hommes ne méritaient pas leur confiance et que la femme devait se méfier du mari ou encore qu'elles-mêmes avaient confiance en leur mari, mais avec « les yeux ouverts ». Toutes ces femmes, incluant ma mère, voulaient montrer que, dans l'hypothèse d'une trahison, au moins, elles étaient attentives.

Il faut clarifier que ce récit n'a pas pour but de suggérer que, avec un écart de plus de 25 ans, le contexte de la chercheuse était semblable à celui des participantes, mais plutôt d'amener des aspects liés à la culture et à l'organisation de la société pouvant influencer la façon dont les femmes construisent leur perception du risque. Le propos était aussi de mettre en lumière le fait que la chercheuse a vécu (et vit encore) des expériences liées aux rapports de genre et de pouvoir et que, pour cette raison, elle et les participantes de l'étude ont en commun d'être femmes (Acker, Barry, & Esseveld, 1991). De plus, il faut tenir compte de son attente à produire des connaissances sur la prévention du VIH telle que comprise par ces femmes au moment de la collecte de données et cohérentes avec le propos de la recherche.

Ainsi, l'analyse a été construite pour illustrer les perspectives des participantes sur le sujet de l'étude. Ces perspectives ont été filtrées et regroupées par la vision analytique de la chercheuse, en cristallisant quelques interprétations qui permettent de représenter et d'étudier le phénomène tel qu'il était compris au moment de la collecte et de l'analyse des données en tenant compte des multiples acteurs qui ont construit cette étude (Stringer, 1996).

Les critères d'évaluation de la recherche

La qualité d'une recherche qualitative est le résultat de tout le processus de sa construction. Les critères de fiabilité et de validité utilisés dans la recherche quantitative ne s'appliquent pas à cette étude car on ne peut pas répliquer ou généraliser l'expérience humaine (Hall & Stevens, 1991).

Ces auteurs affirment que la recherche féministe partage trois principes de base : (1) la valorisation de la femme et la validation des expériences des femmes, leurs idées et besoins ; (2) la reconnaissance de l'existence de conditions idéologiques, structurelles et interpersonnelles qui oppriment la femme ; et (3) le désir de provoquer des changements sociaux sur les contraintes oppressives par moyen de critiques et d'action politique (p. 17).

Il existe plusieurs critères pour l'évaluation de la qualité d'études qualitatives (p. ex. : Bradbury & Reason, 2001 ; Hall & Stevens, 1991 ; Leininger, 1991 ; Miles & Huberman, 2003 ; Minayo, 2000). Guba et Lincoln ont apporté une contribution significative pour l'évaluation d'études de nature interprétative dans le domaine de la recherche sociale avec les *trustworthiness criteria* proposés au début des années 80 : la crédibilité, la transférabilité, l'imputabilité procédurale et la confirmation (Gendron, 2001).

Hall et Stevens (1991) ont décrit des critères qui peuvent être adoptés dans la planification et l'évaluation d'une recherche féministe. En parallèle avec les critères quantitatifs de fiabilité et de réplification, ces auteurs proposent le critère identifié comme *adequacy*. Ce terme, traduit en français par adéquation, signifie que « le processus et les résultats de l'étude sont bien construits, convaincants, justifiés, pertinents et significatifs » (p. 20). Dans cette étude, la description systématique des actions reliées au recrutement des participantes, à la collecte et à l'analyse des données présentée dans les sections précédentes permet l'identification des choix et de leur qualité dans le processus de la recherche. Par contre, il faut tenir compte du fait que l'étude a été réalisée dans le processus de formation de la chercheuse (études

doctorales), mais qu'elle a reçu le soutien de ses directeurs de recherche qui sont des experts autant sur le sujet à l'étude qu'au niveau méthodologique. Les critères de crédibilité, réflexivité, complexité et pertinence présentés par Hall et Stevens pour évaluer la qualité de la recherche féministe ont été retenus pour cette étude.

Un rapport de recherche féministe est considéré crédible quand les explications des expériences de femmes peuvent être comprises par les participantes et par les personnes qui sont à l'extérieur du groupe (Hall & Stevens, 1991 ; Leininger, 1991). La construction des descriptions et explications des expériences des femmes - qui ont été comprises et reconnues comme leurs propres expériences par les participantes (pendant la collecte de données) et comme authentiques par d'autres femmes brésiliennes (pendant le processus d'analyse de données et la dissémination des résultats) et aussi par la co-directrice de recherche (Brésilienne et chercheure féministe) - correspond au critère de crédibilité.

La réflexivité (*reflexibility*) représente le processus d'évaluation continue et critique du processus de la recherche et de la relation entre la chercheure et les participantes. La chercheure a réalisé un processus réflexif dès le début de l'étude sur ses propres valeurs, expériences et motivations pour comprendre comment ces éléments ont influencé le cadre théorique, la révision de la littérature, le type d'étude, le choix de la population à l'étude et son recrutement ainsi que la collecte et l'analyse des données. La chercheure a bien documenté ses réflexions, principalement en regard de sa subjectivité dans plusieurs chapitres de cette thèse (p. ex. : voir l'introduction, l'analyse des données et la discussion). Lors du premier groupe de discussion, les participantes n'étaient pas à l'aise avec la chercheure ni pour discuter des questions posées. La chercheure a compris que le nombre de participantes était réduit pour discuter du sujet avec la population choisie. En plus, elle s'est rendue compte qu'elle était elle-même un peu malhabile, malgré des expériences antérieures comme modératrice de groupe. Ces réflexions lui ont permis de changer sa façon de conduire les groupes (p. ex. : plus de temps pour les présentations avant le début des discussions, adaptation de son langage).

La rigueur d'une recherche féministe inclut le degré selon lequel la recherche reflète la complexité de la réalité particulière de la femme. Dans cette étude les questions posées ont rendu possible l'émergence de données (qui n'étaient pas directement liées au sujet d'étude), lesquelles ont permis une analyse plus globale du contexte de la vie quotidienne des participantes et leur relation avec la prévention du VIH avec le partenaire sexuel régulier. De plus, lors de l'analyse des données, une attention particulière a été portée sur l'identification de contradictions dans le discours d'une même femme ainsi que les différences existantes entre les femmes.

Les études qui attendent au critère de pertinence (*relevance*) posent des questions concernant les femmes et répondent à ces questions de façon à contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la femme. Le sujet à l'étude n'était pas une préoccupation de la majorité des participantes. Cependant, la pertinence de cette étude est due au fait que, au Brésil, les femmes (particulièrement celles qui ont un partenaire sexuel régulier) sont actuellement le groupe où on observe une augmentation significative du nombre de cas de sida (Brésil, 2003).

Les critères qui garantissent la qualité de cette étude s'inspirent des mêmes principes qui ont guidé son cheminement dans le plan méthodologique et théorique.

À partir d'une perspective féministe et participative, les stratégies suivantes ont été élaborées en vue de correspondre aux critères de qualité. D'abord, la reconnaissance de la subjectivité de la chercheuse (Acker, Barry, & Esseveld, 1991) a permis de situer à la fois la rigueur intellectuelle et l'expérience de la chercheuse. La considération des multiples situations/positions des participantes a permis la richesse de l'éventail de données sans les réduire en principe général vidé de sa substance.

Le respect de la parole telle que dite par les participantes fait aussi partie des stratégies qui maintiennent sinon enrichissent la rigueur apportée à cette recherche (Hall & Stevens, 1991). En ce sens, les éventuels lecteurs trouveront dans le propos des participantes ainsi que dans l'analyse de la chercheuse matière à élaborer leurs propres pistes de recherches et d'analyse, selon les contextes où ils mèneront eux-mêmes leur lecture. Pour cette raison, la chercheuse a choisi d'illustrer les résultats

avec un nombre de dialogues « excessifs » avec le texte original (en portugais) cité en bas de page. La traduction du portugais au français des verbatims (fait par la chercheure) a été validée par le directeur de thèse et aussi par un correcteur québécois qui a vécu au Brésil. Le premier a réalisé l'adaptation de termes populaires au Brésil par ceux semblables au Québec. Le correcteur a fait la lecture du chapitre des résultats pour la correction du français et pour la comparaison entre le texte d'origine et la traduction.

La confrontation des interventions des participantes, quelle qu'ait pu être la méthode de collecte de données (groupe de discussion ou entrevue individuelle), tient compte du processus de prise de conscience qui s'est opéré (Fonow & Cook, 1991). La dernière stratégie consiste à lier l'analyse des données avec les références théoriques (on ne cherche pas de grandes vérités mais plutôt une connaissance « contextualisée » et quotidienne) qui cristallisent les éléments fondamentaux du récit des participantes (Ramazanoğlu & Holland, 2002).

Les considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal - CERFM : SCE 19(00)4#48 – (Annexe 8). Les participantes ont été informées des objectifs de l'étude et de leur droit de se retirer en tout temps sans subir de préjudices. La confidentialité a été assurée par l'utilisation d'un code pour chaque rencontre/entrevue/lieu et ces codes ne sont connus que de la chercheure et de ses directeurs de recherche. Des noms fictifs ont été utilisés pour présenter les résultats de recherche afin d'assurer l'anonymat auprès des lecteurs. Les cassettes audio enregistrées lors des groupes de discussion et des entrevues, les questionnaires d'identification et les notes de terrain seront conservés sous clé sous par la chercheure et détruits à la fin de l'étude.

Cependant, dans le cas des groupes de discussion, la chercheure ne peut pas assurer l'anonymat et la confidentialité des informations échangées entre les membres de chaque groupe (Smith, 1995). Dans cette étude, les participantes ont été informées de cette particularité propre aux groupes de discussion. Un formulaire de consentement, adapté à chaque modalité de participation à la recherche (groupe de discussion, intervieweuse, interviewée) a été signé par les participantes (Annexes 9, 10 et 11). Les participantes n'ont pas reçu de compensation financière pour leur participation à l'étude. Mais, les frais de transport ont été couverts par la chercheure.

Du fait que le sujet à l'étude est sensible, les femmes ont été informées qu'elles n'étaient pas obligées de discuter des sujets qui les gênaient. Les participantes pouvaient contacter la chercheure pour clarifier leurs doutes ou émettre des commentaires pendant la période de collecte de données. Elles ont reçu des renseignements sur les services de santé et de prévention des ITS offerts dans leur localité. Aucune femme n'a demandé de renseignements supplémentaires à la chercheure après les rencontres.

Bien que le projet approuvé par le comité d'éthique stipulait que les participantes auraient une scolarité maximale de 8 ans et un âge entre 18 et 45 ans,

trois femmes ayant moins de 18 ans, quatre ayant plus de 45 ans et trois femmes ayant 11 ans de scolarité ont participé à l'étude. Comme le recrutement dans le centre de santé communautaire a été réalisé avec l'aide des infirmières, celles-ci ont invité toutes les clientes sans limiter la scolarité et l'âge. Une situation semblable s'est reproduite dans la communauté avec la présence de femmes recrutées ayant plus de 45 ans. Les femmes ayant onze ans de scolarité ont insisté pour participer et, puisque qu'elles provenaient du même milieu défavorisé et qu'elles fréquentaient le CAIS, en l'absence d'empêchement éthique, leur participation a été jugée pertinente par la chercheuse.

En ce qui concerne l'âge minimal, la restriction a été faite pour éviter une situation gênante pour des adolescentes ayant un partenaire sexuel régulier (qui aurait été inconnu des parents) et qui devraient demander aux responsables la signature du terme de consentement³⁹. Cependant, les trois femmes ayant moins de 18 ans étaient enceintes et se sont présentées avec le conjoint (deux femmes) ou le père (une femme). Ceux-ci ont signé le terme de consentement avec elles. Dans tous ces cas, les femmes ont participé à la collecte car elles habitaient une région défavorisée de la ville et avaient un partenaire sexuel régulier - critères vraiment nécessaires pour répondre aux questions de la recherche. La participation de ces femmes plus âgées et plus jeunes que décidé au départ est d'autant plus pertinente que, au cours de la dernière décennie, le nombre de cas du VIH/sida a augmenté de façon significative chez les jeunes femmes âgées entre 13 et 19 ans et chez les femmes ayant plus de 50 ans (Brésil, 2006). De plus, la chercheuse a respecté la contribution des femmes qui ont réalisé le recrutement en respectant leur processus de recrutement, une forme d'autonomie « dans le processus participatif » proposé par cette étude (Gastaldo & Mckeever, 2000)⁴⁰.

³⁹ Exigence éthique du Conseil National de Santé pour la recherche avec des êtres humains par moyen de la Resolution 196/96 – version en anglais de la loi brésilienne disponible on line : http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/reso_196_english.doc

⁴⁰ Comme les termes de consentement étaient déjà imprimés avec le logotype de l'Université de Montréal et qu'il n'y avait plus de feuilles disponibles, pendant la lecture du terme de consentement, la chercheuse expliquait l'élimination de ces critères d'inclusion (annexes 9, 10, 11).

Les limites de l'étude

Cette étude présente des limites liées au choix des participantes et à la participation des co-chercheurs dans le processus de la recherche. D'abord, cette recherche a exploré les aspects liés à la prévention du VIH/sida chez des femmes vivant en situation de pauvreté et ayant un partenaire sexuel régulier. Toutefois, les perceptions, expériences et opinions des hommes de leur entourage et aussi des femmes et des hommes provenant d'autres milieux socio-économiques ne sont pas explorées ici.

Les délais prévus pour la collecte des données ont rendu difficile la réalisation du processus d'action/réflexion de la recherche coopérative avec d'autres groupes de femmes et la participation des co-chercheuses dans le processus de la recherche a été minimale. Malgré ce fait, un groupe de femmes a pu proposer d'avoir une autre rencontre et d'utiliser le préservatif avec le partenaire ; et des femmes de la communauté ont pu participer à la collecte de données comme intervieweuses.

La sexualité a été peu abordée par les participantes, ce qui suggère aussi le besoin de l'établissement d'une relation plus étroite à l'intérieur du groupe et aussi entre le groupe et la chercheuse.

De plus, il faut reconnaître que le manque de partenariat avec les services de santé et les mouvements sociaux liés à la santé des femmes représentent une limite importante de cette étude. Toutefois, dans le cadre de ce projet, la chercheuse, qui était hors du pays depuis presque cinq ans, n'avait pas de contacts avec des personnes œuvrant dans les services de santé communautaire. Ainsi, la chercheuse a présenté le projet à la division de la santé des femmes du secrétariat de la santé de la ville de Goiânia, qui a autorisé la réalisation du recrutement et la collecte des données dans les services de santé de la ville. Les infirmières qui travaillaient dans les CAIS Alpha ont accepté d'aider seulement pendant le recrutement sans s'engager ou connaître la problématique et les enjeux liés à la prévention du VIH chez des femmes ayant un partenaire sexuel régulier.

De plus, un contact a été fait avec l'organisation non gouvernementale féministe *Transas do Corpo*⁴¹ avec le but de présenter le projet et demander leur aide pour le recrutement des femmes. Toutefois, l'organisme n'avait pas d'activités avec des groupes de femmes au cours de la période proposée.

⁴¹ Le seul mouvement social lié à la santé des femmes identifié à Goiânia à l'époque de la collecte des données.

RÉSULTATS

Ce chapitre, séparé en cinq sections illustrant les catégories dégagées de l'analyse de données, traite de la présentation des résultats tels que compris et construits à partir des informations recueillies auprès des participantes⁴² lors des groupes de discussion⁴³ et des entrevues : (1) l'infidélité en tant que risque imminent pour le VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier, (2) la confiance en tant que génératrice du risque et stratégie de gestion du risque, (3) le condom et son adoption pour la prévention du VIH/sida : du discours à la pratique, (4) l'expérience collective : un exemple de stratégie de prévention et finalement (5) la perception et la gestion du risque: l'influence du genre et de l'accès aux services de santé.

Les résultats sont présentés dans un ordre qui permet en même temps l'identification des réponses aux questions de recherche déjà décrites (l'infidélité comme risque perçu, la confiance comme stratégie de gestion du risque et l'utilisation du condom et l'expérience collective en tant que stratégies préventives face au VIH/sida) et la présentation d'autres éléments apportés par les participantes (contexte familial, social et des services de santé) qui influencent la perception et la gestion de risque et l'adoption de stratégies préventives chez elles.

⁴² Les paroles des participantes ont été traduites du portugais et le texte original en portugais est présenté dans les notes de bas de page.

⁴³ Les femmes qui ont été identifiées par leur voix pendant la transcription sont présentées ici avec un nom fictif et celles que le chercheur n'a pu identifier pendant l'écoute des cassettes sont désignées comme « femme » suivi d'une lettre de l'alphabet. Cependant, les lettres de l'alphabet sont utilisées seulement pour indiquer la séquence d'un dialogue et/ou le changement de l'interlocutrice. Dans une séquence de dialogue où une participante fait plus d'une intervention elle sera identifiée par la même lettre de l'alphabet.

L'infidélité : « le » risque imminent pour le VIH/sida

Les femmes ayant un partenaire sexuel régulier participant à cette étude ont identifié l'infidélité comme responsable du risque face au VIH. Cette section présente les diverses facettes de la perception du risque chez les participantes ainsi que leur compréhension de cette perception chez les partenaires sexuels réguliers.

L'infidélité, « responsable » du risque de contamination au VIH/sida

En parlant du risque présenté par le VIH/sida, les participantes ont d'abord classé les femmes dans la catégorie *risque universel*. En effet, la majorité des participantes affirment que le risque de contracter le VIH/sida existe pour tous, y compris pour les femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Dans ce cas, le fait d'avoir ce type de partenaire ne crée pas un facteur de protection ou de risque puisque les participantes évaluent que le VIH/sida est une menace pour toutes les personnes.

Femme A⁴⁴ : *C'est ça, je pense que beaucoup de gens le savent déjà. Tout le monde sait déjà comment on l'attrape (le VIH/sida)... et que ce ne sont pas seulement les riches et les homosexuels qui sont contaminés. Tout le monde sait déjà que n'importe qui (pourrait contracter le VIH/sida)... ce n'est pas écrit dans la face... n'importe qui peut l'attraper.*

Toutefois, leur discours sur la perception du risque se modifie au fil des rencontres et des entrevues. À leur perception initiale du « risque universel » s'ajoutent les conditions occasionnant un risque plus grand que celui attribué à la population en général. En particulier, les participantes affirment que les personnes qui ont un partenaire sexuel régulier peuvent aussi être contaminées par le VIH/sida par contact sexuel, même si la relation avec le partenaire régulier est considérée sécuritaire.

⁴⁴ [Participante A: Pois é, eu acho que muita gente já sabe. Todo mundo já sabe como é que se pega... E não é só os ricos e os homossexuais que pegam. Todo mundo já sabe que qualquer um... (pode pegar aids) a gente não tem cara... qualquer um pode pegar.]

Gabriela⁴⁵ : *Les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier ont le même risque que les autres femmes qui ont plusieurs partenaires parce que, aujourd'hui, il existe des cas de femmes mariées qui ont contracté le virus du sida par l'intermédiaire de leur propre mari. En général, par exemple, la femme a un seul partenaire... et si l'homme n'a pas une seule partenaire ? N'est-ce pas ? En gros, l'homme n'a pas seulement des rapports sexuels avec sa femme ou sa conjointe. Elle (la femme qui a un partenaire sexuel régulier) a le même risque que les autres personnes.*

En effet, la grande majorité des participantes affirment que le risque est lié à l'infidélité d'un des partenaires. Selon elles, le risque existe pour les hommes et les femmes trompées dont le partenaire entretient des relations extra-conjugales.

Bianca⁴⁶ : *Je crois que oui (la femme ayant un partenaire sexuel régulier est à risque pour le sida), parce qu'il y a beaucoup d'hommes infidèles... même des femmes (infidèles) n'est-ce pas ?*

Cependant, les participantes s'accordent à dire que les hommes sont beaucoup plus infidèles que les femmes.

Dora⁴⁷ : *Elle est à risque (la femme ayant un partenaire sexuel régulier), parce que généralement beaucoup d'hommes ne sont pas fidèles. Alors, je pense que les femmes sont plus à risque d'être contaminées (par le VIH/sida).*

⁴⁵ [Gabriela: O mesmo risco que as outras correm, as que têm vários parceiros, porque hoje em dia tem casos de mulheres casadas que contraíram o vírus da aids do próprio marido. Às vezes, por exemplo, a mulher tem um parceiro fixo... e se o homem não tem o parceiro fixo, né? Às vezes ele não se relaciona só com a esposa ou só com a namorada. Ela corre o mesmo risco que as outras pessoas correm.]

⁴⁶ [Bianca: Acho que sim (risco de mulheres com parceiro estável) porque tem muitos homens infiel, mulher mesmo né?]

⁴⁷ [Dora: Tem (mais risco), porque às vezes muitos homens não são fiéis. Ai eu acho que a mulher tem mais risco de pegar.]

Ainsi, le principal thème abordé quant à la perception du risque est celui de l'infidélité. Les participantes ont parlé de l'infidélité chez les hommes, chez les femmes et dans la société.

L'infidélité chez les hommes

La grande majorité des participantes affirment que l'infidélité est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Femme A⁴⁸ : *En général les femmes sont fidèles et les hommes ne le sont jamais.*

Elles justifient l'infidélité de l'homme par sa nature, son comportement sexuel et son rôle construit socialement : (a) l'infidélité est une caractéristique inhérente à l'homme, (b) l'homme ne peut pas contrôler son instinct sexuel et (c) l'homme jouit de beaucoup plus de liberté que la femme. Cependant, dans toutes ces situations, les participantes se montrent très critiques envers les hommes et elles utilisent beaucoup d'adjectifs pour marquer leur dégoût à l'endroit de leur comportement.

D'entrée de jeu, la majorité des participantes affirment que l'infidélité fait partie de la nature de l'homme car il semble naturel pour l'homme d'avoir plusieurs femmes.

Marcela⁴⁹ : *Parce que tous les hommes sont nés avec du sang de « sans scrupules » (rires).*

Un extrait de la discussion tenue dans deux groupes démontre l'accord des participantes quant à la « nature » infidèle de l'homme et à son incapacité de se contrôler :

Sandra⁵⁰ : *... autrement dit, il n'existe pas d'homme parfait...*

⁴⁸ [Participante A: Às vezes as mulheres são fiéis e os homens nunca são.]

⁴⁹ [Marcela: ...porque todo homem nasceu com sangue de sem vergonha (risos).]

⁵⁰ [Sandra: ...aliás, não existe homem perfeito...]

- Larissa : *Ça n'existe pas... et c'est exactement pour ça que je suis inquiète.*
- Sandra : *Comme j'ai déjà dit... il vient au monde pour ça (rises).*
- Femme A : *... parce que l'homme est infidèle, il l'est toujours.*
- Femme B : *Il est plus faible.*
- Femme C : *Il a la chair plus faible (rises).*

Par la suite, quand la chercheuse a demandé si elles étaient d'accord sur la « nature » infidèle de l'homme, les participantes ont refusé d'accepter cette « prédétermination » attribuée au sexe masculin. Selon elles, l'infidélité de l'homme provient de son mauvais caractère et de son irresponsabilité.

- Chercheuse⁵¹ : *Alors, vous êtes d'accord pour dire que « la chair de l'homme est faible » ?*
- Femme A : *Je ne suis pas d'accord.*
- Femme B : *Moi non plus, je ne suis pas d'accord.*

La discussion suivante, initiée par la question de la chercheuse, démontre que les participantes refusent, d'une part, d'accepter la nature infidèle de l'homme et continuent, d'autre part, à utiliser le discours déterministe pour justifier l'infidélité des hommes :

- Femme A⁵² : *Que l'homme ait la chair faible... je ne l'accepte pas.*

Larissa: não existe... e é por isso mesmo que eu me preocupo.

Sandra: É o que eu falei pra você... ele já vem no mundo para isso (rises).

Participante A: ... porque o homem infiel ele sempre é.

Participante B: Ele é mais fraco

Participante C: Ele tem a carne mais fraca (rises).]

⁵¹ [Pesquisadora: Então vocês acham que é normal aceitar "que a carne do homem é mais fraca"?

Participante A: Eu não concordo.

Participante B: Eu também não concordo, não.]

⁵² [Participante A: Que o homem tem a carne mais fraca eu não aceito não.

Participante B: É uma pouca vergonha, mas é de nascença (rises).

Participante C: É falta de decência (rises).

Participante D: Mas gente, o homem é terrível, o homem...

Participante E: É muito difícil ter um homem fiel, que só tem olhos para aquela pessoa, que só fica com aquela pessoa.

Clarice: Tem homem que se colocar 100 capaz de salvar uns cinco no meio de 100... ou ainda não arruma nem cinco (...).]

- Femme B : *Les hommes ne sont pas responsables, mais c'est de naissance* (rires).
- Femme C : *Ils sont indécents* (rires).
- Femme D : *Mais, les filles, l'homme, il est terrible, l'homme...*
- Femme E : *Il est très difficile de trouver un homme fidèle... qui ne regarde qu'une seule femme, qui a seulement une partenaire.*
- Clarice : *Si on met ensemble 100 hommes, peut-être qu'on pourrait en trouver cinq fidèles parmi eux... si jamais on arrive à cinq.*

Selon elles, les hommes ne peuvent pas contrôler leur instinct sexuel. C'est-à-dire que leur infidélité pourrait se justifier par le manque de contrôle sur leur désir.

- Sandra⁵³ : *L'homme est comme ça, il n'est né que pour ça* (pour le sexe). (rires).
- Larissa : *Il pense qu'il n'est né que pour ça* (en interrompant).
- Sandra : *Un animal... il est né animal, pour vivre comme un animal, non ? Donc, il est né cochon. Alors je pense qu'il est plus facile pour l'homme d'attraper le sida parce que si, pendant une soirée, il devient soûl... paqueté, il ne se souviendra pas de la capote, de prévenir, de rien... ni de la personne avec qui il l'a fait ou rien fait.*
- Larissa : *Je pense même qu'il n'a pas besoin d'être dans un party* (pour avoir des rapports sexuels avec une femme sans la connaître et sans protection).
- Sandra : *Aujourd'hui, la majorité (des hommes) ne pensent pas avec leur tête, ils pensent avec la tête « d'en dessous ». (rires)* (Façon populaire de dire que l'homme pense avec son

⁵³ [Sandra: O homem é o seguinte, ele já nasceu para aquilo (risos)...

Larissa interrompendo e rindo: ele acha que já nasceu para aquilo.

Sandra: Um animal... ele já nasceu para ser um animal, para ser como um animal né? Então ele já nasceu para ser um touro. Então eu acho que ele é mais fácil de pegar aids porque em uma noitada se ele estiver grogue... com a cara cheira ele nem vai se lembrar de camisinha, de prevenir, nem nada...com quem ficou com quem não ficou...

Larissa interrompendo: Eu já acho que ele não precisa nem tá numa noitada.

Sandra: Hoje em dia a maioria não pensa com a cabeça, pensam com a cabeça de baixo (risos)... Ele só pensa com ela porque... Porque ele faz a mais? A diversão do homem é essa: sexo, farra, bebida, fumar... eu acho que é isso.]

pénis). *Il pense seulement avec cette tête-là parce que... qu'est-ce qu'il fait de plus ? Le divertissement de l'homme c'est ça : le sexe, faire la fête, la boisson, les cigarettes... je pense que c'est ça (rires).*

En effet, les participantes suggèrent que l'homme a plus de désir sexuel que la femme. Helena prétend que les hommes veulent avoir des rapports sexuels « différents » :

Silvia⁵⁴ : *... il y a des hommes qui ne pensent qu'à ça (avoir des rapports sexuels fréquents).*

Helena⁵⁵ : *Je pense que les hommes préfèrent beaucoup plus le sexe que les femmes. Parce qu'ils veulent toujours sortir avec d'autres femmes et avoir des rapports sexuels différents et qui sait ce qui se passe (lors de ces rapports sexuels différents)... les femmes, elles, vont d'abord y penser.*

Elles affirment que les hommes ont beaucoup plus de liberté et de pouvoir sur leur vie que les femmes, ce qui leur ouvre la voie à l'infidélité.

Femme A⁵⁶ : *Je ne sais pas si c'est parce que c'est comme ça chez moi et chez tout le monde que je connais... l'homme a plus de liberté que la femme, c'est toujours comme ça. Ils (les hommes) ont toujours plus de liberté que nous, alors...*

⁵⁴ [Silvia: ... tem uns homens que quer direto (ter relações sexuais frequentes).]

⁵⁵ [Helena: Eu acho que os homens gostam muito mais (do sexo) que a mulher. Porque eles... querem sempre sair com outras mulheres, fazer sexo diferente e quem sabe o que acontece... as mulheres não, elas não, elas pensam mais em si mesmas.]

⁵⁶ [Participante A: Eu não sei se é porque lá em casa e todo mundo que eu conheço... que o homem tem mais liberdade que a mulher, sempre é. Ele sempre tem mais liberdade do que a gente, então...]

L'infidélité chez les femmes

Au sujet de l'infidélité des femmes, les participantes suggèrent que les femmes peuvent aussi être infidèles.

- Femme A⁵⁷ : *Parce que les hommes sont infidèles, n'est-ce pas...*
 Femme B : *...Les hommes et les femmes (précise une autre participante en interrompant).*

Cependant, elles avancent que le comportement infidèle est moins fréquent chez les femmes que les hommes.

- Femme A⁵⁸ : *Pour l'homme c'est plus facile (de tromper la femme).*
 Femme B : *Il est bien pire.*
 Femme C : *L'homme trompe beaucoup plus sa femme.*

Pour les participantes, ce qui porte la femme à être plus fidèle est lié (a) à sa nature, (b) au manque de liberté, (c) au contrôle exercé par son mari, (d) à la peur d'attraper le VIH ou de tomber enceinte et (e) à la peur de la réaction du mari.

Selon les participantes, la majorité des femmes sont fidèles à cause de leur nature monogame. Ainsi, les femmes n'ont pas besoin d'avoir d'autres partenaires et, de plus, elles ont beaucoup plus de contrôle sur leur désir sexuel que les hommes.

- Sílvia⁵⁹ : *La femme est plus tranquille, non ? L'homme, lui, se permet tout.*

Les participantes affirment aussi que les femmes ont moins de liberté et plus de responsabilités envers leur famille que l'homme.

⁵⁷ [Participante A: Porque os homens estão muito custosos, né...]

Participante B: Os homens, as mulher... (interrompendo)]

⁵⁸ [Participante A: O homem é mais fácil (de traír a mulher).

Participante B: Ele é pior.

Participante C: O homem trai mais a mulher.]

⁵⁹ [Sílvia: a mulher é mais quieta né? E o homem sai para qualquer canto...]

- Femme A⁶⁰ : *La femme, elle, perd sa liberté quand elle quitte la maison de ses parents (pour se marier). Et puis quand elle a un enfant. Parce que le mari, lui, il va sortir et ne veut rien savoir, mais la femme, elle, n'a pas le front de faire ça. Elle perd sa liberté.*
- En chœur⁶¹ : *Elle a plus de responsabilités.*
- Femme B : *Je pense qu'elle a plus de responsabilités. L'homme, il s'en va. Même s'il a un enfant, il sort, et le laisse là... mais la femme non, elle reste (à la maison) et prend soin (de l'enfant)... elle perd beaucoup de sa liberté après avoir eu un enfant... parce que cela (la maternité) la rend responsable, non ?*

De plus, une partie des participantes affirment que le mari a le contrôle sur les activités de la femme, comme le choix de ses amies ou même la possibilité de l'empêcher de travailler à l'extérieur de la maison.

- Femme A⁶² : *Pour travailler... des fois si tu es mariée, non ? Si tu es célibataire c'est correct, non ? Mais si tu es mariée, alors tu es prise. Beaucoup, beaucoup de maris ne te laisseront pas travailler...*
- En chœur : *L'homme a le contrôle sur la femme.*
- Femme B : *Plusieurs hommes mariés n'aiment pas que leur femme sorte avec des femmes célibataires... qu'elles aient des*

⁶⁰ [Participante A: A mulher ela perde a liberdade desde quando ela sai de casa (para casar), né? E quando ela tem um filho. Porque o marido, o homem ele sai e não tá nem aí, mas agora a mulher ela não vai ter coragem de fazer isto. Ela perde a liberdade.

Participantes em côro: Ela tem mais responsabilidade.

Participante B: Acho que ela tem mais responsabilidade. O homem sai. Mesmo que tem filho ele sai, deixa lá... agora a mulher não, ela fica e cuida... ela perde muito a liberdade depois que tem um filho... porque depois cria responsabilidade, né?]

⁶¹ En chœur correspond aux moments dont plusieurs femmes parlent ensemble.

⁶² [Participante A: Para trabalhar às vezes, se é casado... ah não? Se você for solteiro tudo bem, né. Se é (...) já sabe, aí te prende. Muitos, muitos maridos não deixam você trabalhar...

Participantes em côro: O homem controla a mulher.

Participante B: Muitos homens casados não gostam que suas mulheres andam com mulheres solteiras... que tenham amigas solteiras. Não gostam de jeito nenhum. Não pode ir num shopping com a mulher solteira. Aí ele fala: "você é casada e ela é solteira".

Participante C: O meu tem vez que até impede eu sair. O lugar que ele não impede eu ir é na igreja e pra cá consultar.]

amies célibataires. Ils n'aiment vraiment pas ça. On ne peut pas aller au centre d'achats avec une femme célibataire. Il va dire : "tu es mariée et elle est célibataire".

Femme C : *Mon mari des fois m'empêche de sortir de la maison. Il me laisse aller à l'église et venir ici pour la consultation (dans le centre de santé communautaire).*

La peur d'une grossesse et du VIH/sida est aussi pointée comme étant un des facteurs qui empêchent la femme de tromper son partenaire.

Chercheuse⁶³ : *... vous avez dit qu'il (l'homme) n'a pas peur (d'attraper le VIH/sida)... qu'est-ce qui se passe avec une femme si elle a un amant ? Est-ce qu'elle pense à la possibilité d'attraper le VIH/sida ?*

Femme A : *Oui, elle y pense...*

Femme B : *Oui. Je pense qu'elle y pense par deux fois... par peur d'attraper le VIH/sida et de tomber enceinte (deux femmes parlent en même temps)... c'est pour ça qu'elle utilise la capote (si elle va ailleurs).*

De plus, il y aurait la peur de la réaction du mari face à l'infidélité de la femme.

Femme A⁶⁴ : *Il y a aussi la peur que le mari le découvre (l'infidélité)... s'il apprend ça, non ? C'est pour ça que la femme trompe moins qu'elle est trompée.*

⁶³ [Pesquisadora: Vocês disseram que ele não tem medo (de pegar aids)... Vocês acham que uma mulher que tem um parceiro fixo se ela sai com outro, ela vai pensar mais?]

Participante A: Pensa sim

Participante B: Pensa sim. Eu acho que ela pensa duas vezes... de medo de pegar o vírus e de engravidar... (outra fala junto com ela)... por isso é que ela usa o preservativo.]

⁶⁴ [Participante A: E tem assim o medo do marido descobrir (a infidelidade)... e se ele ficar sabendo, né? Então por isto a mulher *trai menos do que é traída.*]

L'infidélité : le niveau socio-éducatif et l'orientation sexuelle

Au cours des rencontres, les femmes ont discuté des différences entre l'infidélité chez les pauvres et les riches. Quelques participantes ont affirmé que le phénomène de l'infidélité est beaucoup plus répandu chez les personnes riches mais qu'il y est aussi plus caché.

Femme A⁶⁵ : *Dans les « meilleures » familles c'est pire.*

Une autre participante a affirmé qu'il y a plus de fidélité dans la classe sociale aisée. Un silence général, en signe de désaccord avec cette participante, s'est installé. Ensuite une autre participante a poursuivi :

Femme A⁶⁶ : *Il y a plus de fidélité ou ils le font en cachette ? Je pense que dans la classe aisée la peur d'attraper le sida est plus grande... ainsi ils vont le prévenir.*

Femme B : *Généralement les personnes qui ont le sida sont de la classe élevée... sont les gens de la classe élevée.*

D'autres participantes affirment que, même si les hommes des classes sociales plus élevées seraient davantage infidèles, ils se protègent beaucoup plus que les hommes vivant en situation de pauvreté. Elles croient que les premiers ont peur de la réaction de leurs femmes face à l'infidélité et aussi qu'ils sont moins « ignorants ». Elles affirment que les hommes aisés sont beaucoup plus éduqués et conscients du danger du VIH/sida : en conséquence, ils se protégeraient mieux que les hommes d'une classe socio-éducative moins favorisée.

Femme A⁶⁷ : *Les personnes les plus ouvertes sont les personnes qui ont étudié, n'est-ce pas ? Moins la personne a d'études, moins elle en sait... sur cette question de prévenir le sida.*

⁶⁵ [Participante A: Nas melhores famílias é pior.]

⁶⁶ [Participante A: Tem mais fidelidade ou então faz de baixo do calado. Acho que na classe alta o medo é maior de pegar... eu acho que eles se previnem mais.
Participante B: Geralmente as pessoas que pegam aids hoje são da classe alta... são pessoas da classe alta.]

La majorité des participantes parlent surtout du risque des femmes ayant un partenaire sexuel régulier face à l'infidélité chez les hommes qui vont prendre d'autres femmes pour maîtresses. Toutefois, deux groupes sur cinq mentionnent l'infidélité qui pourrait résulter de la relation entre l'homme et un amant homosexuel.

Carolina⁶⁸ : *Il y a beaucoup d'hommes mariés... des hommes célibataires aussi... qui, quand ils vont chercher quelqu'un ailleurs, ne cherchent pas une femme... ils cherchent un travesti.*

Dans les deux groupes, plusieurs femmes se montrent surprises que cette situation puisse exister dans leur communauté. Une séquence de discussion démontre plusieurs réactions face à l'existence de la bisexualité chez des hommes mariés :

Femme A⁶⁹ : *Être un homme marié et aller chercher un gai (avec un air de dégoût) ? Je crois que non.*

En chœur : *Oh non !*

Femme B : *Un homme marié... je ne pense pas qu'il irait chercher un homme...*

Femme C : *Non, il va chercher une autre femme (rires).*

Femme D : *Mais ça dépend de la nature... et s'il est gai... peut-être qu'il l'est et on ne le sait pas... s'il est gai... peut être qu'il sort (avec un homosexuel) et on ne le sait pas...*

Femme E : *Non ! Sainte Mère de Dieu ! (rires).*

⁶⁷ [Participante A: As pessoas que são mais compreensivas... são as pessoas que tem estudo, entendeu? Quanto menos estudo tem, menos compreende... a esse respeito de prevenir a aids.]

⁶⁸ [Carolina: Tem muitos homens casados, solteiros também... que quando vão procurar lá fora não procuram mulher... procuram travesti.]

⁶⁹ [Participante A: Mesmo sendo casado e sair para procurar gay (com ar de nojo)? Eu acho que não!]

Participantes em chœur: Não.

Participante B: O homem casado... eu acho que ele não vai sair procurando outro não...

Participante C: Vai atrás das mulher (rires).

Participante D: Mas olha só, isso vai da natureza, e se de repente ele é gay... às vezes ele sai e a gente nem sabe...

Participante E: Não, mas isso aí Ave Maria! (rires).

Alice: Realmente tem muito travesti bonito, não tem? Tem muitos homens que procuram travesti, tanto casado como solteiro... Tem travesti que vive às custas de homem.

Participante B: Solteiro até que vai, mas casado não.

Participante C: Casado é mais difícil...

Participante D: Mas tem esses que abusa (cansa) da mulher e vai atrás de homem (rires).]

- Alice : *C'est vrai qu'il y a beaucoup de travestis qui sont beaux, n'est-ce pas ? Il y a beaucoup d'hommes qui cherchent des travestis... autant des hommes mariés que célibataires... il y a des travestis qui sont entretenus par des hommes.*
- Femme B : *Un homme célibataire qui cherche un gai ça peut exister mais un homme marié non.*
- Femme C : *C'est vrai, pour un homme marié c'est plus difficile (vouloir sortir avec des homosexuels)...*
- Femme D : *Mais il y a des gars qui ne sont plus satisfaits avec des femmes et qui cherchent d'autres hommes (rires).*

Cependant, trois femmes issues de deux groupes différents décrivent des cas qu'elles connaissent ou dont elles ont entendu parler.

- Clarice⁷⁰ : *Par exemple, j'ai fréquenté une boîte de nuit qu'il y a ici à Goiânia... il y avait trois tapettes... trois travestis... tous ceux qui sortaient avec eux étaient des hommes mariés, je n'ai jamais vu des gars célibataires avec eux. Ça a toujours été des hommes mariés. C'est seulement un exemple pour vous donner une idée (de l'ampleur du phénomène).*
- Femme A : *... car j'ai un ami travesti qui m'a dit que la majorité des hommes avec qui il sort sont des hommes mariés.*
- Sílvia : *Et en parlant d'homme marié... il y a 6 mois que l'ami de ma voisine est mort du sida. Il baisait seulement avec des hommes mariés, il était gai... (...) Puis, il baisait seulement avec des hommes mariés et il baisait justement le voisin d'une amie à moi. Il (l'homosexuel) était très intime avec mon amie et il lui a confié des choses intimes et des secrets.*

⁷⁰ [Clarice: Por exemplo, eu ia numa danceteria que tem aqui em Goiânia num prédio... lá freqüentava três veados... três travestis... todo mundo que eles saíam junto com homem casado, eu nunca vi eles com rapaz solteiro. Era sempre com homem casado. Para vocês ter uma idéia, hein?

Participante A: ...porque eu tenho um amigo que é travesti e ele fala para mim que a maioria dos homens que procura ele são casados.

Sílvia: E por falar em homem casado tem 6 meses que o amigo da minha vizinha morreu de aids. Ele só transava com homem casado, ele era gay... (...) aí ele só transava com homem casado e ele transava justamente com o vizinho da minha conhecida. Ele tinha muito contato com ela para falar das intimidades dele os segredos. Aí ele tava contando que ele transava com ele: "um dia eu estava lá e tinha uma mata, o cara encostou o carro lá na frente...", aí o gay falou pra ele: "eu tenho camisinha aqui" e o homem casado falou: "não vem colocar camisinha não porque eu tô com pressa... a mulher tá desconfiada de mim, vai ser rápido." Agora tem seis meses que o gay morreu de aids.]

Alors, il a raconté qu'il baisait ce monsieur : « un jour j'étais à côté du bois et il (le monsieur en question) a stationné sa voiture à quelques mètres de moi... », alors le gai lui a dit : « j'ai la capote avec moi », mais le monsieur marié a répondu : « ne pense pas mettre la capote car je suis pressé... ma femme a des doutes, alors on va faire vite.» Maintenant il y a six mois que le gai est mort du sida.

Quelques femmes n'ont pas mis en doute l'orientation sexuelle de l'homme « hétérosexuel » qui a des rapports avec des homosexuels. Cependant, d'autres ont affirmé que ces hommes sont des homosexuels.

- Femme A⁷¹ : *Non ! L'homme qui cherche (l'homosexuel) n'est pas gai... je pense que non.*
- Femme B : *Mais le nom qu'on leur donne est « homosexuel », n'est-ce pas ?*
- Femme C : *Il est homosexuel, parce qu'il aime autant les hommes que les femmes (rires).*

Les enjeux de la gestion du risque face à l'infidélité

Comme nous l'avons décrit, les participantes croient que l'infidélité de l'homme expose les femmes au risque quant au VIH/sida. Au début des discussions, la majorité des participantes ont affirmé que l'homme s'expose beaucoup plus au VIH/sida puisqu'il a beaucoup plus de partenaires que la femme.

Cependant, au fur et à mesure que les participantes discutaient, elles ont conclu que, dans la réalité, la femme, celle qui a un partenaire sexuel régulier, est plus exposée à contracter le VIH/sida que l'homme et que la femme qui a des partenaires

⁷¹ [Participante A: Não, o homem que procura não é gay... acho que não.

Participante B: Mas o nome que a gente dá para eles é homossexual, né?

Participante C: É homossexual, porque ele gosta tanto de homem tanto que de mulher (rindo).]

occasionnels. Elles expliquent que la femme perçoit le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier comme un facteur de protection contre le VIH/sida.

- Carmem⁷² : *En général on a confiance que cette personne reste seulement avec nous...*
- Bianca : *Elle (la femme qui a un partenaire sexuel régulier) ne sait pas si son homme lui est fidèle.*

Elles expliquent que les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier ont plus de difficulté à négocier l'utilisation du condom qu'une femme célibataire ayant des partenaires occasionnels. Selon les participantes, une femme célibataire peut refuser sans problèmes une relation sexuelle non protégée avec un partenaire sexuel occasionnel alors que, dans le cadre d'une relation avec le partenaire sexuel régulier, la femme est impuissante à exiger le port du condom.

- Femme A⁷³ : *C'est la réalité, n'est-ce pas ? Il faut faire face à la réalité. Pour la femme mariée c'est difficile (d'exiger le condom)... mais pour la femme célibataire c'est comme ça : « ou tu mets la capote ou je ne fais rien avec toi. »*
- Chercheure : *Alors, vous pensez qu'une femme qui a un partenaire sexuel régulier est plus à risque qu'une femme qui a plusieurs partenaires ?*
- Femme A : *Oui. Elle est plus à risque. Quand elle n'a pas un partenaire sexuel régulier et qu'il ne veut pas porter la capote, alors elle ne fait rien, n'est-ce pas ? Et avec le mari, c'est déjà*

⁷² [Carmem: Às vezes a gente confia que esta pessoa só fica com a gente...

Bianca: ...ela não sabe se o homem é fiel a ela.]

⁷³ [Participante A: É a realidade né, a gente tem que encarar a verdade. Pra mulher casada é difícil... agora para a mulher solteira é assim: "ou põe a camisinha ou não fico com você".]

Pesquisadora: Então vocês acham que hoje uma mulher que tem um parceiro fixo está correndo mais risco que uma mulher que tem muitos parceiros?

Participante A: É. Tá sim. Quando tá namorando e às vezes o parceiro não quer usar (a camisinha) então ela fala não faz nada, né? E o marido não, já é difícil... tem que explicar.

Lais: Igual no meu caso... meu marido... meu marido eu só fiquei com ele sem camisinha, só quando ele fez exame e não deu nada (no início do relacionamento). Um tempo desse ele tava bebendo e andou saindo e chegando de madrugada... aí eu bati o pé que não ia ficar com ele sem camisinha. Aí virou uma brigada danada. Se eu for usar camisinha eu tenho que usar se eu... eu não te traí... eu não saí com ninguém, se eu for fazer isso... lógico que eu vou me prevenir com outra e não contigo].

difficile... il faut lui donner des explications (pourquoi la femme veut le port du condom).

Lais : *C'est comme mon cas... mon mari... mon mari, quand j'étais célibataire, je suis seulement restée avec lui sans la capote après l'examen (test de dépistage) et que le résultat a été négatif. Il y a quelque temps (après le mariage), il a commencé à boire, à sortir beaucoup et à rentrer très tard... alors j'ai dit fermement que je n'aurai pas de rapports sans la capote. Puis, on a eu une grande bagarre. Il a dit : « Si je dois porter la capote... je ne t'ai pas trompé... je ne suis pas sorti avec personne, si je faisais ça, logiquement je vais me protéger avec l'autre, pas avec toi ».*

Une participante ajoute que la femme qui a plusieurs partenaires demanderait le port du condom pour prévenir principalement une grossesse indésirable et aussi pour prévenir le VIH/sida.

Larissa⁷⁴ : *Je pense que dans un mariage c'est très difficile de prévenir le sida. Mais en dehors du mariage je pense que c'est plus facile. Parce que tu peux avoir des petits amis pendant un an, un mois ou seulement le faire avec un gars une seule soirée... ou même baiser avec deux gars pendant un an, alors tu fais de la prévention car il ne s'agit pas d'un mariage... et puis tu peux éviter d'être enceinte.*

Pour quelques participantes, si l'homme propose d'utiliser le condom avec sa femme ou encore s'il accepte la demande de sa femme en ce sens, cela peut signifier que l'homme trompe sa femme ou encore qu'il a contracté le VIH/sida.

⁷⁴ [Larissa: Eu acho que num casamento é muito difícil você prevenir a aids. Mas fora do casamento eu acho mais fácil. Porque você pode namorar, um ano, um mês ou ficar com aquele rapaz... ou ficar com dois rapazes durante um ano, aí você previne porque não é casamento... além de prevenir filhos.]

- Lais⁷⁵ : *Il y a de la méfiance... la majorité des hommes et des femmes qui sont ici, n'utilisent pas la capote... Il y a une relation de confiance. Par exemple : Si le mari d'une femme lui dit « on va prévenir le sida », la femme va répondre « je pense que tu me trompes ». Il y a ça aussi (silence).*
- Femme A : *Oui, c'est ça le problème de la méfiance...*
- Femme B : *Je pense qu'on penserait : « est-ce qu'il est déjà contaminé ou qu'il le sait déjà et veut faire de la prévention avec moi ?*
- Sandra : *C'est compliqué n'est-ce pas ?*
- Femme A : *Principalement s'il y avait très longtemps qu'il ne portait pas le condom... et après il commence à l'utiliser... on se méfie.*

Cependant, une grande partie des participantes ajoute que, dans la majorité des cas, demander au partenaire sexuel régulier de porter le condom en cas de soupçons d'infidélité peut provoquer un renversement de situation : c'est la femme qui est alors accusée d'être infidèle. Certaines participantes affirment avoir vécu cette situation et d'autres femmes supposent que cela pourrait se produire.

- Femme A⁷⁶ : *Il va se méfier aussi... Puis il va se méfier parce que si on lui demande... si on lui demande de mettre la capote il va dire : « tu n'as pas confiance en moi ou tu me trompes ? »*
- Femme B : *Tu as raison il va dire : « Cette femme me trompe », n'est-ce pas ?*

⁷⁵ [Lais: Tem o caso da desconfiança... a maioria do homem aqui, não usa camisinha... tem a confiança. Por exemplo, a mulher se o marido chega na mulher e fala assim: "vamos prevenir?", ela vai dizer: "eu acho que você tá me traindo". Tem isso também (silêncio).

Participante A: É, mas isso aí é o problema da desconfiança...

Participante B: A gente ia pensar assim, será que ele já está contaminado? Será que ele já sabe... descobriu e... né?

Sandra: É meio complicado viu?

Participante A: Ainda mais quando tinha tempo que ele não usava, né? Aí ele começa a usar... aí desconfia...]

⁷⁶ [Participante A: Ele também desconfia. Aí ele vai desconfiar porque se até mesmo a gente pedir... se a gente pedir para ele usar a camisinha, ele vai dizer: você tá desconfiando de mim ou você tá pulando a cerca?

Participante B: Você tem razão, ele vai dizer: "esta mulher está me traindo", né?

Dora: Às vezes a gente vai pedir para ele usar e ele desconfia da gente.

Participante C: O meu esposo mesmo... ele ia desconfiar. Ele é desconfiado... ele ia achar que eu tava aprontando, porque ele ia falar que não sai com ninguém ... não trai... então pra que usar camisinha?]

- Dora : *Parfois on va lui demander de porter la capote et il se méfie de nous.*
- Femme C : *Mon mari même... il serait méfiant. Il est méfiant... il penserait que je le trompe, parce qu'il dirait : « je ne sors pas avec une autre femme... je ne te trompe pas... alors pourquoi porter la capote » ?*

Quelques participantes ont affirmé que demander le condom pour la prévention du VIH/sida pourrait aussi donner le « feu vert » au mari pour fréquenter des maîtresses. C'est le commentaire émis par une participante du groupe de discussion, après qu'une autre ait affirmé qu'elle ajoute quelques condoms dans la valise de son mari lorsqu'il part en voyage.

- Amália⁷⁷ : *Elle est en train de pousser son mari à être infidèle, elle lui donne la capote pour qu'il puisse sortir avec d'autres femmes... (rires).*

Également, les participantes affirment que l'adoption de comportements préventifs est plus difficile chez les femmes dont le partenaire sexuel est régulier compte tenu de la relation de confiance qui « devrait » exister entre les partenaires.

- Clarice⁷⁸ : *Je n'avais pas confiance (quand elle était célibataire)... parce que je n'ai jamais eu confiance en personne. Je travaillais et je sortais seulement les week-ends. J'avais un seul partenaire. Je faisais de la prévention quand même, parce que le sida...*

⁷⁷ [Amália: Ela ainda põe o homem infiel e bota a camisinha nele para ele sair com outra... (risos).]

⁷⁸ [Clarice: Eu num confiaria porque eu nunca confiei, né? Eu trabalhava e saía só no final de semana. E também era sempre um parceiro só. Mesmo assim sendo um só, eu prevenia, porque a aids...]

Pesquisadora: Como você prevenia?

Clarice: Camisinha.

Pesquisadora: E depois que você casou?

Clarice: Eu fiquei muito tempo com camisinha, fiz exame ele fez também... Agora é só na confiança, é na base da confiança, né?

Pesquisadora: Então, antes de você casar, você não confiava e usava camisinha. Mas hoje você é casada e hoje funciona a confiança. E essa confiança, como ela é?

Clarice: Não é muito bom não viu? (risos) Se ele pular... assim sei lá... sair com outra sem eu tá sabendo, né?]

- Chercheure : *Comment as-tu fait la prévention à cette époque ?*
- Clarice : *La capote.*
- Chercheure : *Et après ton mariage ?*
- Clarice : *J'ai utilisé la capote pendant quelque temps. Puis j'ai subi l'examen et lui aussi... actuellement la prévention, c'est seulement sur la confiance... elle est basée sur la confiance, non ?*
- Chercheure : *Alors, avant ton mariage tu n'avais pas confiance en ton partenaire et tu utilisais la capote. Mais aujourd'hui tu es mariée et la prévention est basée sur la confiance... Comment est cette confiance ?*
- Clarice : *Elle n'est pas très bonne, voyez-vous ? (rires). S'il saute la clôture (expression populaire qui désigne l'infidélité)... je ne sais pas... et s'il baise avec une autre femme sans que je le sache, eh ?*

Une participante d'un autre groupe explique les raisons pour lesquelles la relation de confiance doit exister dans le mariage :

- Sandra⁷⁹ : *À partir du moment où tu te maries... tu te maries pour avoir confiance en ton partenaire, pas pour être méfiante. Parce qu'une vie dans la méfiance c'est triste...*
- En chœur : *C'est horrible...*
- Sandra : *Vivre dans la méfiance... C'est comme, par exemple, si je suis ici et je pense tout le temps : « Mon dieu, qu'est-ce que mon mari est en train de faire à cette heure-ci ? Où est-il ? » C'est triste de vivre un mariage comme ça (dans la méfiance).*

⁷⁹ [Sandra: Desde quando você se casa, você casa para confiar no marido, não para desconfiar. Porque uma vida com desconfiança é triste...]

Participantes em côro: É horrível...

Sandra: Você viver desconfiada. É a mesma coisa de eu tá aqui e estar pensando: meu Deus que meu marido tá fazendo numa hora dessas. Aonde ele tá? É triste você viver um casamento desse jeito.]

La confiance : la genèse du risque ou une stratégie de gestion du risque ?

Le mot « risque » a été utilisé pour désigner la situation des personnes en général par rapport au VIH/sida. Par contre, au cours des rencontres de groupe et des entrevues, les participantes ont adopté les termes « infidélité et confiance » pour explorer le risque couru par la femme dont le partenaire sexuel est régulier. La majorité des participantes ont utilisé le mot confiance pour décrire l'exposition au risque de la femme ayant un partenaire sexuel régulier face à l'infidélité et pour expliquer leur façon de gérer le risque. Ainsi, la confiance est pointée dans le contexte de la perception et de la gestion du risque.

Toutefois, leur discours par rapport à la confiance accordée au partenaire présentait des ambivalences : critique, envers les femmes en général, et complaisant, envers soi-même. Le fait d'avoir confiance en son partenaire régulier a été reconnu comme un facteur de risque pour les femmes (excepté les participantes) en regard du VIH/sida. Quelques femmes ont lié la confiance aux liens sentimentaux existants dans le couple :

Femme A⁸⁰ : *Il y a plusieurs femmes qui vont dire : « la personne avec qui je reste est digne de confiance. J'ai confiance qu'il n'a pas le sida... j'ai confiance en lui ». Mais c'est là le risque : c'est la confiance qu'on a dans la personne.*

Intervieweuse : *Quelles sont les difficultés que les femmes de ton quartier pourraient vivre pour prévenir le VIH/sida ?*

Bianca : *Le fait d'avoir beaucoup d'amour, vraiment faire confiance aux hommes... trop faire confiance et ne pas prévenir.*

⁸⁰ [Participante A: Tem muitas que falam a assim: a pessoa que fico é de confiança, eu confio... ela não tem aids não... eu confio. Ai o risco mais tá é nisso aí: É a confiança que tem na pessoa.

Entrevistadora: Quais são as facilidades ou dificuldades que as mulheres do seu setor teriam para a prevenção da aids?

Bianca: Amor demais, confiar demais nos homens... confiar demais e não prevenir.]

Également, plusieurs participantes parlent de la confiance qu'elles éprouvent envers leur partenaire. Dans ce cas, elles ne sont pas unanimes : elles ont différents façons d'expliquer la confiance dans leur vie privée.

Isabela⁸¹ : ...*parce qu'on a confiance en l'autre... alors c'est difficile.*
 En chœur : *On a confiance... mais ça dépend.*
 Larissa : *Je crois que je vis en toute confiance.*

Ainsi, les participantes considèrent la confiance accordée au partenaire comme une façon dont la femme ayant un partenaire sexuel régulier s'expose au VIH/sida. La confiance *génère* donc le risque chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier ne faisant pas partie de cette étude : « les autres femmes ». Par contre, à l'intérieur de leur vie privée, la confiance est nuancée et présente plusieurs interprétations. Dans ce cas, la confiance constitue plutôt une façon de *gérer* le risque face au VIH.

Dans la section suivante, la perception de la confiance chez les autres femmes⁸² (génératrice du risque) et chez elles-mêmes (gestion du risque) est exposée.

La confiance, génératrice du risque quant au VIH/sida, chez les autres femmes

Comme décrit, pour la majorité des participantes, le risque de contracter le VIH/sida par contact sexuel est causé par le fait d'avoir confiance en leur partenaire régulier. L'existence de la relation de confiance pourrait signifier un risque pour la femme dont le partenaire sexuel est régulier.

⁸¹ [Isabela: Porque um confia no outro, então fica muito difícil.
 Participantes em câô: A gente confia.. confia, mas depende...
 Larissa: Eu acho eu vivo plena confiança...]

⁸² Dans cette section « autres femmes » représentent les femmes en général ayant un partenaire sexuel régulier, excepte les participantes.

Femme A⁸³ : *Je crois que elle (la femme qui a un partenaire sexuel régulier) court beaucoup plus de risques (de se contaminer par le VIH/sida), car elle a vraiment confiance (en son partenaire).*

De plus, quelques participantes affirment que l'homme devrait penser à sa femme et à lui-même au moment d'une relation extra-conjugale, ce qui diminuerait les risques de contamination pour la femme dont le partenaire sexuel est régulier et qui a confiance en lui. Ainsi, elles suggèrent que l'homme devrait avoir des rapports sexuels protégés en dehors de sa relation stable.

Clarice⁸⁴ : *Puis, parce que l'homme est toujours infidèle. Mais je pense comme ça : au cas où il (l'homme) voudrait tromper sa femme, il devrait penser autant à lui-même qu'à sa femme.*

Cependant, la majorité des participantes croient que l'homme n'est pas capable de penser aux conséquences d'un rapport sexuel non protégé lorsqu'il est sexuellement excité. De plus, elles affirment qu'il ne se protégera ni avec sa femme ni avec sa maîtresse.

Femme A⁸⁵ : *Je pense que l'homme, « dans l'heure H », il est trop... sans scrupules. Il ne prévient pas à la maison... ni avec une autre (la maîtresse)... il ne veut rien savoir.*

⁸³ [Participante A: Eu acho que ela corre mais risco (mulher com parceiro estável), porque ela confia muito (no parceiro).]

⁸⁴ [Clarice: Aí, porque o homem infiel ele sempre é. Mas eu penso assim: caso ele for trair sua esposa ele tem que pensar tanto nele quanto na esposa.]

⁸⁵ [Participante A: Acho que o homem naquela hora lá ele é muito assim... pilantra nem com a outra ele não usa. Se ele não previne em casa... ele não tá nem aí.]

La confiance dans les relations extra-conjugales

Les participantes ont très peu parlé de la situation des « maîtresses/amants » de l'homme. Par contre, elles ont décrit la relation de confiance qu'il peut y avoir entre l'homme infidèle et ses maîtresses ou ses amants.

Quelques femmes ont affirmé que « l'autre » (la ou les maîtresses d'un homme marié) ne se protège pas, parce qu'elle croit que son amant ne présente pas de risque puisqu'il est marié.

Femme A⁸⁶ : *Ma voisine (une femme qui a des rapports sexuels avec plusieurs hommes, dont certains mariés) dit qu'elle ne demande pas le condom à un homme quand il est marié...*

Femme B : *Parce qu'il est un homme marié, elles pensent qu'il n'a pas besoin de mettre la capote... (Toutes les participantes parlent en même temps sur le fait que les femmes qui ont des partenaires occasionnels ne préviennent pas quand l'homme est marié).*

Les participantes affirment que l'homme infidèle ne se protège pas avec sa maîtresse car il croit qu'elle sait qu'il est marié et que pour cette raison il offre moins de risque. Elles ajoutent que l'homme croirait que sa maîtresse se protégerait avec un autre homme non marié pour le protéger.

Femme A⁸⁷ : *Je pense qu'ouï ils (les hommes) vont... on sait à peu près où ils vont (allusion à des maisons de débauche)... ils pensent comme ça : « Elles (les femmes prostituées) savent que nous avons une famille et elle doit prévenir (avec d'autres hommes) ». Alors, il (l'homme) a confiance en ces femmes*

⁸⁶ [Participante A: A minha vizinha diz que não vai usar camisinha quando o homem é casado.

Participante B: Porque o homem é casado elas pensam que não tem que usar camisinha (todas falaram o mesmo tempo sobre o assunto: o fato das mulheres com parceiros ocasionais não se protegerem quando o homem é casado).]

⁸⁷ [Participante A: Eu acho que aonde eles vão, a gente mais ou menos já conhece (casas de prostituição), eles pensam assim elas (as mulheres do lugar) sabem que nós vem aqui e tem família e ela deve prevenir. Então ele confia assim e não usa, eu tenho certeza ele não usa nem em casa nem com as outras.]

et ne porte pas la capote. Je suis certaine qu'il ne porte pas de capote ni à la maison, ni avec les autres femmes.

Dans un des groupes, les participantes ont affirmé que, dans le contexte d'une relation sexuelle entre un homme marié et un homosexuel, ce dernier aussi aurait confiance en son amant puisque marié et que, pour cette raison, il se sentirait moins exposé au risque d'être contaminé par le VIH/sida.

- Sílvia⁸⁸ : *Elle lui a demandé (à un homosexuel) : « Pourquoi aimes-tu baiser avec des hommes mariés ? » Il a répondu : « Parce qu'avec des hommes mariés, la chose est plus sûre... »*
- Femme B : *... sûre pour ne pas attraper la maladie ?*
- Sílvia : *Oui, mais il l'a attrapé (le sida) quand même et il est mort... Moi-même, je suis allée à son enterrement.*

La relation de confiance décrite par les participantes suggère l'existence d'un cercle vicieux de la confiance, fondé sur l'état civil du partenaire : (a) la femme a confiance en son partenaire, car elle croira qu'il utilise le condom avec une autre femme au moment d'une relation extra-conjugale, (b) les maîtresses/amants d'un homme marié ne demandent pas à ce dernier de porter un condom croyant qu'il n'y a pas de risque d'être contaminé du fait qu'il soit marié, (c) l'homme marié ne recourt pas au condom avec son ou ses maîtresses/amants puisqu'il croit qu'elles/ils ne se protègent pas avec lui parce qu'il est marié et qu'ainsi il ne présente pas de risques de transmettre le VIH/sida et (d) l'homme marié croit que sa/son maîtresse/amant utilise le condom avec d'autres personnes.

Cette description des participantes d'un « cercle vicieux de la confiance », fondé sur l'état civil de l'homme, pourrait être une façon de gérer la perception du risque parmi les hommes et les femmes qui font partie de ce cercle. Toutefois, les

⁸⁸ [Sílvia: Ela perguntou (à um gay): porque você gosta com homem casado? "Porque com homem casado a coisa é mais segura..."]

Participante B: Para não pegar doença?

Sílvia: É, mais só que ele acabou pegando aids e ele morreu... eu mesma vi ele no velório.]

participantes suggèrent que cette situation est génératrice de risque pour ces personnes.

La confiance comme gestion du risque chez les participantes

Malgré le fait que les participantes reconnaissent le risque lié à confiance, elles ont expliqué que, dans leur vie privée, la relation de confiance est construite dans le quotidien. Ainsi, la notion de confiance chez elles est décrite de différentes manières : (a) pas de confiance, (b) la confiance peut être accordée à certains hommes dont leur mari, (c) la confiance se construit avec le temps, (d) la confiance et la méfiance cohabitent à l'intérieur de la relation avec le partenaire, (e) la confiance en soi d'avoir la capacité de détecter l'infidélité et (f) l'absence de confiance envers les hommes mais la confiance en Dieu.

Une même femme pouvait présenter une seule façon d'être confiante ou nuancer cette confiance selon leur type de relation avec le partenaire régulier. Certaines femmes qui ont affirmé ne pas avoir confiance en leur mari ont maintenu cette position sans changer la signification de la relation de confiance. Par contre, l'existence de la méfiance n'implique pas que la femme adopte le condom pour prévenir le VIH/sida. Seulement une des participantes (Carmem) a affirmé utiliser le condom, pour prévenir le VIH/sida, avec son partenaire sexuel régulier.

La majorité des participantes ont fait lien entre l'infidélité et la confiance concernant le risque de contracter le VIH/sida. Par contre, même si elles avouent leur peur d'être contaminées, elles sont très préoccupées, principalement, par la possibilité d'être trompées.

Pas de confiance

Quelques participantes ont affirmé qu'elles n'avaient pas confiance en leur partenaire car elles étaient certaines de leur infidélité. D'autres ont affirmé qu'elles n'avaient pas confiance même sans être certaines d'être trompées car les hommes, incluant leur partenaire, n'en sont pas dignes.

- Sandra⁸⁹ : *Est-ce que tu as confiance en ton mari ? Préviens-tu ?* (Elle demande à Júlia)
 Júlia : *Il est rusé (malin), je sais qu'il l'est.*
 Larissa : *Il est quoi ?*
 En chœur : *Rusé.*
 Júlia : *Je n'ai pas vraiment confiance en lui.*

Une autre participante a affirmé qu'elle n'a pas confiance en son mari, cependant, elle ne lui demande pas de porter la capote :

- Femme A⁹⁰ : *Je suis méfiante... je n'ai pas confiance même en mon mari. Je ne lui demande pas de porter la capote mais je n'ai pas confiance.*

Il y a des participantes qui affirment ne pas avoir confiance en leur partenaire et qui ont peur d'être contaminées par le VIH/sida.

- Femme A⁹¹ : *Moi aussi, j'ai peur, même si je sais que moi et mon mari ne sommes pas contaminés (par le VIH/sida)... mais j'ai peur qu'il pourrait aller avec une autre femme et me transmettre la maladie. Je n'ai pas confiance.*

⁸⁹ [Sandra: Você confia no seu marido? Você previne? (Sandra pergunta à Júlia)

Júlia: Ele é lerdo, eu sei que ele é lerdo...

Larissa: Ele é o que?

Participantés em câôro: Lerdo

Júlia: Eu não confio mesmo...]

⁹⁰ [Participante A: Eu desconfio... nem no meu marido eu não confio. Eu não uso camisinha, mas eu não confio.]

⁹¹ [Participante A: Também tenho medo, apesar de que eu sei que o marido não tem, eu não tenho... mas eu tenho medo que ele pode ficar com alguém e me passar a doença. Eu não confio.]

Une participante interviewée a affirmé qu'elle n'a pas confiance en son partenaire. Elle explique que, même si le partenaire lui est fidèle, il a aussi un passé sexuel risqué en regard du VIH/sida. Selon elle, les femmes doivent faire confiance au condom et lui être fidèles.

Intervieweuse⁹² : *Comment la femme qui a un partenaire sexuel régulier pourrait prévenir le VIH/sida ?*

Carmem : *Toujours utiliser le condom et ne jamais se fier à 100 % à son partenaire régulier. (...) Au début quand j'ai demandé le port du condom, il ne voulait pas le porter. Il me disait qu'on n'avait pas besoin de ça et qu'il ne me trompait pas. Mais il faisait toujours des petites fuites (façon populaire de dire que quelqu'un trompe le partenaire des fois). Alors, je pense qu'on ne doit avoir confiance en personne.*

Intervieweuse : *Quels sont les suggestions que tu donnes aux autres femmes pour prévenir le VIH/sida ?*

Carmem : *Ne jamais avoir confiance en quelqu'un. Parce que, même si j'ai confiance en mon partenaire aujourd'hui, je ne sais pas avec qui il l'a fait il y a un an. Alors, si je dois aller au lit avec quelqu'un, il faut que j'apporte ma partenaire régulière : LA CAPOTE. Avec cela je sais que je dois être fidèle. Si je ne suis pas fidèle avec elle (la capote), je ne serais pas fidèle avec moi-même, imagine alors si mon partenaire le serait (fidèle à la participante). Parce que, si je m'en vais au lit maintenant avec quelqu'un... je peux penser que je couche avec lui seulement, mais dans la réalité, je couche aussi avec la personne avec qui il a fait l'amour il y*

⁹² [Entrevistadora: Como a mulher com parceiro fixo poderá prevenir a aids?

Carmem: Sempre usando camisinha e jamais confiar 100 % no seu parceiro fixo. (...) No começo quando eu pedi para usar, ele não queria usar. Ele falava pra mim que não precisava daquilo que ele não tava me traindo. Mais, ele sempre dava as fugidinhas dele. Então, eu acho que ninguém deve confiar em ninguém.

Entrevistadora: Quais são suas sugestões para as mulheres prevenirem a aids?

Carmem: Jamais confiar em alguém. Porque por mais que eu confie no meu parceiro hoje, eu não sei com quem que ele esteve há um ano atrás. Então, se eu tiver que ir pra cama com alguém, que eu leve sempre a minha parceira fixa: que é a camisinha. Com esta eu sei que tenho que ser fiel. Se eu não for fiel com ela eu não serei fiel nem comigo mesma, imagine o meu parceiro se será. Porque se eu for para a cama agora com alguém, tudo bem... Eu posso estar pensando que eu estou indo só com ele, que na verdade eu tô indo com uma pessoa que ele foi com ele há um ano atrás. Então eu não estou sozinha na cama. Se ele ficou com dez parceiras... Vamos supor uma parceira e esta parceira ficou com dois outros homens... E estes dois ficou com quantos... Então eu estou levando um monte de gente pra minha cama. Se algum deles que tava atrás, eu também corro o risco de pegar. Então eu tenho que ser fiel à camisinha.]

a un an... Alors, je ne suis pas toute seule avec lui dans le lit. S'il est allé avec dix partenaires dans le passé... on va supposer qu'une de ces partenaires a couché auparavant avec deux autres hommes... et ces deux hommes avec je ne sais pas combien (de partenaires)... alors, je suis en train d'amener beaucoup de gens dans mon lit avec moi. Si l'une de ces personnes (du passé) avait le sida, moi aussi, je cours le risque de l'attraper. Alors je dois être fidèle à la capote.

La confiance peut être accordée à certains hommes dont leur mari

Quelques participantes affirment que même si la majorité des hommes sont infidèles, elles croient qu'il en existe quelques uns qui sont fidèles et dignes de confiance. Les participantes qui ont soutenu cette position incluent leur partenaire parmi les hommes dignes de confiance.

Clarice⁹³ : *Moi... j'ai eu beaucoup de travail à m'en trouver un (homme) fidèle (rires).*

Marcela : *Ce ne sont pas tous les hommes qui sont dignes de confiance.*

Intervieweuse : *Est-ce que tu as confiance dans le tien (mari) ?*

Marcela : *Moi, j'ai confiance.*

Elles affirment que la qualité de la vie de couple est un bon signe pour savoir si leur mari mérite leur confiance. Ainsi, si tout va bien dans la vie de couple et si le mari est toujours présent, elles ne voient pas de motif de croire qu'il fait partie des hommes qui trompent leurs femmes.

⁹³ [Clarice: Eu, para mim achar um fiel para mim deu trabalho (rindo e risos).

Marcela: não é todo homem que é confiável...

Entrevistadora: Você confia no seu?

Marcela: Eu, confio.]

La confiance se construit avec le temps

Quelques participantes ont affirmé que la confiance qu'elles éprouvent pour leur partenaire s'est construite avec le temps. Une femme affirme qu'une année de mariage est nécessaire pour connaître son partenaire et savoir si elle peut avoir confiance ou non en lui. Une autre affirme que cinq mois de mariage suffisent pour bien connaître son mari. Cependant, même si elles disent que le temps permet aux femmes de connaître leur partenaire, ce ne sont pas tous les hommes qui, logiquement, mériteront la confiance des femmes. Dans ce cas elles suggèrent que, si le mari ne se montre pas digne de confiance, il faut exiger des tests de dépistage réguliers et le port du condom.

- Sandra⁹⁴ : *Dans un mariage... je crois que pour prévenir le sida dans le mariage... la femme... bien, après un an elle connaît déjà son mari. Parce que avant le mariage tu ne le connais pas (il n'y a pas eu de temps pour bien connaître le partenaire).*
- Femme B : *Non, on ne connaît pas avant le mariage.*
- Larissa : *Non, tu ne le connaîtrais pas... après cinq mois (après le mariage) on le connaît déjà.*
- Sandra : *Parce qu'après un an tu le connais déjà... même après cinq mois tu connais ton mari (elle a nuancé à cause de la participante antérieure qui a suggéré cinq mois)... tu sais ce qu'il est. Alors, la prévention va dépendre de lui... s'il est un homme sans scrupules dans la rue, c'est l'heure pour toi de commencer à prévenir. Tu commences à...*
- Larissa : *Exiger de lui... qu'il prévienne (en interrompant).*

⁹⁴ [Sandra: Num casamento, eu acho que para prevenir a aids no casamento... a mulher... com um ano ela já conhece o marido dela. Porque no namoro você não conhece.

Participante A: No namoro você não conhece.

Larissa: Não vai conhecer, não vai... com cinco meses você já conhece.

Sandra: Porque com um ano você já conhece... com cinco meses você já conhece seu marido (em consideração à fala anterior)... você já sabe quem ele é. Então você vai prevenir dependendo dele... se ele for um homem safado na rua é a hora que você vai começar a prevenir, que você vai começar a...

Larissa: Exigir dele... que ele previna (interrompendo).

Sandra: Exigir dele. Eu, no meu ponto de vista, por ser muito feminista eu exigiria o exame de HIV até de 6 e 6 meses. E exigiria a camisinha também.

Pesquisadora: Então para você o tempo que conhecês o parceiro leva à confiança?

Sandra: É. Conhecimento e confiança nele, sabe?]

- Sandra : *Oui, exiger de lui. Moi, de mon point de vue, car je suis très féministe, j'exigerais le test de dépistage à chaque 6 mois. J'exigerais la capote aussi.*
- Chercheure : *Alors, pour toi le temps de connaissance crée la confiance ?*
- Sandra : *Oui. Connaissance et confiance en lui, tu sais ?*

La confiance et la méfiance cohabitent à l'intérieur de la relation avec le partenaire

Les participantes ont exprimé de différentes manières ce qu'était la confiance pour elles : avoir confiance sans l'avoir, avoir confiance en se méfiant, avoir une confiance entre « guillemets », ne pas avoir une confiance aveugle, avoir confiance mais..., avoir confiance même s'il y a méfiance.

- Femme A⁹⁵ : *J'ai confiance sans avoir confiance, mais...*
- Chercheure : *C'est quoi, pour toi, « avoir confiance sans l'avoir ? »*
- Femme A : *Ça veut dire « avec le pied derrière » (expression populaire au Brésil qui signifie que dans certaines situations, la personne démontre une certaine confiance tout en étant consciente qu'elle pourrait être trompée), parce que des fois on a confiance... et d'autres fois ils (les hommes) donnent des raisons de se méfier alors on reste comme ça (dans un mélange de confiance et de méfiance). (Toutes les participantes parlent en même temps)*
- Femme B : *On se tient en se méfiant.*

Cette façon d'avoir confiance a été décrite par beaucoup de participantes. Selon elles, il est impossible de vivre avec une personne en qui on n'a pas confiance, alors elles ont confiance en leur partenaire. Toutefois, elles affirment être conscientes

⁹⁵ [Participante A: Eu confio não confiando, mas...

Pesquisadora: O que é para você "confio não confiando"?

Participante A: Com o pé atrás, porque às vezes a gente confia... mas às vezes eles dão motivos para desconfiar, aí a gente fica assim (mulheres falando ao mesmo tempo).

Participante B: A gente confia desconfiando.]

de la possibilité qu'il y ait des changements dans une relation de couple. Elles se considèrent prêtes à repérer les indices de changements de comportement du mari, par exemple, l'existence d'une maîtresse.

La confiance en soi d'avoir la capacité de détecter l'infidélité

La confiance en soi a été aussi citée par quelques femmes pour expliquer la construction de la relation de confiance chez elles. Cette façon d'avoir confiance est semblable à celle décrite ci-dessus, c'est-à-dire qu'elles se considèrent capables de repérer les signes d'infidélité chez leur partenaire. Toutefois, elles affirment ne pas avoir confiance en lui.

Marcela⁹⁶ : *Alors, nous ne devons jamais avoir confiance en l'homme, il faut avoir confiance en soi.*

L'absence de confiance envers les hommes mais la confiance en Dieu

Quelques participantes ont affirmé qu'elles ne font pas confiance aux hommes (incluant leur partenaire), mais qu'elles ont confiance en Dieu. Il pourra les protéger de l'infidélité du mari ou des conséquences de la trahison de celui-ci. Dans ce cas, elles font référence à la protection divine contre le VIH/sida qui pourrait être transmis par un mari infidèle.

Femme A⁹⁷ : *Je n'utilise pas (le condom) mais je n'ai pas confiance (en son mari). J'ai confiance en Dieu... je prie Dieu pour me protéger de ces choses.*

Femme B : *Je crois que toutes (les femmes) doivent avoir confiance en Dieu.*

⁹⁶ [Então a gente nunca deve confiar no homem, confie em você própria.]

⁹⁷ [Participante A: Eu não uso, mas eu não confio não. Eu confio em Deus... eu peço a Deus pra me livrar destas coisas...

Participante B: Eu acho que todas têm que confiar em Deus.

Participante C: Eu acho que a única coisa que a gente tem que confiar é em Deus.]

Femme C : *Je pense que la seule chose en laquelle on devrait avoir confiance c'est en Dieu.*

De plus, une femme a affirmé qu'elle avait confiance en son mari car il était religieux :

Marcela⁹⁸ : *Parce que j'ai confiance en mon mari. Car nous sommes religieux... ce n'est pas parce que je sais qu'il n'irait pas me trahir ou que j'ai confiance en mon pouvoir envers lui... c'est parce que je sais qu'il est religieux et moi aussi.*

Ces diverses façons d'exprimer leur confiance démontre la complexité de la relation de confiance dans la vie de couple. Il faut remarquer que certaines participantes se sont reconnues dans plusieurs catégories de confiance. Alors, il semble que leur degré de confiance pourrait évoluer selon les événements quotidiens à survenir dans leur relation de couple. Toutefois, la majorité des participantes ont affirmé que la confiance devait être à la base du mariage et que même si elles sont attentives à la possibilité d'être trompées par leur partenaire, elles ne veulent pas être trompées.

Gabriela⁹⁹ : *Il existe des cas de femmes qui ont attrapé le virus du sida de leur mari... mais c'est très difficile pour toi de faire face à cette réalité. C'est difficile de faire face au fait que ton mari est en train de te trahir.*

⁹⁸ [Marcela: Porque eu confio no meu marido. Pois nos somos religiosos... Não porque eu sei que ele não vai me trair ou que eu confio no meu taco... É porque eu sei que ele é religioso e eu também.]

⁹⁹ [Gabriela: Existem casos de mulheres que contraíram o vírus da aids do marido... mas é muito difícil você encarar esta realidade. É difícil encarar que seu marido está te traindo.]

La prise de conscience : la complexité de la gestion du risque chez les partenaires réguliers

Le processus de prise de conscience de Larissa au cours du groupe de discussion démontre la complexité de la situation vécue par les femmes dont le partenaire sexuel est régulier.

Larissa part de la description de la qualité de sa relation de couple comme d'un facteur de protection envers le VIH/sida et de l'affirmation que la prévention dans un contact sexuel est impossible dans une vie de couple jusqu'au moment où elle s'aperçoit qu'elle ne pourrait pas repérer des signes d'infidélité chez son mari. Le récit de Larissa illustre le paradoxe auquel les femmes ayant un partenaire sexuel régulier font face à cause de l'émergence du VIH/sida. Le témoignage suivant a été reconstitué en ordre chronologique à partir de la transcription des verbatims :

Larissa¹⁰⁰ : *Moi avec mon mari, on n'a jamais utilisé (le condom). Mais je me demande : un couple qui vit ensemble pendant quatre ans, comme moi. As-tu déjà pensé si je devrais utiliser le*

¹⁰⁰ [Larissa: Eu com meu marido, nós nunca usamos (condom). Mais eu me pergunto: igual a um casal que vive junto durante... igual eu estou há quatro anos. Já pensou se eu tivesse usando preservativo durante quatro anos? Eu me pergunto... prevenir tem que ser assim: ou sempre ou dia nenhum porque não adiantaria eu prevenir dois dias, um mês, dois meses e ficar três dias (sem preservativo).

(...) Eu penso assim: se tem que prevenir tem que prevenir a partir do momento que se casa... do momento que você faz... da noite de núpcias até o último dia. Porque não adianta você prevenir só naquele momento de crise... se você tá em crise no seu casamento. Então eu tenho minhas dúvidas se às vezes uma mulher me diz "eu evito, nós prevenimos assim... nós usamos preservativo para não correr o risco de pegar uma doença, nem eu nem ele". Mas... eu não acredito... pessoalmente eu não acredito que exista. Porque no meu modo de pensar para prevenir tem que prevenir durante todos os dias, todas às vezes, todo momento, em qualquer lugar.

(...) Mas igual estou dizendo gente. É muito difícil um homem e uma mulher viver... viver bem, viver maravilhosamente e evitar. É difícil demais. Mas é igual vamos supor: eu e meu marido... vamos supor que nós vivemos a mil maravilha... Nós devemos evitar para que? Se nós estamos tão bem confiantes, amando um ao outro...

(...) Se descobrir que ele teve um rolo? É como ela (outra participante) disse: só previne à partir do momento em que começa a desconfiar... mas enquanto tá vivendo à mil maravilhas não previne, não adianta.

(...) Eu penso assim... aí tem uma recaída aí descobre que marido tem rolo. Ai Tuc! Fica dois meses prevenindo. "Que ele não sei o que, só vai ser assim"... depois dá uma recaída: "não, ele mudou"... aí você pronto deixa de prevenir, aí fica tudo perfeito. Ihhh, não gente... casamento... eu continuo achando que para todos os casais: é impossível prevenir. Porque no meu modo de pensar, prevenir é igual eu falei: Casou? Vamos prevenir de agora até o último momento que vivemos juntos... porque se for para prevenir... viver quatro anos e prevenir dois... antes não prevenir de jeito nenhum. Isso é jogar dinheiro fora. (rindo e risos)

Pesquisadora: Quando vocês disseram se a gente perceber, a gente vai prevenir. Vocês acham que toda mulher que existe é capaz de prevenir... é capaz de perceber que ela tá sendo traída?

Larissa: Gente, espera aí: Eu acho que eu não sou capaz de perceber (risos). Vocês acreditam? Eu tenho isso comigo. Eu não sei é porque acho eu vivo plena confiança... mas às vezes eu acho que eu não... Às vezes eu acho que eu não sou capaz de perceber.

(...) Mas eu procuro... eu procuro não colocar desconfiança... porque se eu colocar desconfiança... Eu não vivo. (risos)

Pesquisadora: A aids é uma preocupação para uma mulher que tem uma vida de casal?

Larissa: Eu me preocupo... eu pessoalmente me preocupo. Porque não é aliança... nem casamento... por estarmos vivendo juntos de fato no mesmo teto e uma aliança no dedo que vai dizer assim: estou livre da aids... estou segura... meu marido é perfeito. Existe a preocupação, eu me preocupo.]

préservatif pendant quatre ans ? Je me demande... pour prévenir il faut que ce soit comme ça : ou toujours ou jamais, parce que cela ne vaut rien si je préviens deux jours, un mois, deux mois et je reste trois jours sans (le préservatif).

(...) Je pense comme ça : s'il faut prévenir, il faut le faire à partir du moment que tu te maries... du moment que tu fais... de la nuit de noces jusqu'au dernier jour. Parce que cela ne vaut rien prévenir seulement pendant un moment de crise... si tu es en crise dans ton mariage. Alors j'ai des doutes si une femme me dit « je préviens, nous utilisons le préservatif pour ne pas courir le risque d'attraper une maladie, ni moi, ni lui ». Je ne crois pas, personnellement je ne crois pas que ça existe (la situation hypothétique décrite). Parce que, dans ma façon de penser, pour prévenir il faut le faire tous les jours, toutes les fois, à tout moment, à n'importe quel endroit.

(...) C'est comme j'étais en train de dire les filles : c'est très difficile pour un homme et une femme de vivre, vivre très bien, vivre de façon merveilleuse et prévenir. C'est trop difficile. Supposons : moi et mon mari... on suppose que nous vivons mille merveilles... pourquoi il faut que nous prévenions ? Si nous sommes aussi bien ensemble, si on a confiance et si on s'aime...

(...) Si je découvre qu'il a eu une autre femme ? Alors, c'est comme elle (une autre participante) a dit : on prévient seulement à partir du moment où tu commences à te méfier... mais pendant le temps où tu vis mille merveilles, tu ne préviens pas, ça c'est sûr.

(...) Et il y a plus... je pense comme ça... si la situation change et tu découvres que ton mari a une autre femme. Alors tu préviens deux mois et dis « qu'il est comme ça » (infidèle). Après quelque temps tu as une rechute : « il a changé »... alors tu abandonnes la prévention et tout revient

à la perfection. Ehhh, non les filles... mariage... je continue à croire que pour tous les couples : c'est impossible de prévenir. La prévention c'est comme j'ai dit : allons prévenir dès maintenant jusqu'au dernier moment ensemble... parce que s'il faut vivre ensemble quatre ans et prévenir seulement deux ans... ce serait mieux de ne pas utiliser le préservatif d'aucune façon. Tout ça c'est du gaspillage d'argent. (rires)

Chercheuse : Vous avez dit qu'en cas de doutes vous préviendriez. Pensez-vous que toutes les femmes sont capables de s'apercevoir qu'elles sont trompées ?

*Larissa : Attends, là. Je pense que je ne suis pas capable de m'en apercevoir ! (rires) Vous croyez ? J'ai cela en moi. Je ne sais pas si c'est parce que je vis en pleine confiance en mon mari... des fois je crois que non ... Je pense que je ne suis pas capable de m'en apercevoir.
(...) J'ai besoin de ne pas me méfier... parce que si je me méfie... je ne peux pas vivre (rires).*

Chercheuse : Pensez-vous que le sida soit une préoccupation pour les femmes qui ont une vie de couple ?

Larissa : Je m'en préoccupe... moi, personnellement, je m'en préoccupe. Parce que ce n'est pas une bague de mariage... ni le mariage... ni le fait qu'on vit ensemble sous le même toit et d'avoir une bague dans le doigt que l'on peut dire : « Je suis libre du sida... je suis en sécurité... mon mari est parfait. » La préoccupation existe, je m'en préoccupe.

Cependant, quelques participantes ont tenu des discours différenciés pour les autres femmes et pour elles-mêmes. Le récit de Marcela, une femme interviewée par Janaína, illustre cette situation. Pour la participante, le risque est ailleurs ; les autres femmes ne devraient pas se fier aux hommes, les hommes ne sont pas dignes de confiance et, pour cette raison, le couple devrait porter le condom. Par contre, pour sa propre vie privée, la confiance est privilégiée par la participante. Quelques extraits

des paroles de Marcela ont été déjà utilisés dans ce chapitre, mais ils le seront encore en séquence chronologique en vue de démontrer clairement le point de vue des participantes sur le risque et la prévention du VIH chez elles et chez les autres :

- Intervieweure¹⁰¹ : *C'est quoi pour toi un partenaire sexuel régulier ?*
- Marcela : *L'époux...*
- Intervieweure : *Pensez-vous que la femme qui a un partenaire sexuel régulier est à risque pour le sida ?*
- Marcela : *Oui. Parce que ce n'est pas tous les hommes qui sont dignes de confiance.*
- Intervieweure : *Est-ce que tu as confiance en ton mari ?*
- Marcela : *Moi... J'ai confiance.*
- Intervieweure : *C'est quoi le risque pour la femme qui a un partenaire sexuel régulier ?*
- Marcela : *C'est le même risque que les autres femmes, parce que tous les hommes sont nés avec du sang de « sans scrupules ». (rires) Alors, on ne devrait jamais avoir confiance en l'homme... seulement en soi-même.*
- Intervieweure : *Comment penses-tu que la femme qui a un partenaire sexuel régulier pourrait prévenir le sida ?*
- Marcela : *En utilisant des préservatifs, autant masculin que féminin.*

¹⁰¹ [Entrevistadora: O que você entende por parceiro sexual fixo?

Marcela: O esposo.

Entrevistadora: Você pensa que a mulher que tem um parceiro sexual fixo tem risco para aids?

Marcela: Sim porque não é todo homem que é confiável.

Entrevistadora: Você confia no seu?

Marcela: Eu... confio.

Entrevistadora: Qual o risco que uma mulher que tem um parceiro sexual fixo está correndo?

Marcela: Quase o mesmo que as outras estão correndo, porque todo homem nasceu com sangue de sem vergonha (risos). Então a gente nunca deve confiar no homem, confia em você própria.

Entrevistadora: Como mulher que tem um parceiro sexual fixo pode prevenir da aids?

Marcela: Usando preservativos, tanto masculino quanto feminino.

Entrevistadora: Você usa?

Marcela: Não, eu não uso nem um tipo de preservativo.

Entrevistadora: Porque?

Marcela: Porque eu confio no meu marido. Pois nós somos religiosos... Não porque eu sei que ele não vai me trair ou que eu confio no meu taco... É porque eu sei que ele é religioso e eu também.

Entrevistadora: Você tem alguma sugestão para as mulheres prevenirem a aids?

Marcela: Usar camisinha. Tendo sempre diálogo. Não deixar se levar, porque homem não é fácil é sempre muito difícil, não se pode confiar no homem.]

Intervieweure : *Est-ce que tu les utilises ?*

Marcela : *Non, je n'utilise aucun type de préservatif. Parce que j'ai confiance en mon mari. Car nous sommes religieux... ce n'est pas parce que je sais qu'il n'irait pas me trahir ou que j'ai confiance en mon pouvoir envers lui... c'est parce que je sais qu'il est religieux et moi aussi.*

Intervieweure : *Est-ce que tu veux apporter des suggestions ?*

Marcela : *Porter la capote. Toujours dialoguer. Ne pas se fier... car l'homme n'est pas facile... on ne peut pas se fier aux hommes.*

Finallement, Sílvia a illustré, à partir d'une comparaison avec le combat contre le moustique de la fièvre jaune, la prise de conscience sur les différences entre l'adoption d'un comportement préventif quand l'action dépend d'une seule personne et quand cela implique la participation de deux personnes :

Chercheure¹⁰² : *Comme elle (Sílvia) a dit sur la fièvre jaune... de nettoyer la maison pour la prévenir (le moustique qui transmet cette maladie se reproduit dans l'eau stagnante, alors la population est invitée à laisser ses cours et jardins propres). Tu peux changer ta maison... et pour le sida il faut que tu...*

Femme A : *utilises la capote... (en interrompant).*

Sílvia : *Car l'eau stagnante... s'il s'agit de ta maison, tu as la possibilité de la nettoyer. Et avec eux (les hommes) cela ne marche pas... la première fois (avec le condom) ça va bien, la deuxième c'est correct et la troisième ils commencent à protester et puis ils ne veulent plus les porter.*

Femme B : *La prévention ne dépend pas seulement de la femme... Cela dépend de lui aussi.*

¹⁰² [Pesquisadora: Como Sílvia falou: para prevenir a febre amarela, você vai acabar com a água empoeçada da sua casa, para prevenir. Você muda o jeito da sua casa, e para a aids você teria que mudar...

Participante A: usando a camisinha...

Sílvia: Porque aquela água empoeçada, você que é a dona de casa você tem como você ir lá e limpar. E eles não... eles a primeira vez você vai lá bem, a segunda tudo bem e na terceira eles começam a reclamar aí depois não querem usar mais.

Participante B: A prevenção não depende somente da mulher, depende dele também.]

Avec cette comparaison sur la prévention du VIH/sida et de la fièvre jaune, les participantes ont démontré leur compréhension des difficultés de prévenir le VIH/sida au moment de relations sexuelles à cause du besoin de négocier l'utilisation du condom avec le partenaire. De plus, elles ont reconnu que, dans le cas de la fièvre jaune, elles ont le pouvoir de décider sur leurs actions pour prévenir cette maladie.

Le condom et son adoption pour la prévention du VIH/sida : discours ou pratique ?

Au cours des entrevues et des groupes de discussion, les femmes ont parlé de prévention du VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Quelques participantes ont décrit le dialogue et le test de dépistage comme moyens de prévention. La totalité d'entre elles ont affirmé que le port du condom est la seule façon de prévenir le VIH/sida par contact sexuel. Cependant, leur discours suggère qu'elles n'avaient pas de position ferme sur le condom ni sur son adoption pour la prévention du VIH avec le partenaire sexuel régulier.

Le condom pour la prévention du VIH/sida : la pluralité des discours

La majorité des participantes cernent des barrières qui empêchent l'adoption du condom dans le contexte des partenaires sexuels réguliers. Pour illustrer cette situation, quelques réponses sont reproduites. Ces réponses, provenant de cinq entrevues, sont données à la question : *Comment penses-tu que la femme qui a un partenaire sexuel régulier pourrait prévenir le sida ?* Après la réponse de chaque participante, une autre de ses interventions, qui parle du refus du condom du mari ou d'elles mêmes, est rapportée. À noter que la majorité des femmes interviewées désigne l'homme comme étant le responsable du refus du condom.

Dora¹⁰³ : *En considérant ce que je connais sur le sida, je crois que toutes les femmes devraient se protéger... et les hommes*

¹⁰³ [Dora: O que eu entendo sobre a aids, que eu acho que todas as mulheres deviam prevenir e os homens também. Eu acho que o único conselho que eu posso dar é que tem que usar só preservativo mesmo... Porque é a única coisa que a gente pode se defender sobre a aids.

(...) Porque eu acho que até as mulheres casadas devem usar. Eu mesmo, eu não uso preservativo. Porque o meu marido não aceita. Ele fala que não gosta.

Gabriela: Usar preservativo, fazer o possível para usar em todas as relações sexuais.

(...) Quando a mulher tem um parceiro fixo ou é um namorado ou é o marido. Quando é o namorado ainda vai o uso do preservativo, mas quando você casa aí o cara já não quer usar... Já acha mais difícil, acha que é desconfiança.

Fernanda: Somente com Camisinha. E sempre ler aqueles negócios que fala da prevenção da aids, para saber como previne, ficar bem atenta, né? E usar sempre a camisinha.

(...) Na prática? Pode ser, mas usar camisinha todos os dias é muito difícil.

aussi. Je crois que le seul conseil que je peux donner c'est qu'il faut vraiment utiliser le condom... parce que c'est la seule chose qu'on peut faire pour se défendre du sida.

(...) Parce que je pense que même les femmes mariées devraient l'utiliser (le condom). Moi même, je n'utilise pas le préservatif... parce que mon mari ne l'accepte pas... il dit qu'il n'aime pas ça.

Gabriela : *Porter le préservatif, faire son possible pour l'utiliser au moment de chaque relation sexuelle.*

(...) Quand la femme a un partenaire sexuel régulier, soit un petit ami ou un mari... Quand il s'agit du petit ami, il accepte le port du condom, mais quand tu te maries, alors le gars ne veut pas l'utiliser (le condom)... il trouve cela plus difficile, il pense que c'est de la méfiance...

Fernanda : *Seulement avec la capote. Et toujours lire les trucs qui parlent de la prévention du sida, pour savoir comment faire de la prévention, rester très attentive, n'est-ce pas ? Et utiliser toujours la capote. (...) Dans la pratique ? Peut-être... mais porter la capote TOUS les jours c'est très difficile...*

Andrea : *En utilisant le préservatif et par le dialogue (avec le partenaire)*

(...) Pas mon mari... Il ne voudrait pas l'utiliser (le condom).

Isabela : *La seule façon de prévenir est en portant la capote, mais comme je t'ai dit, la capote offre encore des risques pour le sida (elle peut se rompre).*

(...) Par exemple : je n'aime pas (avoir des rapports sexuels avec le condom), la capote, je la trouve plate..., elle (la capote) perturbe trop. Vraiment, je n'aime pas...

Andrea: Usando preservativo e conversando.

(...) O meu marido importa, ele não vai querer usar.

Isabela: O único modo de prevenir é usando camisinha, mas é naquilo que eu te falei, a camisinha é ainda arriscado de pegar a aids (pode romper).

(...) Por exemplo, eu não gosto, eu acho ela muito chata, a camisinha ela perturba muito. Eu não gosto realmente.]

De plus, la participante d'un groupe, Alice, a suggéré que la fidélité serait la meilleure façon pour prévenir le VIH/sida chez les partenaires sexuels réguliers, ce qui n'a pas obtenu l'accord des autres participantes. Cependant, Alice provoque les participantes en affirmant qu'elles n'utilisaient pas le condom et que leur affirmation sur « le port du condom » chez les couples réguliers n'était que du discours.

- Chercheuse¹⁰⁴ : *Qu'est-ce que vous pensez que la femme qui a un partenaire sexuel régulier pourrait faire pour prévenir le sida ?*
- Alice : *D'abord il faut qu'on soit vraiment fidèle, n'est-ce pas ?*
- Clarice : *L'autre façon pour prévenir, la seule qui existe jusqu'à aujourd'hui c'est la capote...*
- Chercheuse : *Alors, Clarice a affirmé que c'est la capote alors que pour Alice c'est...*
- Alice : *Ce devrait être la fidélité et pas la capote.*
- Chercheuse : *Et les autres, qu'est-ce que vous pensez ?*
- Femme A : *Qu'il faut utiliser la capote (en souriant).*
- Alice : *Nous sommes en train de parler ici, n'est-ce pas (qu'il faut adopter le condom) ? Mais demande à chacune de celles qui sont ici si elle s'en sert (du condom) ?*

Une autre participante a affirmé que, mis à part le port du condom, l'abstinence serait l'autre option pour la prévention du VIH/sida, ce qui a provoqué le rire des femmes :

- Renata¹⁰⁵ : *Je crois qu'il y a d'autres façons de se protéger : en disant non par exemple (rires).*

¹⁰⁴ [Pesquisadora: Mas o que vocês acham então que uma mulher que tem um parceiro fixo poderia fazer para prevenir aids?

Alice: Primeiro tinha que ser fiel mesmo, né?

Clarice: O outro jeito para prevenir, o único jeito que tem até hoje é a camisinha.

Pesquisadora: Então a Clarice falou na camisinha e a Alice falou que...

Alice: Que tinha que ser fiel, não é a camisinha.

Pesquisadora: E as outras o que acham (O que a mulher que tem um parceiro fixo pode fazer para prevenir a aids?)

Participante A: Tem que usar camisinha (rindo).

Alice: A gente tá falando aqui, né? Mas pergunta para alguma aqui se usa?]

¹⁰⁵ [Renata: Eu acho que tem outras formas de se proteger, por exemplo é dizer não (risos).]

Le refus du partenaire, le fait que la participante ne veut pas avoir de relations sexuelles avec le condom ou la possibilité de susciter la méfiance constituent les principales justifications pour ne pas adopter le condom pour prévenir le VIH/sida chez les partenaires sexuels réguliers. Toutefois, les participantes ont aussi lié l'adoption du condom au genre du partenaire, c'est-à-dire que, généralement, l'homme refuse le port du condom alors que la femme est toujours prête à l'utiliser... si les hommes le veulent.

Larissa¹⁰⁶ : *Je ne crois pas que toutes les femmes qui rencontrent quelqu'un vont coucher avec lui sans la capote. Je crois qu'au moins 70 % des femmes vont dire non... (pas de rapports sexuels sans le condom pour une première rencontre). Et puis, les hommes ce n'est pas ça. Les hommes, si les femmes acceptent... ils couchent sans problème (avec une femme lors d'une première rencontre) sans porter la capote.*

De plus, quelques participantes soulèvent les difficultés liées au pouvoir de l'homme quant à la négociation autour du port du condom. Elisa, d'une façon comique, illustre la situation de la femme qui prend la décision de quitter son mari devant le refus du port du condom. D'autres femmes ajoutent qu'elles risquent de demeurer abstinentes dans ce cas.

Elisa¹⁰⁷ : *Si je demandais le divorce à chaque fois qu'il faut lui demander de porter la capote et qu'il refuse, j'aurais divorcé au moins cinquante fois (rires).*

¹⁰⁶ [Larissa: Eu acredito que não são todas as mulheres que conhecem e já vão direto para cama com eles sem a camisinha. Eu acho que pelo menos uns 70 % falam não. Agora os homens não. Os homens, se a mulher aceitar eles vão tranquilo sem usar camisinha.]

¹⁰⁷ [Elisa: Se toda vez que for pra usar camisinha (e ele não usar) e tiver que largar (separação) eu já teria largado umas 50 vezes (risos).]

Participante A: ...igual eu falei pra ele, do preservativo estas coisas... ele não usa de jeito nenhum. Se for pra ele usar ele prefere ficar sem fazer nada. Não usa.

Participante B: Meu esposo também fala assim: se for para usar camisinha, eu prefiro ficar sem fazer nada (risos).

Participante C: Esse é muito machista (voz baixa).]

- Femme A : *C'est comme je le lui ai dit... du préservatif... de ces choses... il ne les porte pas, d'aucune façon. S'il faut qu'il le porte (le condom), il préfère ne rien faire. Il ne le porte pas.*
- Femme B : *Mon mari, il parle aussi comme ça : « s'il faut porter la capote, je ne ferais rien » (rires).*
- Femme C : *Celui-là est très machiste (à voix basse).*

Une autre participante parle même de la nécessité de recourir aux méthodes contraceptives en cachette puisque son mari ne les accepte pas. Dans ce contexte, elle affirme que le port du condom est impossible chez elle.

- Femme A¹⁰⁸ : *Mon mari aussi, il n'accepte pas ça (le condom)... Il n'accepte pas la prévention (du VIH/sida), d'aucune façon. Il n'accepte même pas la prévention de la grossesse. J'ai fait de la prévention en cachette... ça a été trois ans en prenant des injections en cachette... Et puis j'ai arrêté car je ne pouvais plus (présence d'effets secondaires).*

Comme il a déjà été mentionné, la majorité des participantes attribuent aux hommes la responsabilité des difficultés connexes à l'adoption du condom chez les partenaires sexuels réguliers. Toutefois, quelques participantes ont parlé de la femme qui ne veut pas utiliser le condom.

- Chercheure¹⁰⁹ : *Vous avez dit qu'aucune femme ne prévient, qu'elle ait confiance ou pas, qu'elle sache ou non qu'elle est trompée. La majorité d'entre vous avez dit que la raison c'est que*

¹⁰⁸ [Participante A: O meu esposo também não aceita de jeito nenhum... não aceita prevenir de jeito nenhum. Mal ele aceitava prevenir a gravidez. Eu preveni escondido, três anos tomando injeção escondido. Ai depois eu parei porque eu já não tava mais agüentando (efeitos secundários).]

¹⁰⁹ [Pesquisadora: Vocês disseram que em presença ou não de confiança, sabendo ou não que está sendo traída, nenhuma mulher previne. Todo mundo está dizendo que é geralmente porque o homem não quer. E se a mulher tivesse o poder para prevenir... Vocês acham que a mulher utilizaria os meios de prevenção?]

Participante A: Eu acho que não.

Participante B: Nem todas (hesitante).

Pesquisadora: Então agora vamos voltar à camisinha (risos)... vocês disseram que não previnem porque o homem não quer. E se o homem quisesse... será que a mulher ia estar disposta?

Participante C: No meu caso está, não é?

Participante D: Eu acho que não.]

l'homme ne veut pas prévenir. Alors, supposons que le rôle et le pouvoir de la prévention soient donnés à la femme... pensez-vous que la femme utiliserait les moyens de prévention ?

Femme A : *Je crois que non.*

Femme B : *Pas toutes (avec hésitation).*

Chercheuse : *Alors on va retourner à la capote (rires)... vous avez dit que la prévention n'existe pas parce que l'homme ne le veut pas ... et si l'homme voulait prévenir... est-ce que la femme voudrait le faire ?*

Femme C : *Dans mon cas oui, n'est-ce pas ?*

Femme D : *Je pense que non.*

La suggestion quant à la possibilité que l'homme demande d'utiliser un condom pourrait soulever des soupçons sur la fidélité de celui-ci :

Lais¹¹⁰ : *Il y a le cas de la méfiance... la majorité des hommes d'ici ne portent pas la capote... il y a la confiance. Par exemple : si le mari dit à la femme qu'il veut prévenir, elle va dire : « je crois que tu me trompes » (silence).*

Les participantes des groupes de discussion ont été interrogées sur la relation homme/femme dans le contexte préventif à la fin de chaque rencontre, car au début des rencontres elles ont parlé de cette relation d'une façon globale. Elles s'accordent pour dire que l'égalité décrite au début n'était pas applicable à la négociation du port du condom, car il y a inégalité entre les hommes et femmes dans le contexte de la vie sexuelle.

Chercheuse¹¹¹ : *Au début de la rencontre on a parlé de la situation des femmes dans la famille et dans la société. Maintenant vous*

¹¹⁰ [Lais: Tem o caso da desconfiança... a maioria do homem aqui, não usa camisinha... tem a confiança. Por exemplo, se o marido chega na mulher e fala assim vamos prevenir, ela vai dizer: "eu acho que você tá me traindo" (silêncio).]

¹¹¹ [Pesquisadora: Para voltar à discussão inicial sobre a situação da mulher na família e sociedade. Agora que vocês falaram da camisinha... Vocês acham que para negociar a camisinha... existe uma relação de igualdade tal como vocês descreveram no início do encontro?]

avez parlé de la capote. Est-ce que cette relation d'égalité entre hommes et femmes, dont vous avez dit qu'elle existe aujourd'hui, existe aussi dans la négociation du port de la capote ?

Femme A : *Dans certains cas ils sont ouverts, n'est-ce pas ? Ils veulent l'égalité, non ? Dans mon cas : travailler, étudier... il ne m'empêche pas. Mais, je crois que dans le cas de la prévention... principalement contre le sida... je crois qu'il s'imposerait, il n'accepterait pas. Alors... il y a des préjugés dans cette partie... n'est-ce pas ?*

Chercheuse : *Préjugé sur quoi ?*

Femme A : *De faire la prévention... la capote... préjugé.*

Femme B : *Et puis, il pense que nous autres sommes en train de les trahir ou qu'on se méfie de lui...*

Chercheuse : *Alors, dans ce cas, est-ce que la relation d'égalité existe ?*

Femme C : *Non, je pense que dans ce cas elle n'existe pas (les participantes se sont montrées d'accord avec cette affirmation).*

Le récit d'Elisa démontre finalement que les personnes reconnaissent et utilisent dans leur vie publique le discours « accepté socialement » sur le port du condom chez les personnes ayant un partenaire sexuel régulier sans, par ailleurs, l'adopter dans leur vie privée.

Elisa¹¹² : *Il y a quelques jours ma voisine m'a demandé : « Elisa, est-ce que tu utilises la capote ? » J'ai répondu : « oui ». Elle*

Participante A: Em certos casos eles são, né? Eles querem igualdade, né? No meu caso: trabalhar, estudar ele não interfere em nada. Mas agora eu acho que no caso de prevenção... ainda mais contra a aids... eu acho que ele já se impunha, ele não aceitaria não. Então... tem preconceito nesta parte, né?

Pesquisadora: Preconceito de que?

Participante A: De usar preventivo, camisinha... preconceito.

Participante B: E aí ele acha que a gente tá traindo ou que a gente tá desconfiando...

Pesquisadora: Mas neste caso a relação de igualdade, ela existe ainda?

Participante C: Não, eu acho que neste caso não tem não (todas demonstraram estar de acordo com a afirmação da participante.)

¹¹² [Elisa: Nestes dias minha vizinha falou assim: "Elisa você usa a camisinha?" Eu falei: "uso". Ela falou: "eu também uso". Depois no fim eu fui descobrir que nem eu nem ela usava (risos).]

m'a répondu : « Moi aussi je l'utilise ». Finalement, à la fin de notre conversation j'ai découvert que ni elle, ni moi n'utilisons la capote (rires).

Le point de vue des participantes sur le port du condom pour la prévention du VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier semble être abstrait et confus lorsqu'elles suggèrent le port du condom d'une part et les difficultés liées à cette adoption d'autre part. La majorité d'entre elles ont attribué la responsabilité à l'homme, à son pouvoir et à son refus du condom pour la difficulté d'adoption de celui-ci chez les couples.

Cependant, on observe l'émergence de descriptions et de situations où la femme rejette elle-même le port du condom. Ainsi, le récit des participantes montre qu'en cas d'accord de la part de la femme pour le port du condom, celui-ci ne serait probablement pas adopté à cause du refus de l'homme. Toutefois, si l'homme voulait porter le condom, la femme l'accepterait, mais elles préfèrent des rapports sexuels sans le préservatif.

Finalement, bien que l'adoption du condom représente le principal discours extrait des groupes de discussion et des entrevues, le condom ne fait pas partie des stratégies de prévention adoptées par les participantes dans leur vie privée.

« L'objet » condom selon les participantes

Les descriptions antérieures présentent des dialogues et des réflexions sur le condom et son utilisation ou refus chez les partenaires sexuels réguliers. Cependant, les dialogues des femmes indiquent qu'elles ont leur propre façon de parler ou de décrire le condom masculin ou féminin.

Le condom masculin a été traité comme un « petit sac » de *Mr. Freeze*, sorte de jus de fruit congelé dans un sac en plastique en forme de bâtonnet, tandis que le condom féminin a été décrit comme une chose « grande » semblable à un filtre à café

(au Brésil il y a des filtres à café faits en tissu qui présentent une légère ressemblance avec le condom féminin).

- Femme A¹¹³ : *Elle (la capote des femmes) a l'air d'un petit filtre à café (la participante fait un grande geste avec les mains pour démontrer que le condom féminin est très grand). (rires).*
- Chercheure : *Mais il n'est pas de cette taille là (un geste avec les mains comme la participante avait fait). (rires)*
- Femme B : *Ça semble un gros filtre à café.*
- Femme C : *La capote des hommes ressemble à un petit sac de Mr. Freeze, n'est-ce pas ?*

Le condom masculin est qualifié de pratique, car il capte le liquide séminal et la femme reste propre après le rapport sexuel :

- Sílvia¹¹⁴ : *La capote est beaucoup plus propre.*

Par contre, le condom masculin a été aussi traité de « plate ».

- Isabela¹¹⁵ : *Par exemple, je n'aime pas... je la trouve (la capote) très plate, la capote... elle perturbe.*

Une autre participante a affirmé que le condom est inconfortable, en expliquant qu'elle a des douleurs lors des rapports sexuels et qu'avec le condom cette douleur augmente.

- Cláudia¹¹⁶ : *C'est parce que j'ai très mal avec la capote... Je me sens inconfortable (avec le condom masculin).*

¹¹³ [Participante A: Ela (camisinha feminina) parece um coadorzinho (risos).

Pesquisadora: Mas ela não é deste tamanho não (gesto com a mão repetindo o mesmo de uma participante). (risos).

Participante B: Parece um coadorzão.

Participante C: Só porque a de homem (camisinha) parece um saquinho de laranjinha né?]

¹¹⁴ [Sílvia: Camisinha é muito mais asscada.]

¹¹⁵ [Isabela: Por exemplo, eu não gosto, eu acho ela muito chata, a camisinha ela perturba.]

¹¹⁶ [Cláudia: É porque eu sinto muita dor com a camisinha... eu sinto desconfortável.]

Le condom féminin a été considéré comme un objet bizarre et discuter de ce sujet a provoqué le rire des participantes :

Femme A¹¹⁷ : *Aujourd'hui, avec la capote pour femmes... si tu veux la porter il y en a déjà d'offertes... Ainsi les femmes n'arrêteront pas de se protéger, n'est-ce pas ?...* (la participante a été interrompue par les rires des autres).

Chercheuse : *Pourquoi avez-vous ri ?*

Femme A : *Je trouve cette chose (le condom féminin) très bizarre (avec un air de dégoût), il y a un gros anneau, n'est-ce pas ?* (rires et plusieurs femmes parlent en même temps).

Sílvia : *Est-ce qu'il y a une sorte de colle (pour maintenir le condom féminin dans la bonne place) ?*

En chœur : *Non (rires).*

Femme B : *Un anneau ! (rires).*

Les participantes ont aussi utilisé des mots tel que « truc » et « chose » pour nommer le condom féminin.

Sílvia¹¹⁸ : *J'ai eu une peur bleue que ce truc reste en-dedans (le condom féminin).*

Les participantes ont démontré leur « malaise » face au condom, soit masculin ou féminin. Toutefois, elles utilisent des mots dans leur sens diminutif pour désigner le condom masculin. D'abord, le mot populaire au Brésil pour condom masculin est

¹¹⁷ [Participante A: Mas agora, com a camisinha pra mulher... agora se vocês quiserem usar tem... aí as mulheres não deixarão de se proteger (risos).

Pesquisadora: E as outras riram porque?

Participante A: É eu acho aquele trem esquisito demais (com ar de nojo), tem uma argola, né? (risos e várias falando ao mesmo tempo)

Sílvia: E não tem uma cola nela não?

Participantes em coro: Não (risos).

Participante B: Uma argola! (risos)]

¹¹⁸ [Sílvia: Eu fiquei morrendo de medo deste treco ficar lá dentro.]

« *camisinha* », ce qui signifie petite chemise. Pendant les dialogues elles ont comparé le condom masculin à un « petit sac ».

Le condom féminin est connu comme petite chemise pour femme (*camisinha para mulher*). Les participantes ont montré, d'une part, de la curiosité pour ce type de condom et, d'autre part, elles ont ri à chaque fois que le sujet du préservatif féminin s'est pointé dans les discussions. De plus, le condom féminin a été qualifié de « gros » et comparé à des objets considérés comme grands. Par contre elles ont montré de la curiosité pour le connaître car ce type de condom est déjà offert dans les pharmacies, mais sa disponibilité est encore limitée dans quelques services publics de santé de la ville de Goiânia. Il faut remarquer que le condom féminin a un coût élevé, ce qui représente une barrière d'accès à la population à faible revenu.

Le résultat de la participation : un groupe demande des condoms

Pendant une rencontre avec un groupe de femmes de la communauté, les participantes ont été invitées à parler des stratégies que les femmes peuvent adopter pour prévenir le VIH/sida à l'intérieur de la vie de couple. Luisa, une participante de 40 ans mariée depuis vingt ans affirme qu'elle aimerait recevoir des condoms pour savoir comment les porter et, par la suite, pouvoir parler des stratégies que les femmes peuvent développer pour se protéger du VIH/sida.

Chercheure¹¹⁹ : *Si vous voulez penser à comment la femme peut se protéger(...) Nous croyons que la réponse pourrait venir de vous... car c'est votre expérience... et des personnes que vous connaissez.*

¹¹⁹ [Pesquisadora: Se vocês quiserem pensar no que a mulher poderia fazer para se proteger... Nós pensamos que a resposta poderá vir de vocês, pois se trata da sua experiência pessoal e das pessoas que vocês conhecem.

Luisa: Eu acho assim: ao invés de dar camisinha para macho, dar pra mulher. Porque eu se eu usar uma vez... porque eu não sei como usar.

Pesquisadora: Então se eu enviasse para vocês, camisinha de homem e de mulher, vocês tentariam usar em uma semana e depois voltar aqui para contar o que aconteceu?

Luisa: Eu tentava...

Cláudia: Eu gostaria de levar pra mim ver.

Pesquisadora: Então vocês tentariam se eu conseguisse? Eu vou tentar conseguir os preservativos esta semana e envio a resposta pela Janaína. Porque tenho que solicitar a camisinha de mulher.]

- Luisa : *Je pense comme ça : à la place de donner le condom aux machos, il faudrait les donner aux femmes. Parce que si je l'utilise une fois... parce que je ne sais pas (comment porter le condom, alors, elle ne pourrait pas parler des stratégies).*
- Chercheure : *Alors, si je vous envoyais... des capotes pour hommes et pour femmes... Est-ce que vous essaieriez de les porter pendant une semaine et après, revenir ici pour raconter ce qui s'est passé ?*
- Luisa : *J'essaierais...*
- Cláudia : *J'aimerais les apporter chez moi pour voir...*
- Chercheure : *Bien, je vous enverrai un message par Janaina (intervieweuse). Parce qu'il s'agit de la capote féminine et je dois faire une demande spéciale dans un service public (le condom féminin était offert gratuitement seulement aux femmes inscrites dans le cadre d'une recherche du ministère de la Santé).*

Tout le groupe était excité par la possibilité de recevoir les condoms et la plupart des femmes ont suggéré une date et un local où elles pourraient venir chercher les condoms et les indications sur le port du condom féminin.

- Chercheure¹²⁰ : *La capote des hommes c'est facile à mettre... Toutefois celle de la femme, il faut apprendre à le mettre. Pour la capote des femmes... il faut que je vous rencontre la semaine prochaine pour expliquer comment la mettre.*
- Femme A : *Mais je pense que c'est difficile de la mettre (la capote féminine).*
- Chercheure : *Pas du tout. Elle est flexible et ne fait pas mal.*

¹²⁰ [Pesquisadora: A camisinha masculina é fácil de colocar, porém a feminina tem que aprender a colocar. Eu terei que encontrar com vocês ser na semana que vem para explicar como usa.

Participante A: Mas eu tô achando que pra nós é difícil de colocar.

Pesquisadora: Não, ela é flexível e não vai machucar.]

Les participantes parlaient en même temps et riaient de l'éventualité où elles ne réussiraient pas à porter les condoms. Après beaucoup de discussion sur la date et l'horaire de la rencontre pour l'atelier sur le port du condom, les participantes sont arrivées à la conclusion que la chercheuse n'avait pas besoin de revenir dans la communauté pour les indications, car Janaína, serait capable de le faire.

Janaína était habituée à l'utilisation du condom masculin avec son mari ; par contre, elle ne connaissait pas le condom féminin. Ainsi, elle a reçu deux condoms féminins avec le mode d'emploi sur le port de celui-ci. Après avoir utilisé le condom féminin, Janaína a reçu des condoms féminins et masculins pour les amener au groupe.

Chaque femme a reçu deux condoms féminins et trois masculins pour les essayer pendant une semaine. La responsable du service pour la santé des femmes du ministère de la Santé de la ville de Goiânia, qui a donné les préservatifs, a fourni un dépliant contenant les instructions sur le port du condom féminin, qui a été distribué avec les préservatifs (Annexe 12).

Description sur le port du condom

Quatorze jours après la rencontre où les participantes ont demandé des condoms, un groupe de discussion avec elles a eu lieu pour discuter de leur expérience avec les préservatifs. Cinq des sept femmes qui avaient participé à la rencontre antérieure étaient présentes pour l'évaluation du port de celui-ci. Elisa a envoyé un message disant que son mari n'était pas arrivé de voyage et qu'elle n'avait pas utilisé les préservatifs. Cláudia était aussi absente et a dit qu'elle avait été menstruée pendant la semaine et qu'elle n'avait pas encore essayé les condoms. Cependant, il faut remarquer que Cláudia a réalisé trois entrevues et que durant une des entrevues elle a affirmé qu'elle avait utilisé le condom féminin (*Moi oui, j'ai utilisé et j'ai aimé ça...*).

Silvia, qui a été la seule à participer aux trois rencontres réalisées dans la communauté, continuait à recruter des femmes pour les groupes de discussion. Alors, elle avait partagé ses préservatifs avec une femme, Jane, qui est venue pour participer et elle avait aussi invité Kátia, qui n'avait pas reçu les condoms. Ainsi, comme les deux avaient un partenaire régulier et que l'une d'entre elles avait même essayé le préservatif féminin, elles ont été invitées à rester avec les cinq femmes pour participer au groupe de discussion.

Les participantes ont parlé de leur expérience avec les condoms féminin et/ou masculin, des commentaires de leurs maris et du contexte dans lequel elles ont parlé du condom avec le partenaire.

Silvia¹²¹ : *Pour moi cela a été facile... mon mari est resté curieux... il a dit qu'il n'avait pas envie de miam-miam (de faire l'amour - rires)... et puis il a dit : « Je n'avais pas envie aujourd'hui, car je suis fatigué, mais, je vais le faire pour essayer ce truc... » (Rires).*

Sônia : *Le mien (mari) a essayé et il a aimé ça.*

L'opinion des partenaires : pour la majorité des participantes, il y a eu une bonne acceptation de l'utilisation des deux types de préservatifs par les partenaires.

Chercheuse¹²² : *Quand vous avez parlé avec le partenaire... quelle était sa réaction ?*

Femme A : *Il a ri (le mari a trouvé cela comique).*

Sônia : *D'abord, il a été difficile, mais après il a aimé ça. Il a trouvé ça un peu compliqué... mais après l'utilisation il n'a pas trouvé ça mauvais.*

¹²¹ [Silvia: Pra mim foi fácil... meu marido ficou curioso... Ele disse que nem tava com vontade de nhem-nhem-nhem (sexo e risos) aí ele falou assim: "Eu nem ia fazer isso hoje (sexo) porque eu tô cansado, mas eu vou fazer só para experimentar este trem"... (risos)]

Sônia: O meu experimentou e gostou.]

¹²² [Pesquisadora: Quando vocês falaram com o marido... Qual foi a reação dele?

Participante A: Risos (o marido achou graça).

Sônia: Primeiro foi difícil, mas depois ele achou bom. Ele achou meio complicado, mas depois ele usou e não achou ruim não.]

Seulement une des participantes a affirmé que son mari avait préféré le préservatif féminin. Janaína, la femme qui les a renseignées, a dit que son mari avait aimé le condom féminin aussi. Elle a expliqué que son mari préférait le condom féminin, parce qu'il ne serre pas le pénis.

Femme A¹²³ : *Mon mari a aimé plus celui de la femme... il a dit que c'est plus pratique.*

Quelques femmes ont affirmé que le partenaire ne voulait pas continuer à utiliser le condom féminin :

Silvia¹²⁴ : *Mon mari a dit qu'il ne veut plus utiliser le condom féminin.*

Chercheuse : *Est-ce qu'il a dit pourquoi ?*

Silvia : *L'anneau, cet anneau... il a dit que cet anneau a...* (Toutes les participantes sourient en interrompant).

Femme A : *Mon mari il n'a pas aimé (la capote pour femmes)... il a dit que celle des hommes ça va.*

Femme B : *Il a dit : « ce truc ne marche pas (condom féminin)... celle de l'homme ça marche ». (Selon la participante c'était la première fois que son mari portait des condoms).*

Les participantes ont relaté que les maris envoyaient des messages à la chercheuse pour donner leur avis sur l'expérience ou encore pour dire qu'ils voulaient participer à un groupe de discussion pour raconter leur expérience.

Femme A¹²⁵ : *Mon mari a dit : « Tu peux lui dire (à la chercheuse) pour qu'elle m'envoie (des condoms) à la poignée » (rires).*

¹²³ [Participante A: Meu marido gostou mais da de mulher... ele disse que é mais prático.]

¹²⁴ [Silvia: meu marido falou que a de mulher ele não quer usar mais não.

Pesquisadora: Ele disse por que não gostou?

Silvia: A argola, aquela argola ele disse que aquela argola tem (Risos).

Participante A: Meu marido não achou bom... ele tava falando que a camisinha de homem ainda vai.

Participante B: Ele falou: esse trem não dá certo não (camisinha feminina) da certo só de homem mesmo (primeira vez que marido usa camisinha).]

¹²⁵ [Participante A: pode falar pra ela (pesquisadora) mandar um punhado pra mim (risos).

Silvia: ...E disse que se tiver mais pode mandar pra ele (risos).

- Sílvia : *...et puis, il a dit que s'il y en a encore (des condoms), tu peux lui en envoyer (Rires).*
- Luisa : *Il a dit : « dis à cette femme (la chercheure) que si elle me laisse aller dans cette réunion, je vais raconter comment ça marche » (rires).*
- Femme B : *Il a dit en farce : « Est-ce qu'il y a moyen pour nous (les maris) d'aller là-bas aussi... dire quelque chose, donner une conférence ? » (à toutes les participantes du groupe).*

L'opinion des participantes : les participantes s'accordent pour dire qu'elles aussi ont préféré le condom masculin au féminin.

- Femme A¹²⁶ : *Je crois, je ne sais pas... je pense que c'est meilleur aussi celle des hommes (la capote).*
- Sônia : *Celui de la femme, je n'ai pas aimé.*
- Sílvia : *Moi aussi, j'ai aimé beaucoup plus celui des hommes...*
- Luisa : *La capote de femme est difficile... mais, si l'homme ne veut pas prévenir, il faut que la femme le fasse, n'est-ce pas ?*

Sílvia a affirmé par la suite qu'elle n'avait pas trouvé de différences entre les deux types de condom.

- Sílvia¹²⁷ : *Pour moi ? Il n'y a pas de différences entre les deux types de condom...*

Aucune des six participantes qui a utilisé le préservatif féminin n'a affirmé directement qu'elle l'avait considéré difficile à mettre. Toutefois, quand la chercheure

Luisa: Ele falou assim: "fala pra essa mulher (pesquisadora) que se ela me deixar entrar nesta reunião que eu vou contar pra ela que jeito que é (risos).

Participante B: Ele falou brincando: será que não tinha jeito da gente ir pra lá também, falar alguma coisa, dar uma palestra para elas?]

¹²⁶ [Participante A: Eu acho que sei lá... eu acho melhor também a masculina...

Sônia: A de mulher eu não gostei

Sílvia: Eu também gostei mais da de homem.

Luisa: A de mulher ela é difícil, mas se o homem não vai querer (prevenir) a mulher vai ter que prevenir, né?]

¹²⁷ [Sílvia: Pra mim? Não tem nenhuma diferença (entre preservativo masculino e feminino).]

leur a demandé quel était le motif de leur refus du préservatif féminin, elles ont été unanimes à affirmer que mettre la capote en place serait « compliqué ».

Femme A¹²⁸ : *L'autre est plus facile (capote masculine), celle de la femme est plus compliquée.*

Femme B : *J'ai trouvé difficile de la mettre.*

Par contre, les participantes ont affirmé que les dessins explicatifs dans le dépliant d'instructions sur le port du condom féminin étaient suffisants pour comprendre comment le mettre et qu'il n'était pas nécessaire de lire le dépliant.

Chercheuse¹²⁹ : *Qu'est ce que vous pensez des instructions qui sont venues avec la capote pour femmes ?*

Sílvia : *Ça a été facile. Je n'ai pas trouvé cela difficile.*

Femme A : *J'ai fait de la même façon que ce qui était montré dans le dépliant.*

Femme B : *Il faut seulement regarder les dessins.*

Selon les participantes c'est le fait de savoir que le préservatif féminin est en place qui pourrait causer un certain inconfort, plutôt au niveau psychologique, par le fait de savoir qu'il y a un objet dans leur vagin.

Femme A¹³⁰ : *Non (pas de douleur), c'est parce qu'elle est là.*

Femme B : *Ne dérange pas. C'est de savoir que tu l'as dedans. Déranger... je crois que non.*

¹²⁸ [Participante A: A outra é mais fácil (camisinha masculina), esta da mulher é muito complicada.

Participante B: O que eu não gostei na camisinha feminina é colocar ela.]

¹²⁹ [Pesquisadora: O que vocês acharam das instruções que acompanharam o preservativo feminino?

Sílvia: Foi fácil, eu não achei difícil não.

Participante A: Eu segui do mesmo jeito do papel...

Participante B: É só olhar as figuras.]

¹³⁰ [Participante A: Não (dor)... é porque tá ali...

Participante B: Incomodar não... é de saber que tá com ela dentro de você. Incomodar... acho que não.]

Quelques participantes ont commenté la peur qu'elles avaient de « perdre » le condom féminin à l'intérieur du corps.

- Femme A¹³¹ : *J'ai eu peur de la capote restée dans mon corps (rires).*
 Sílvia : *J'ai failli mourir de peur que ce truc reste dedans. Quand je lui ai montré à Jane, elle m'a demandé s'il n'y avait pas de danger que ce truc s'enfuit dans le corps. Je lui ai dit que non.*

Elles expliquent à la chercheuse que leur rejet du condom féminin pourrait s'expliquer par le fait que c'était leur première expérience. De plus, elles affirment que le condom masculin leur est déjà connu. Elles ont suggéré que l'utilisation du condom féminin encore d'autres fois pourrait les aider à s'adapter à celui-ci.

- Femme A¹³² : *Celle des femmes... ça a été la première fois.*
 Sílvia : *Celle de femme je n'avais jamais vu auparavant, mais celle des hommes je suis habituée.*
 Femme B : *Peut-être si on les utilise d'autres fois, nous pourrions nous adapter, n'est-ce pas ?* (Toutes les participantes parlaient en même temps avec hésitation, elles expliquaient qu'elles avaient utilisé le condom féminin seulement une fois, alors, leur perception de celui-ci pourrait être différente si elles étaient habituées).

Finalement, la majorité entre elles ont dit que entre les deux types de préservatif elles préféraient un troisième choix : *pas de capote*.

¹³¹ [Participante A: Eu fiquei com medo da camisinha ficar lá dentro (risos).

Sílvia: Eu fiquei morrendo de medo deste treco ficar lá dentro. Quando eu mostrei para Jane, ela perguntou se esse trem não tem perigo de escapulir não. Eu falei não.]

¹³² [Participante A: A feminina foi a primeira vez.

Sílvia: A de mulher eu nunca tinha visto, a de homem eu tô acostumada a usar.

Participante C: Quem sabe se outras vez a gente usando vai adaptando né? (Todas falando ao mesmo tempo, com hesitação, explicando que elas usaram só uma vez o condom feminino e que se fossem acostumadas poderiam ter uma percepção diferente.)]

L'expérience collective : un exemple de stratégie de prévention

Au cours de la rencontre, les participantes ont été questionnées sur les stratégies utilisées pour convaincre le mari d'essayer les préservatifs. Une participante a expliqué qu'elle avait parlé avec son mari avant de recevoir des préservatifs, pour le préparer peu à peu à l'expérience.

Femme A¹³³ : *J'ai parlé avec lui avant l'arrivée de la capote, quand je suis rentrée (après la dernière rencontre), je lui ai expliqué ce qu'il devrait faire. Il savait (d'avance) que je devais recevoir des capotes.*

Femme B : *Tu as préparé le terrain d'avance.*

Une autre a dit qu'elle a expliqué à son mari que le condom devrait être utilisé pour la prévention du VIH/sida. Cependant, comme il a remis en question la prévention elle a ajouté d'autres avantages liés au port des préservatifs :

Chercheuse¹³⁴ : *Quelle a été la réaction de ton mari quand tu as parlé avec lui (de l'expérience avec les préservatifs) ?*

Femme A : *Il a dit : « Pourquoi ça ? » (rires)... Je lui ai expliqué que c'était pour prévenir le sida et il m'a dit : « Tu sais que je ne fais rien »... et j'ai dit « comment savoir ce qu'on fait quand on sort de la maison... on ne sait jamais ce qui s'est passé... et ce n'est pas seulement avec le sida, il y a d'autres choses aussi... » Et il a dit qu'il irait voir ça... et puis il l'a utilisé... sans problèmes.*

¹³³ [Participante A: Eu conversei com ele antes de chegar a camisinha, quando eu cheguei daqui eu expliquei pra ele o que tinha que fazer. Ele sabia que eu ia receber umas camisinhas.

Participante B: Você já foi preparando o terreno.]

¹³⁴ [Pesquisadora: Qual foi a reação dos maridos quando vocês falaram com eles?

Participante A: Ele falou: pra que isso? (risos)... Eu falei que era pra prevenir da aids e ele disse: "você sabe que eu não mexo com isso". Eu disse: "quem sai daqui pra lá, a gente nunca sabe o que aconteceu... e não é só a aids não tem outras coisas também." E ele disse então depois a gente vai ver isso... então ele usou... sem problemas.]

Une autre stratégie utilisée par une participante a été d'affirmer que la chercheuse était utilisatrice des préservatifs et qu'elle avait dit que c'était bon.

Femme A¹³⁵ : *La femme là (la chercheuse) en porte, elle a dit que c'était bon... maintenant il faut que nous essayions (rires).*

Finalement, une participante a expliqué au mari qu'elle avait reçu des conseils sur la prévention et l'utilisation du condom lors d'une conférence, afin d'éviter la méfiance de celui-ci face à sa demande.

Femme A¹³⁶ : *Je crois que cela a été super, parce que si nous arrivons devant le mari et parlons (de la capote) il va dire : « pourquoi tu es en train de parler de ça maintenant et me demande de la porter ? ». Bon, comme je viens d'écouter une conférence... Nous (les participantes) sommes venues tout de suite vers notre mari pour lui en parler qu'on nous a expliqué que la seule façon de prévenir est d'utiliser le condom. Si j'allais à lui de la façon comme d'habitude (sans avoir participé au groupe de discussion)... si j'arrivais et lui disais : « aujourd'hui nous allons utiliser la capote »... il répondrait « pourquoi ? » Et puis, il voudrait savoir : « Est-ce que tu te méfies de quelque chose ? ». Puis, c'est comme j'ai déjà dit... que je lui ai expliqué toute de suite qu'il s'agissait d'une conférence qui était sur ça (la prévention du sida et le port du condom)... alors il n'a pas trouvé ça mauvais (le fait de lui demander le port du condom).*

De plus, quand les participantes se sont fait demander « comment négocier le condom », elles ont suggéré qu'il fallait d'abord « essayer » de parler avec le mari.

¹³⁵ [Participante A: a mulher lá usa (pesquisadora), ela diz que é bom, agora a gente tem que tentar (risos).]

¹³⁶ [Participante A: Eu acho que foi ótimo, porque a gente chegar nos maridos e falar assim (sobre condom) e ele diz: porque você está chegando em mim agora me pedindo para usar isto, você está desconfiada de que? E como a gente teve a palestra, a gente já foi direto pra eles e falou que foi sobre a palestra que a gente pediu a eles e falou que o único jeito de prevenir é usando a camisinha. Eu mesma se eu chegasse nele igual eu cheguei lá e falei... se eu chegasse nele e falasse hoje: nós vamos usar a camisinha... ele ia falar "porque?" Ai ele ia querer saber "você tá desconfiada de alguma coisa?". Ai como eu falei... que eu expliquei logo que era a palestra que era sobre isto... então ele não achou ruim.]

- Chercheure¹³⁷ : *Est-ce que vous pensez que vous trouverez beaucoup de femmes qui diront que leur mari ne veut pas (utiliser le condom) avant d'en parler avec leur mari ?*
- Femme A : *Oui, et puis nous pourrions dire (aux autres femmes) que nous pensions aussi que ce serait difficile... mais que ça n'était pas difficile.*

Il semble que les participantes aient utilisé le « pouvoir collectif », soit le fait qu'un groupe de femmes se soit mobilisé pour parler de la prévention et convaincre le partenaire d'utiliser le condom. Elles n'étaient pas chacune toute seule à parler de prévention avec leur partenaire, elles faisaient partie d'un groupe de femmes et, au besoin, elles se sont servi des autres participantes, de la rencontre de groupe et même de la chercheure pour légitimer le dialogue sur la prévention dans leur vie privée et, principalement, l'utilisation du condom sans soulever de questionnements de la part du partenaire au sujet de la confiance et de l'infidélité.

Elles pensaient, avant de parler avec leur partenaire, qu'il serait très difficile de les convaincre d'utiliser le condom mais qu'ils étaient ouverts à l'expérience. Les récits antérieurs suggèrent qu'elles ont réussi car leur demande s'est exprimée à partir d'un contexte favorable, c'est-à-dire, à partir de la mobilisation d'un groupe de femmes par une seule expérience avec des préservatifs.

Par contre, les participantes ne croient pas qu'elles puissent continuer à utiliser le condom avec leur partenaire pour chaque relation sexuelle, à cause du refus du mari, du choix des participantes elles-mêmes de ne pas utiliser le condom dans leur intimité et principalement, à cause du manque d'habitude à l'utiliser. Elles ont affirmé que le condom pourrait être utilisé « si c'était nécessaire » sans pouvoir préciser la signification du mot « nécessaire ».

¹³⁷ [Pesquisadora: E vocês acham que vocês vão encontrar muitas mulheres dizer que o marido não quer, mas que nunca tentaram?]

Participante A: Sim, aí a gente vai chegar e falar pra elas que a gente também achava que era difícil, mas que não foi tão difícil.]

- Chercheure¹³⁸ : *Après cette expérience, est-ce que vous êtes prêtes à adopter la capote comme stratégie de prévention du sida ?*
- Femme A : *Si c'était nécessaire, nous l'utiliserions.*
- Chercheure : *Qu'entendez-vous par « si c'était nécessaire » ?*
- Femme A : *Je ne peux même pas t'expliquer... (rires).*
- Femme B : *Si la femme a des rapports sexuels, alors c'est déjà nécessaire (la prévention), n'est-ce pas ?*

Ces résultats suggèrent que des facteurs tels que le genre, les conditions socio-économiques et éducationnelles ainsi que les valeurs culturelles décrites par les participantes au cours des discussions influent sur les risques de contracter le VIH/sida chez la femme qui a un partenaire sexuel régulier. De plus, la majorité des participantes ont explicité que, dans leur vie privée, elles ne voudraient pas utiliser le condom pour la prévention du VIH/sida pour le reste de leur vie ou encore débiter une bataille avec leur mari pour réussir à prévenir le VIH/sida.

¹³⁸ [Pesquisadora: Depois desta experiência, vocês estariam dispostas à adotar a camisinha como uma estratégia de prevenção da aids?]

Participante A: Se for preciso nós usa.

Pesquisadora: O que significa para vocês "se for preciso"?

Participante A: Uai... eu nem sei te explicar (risos).

Participante B: Se a mulher, se ela tem relação sexual já é preciso, né?]

Perception et gestion du risque: l'influence du genre et de l'accès aux services de santé

Pendant le processus d'analyse des données, nous avons observée les ambiguïtés et les changements d'opinion des participantes au cours des discussions. L'analyse de la description de ces femmes sur la construction des relations de couple, les rapports de genre et de pouvoir, la place de la femme dans la société, le système public de santé, entre autres, a permis de constater le caractère ambivalent des propos. Ces informations sont issues de questions plus générales sur la vie des femmes dans l'entourage des participantes, lesquelles ont été posées au début des rencontres de groupe et des entrevues, quand les participantes ont discuté de leur perception de l'organisation de leur société.

Les thèmes reflètent à la fois les ressemblances, différences et contradictions existant à l'intérieur du contexte de vie de chaque participante, ce qui permettra au lecteur de (a) comprendre la construction plutôt contradictoire de la perception et gestion du risque et des stratégies de prévention décrites dans les sections précédentes et (b) connaître, avec une richesse de détails, des aspects liés à la vie des femmes vivant dans des quartiers défavorisés à Goiânia à partir de leur vécu.

Cette section décrit la compréhension des participantes sur l'influence des rapports de genre sur la vie des femmes dans le contexte du travail, du machisme et de la soumission ainsi que les difficultés liées à l'accès aux services de santé.

La vie des femmes selon les participantes : un mélange de conquêtes, de fardeaux et de diversité

Les participantes ont affirmé que la vie des femmes a beaucoup changé ces dernières années. Selon elles, les femmes occupent une place plus importante qu'auparavant sur les plans de la vie en famille et en société. Elles font des comparaisons entre les hommes et les femmes pour décrire les différences entre les genres. Les participantes d'un groupe ont affirmé que la situation de la femme

aujourd'hui, soit à la maison ou dans la société, varie et que différentes réalités existent parmi les femmes :

- Chercheuse¹³⁹ : *Comment pensez-vous que la femme vit aujourd'hui ?*
- Femme A : *Chacune à sa façon... Chacune a une façon de vivre... chez soi... principalement avec le mari, n'est-ce pas ? Il y a des femmes qui vivent bien où elles habitent, elles ont une bonne relation avec leur mari... et il y en a d'autres que non, c'est un peu compliqué...*
- Femme B : *Il y a des cas où la femme travaille et l'homme ne travaille pas, n'est-ce pas ?*
- Femme C : *Oui, chaque personne a sa propre façon de vivre... c'est comme elle (la femme B) a dit, il y a des familles où seulement la femme travaille et l'homme ne travaille pas ou l'homme n'a pas d'études. Il y a des hommes qui sont irresponsables. Comme la femme est plus responsable, elle devient l'homme de la maison... je crois que dans chaque famille il y a un cas comme ça.*

Quelques participantes ont affirmé que la femme d'aujourd'hui cumule de nombreux rôles tels que l'éducation des enfants, les tâches ménagères et le travail à l'extérieur de la maison. Également, elles affirment que l'homme n'a pas évolué comme la femme et qu'il est incapable d'accomplir avec efficacité les multiples rôles que la femme cumule au sein de la famille et de la société.

- Femme A¹⁴⁰ : *Je pense qu'aujourd'hui... actuellement, la femme est plus en avance que l'homme. Aujourd'hui elle éduque les*

¹³⁹ [Pesquisadora: como vocês acham que tá a vida da mulher hoje?

Participante A: Cada um tem um jeito... cada um tem um jeito de viver... na família... principalmente com o marido... né? Tem pessoas que vive até bem no lugar onde mora, vive bem com o marido e têm outras que não, é meio complicado...

Participante B: Tem caso assim que a mulher trabalha e o marido não, né?

Participante C: Cada um tem sua vida de acordo com ela mesma... igual ela tá falando (participante B) às vezes tem família que é a mulher trabalha e o homem não. O homem não tem estudo. Tem homem que não tem responsabilidade, a mulher tem mais, a mulher é o homem da casa... acho que cada família tem um.]

¹⁴⁰ [Participante A: Eu acho que hoje, no tempo que a gente tá vivendo a mulher... tá mais avançado do que o homem. Hoje ela educa os filhos, ela cuida da casa, trabalha fora... assim, tá mais ágil do que o homem... O homem tá um pouco para trás.

Participante B (Interrompendo): E sofre mais também...]

enfants, elle prend soin de la maison, elle a un travail... Ainsi, elle est plus habile que l'homme... L'homme, lui, il est un peu en retard...

Femme B : *Elle souffre plus aussi (interrompant).*

Les participantes ont aussi démontré une vision critique sur certaines « avancées » féminines. Elles affirment que si la femme a acquis le droit de travailler et l'indépendance économique elle est cependant surchargée par les multiples tâches. De plus, une grande partie du travail qu'elles exécutent demeure invisible (le soin des enfants et de la maison).

Femme A¹⁴¹ : *Tu prends soin de la maison, des enfants, de tout, et le mari reste en dehors de tout ça... et encore, même là le mari dit que la femme ne fait rien (rises).*

Femme B : *Parce qu'autrefois, la femme était encore dépendante du mari. Pas aujourd'hui, elle court... elle court après ses idéaux. Je pense que c'est comme ça.*

Femme C : *Généralement, elle n'est pas valorisée... on fait beaucoup de choses et on n'est pas valorisée... (à voix basse) par le mari.*

Pour ce qui est de la vie de couple, quelques participantes affirment que, malgré les difficultés que la femme pourrait éprouver sans la présence du mari, elle est capable de reconstruire sa vie si le mariage échoue. Selon elles, les femmes des autres générations restaient avec leur mari à cause des enfants, ce qui est moins commun aujourd'hui.

Larissa¹⁴² : *Aujourd'hui, la femme est indépendante. Elle... bien, si le mariage ne marche pas, elle se sépare, elle part, elle prend*

¹⁴¹ [Participante A: Você cuida de casa, de filho, de tudo, o marido fora... e ainda assim o marido fala que a mulher não faz nada (rises).

Participante B: Porque antigamente a mulher ainda dependia muito do marido. Hoje não, ela vai atrás... vai atrás dos seus ideais. Eu acho que sim.

Participante C: Às vezes não é valorizada, né... a gente faz, faz e não é valorizada... pelo marido (voz baixa).]

*soin des enfants et les élève comme si elle était le père.
Alors, aujourd'hui c'est très différent.*

Toutefois, beaucoup de participantes affirment que même en considérant les avancées dans la vie des femmes, l'homme contrôle toujours la vie sexuelle du couple :

Chercheure¹⁴³ : *En revenant à ce que vous disiez au début au sujet de la situation de la femme (famille, société)... lorsqu'on parle de la capote... pensez-vous que la négociation autour de la capote se réalise en situation d'égalité ?*

Femme A : *Ils veulent l'égalité, n'est-ce pas ? Dans mon cas : travailler et étudier, il ne fait rien. Mais, je crois que dans le cas de la prévention... principalement contre le sida... je crois qu'il s'imposerait... il n'accepterait pas.*

Femme B : *Il y a des préjugés dans ce domaine, n'est-ce pas ?*

Femme C : *Oui, des préjugés*

Chercheure : *Préjugés sur quoi ?*

Femme B : *De porter le préservatif... la capote... préjugés.*

Femme D : *La femme pourrait être indépendante non ? Un certain type d'indépendance... mais dans ce domaine non (prévention du VIH/sida).*

Femme E : *C'est vrai, l'homme est machiste.*

¹⁴² [Larissa: Hoje em dia a mulher é independente. Ela... se o casamento não der certo ela se separa, ela vai embora, ela cuida dos filhos, educa como se fosse o pai da criança. Então, hoje em dia é muito diferente.]

¹⁴³ [Pesquisadora: Voltando à situação da mulher que vocês falaram no início (família e sociedade)... agora que vocês falaram da camisinha... vocês acham que para negociar a camisinha existe uma relação de igualdade?]

Participante A: Eles querem igualdade, né? No meu caso: trabalhar, estudar ele não interfere em nada. Mas agora eu acho que no caso de prevenção... ainda mais contra a aids... eu acho que ele já se impunha... ele não aceitaria não.

Participante B: Tem preconceito nesta parte, né...

Participante C: É mais um preconceito

Pesquisadora: Preconceito de que? (várias falando ao mesmo tempo)

Participante B: De usar preventivo, camisinha... preconceito.

Participante D: A mulher pode ter independência, né? Um certo tipo de independência, mas nesta parte não.

Participante E: Mesma coisa, o homem é machista.]

Le travail, le salaire : les différences entre les genres

Les participantes des groupes de discussion affirment que le contexte économique actuel du pays envoie beaucoup d'hommes au chômage et que, dans plusieurs cas, la femme est la seule de la famille à travailler. Dans cette situation, elles disent que certains hommes restent à la maison et prennent soin des enfants pendant que leur femme travaille. Selon elles, la femme a plus d'options de travail que l'homme. Elles croient que les postes ouverts aux hommes exigent un niveau de scolarité élevé et que le marché du travail offre des conditions de travail et des salaires inférieurs aux femmes.

Femme A¹⁴⁴ : *Pas l'homme (qui trouve facilement un travail), il peut passer toute la semaine à la recherche d'une job, marcher, chercher...*

Femme B : *Oui, il semble que pour l'homme c'est plus difficile, je crois que l'homme doit avoir un métier ou des études très avancées pour avoir un bon travail. (...) C'est comme elle (une autre participante) a déjà dit : la majorité des femmes qui travaillent ont un poste de « bonne » dans une maison de famille, hein ? C'est des jobs de femmes.*

Elles affirment que les postes de domestique abondent dans la ville et, ces postes n'étant ouverts qu'aux femmes, la femme peut toujours trouver une place. Cependant, elles critiquent cette situation : elles affirment que bien que les femmes puissent trouver facilement un poste, celui-ci est mal payé en comparaison des postes que les hommes décrochent et, surtout, les postes offerts sont du ressort du travail « spécifique » aux femmes.

¹⁴⁴ [Participante A: Agora homem não, ele pode passar a semana inteirinha ali na bolsa de empregos, andar... procurar...]

Participante B: É, para homem parece que está mais difícil, acho que o homem tem que ter uma profissão ou um estudo bem avançado para conseguir um emprego bom.

Participante B: Acho que é igual ela falou, porque muitas mulheres que trabalham, a maioria é em casa de família, né... e é emprego só para mulher.]

- Femme A¹⁴⁵ : *Du travail pour la femme, il y en a beaucoup. La femme trouve du travail plus facilement mais elle ne gagne pas autant que les hommes.*
- Chercheure : *Alors, tu penses que c'est plus facile pour une femme de trouver une job que pour un homme ?*
- Femme A : *Oui, je crois. Par contre, son salaire est inférieur à celui des hommes... C'est à cause de la sorte de travail...*
- Chercheure : *Quelle sorte de travail est, pensez-vous, la plus courante pour les femmes ?*
- Femme A : *Ici à Goiânia ce qui est le plus courant pour les femmes c'est le travail comme domestique.*

Les tâches ménagères

Dans le domaine des tâches ménagères et du partage des obligations de la maison avec le partenaire ou avec les autres membres de la famille de sexe masculin, les participantes avancent des positions différentes. Certaines participantes affirment avoir vécu une situation de partage alors que d'autres exposent que le partage des tâches existe, mais pas pour toutes *les femmes*.

- Chercheure¹⁴⁶ : *Comment pensez vous que se fait la division du travail chez les gens ?*
- Clarice : *Chez moi c'est moitié-moitié. Tout est partagé. Sur ce plan... chez moi un aide l'autre.*

¹⁴⁵ [Participante A: Serviço pra mulher tem mais. A mulher arruma serviço com mais facilidade, mas não ganha tão bem quanto o homem.

Pesquisadora: Você acha que é mais fácil para a mulher arrumar trabalho que para o homem?

Participante A: Acho, só que não ganha tão bem quanto o homem... É por causa do tipo de trabalho

Pesquisadora: Que trabalho, por exemplo, vocês acham que tem mais para a mulher?

Participante A: Aqui dentro de Goiânia o que mais tem é para trabalhar de doméstica.]

¹⁴⁶ [Pesquisadora: Mas vocês acham que dentro de casa a divisão do trabalho é feita como?

Clarice: Lá em casa é meio a meio. Na minha casa eu faço um pouco e quando ele não tá trabalhando ele faz um pouco. Tudo é dividido, né. Nesta parte lá em casa um ajuda o outro.

Pesquisadora: A Clarice deu o exemplo que em casa tem divisão de trabalho, todo mundo acha que é assim com todo mundo?

Carolina: Nem com todo mundo. É pouco... Eu vou dar um exemplo, lá em casa... eu moro no lote da minha mãe... na minha casa ele me ajuda e na casa da minha mãe ele não ajuda minha mãe. Ele não lava uma colher (risos).]

- Chercheure : *Clarice a donné un exemple de division du travail domestique, pensez-vous que ça marche pour toutes les femmes ?*
- Carolina : *Pas avec tout le monde. Je vous donne un exemple : j'habite dans une maison qui a été construite sur le même terrain que celui de ma mère. Chez moi, il m'aide (le mari) et chez ma mère, il ne fait rien. Il ne lave même pas une cuiller chez elle (rires).*

Les participantes d'un groupe ont présenté des positions différentes sur la participation des hommes au partage des tâches ménagères. Quelques-unes affirment que le partage des tâches existe chez elles alors que d'autres prétendent que, dans le fond, le gros du travail domestique demeure sous la responsabilité de la femme. Cet extrait d'une discussion démontre la controverse autour du partage du travail et de l'égalité entre hommes et femmes :

- Sandra¹⁴⁷ : *Le mien (mari) n'est pas machiste, je crois qu'il faut avoir des droits égaux.*
- Larissa : *(en interrompant) NON, Je pense que vous, Madame, devriez les avoir (les mêmes droits que son mari)... mais, est-ce que vous avez des droits égaux aux siens ?*
- Sandra : *(timidement) Au retour à la maison, les deux devraient... je ne sais pas... s'aider mutuellement.*
- Larissa : *Le tien (mari), il t'aide à la maison (en ton de défi) ?*

¹⁴⁷ [Sandra: O meu não é machista, eu acho que tem que ter direitos iguais.

Larissa (interrompendo): Não... Acho que a senhora que tem que ter... mas a senhora tem direitos iguais a ele?

Sandra: Chega em casa, os dois têm que... sei lá... um ajudar ao outro.

Larissa (interrompendo): Mais o seu ajuda?

Sandra: Ajuda.

Larissa (interrompendo): Parabéns (batendo palma), Parabéns, Parabéns... você é exceção (rindo).

Sandra (falando ao mesmo tempo): Ajuda sim.

Larissa (interrompendo): Todos os dias? (rindo).

Sandra: Todos os dias. Agora eu não tô trabalhando e ele não tem que ajudar... mas mesmo assim ele ainda ajuda... mas quando a gente tava trabalhando, a gente dividia o serviço no final de semana... Você vai fazer o que no final de semana? (como se fosse o casal resolvendo as atividades de cada um)... Eu vou arrumar a casa...

Larissa (interrompendo): o meu não se preocupa com serviço não e nem eu... casa fica pra depois...

Sandra (continuando sem preocupar com a interrupção): fazer faxina ... dividir o serviço de casa... eu não casei para ser escrava do marido não...(silêncio) Eu sou muito feminista também... eu não aceito ficar por baixo não...

Larissa (interrompendo, a outra rindo disse com ironia): menos mal.]

- Sandra : *Oui.*
- Larissa : *Bravo, Bravo, bravo... tu es une exception (elle rit et applaudit, les autres participantes sourient aussi).*
- Sandra : *Il m'aide.*
- Larissa : *Tous les jours ?*
- Sandra : *Tous les jours. Bien, maintenant que je ne travaille pas, il n'est pas obligé de m'aider et même comme ça, il m'aide... mais quand les deux travaillaient, on partageait les tâches domestiques la fin de semaine (...) je ne me suis pas mariée pour devenir esclave de mon mari (silence)... je suis très féministe aussi... je n'accepte pas de rester en-dessous (de l'homme)...*
- Larissa : *Chanceuse (avec ironie).*

Toutes les participantes parlaient en même temps pendant cette discussion et le groupe était divisé sur le sujet.

Le machisme

Dans tous les groupes et au cours de quelques entrevues, les participantes ont parlé du machisme. Le machisme a été décrit comme un comportement présent chez beaucoup d'hommes. Voici quelques extraits de discussions tenues pendant des groupes de discussion pour illustrer les consensus ainsi que les divergences des participantes sur le sujet.

- Femme A¹⁴⁸ : *Il existe beaucoup d'hommes machistes, hein ?*
- Femme B : *Il y a beaucoup de maris qui ne laissent pas la femme travailler et qui disent que la femme (qui travaille) pourrait vouloir devenir supérieure à l'homme (rires)...*

¹⁴⁸ [Participante A: Tem muito homem machista, né?

Participante B: Tem muitos maridos que não deixam as mulher trabalhar e fala que depois a mulher vai querer mandar no homem (risos).]

Cependant, les participantes ne sont pas arrivées au consensus au sujet de la prépondérance des machos au sein de leur société :

- Femme A¹⁴⁹ : *Je pense qu'aujourd'hui il existe moins de machos.*
 Femme B : *Non, il y en a plus.*
 Femme C : *Je pense qu'il y en a moins, beaucoup moins (de machos).*
 Femme D : *Moi aussi, je pense qu'il y a moins de « machistes ».*
 Femme E : *Moins, parce qu'aujourd'hui la femme occupe une place...*
 Femme F : *... très grande, la femme occupe une très grande place dans la société.*
 Femme E : *Très grande dans la société (continue la participante interrompue)... les hommes sont déjà... beaucoup d'entre eux sont...*
 Femme G : *... Ils sont en-dessous de la femme (autre femme interrompt et complète la phrase).*

Toutefois, les participantes décrivent différentes situations connexes au machisme dans leur quotidien ou vues chez des proches. Certaines femmes affirment que le machisme n'existe pas dans leur foyer et d'autres affirment que leur mari est un vrai « macho ».

- Femme A¹⁵⁰ : *Mon mari c'est un macho, il a dit qu'il ne me laissera pas travailler.*

¹⁴⁹ [Participante A: Eu acho que tem menos (machista).

Participante B: Tem mais.

Participante C: Eu acho que tem menos, muito menos.

Participante D: Eu acho que tem menos, machista.

Participante E: Porque hoje em dia a mulher ocupou um lugar...

Participante F: Muito grande, a mulher já ocupou um lugar muito grande na sociedade...

Participante E: Muito grande na sociedade (continua a participante interrompida)... os homens já estão... muitos deles estão...

Participante G: Já tão abaixo da mulher.]

¹⁵⁰ [Participante A: Meu marido mesmo é um machista ele falou que não me deixa trabalhar.

Participante B: Meu marido também falou.

Participante C: Igual eu falei pra ele... do preservativo estas coisa... ele não usa de jeito nenhum. Se for pra ele usar ele prefere ficar sem fazer nada. Não usa.

Participante D: Meu irmão não aceita camisinha.

Participante E: Agora meu marido já é mais moderno... eu só parei de trabalhar porque eu tenho medo de hemorragia e não podia. Eu parei 1 ano e... ele me deu força para eu estudar, pra trabalhar.

Participante A: ...O meu marido fala isso: num deixo você trabalhar porque depois você vai mandar em mim.

Participante B: O meu tem vez que até me impede de sair.

- Femme B : *Mon mari a aussi dit la même chose.*
- Femme C : *C'est comme le mien (mari), je lui ai parlé de la capote... il ne la porte pas du tout. S'il devait la porter, il aimerait mieux rester sans rien faire (pas de rapports sexuels)...*
- Femme D : *Mon frère non plus, ne veut rien savoir de la capote.*
- Femme E : *Mon mari est plus moderne... j'ai arrêté de travailler parce que j'avais peur d'avoir une hémorragie. Puis (dans le passé) j'ai arrêté d'étudier pendant un an, il m'a encouragée à retourner aux études et à travailler.*
- Femme A : *Mon mari dit ça : « Je ne te laisse pas travailler parce que, après, tu vas vouloir me donner des ordres ».*
- Femme B : *Le mien (mari), de temps en temps m'empêche même de sortir.*
- Femme A : *Moi, quand j'avais un travail... mon mari tout le temps me demandait de laisser mon job : « tu n'as pas besoin de travailler » (disait le mari). Il n'aime pas non plus que j'aille à l'église, l'église évangéliste, celle des croyants, si je vais là-bas, il n'aime pas ça.*

La soumission des femmes

Les participantes ont parlé de la situation de la femme dans la famille et dans la société. Elles reconnaissent que la situation de la femme s'est beaucoup améliorée ces dernières années, mais elles affirment que beaucoup d'entre elles sont encore soumises, soit chez elles ou dans la société. Alors, pour les participantes, la soumission de la femme ne se concrétise pas seulement par rapport aux hommes mais aussi par rapport à l'organisation de la société qui favorise cette soumission.

Femme A¹⁵¹ : *Je pense qu'aujourd'hui, la femme qui a conquis son indépendance n'est pas soumise... Il existe beaucoup de*

Participante A: Ah não, quando eu tava trabalhando aí meu marido falava todo dia tem que sair do serviço... você não precisa trabalhar e que não sei o que... ele também não gosta que eu vá na igreja, na igreja evangélica, dos crentes, se eu vou, ele não gosta.]

¹⁵¹ [Participante A: Mas eu acho que hoje em dia a mulher que conquistou sua independência não é submissa. Tem muita mulher independente, mas muita que ainda não é.]

femmes indépendantes, mais il existe aussi beaucoup de femmes qui ne le sont pas.

La séquence d'une discussion sur les conditions des femmes démontre l'existence d'une critique des participantes quant à la soumission et de son ampleur dans la société. Selon elles, la soumission dépend du contexte familial, social et économique.

Larissa¹⁵² : *Même si on a avancé beaucoup, dans ma façon de penser, je crois que la femme est encore soumise ... à tous. Je pense qu'en général la femme d'aujourd'hui est encore très soumise... à tout : aux préjugés... la femme en général, pas seulement les femmes pauvres, mais la femme en général... je pense qu'elle est encore très soumise.*

Femme A : *Parce que, avec le niveau auquel on est arrivé aujourd'hui, la femme devrait être l'égale de l'homme. À propos, il y a beaucoup de femmes qui ont déjà une situation égalitaire avec eux (les hommes). Cependant, du 100 % on peut retirer un 20 % (de femmes qui ne sont pas soumises), les autres sont très soumises aux hommes, beaucoup...*

Femme B : *Pas seulement aux hommes, non ?*

Larissa : *À tout. Même à la femme. Comme par exemple : s'il y a deux femmes, une peut être soumise à l'autre. Peut-être par le niveau de scolarité... À tout, je crois que (elle est soumise) à tout.*

Selon quelques participantes, le fait d'être indépendante de son partenaire sur le plan économique contribue à diminuer le pouvoir de celui-ci sur elle :

¹⁵² [Larissa: Apesar de estarmos tão avançados no meu modo de pensar eu acho que a mulher está ainda submissa... a todos. Eu acho que em geral a mulher hoje é ainda muito submissa. A tudo aos preconceitos a ... a mulher em geral. Não só a de baixa renda... mas a mulher em geral... eu acho que ela é ainda muito submissa... Eu acho ela muito submissa

Participante A: ... porque no nível que a gente está hoje em dia, a mulher tinha que se igualar ao homem. Aliás, tem muitas aí que já se igualaram a ele. Mas de 100 % tira 20 %, as outras ainda são muito submissas ao homem, demais...

Participante B (interrompendo): Não só ao homem, né?

Larissa: A tudo, até mesmo pela própria mulher. Tipo assim: existem duas mulheres e uma é submissa à outra. Talvez pelo grau de escolaridade... Por tudo, eu acredito que por tudo]

- Chercheuse¹⁵³ : *Pensez-vous que la majorité des femmes ont cette condition d'égalité chez elles ?*
- Elisa : *Pas toutes. Seulement quand la femme travaille, alors ça change car tu l'aides (le mari financièrement). Si elle aide chez elle avec son salaire, tout change. Quand j'avais un travail, j'étais (gestes pour expliquer qu'elle était valorisée et bien traitée par le mari). Mais si elle reste sans travailler, alors commencent les problèmes. Il m'a dit : « à partir de maintenant tu ne peux pas faire des dettes ou bien seulement après avoir trouvé un travail, parce que je ne paierai pas tes dettes. » Parce que quand je travaillais, je remplissais le réfrigérateur, j'achetais des vêtements, des souliers... et comme ça les filles, il avait peur. Maintenant que je ne travaille pas... il a changé.*
- Sílvia : *C'est vrai. Quand je ne travaillais pas, le jour de la paie de mon mari il arrivait très tard à la maison. Quand j'avais un travail, il recevait son salaire et venait m'attendre à la porte de mon travail... Il était très loin mon travail (rires). Il prenait l'autobus... (Une participante a dit qu'il faisait ça pour avoir le salaire de Sílvia). Non, il faisait comme ça avec son salaire à lui, il me donnait tout son salaire dans mes mains... Quand je ne travaillais pas il rentrait très tard.*

Les participantes ont présenté une position très critique par rapport à l'égalité entre les sexes et le débat sur les droits des femmes démontre que, pour quelques participantes, l'homme a encore une situation privilégiée.

¹⁵³ [Pesquisadora: Como vocês acham que funciona com as pessoas que vocês conhecem a situação de poder dentro de casa?

Elisa: Nem todas, só quando a mulher tá trabalhando, aí muda porque você tá ajudando. Se ela tá ajudando em casa (financeiramente) aí tudo muda. Quando eu trabalhava fora pra ele eu era... (gestos mostrando que ela tinha uma vida mais igualitária o marido valorizava mais). Mas se fica à toa sem trabalhar, aí começa os problemas né? Ele falou para mim: "a partir de agora você só vai gastar fazer suas contas só no dia em que estiver trabalhando porque eu não vou ficar pagando dívida sua". Porque quando eu tava trabalhando eu chegava enchia a geladeira, comprava roupas, calçados do bom e do melhor, aí minha filha ele morria de medo. Agora que eu tô parada aí... ele mudou.

Sílvia: É verdade. Eu quando eu tava trabalhando, no dia do pagamento do meu marido ele vinha mais tarde, quando eu tava trabalhando ele pegava o pagamento e vinha me esperar lá no meu serviço, olha a distancia (risos)... Ele pegava ônibus e eu trabalhava longe (uma participante comentou que ele vinha atrás do salário dela) Não, era quando ele recebia o salário dele, ele entregava o dinheiro na minha mão. Quando eu não tava trabalhando ele chegava tarde...

- Tânia¹⁵⁴ : *Dans ma famille c'est normal, on me traite normalement, égale à tous les autres... on reconnaît que nous sommes égales aux hommes. Chez moi... tout ce que l'homme fait, les femmes le font aussi... Et si une femme doit faire la cuisine, l'homme doit la faire aussi.*
- Sandra : *Chez moi et mon mari... je crois que les droits sont égaux, il (le mari) n'est pas meilleur que moi... les droits sont égaux.*
- Larissa : *Mais, même si le droit était égal, il (l'homme) serait toujours meilleur que toi (interrompant).*
- Sandra : *Il pense, n'est-ce pas ? (Sandra interrompt Larissa et les autres participantes parlent en même temps).*
- Larissa : *(sur un ton de défi) : Il l'est toujours (le meilleur)... tu peux faire tout de la même façon que lui, mais il gagne toujours, même si ce n'est qu'un petit peu... (Larissa interrompt pendant que Sandra et les autres participantes parlent en même temps, les unes en accord et les autres en désaccord avec elle. Elle ne généralise plus ses commentaires et transforme ses affirmations en un exemple personnel). Au moins chez moi c'est comme ça : nous faisons tout d'une manière égale, mais à un moment donné il en fait un petit peu plus que moi... au moins avec moi c'est comme ça (Dans le contexte de la discussion, Larissa veut expliquer que l'homme a toujours une situation privilégiée par rapport à la femme. Elle ne parle pas seulement des tâches domestiques, mais des situations de la vie quotidienne).*

¹⁵⁴ [Tânia: Na minha família é normal, me tratam normal igual a todos... reconhece que a gente é... igual aos homens. Tudo que os homens faz as mulheres também faz... na minha família... E se uma mulher vai para a cozinha o homem também vai

Sandra: Na minha e do meu marido... eu acho que direitos iguais, ele não é melhor que eu... direitos iguais

Larissa (interrompendo): Mas por mais que seja direito igual ele sempre há de ser melhor do que você (interrompendo várias falando ao mesmo tempo)

Sandra: ...ele acha né?

Larissa (interrompendo em tom de desafio): Ele sempre é, não adianta... você pode fazer tudo você pode fazer tudo igual a ele mais ele sempre ganha de você nem que seja um pouquinho. ...Pelo menos lá em casa é assim: nós fazemos igual, mas chega um momento que ele faz um pouquinho a mais do que eu. Acho que é assim: assunto encerrado, aí ele inventa mais um pouquinho, só mais um pouquinho e ele faz mais do que eu... não adianta... pelo menos comigo é assim. (Confusão, todas falando ao mesmo tempo).

Les participantes des groupes se montrent choquées par des situations extrêmes de machisme et de soumission des femmes, comme dans le cas de Cristina, qui affirme que son mari est très autoritaire et violent et qu'il lui fait des menaces quand elle essaie de changer sa situation. Quelques-unes ont même donné des pistes pour aller chercher de l'aide. Les extraits du récit de Cristina et de la réaction de quelques participantes démontrent l'indignation et aussi le désir de la participante de changer sa vie. En même temps, cette participante est consciente des difficultés liées à une prise de décision sur l'issue de son mariage.

Cristina¹⁵⁵ : *Chez moi il veut être toujours le meilleur. Il est super machiste. Je ne peux pas travailler, il pense que quand il arrive à la maison tout devrait être prêt pour lui, tu sais ? Chez moi il l'est toujours... il est super machiste. (...)*
...Mais quand mon mari a dit ça (qu'il veut tout prêt pour lui dans la maison), je lui ai dit : « les choses ne se passent pas comme ça ». Alors il m'a dit : « la ferme sinon je te casse la figure ». Il pense qu'il est mon père...

Larissa : *Mon dieu !!! Alors, les choses chez toi sont pires que j'avais pensé* (rires). (interrompant pendant que les autres participantes manifestaient de l'indignation.)

¹⁵⁵ [Cristina: Na minha casa sempre é ele (o melhor). Ele é super machista. Eu não posso trabalhar, ele acha que quando ele chega em casa tem que tá tudo preparado, sabe. Na minha casa sempre é ele. Ele é super machista... (...) Mas o meu marido quando ele falou aquilo eu falei na hora: não é assim (o que é super machista e quer tudo em casa preparado). Aí ele falou você cala a boca senão eu te sento a mão. Ele acha que ele é meu pai...

Larissa (interrompendo): Meu Deus!!!... Então o negócio lá é ainda pior do que eu imaginava (risos geral)

Cristina: É. É porque eu não quero que ele chegue porque ele acha que ele é homem né... Eu falo: experimenta para você ver o que vai acontecer... Você vai ligar pra sua mãe pra falar de mim? Não eu vou falar pro juiz...

Larissa (interrompendo): Nós estamos praticamente na virada do milênio, fala pra ele que não existe isso mais não, você tá é doída...

Sandra: Hoje em dia além de existir o pai e a mãe para nos ajudar tem pessoas que nos ajudam tipo este grupo mesmo, por exemplo, já é uma grande ajuda, né? Existe coisas que nos ajuda além de pai e mãe, mas antigamente não existia...

Cristina (interrompendo): ...mas antigamente as mulher não tinha coragem de falar eu vou sair deste casamento porque não dá mais... quando foi para mim casar ninguém não queria que eu casasse eu casei de teimosa... (...) se eu não tiver a coragem de dizer: eu Cristina, eu vou separar eu vou cuidar da minha vida, não adianta vocês aqui querendo me ajudar e minha família... c tem muita mulher também por aí só (Risos)

Larissa: Tudo pra mudar tem que partir da mulher, né?

Cristina: É... Quando eu fiquei sabendo eu fiquei angustiada, preocupada (as outras rindo e repetindo: quando você ficou sabendo?)... É sério, né? Não entrava na minha cabeça que... eu não tô gestante doutor... para mim (abaixando a voz)... eu fiquei falando comigo: criança agora. Eu sei o que isto é difícil (continuação incompreensível e Larissa disse nem eu). Se eu soubesse que era bom eu teria tido mais... mas num casamento que não vai bem pelo homem ser tão machista não compensa você por 2 ou 3 filhos no mundo... (silêncio).]

- Cristina : *Oui, je ne veux pas qu'il arrive comme ça parce qu'il pense qu'il est un homme, hein ? Je lui réponds : « essaie de me frapper et tu vas voir ce qui se passera ». Et il m'a répondu : « tu vas appeler ta mère pour parler contre moi ? » Et je lui ai répondu : « Non, j'appellerai un juge »...*
- Larissa : *(interrompt) On est pratiquement au tournant du millénaire, dis à ton mari que ça n'existe plus, c'est de la folie.*
- Sandra : *Aujourd'hui, en plus d'avoir nos parents pour nous aider, il existe des personnes qui nous aident, genre ce groupe-là, c'est déjà une grande aide, non ? Actuellement, il y a des choses (organismes et lois) qui nous aident en plus de l'aide de nos parents, ce qui n'existait pas dans le passé...*
- Cristina : *Autrefois, la femme n'avait pas le courage de dire qu'elle en avait fini avec son mariage quand il ne marchait plus... lors de mon mariage, personne de ma famille ne voulait de ce mariage et, entêtée comme j'étais, je me suis mariée quand même. Maintenant, si je n'avais pas le courage de dire : « moi, Cristina, je veux me séparer et prendre ma vie en main », cela ne servirait à rien que vous-autres et ma famille essayent de m'aider... en plus il existe des tas de femmes partout qui sont seules (rires).*
- Larissa : *Les changements doivent venir de la femme elle-même, n'est-ce pas ?*
- Cristina : *Oui... Quand j'ai appris (la grossesse actuelle), j'ai été angoissée (les participantes ont ri). C'est sérieux, n'est-ce pas ? Ça ne rentrait pas dans ma tête... « mais docteur, je ne suis pas enceinte »... Je me suis dit : « un enfant maintenant ? ». Je sais que ça c'est difficile... Si je savais que c'était si bon (avoir des enfants) j'en aurais eu plus... mais, dans un mariage qui ne marche pas bien car l'homme est très machiste... ça ne vaut pas la peine de mettre deux ou trois enfants au monde... (Silence)*

L'accès aux services de santé

Les femmes ont décrit de façon différente leur perception sur les services de santé publique. Quelques participantes ont mis l'accent sur l'accès au condom dans les services publics de santé et sur l'importance de l'implication de « l'agent communautaire de santé¹⁵⁶ » dans les activités visant la prévention du VIH à l'intérieur de leur communauté. Elles ont critiqué le manque d'assiduité des agentes de santé et aussi du rôle limité pour intervenir dans la prévention du VIH.

Helena¹⁵⁷ : *L'agente de santé devrait venir chez nous pour nous aider à prévenir le sida... pour parler avec nous et avec nos maris...*

D'autres participantes ont parlé de la qualité des interventions visant la prévention du VIH/sida dans les services publics de santé. Seules les participantes des groupes de discussion réalisés dans la communauté ont critiqué les différences existant entre les services de santé privés et publics.

L'accès gratuit au condom masculin

Quelques participantes ont affirmé que c'est difficile d'aller chercher le condom distribué gratuitement dans les CAIS à cause du document d'identité exigé pour avoir le droit de les recevoir.

Dora¹⁵⁸ : *La capote, seulement si on l'achète, parce que dans le CAIS ils exigent la carte d'identité.*

Intervieweuse : *Pourquoi c'est difficile avec la carte d'identité ?*

¹⁵⁶ Agent communautaire de santé : membre de la communauté, qui fait partie de l'équipe du Programme de Santé de la Famille (médecin, infirmière et dentiste) et qui fait le lien entre la communauté et le centre de santé communautaire. Seulement les participantes interviewées et celles qui ont participé aux groupes de discussion dans la communauté avaient l'accès aux services offerts pour le Programme de Santé de la Famille.

¹⁵⁷ [Helena: O agente de saúde tem que vir na casa da gente ajudar a gente a prevenir sobre a aids... Para conversar mais com a gente com os nossos maridos...]

¹⁵⁸ [Dora: Só se for comprando (condom) porque no CAIS eles exigem identidade, aí fica difícil para pegar o preservativo. Entrevistadora: Porque é difícil com identidade?]

Dora: Porque eu mesmo não tenho identidade e muitas mulheres não tem identidade aí elas não pegam. No CAIS não, só se for comprando.]

Dora : *Parce que je n'ai pas de carte d'identité et beaucoup de femmes non plus n'ont pas de carte d'identité, alors elles ne cherchent pas la capote dans le CAIS, on ne l'a qu'en l'achetant.*

Pour ce qui touche la distribution du condom, une autre participante affirme que même avec l'exigence de la carte d'identité, ce n'est pas difficile de recevoir le condom gratuitement :

Intervieweuse¹⁵⁹ : *Penses-tu que c'est facile pour les femmes d'aller chercher le condom au CAIS ?*

Marcela : *Oui, c'est facile... Il faut seulement apporter la carte d'identité, l'adresse... c'est tout...*

Gabriela, autre femme interviewée, affirme que le condom distribué gratuitement est de mauvaise qualité et elle ajoute que la carte d'identité est une exigence pour avoir accès aux condom. Elle croit que la carte d'identité est exigée pour contrôler l'âge des personnes qui demandent le condom, c'est-à-dire, que les personnes mineures (de moins de 18 ans), ne pourraient pas recevoir le condom distribué gratuitement dans les services de santé publique. Elle critique cette situation en affirmant qu'il y a des adolescents qui sont déjà actifs sexuellement et qui resteront en dehors des programmes de distribution gratuite du condom à cause de leur âge :

Gabriela¹⁶⁰ : *Par exemple, tu vas là-bas (au CAIS) chercher le préservatif et il est de mauvaise qualité, ce n'est pas un bon préservatif. Toi... la personne qui va les chercher, doit avoir la carte d'identité. (...) Aujourd'hui, les rapports sexuels sont tellement naturels que la personne de 12 ans, 13 ans*

¹⁵⁹ [Entrevistadora: Você acha que é fácil para elas pegar um preservativo no CAIS?
Marcela: É fácil... É só levar identidade, endereço, só...]

¹⁶⁰ [Gabriela: Por exemplo, você vai lá para pegar o preservativo e ele é de má qualidade, não é um preservativo bom. Você... A pessoa que vai pegar tem que ter identidade. (...) Hoje, relação sexual tá uma coisa tão natural que a pessoa com 12 anos, 13 anos. É difícil encarar esta realidade, mas é isso aí. Como um menino ou menina de 12 anos vai pegar camisinha lá?]

(est déjà active sexuellement)... *c'est difficile de faire face à cette réalité, mais c'est comme ça... comment un garçon ou une fille de 12 ans pourrait aller là-bas chercher la capote ?*

Quelques participantes de la communauté ont aussi parlé des difficultés qu'une femme éprouve pour aller chercher un condom au CAIS :

Femme A¹⁶¹ : *Si tu vas là-bas chercher la capote, tu ne peux pas savoir s'ils vont te donner le service. Peut-être si tu demandes s'ils ont la capote, ils vont te répondre que oui, mais qu'il faut revenir le lendemain pour la chercher.*

Par contre, d'autres femmes ont affirmé qu'elles n'ont pas eu de problèmes pour obtenir un condom au CAIS du quartier ou encore, qu'elles y ont eu accès à cause de leur amitié avec l'agente communautaire de santé du quartier.

L'invisibilité des femmes qui ont un partenaire régulier dans les services de santé face au VIH/sida

Quelques participantes ont affirmé que les médecins ne parlent jamais avec elles du VIH/sida et une autre a suggéré que les médecins ne leur parlent pas de prévention du VIH/sida car elles sont mariées.

Cláudia¹⁶² : *Les médecins n'ont jamais parlé du sida avec nous... je sais par la télévision... par eux (les médecins) je ne sais rien. Les médecins ne parlent pas du sida avec moi parce que je suis mariée. Ils n'écoutent même pas ce que tu as à leur dire...*

¹⁶¹ [Participante A: Se você vai buscar, você não sabe se eles vão dar a mínima para você. Capaz que se você perguntar: "Tem camisinha?" e eles respondem: "Tem, mais vem buscar amanhã?"]

¹⁶² [Cláudia: Os médicos nunca falaram sobre aids pra nós. Eu sei pela televisão... por eles mesmo eu não aprendi nada. Os médicos não falam comigo sobre a aids porque eu sou casada. Mal eles escutam o que você tem para falar.]

Helena a, elle aussi, mentionné que les médecins ne parlent pas du VIH/sida avec les femmes.

Helena¹⁶³ : *On va chez le médecin et ils ne parlent jamais du sida avec nous.*

Les femmes recrutées au CAIS Alpha n'ont pas relevé la qualité des soins donnés par ce service. Il faut noter que les participantes de ces groupes de discussion étaient enceintes, à l'exception d'une qui avait récemment accouché. Elles sont donc venues participer aux rencontres immédiatement après leur consultation avec un médecin. Par contre, elles ont discuté des recommandations données sur le VIH/sida par le médecin à l'occasion des consultations pour le suivi prénatal. Toutes ont affirmé avoir reçu une offre pour le test de dépistage. Cependant, leurs opinions divergent quant à l'intervention du médecin sur la question de la prévention du VIH/sida.

Quelques-unes affirment que leur médecin a parlé de la prévention du VIH/sida, de l'importance du test de dépistage et aussi des possibilités de contamination même dans une situation stable comme celle du mariage. D'autres ont affirmé que leur médecin et les membres de l'équipe de santé ne leur ont jamais parlé de la prévention du VIH/sida.

Chercheure¹⁶⁴ : *Est-ce que quelqu'un a parlé avec vous du sida ici dans le Centre de santé ?*

Femme A : *Non...*

Femme B : *Je crois que oui...*

Femme C : *Moi, j'ai eu des explications de mon médecin.*

¹⁶³ [Helena: A gente vai no médico e eles nunca falam de aids para a gente.]

¹⁶⁴ [Pesquisadora: ...alguém já falou para vocês de aids no posto de saúde?

Participante A: não...

Participante B: Eu acho que conversam...

Participante C: Eu já tive muita explicação de médico...

Participante D: É o Dr. Ênio já explicou.

Participante E: O meu médico mesmo nunca falou.

Participante F: Aqui direto tem palestra para gestante, mas eles não falam da aids...]

- Femme D : *Oui, le Dr Ênio m'a expliqué (cette femme confirme l'affirmation de la participante antérieure, car leur médecin est le même).*
- Femme E : *Mon médecin ne m'en a jamais parlé...*
- Femme F : *Ici, il y a souvent des rencontres avec des femmes enceintes, mais ils ne parlent pas du sida.*

Service public et service privé de santé : des différences relatives à l'attente, aux relations avec les fonctionnaires et à la qualité des soins

Les participantes de la communauté soulignent la mauvaise qualité des services du CAIS de leur quartier. Les principales plaintes concernent la difficulté à obtenir une consultation et l'impolitesse des employés et de l'équipe de soins de santé envers la population.

- Cláudia¹⁶⁵ : *Mon bébé qui est ici, il a 10 mois. Ça fait déjà quatre mois que j'essaie de faire l'examen de prévention (prévention du cancer du col de l'utérus) et il n'y a aucune façon de le faire...*
- Elisa : *Moi aussi, je ne peux pas faire cet examen... Il faut aller tous les jours là-bas (au CAIS) pour essayer d'avoir un rendez-vous pour une consultation et je ne réussis pas. C'est difficile.*

Le récit de Elisa démontre son mécontentement des services offerts par le CAIS de son quartier, principalement par rapport à l'impolitesse des employés :

- Elisa¹⁶⁶ : *Le fils d'une amie a eu une blessure à la tête. Je suis arrivée là-bas et j'ai dit : « Madame, je voudrais ouvrir un dossier pour cet enfant parce qu'il saigne ». Elle (une fonctionnaire*

¹⁶⁵ [Cláudia: Esse nenê tá com dez meses, tem 4 meses que eu estou tentando fazer o exame de prevenção e não tem como.

Elisa: Eu também não, não tem jeito de fazer. Você tem que vir todo dia para tentar marcar uma consulta e não consegue...é o trem mais difícil.]

¹⁶⁶ [Elisa: O menino de uma amiga levou um corte na cabeça, eu cheguei lá e falei assim: senhora, eu queria fazer a ficha pra consultar este menino porque ele tá sangrando demais. Ela respondeu: olha minha filha ele tá dando febre? Eu disse tá pegando fogo e ela falou assim "aqui não tem corpo de bombeiro" (risos).]

du CAIS) *m'a répondu* : « *Est-ce qu'il a de la fièvre ?* » *J'ai répondu que, oui, il brûlait*¹⁶⁷. Elle (la fonctionnaire) *m'a répondu que là-bas il n'y avait pas de pompiers* (rires).

Quelques femmes soulèvent aussi la différence de la qualité des services entre différents quartiers et aussi de la distinction entre les secteurs public et privé des services de professionnels de la santé : les personnes qui utilisent le système privé sont mieux traitées que celles qui recourent au service public.

Elisa¹⁶⁸: *La dernière fois que je suis allée au CAIS j'avais un problème* (hésitation)... *un problème chez moi* (voix basse)... *Il y avait trois mois que je n'avais pas de menstruation* (voix encore plus basse)... *Puis, je suis arrivée là-bas* (CAIS) *et j'ai dit au docteur que j'étais là parce que...* (elle a arrêté son histoire pour expliquer que le médecin en question était déjà le sien, mais qu'elle avait des consultations avec lui dans un service privé, où elle payait pour avoir une consultation)... *Quand je consultais là-bas, dans sa clinique, il* (le médecin) *me traitait très bien mais quand je suis allée le consulter* (le même médecin dans un service public) *et que je n'ai pas payé pour la consultation, il m'a traitée avec tellement d'impolitesse que je n'ai même pas pris l'ordonnance. (...)* *Je suis arrivée très contente et il m'a maltraitée et je me suis dit que je ne retournerais jamais dans ce CAIS. (...)* *J'attends que mon mari revienne* (d'un voyage) *pour me donner de l'argent pour que je puisse aller*

¹⁶⁷ Brûler de fièvre : façon populaire de parler au Brésil quand quelqu'un a de la fièvre. De plus, dire que le patient a de la fièvre au moment de consultations urgentes est une stratégie utilisée par les clients du service public pour contrer le temps d'attente.

¹⁶⁸ [Elisa: A última vez que eu vim aqui eu tava passando por um problema... (hesitação) um problema em casa (voz baixa) eu cheguei contrariada para consultar sabe. Ai o médico chegou e falou para mim? Eu tinha 3 meses que não menstruava (voz mais baixa). Ai eu cheguei e falei assim: Olha doutor eu vim cá, porque o senhor tinha... (parou para explicar o contexto)... quando eu tava fazendo exame lá na clínica dele nossa ele me tratava bem demais, aí quando eu fui consultar, que eu não pagava consulta pra ele, ele me tratou tão mal que eu sai do consultório e nem a receita peguei. Eu fiquei completamente assim... aí eu peguei... Eu trabalhava num lugar aí eu comentei com o médico de lá: olha, eu nunca mais vou voltar naquele cais porque os médicos são tão sem educação, não tem um pingo de consideração... eu tava passando por um problema tão triste na minha vida que da forma que ele me tratou... eu cheguei lá alegrinha com ele e ele me maltratou eu falei "nunca mais vou naquele cais". Então nunca mais eu nem faço a prevenção... tô esperando meu esposo vim para me dar um dinheiro para eu fazer (prevenção particular).]

faire la prévention ailleurs (consultation et examen dans un service privé).

Les enjeux pour la prévention du VIH en présence de la diversité et de la complexité des relations sociales et de l'accès aux services de santé

Ces résultats indiquent la complexité contextuelle vécue par les femmes telle que décrite par les participantes de même que la diversité des expériences vécues. Les participantes ont exprimé leurs perceptions de l'espace occupé par la femme dans la famille et dans la société, tout en comparant ou en critiquant cette situation par rapport à celle des hommes et celle des femmes. Elles ont décrit les diverses réalités (individuelles, familiales, sociales, économiques, entre autres) auxquelles elles sont confrontées. Également, les participantes ont mis en lumière les aspects communs de la vie des femmes tels : le soin des enfants, le travail sous-valorisé et l'influence de leur genre et de l'organisation sociale sur leur vie. Par contre, elles ont aussi rapporté les situations particulières vécues par les femmes en général et par elles-mêmes comme la violence domestique et la dépendance économique.

Les consensus, les divergences et les ambivalences de ces femmes quant à la perception et gestion du risque face au VIH , à la situation de la femme ayant un partenaire sexuel régulier et à des expériences vécues par les participantes elles-mêmes indiquent l'importance de comprendre le contexte collectif et individuel dans lequel ces femmes sont insérées.

Leurs récits sur les services de santé offerts dans leur quartier et leur ville indiquent l'existence de différences entre les services et l'ouverture relative face aux difficultés qu'elles pourraient éprouver dans le contexte de la prévention du VIH/sida. Ces difficultés sont liées à « l'invisibilité » de la femme dont le partenaire sexuel est régulier, à leur perception de la distribution du condom par les services publics, au mépris du personnel dans les services publics, à l'inexistence de lien entre les services de santé et la communauté en regard de la prévention du VIH/sida et aux difficultés d'accès à ces services, entre autres.

Ainsi, la perception des participantes sur la femme, la famille, les hommes, le travail, le machisme, la soumission et les services de santé pourrait contribuer à (a) discerner comment les participantes ont construit leur perception du risque face au VIH/sida, (b) saisir leur opinion sur le condom et les enjeux liés au port de celui-ci, (c) comprendre comment elles gèrent ou planifient de gérer ce risque et (d) reconnaître l'importance de la confiance dans leur vie de couple, mais aussi la fragilité de cette confiance dans le contexte préventif du VIH/sida.

DISCUSSION

Dans ce chapitre, cinq thèmes principaux émergeant de l'analyse des données sont discutés.

1. L'infidélité en tant que risque imminent pour le VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier.
2. La confiance en tant que génératrice du risque et stratégie de gestion du risque.
3. Le condom dans le contexte du quotidien des partenaires sexuels réguliers : rapports de genre et de pouvoir.
4. Au delà de la vie privée : les influences du contexte social et des services de santé publique sur la perception et la gestion du risque de femmes ayant un partenaire sexuel régulier.
5. La production de la connaissance critique et contextuelle : la subjectivité, la théorie et la méthodologie.

L'infidélité en tant que risque imminent pour le VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier

L'infidélité, principalement celle de l'homme, a été dénoncée comme étant la responsable du risque couru par les femmes dont le partenaire sexuel est régulier, ce qui confirme les études réalisées au Brésil qui indiquent que les hommes se considèrent infidèles (Almeida, 2002 ; Guerriero et coll., 2002 ; Mota, 1998 ; Silva, 2002) et que l'infidélité masculine est acceptée socialement dans plusieurs pays, incluant au Brésil (Adrien et coll., 1996 ; Bhattacharya, 2004 ; C. D. Guimarães, 1996 ; Tharawan et coll., 2003). Les participantes de cette étude ont discuté de manière générique « la nature » infidèle de l'homme, d'abord comme un fait biologique inhérent au sexe masculin comme le confirment les résultats des études cités ci haut sur la croyance de la société sur le rôle de l'homme dans la vie sexuelle.

Cependant, après une analyse plus approfondie du sujet, cette perception plutôt « naturelle ou génétique » du rôle infidèle de l'homme est rejetée par les femmes qui, prises par la tension entre un discours déterministe (ils sont comme ça et il n'y a rien à faire) et un autre discours critique (ils peuvent changer leur comportement), mettent en lumière que le comportement infidèle de l'homme est dû à la liberté dont il jouit dans la société. Les comportements attribués à l'homme tels que le début précoce de la vie sexuelle et les multiples partenaires, décrit dans plusieurs études (Giffin, 2002 ; Mota, 1998 ; UNAIDS, 2001 ; Wingood & DiClemente, 1999, 2000), sont considérés par les participantes comme un signe de « liberté ». Santos et Iriart (2007) affirment qu'au Brésil, la vision traditionnelle qui définit les rôles des hommes et des femmes dans le contexte du VIH chez les partenaires sexuels réguliers est en voie de changement.

Les participantes pointent deux autres facteurs qui jouent dans le contexte de l'infidélité masculine : les différences entre les classes sociales et le niveau de scolarité. Selon elles, les personnes dont la scolarité est plus élevée et qui proviennent d'une classe sociale aisée sont aussi infidèles, mais se protègent davantage du VIH/sida en portant le condom. Bien que la majorité des recherches déjà réalisées

partout dans le monde indiquent que la connaissance du VIH/sida n'est pas suffisante pour promouvoir des changements de comportement dans la population (Afifi, 1999 ; Bajos & Marquet, 2000 ; Mota, 1998 ; Pilkington et coll., 1994 ; Rhodes & Cusik, 2000 ; Santos & Munhoz, 1996), plusieurs études suggèrent que l'adoption du condom augmente avec le niveau de scolarité (Duarte et coll., 2003 ; Maharaj & Cleland, 2005 ; Simões-Barbosa, 1997 ; Szwarcwald et coll., 2000).

Les femmes vivant en situation de pauvreté entretiennent surtout des relations avec des hommes des classes populaires détenant généralement une faible scolarité, ce qui les mène à confronter plusieurs types de relations patriarcales (les stéréotypes et les normes qui définissent le comportement adéquat pour le sexe féminin), et les rend collectivement vulnérables au VIH/sida. Selon Delor et Hubert (2000), le processus de « *vulnérabilisation* » dans le domaine du VIH/sida se construit à l'intersection des trajectoires sociales de l'individu, de ses interactions et de son contexte social. Gendron (2001) ajoute que la vulnérabilité au VIH est construite à l'intérieur « d'un complexe d'expériences vécues d'exclusions multiples » dans les sphères personnelles, interpersonnelles et socio structurelles. Ainsi, il existe une pluralité de domaines qui influencent la vulnérabilité des personnes et des groupes face au VIH/sida et ceux-ci sont vus en tant qu'« espaces de vulnérabilité qui s'entrecroisent et se renforcent mutuellement » (Delor & Hubert, 2000, p. 1567). Les rôles attribués aux sexes, l'inégalité basée sur le genre, la pauvreté, la faible scolarité font partie des « espaces de vulnérabilité » du quotidien de ces femmes.

Les participantes n'ont fait qu'effleurer l'infidélité féminine. Ce manque d'approfondissement révèle les aspects de la « culture féminine » caractérisée par le silence, le conformisme et la nécessaire « inexpérience » sexuelle de la femme qui indiquent la décence et la vertu associées au comportement féminin (K. Guimarães, 1996). L'infidélité des femmes est décrite comme moins fréquente et répréhensible puisque l'adultère ne fait pas partie des rôles attribués au sexe féminin, tel que le font remarquer Guerriero et coll. (2002), C. D. Guimarães (1996), Mamede (1996), Mota (1998) ainsi que Silva (2002). Cependant, même si « la nature monogame » de la

femme est cautionnée par les participantes pour justifier leur caractère plus fidèle, elles ont mis l'accent sur la construction sociale des rôles attribués à la femme : le manque de liberté, les responsabilités et le contrôle exercé par l'homme sur leur vie.

Les discours des participantes sur l'infidélité des hommes et des femmes indiquent, d'une part, qu'elles intègrent autant d'explications patriarcales - qui justifient l'origine des rôles des hommes et des femmes comme biologique (basée sur le sexe) - que des explications sociales (basées sur le genre) pour ces rôles (Lorber, 1998). D'autre part, une tendance à justifier prioritairement l'infidélité de l'homme surtout au plan biologique (Lorber, 1998) et la fidélité de la femme au plan social (Weitz, 1998) se manifeste. Considérant qu'un attribut biologique ne change pas et qu'une construction sociale est passible d'être « reconstruite », plusieurs femmes considèrent que l'homme est né avec cette nature infidèle et ne changera pas. Par contre, une femme pourrait être passible de changer sa situation puisque les rôles qu'elle porte sont issus des « exigences » sociales (moins de liberté, plus fidèle, responsabilités envers les enfants).

Cette description de l'infidélité de l'homme et de la fidélité de la femme indique l'existence de concepts normatifs fixes et binaires qui présentent une opposition entre les genres (Scott, 1996, c.f. pp. 76-77) dans le discours des participantes : l'homme est infidèle, la femme est fidèle ; l'homme contrôle sa vie sexuelle, la femme ne la contrôle pas ; l'homme a plus de désir sexuel, la femme en a moins. Les constructions sociales des normes qui guident le comportement sexuel des hommes et des femmes, en tenant compte de l'opposition entre les deux sexes, contribuent au renforcement des rapports de pouvoir entre eux.

Pour cette même division binaire entre les sexes, la discussion des participantes est moins ponctuelle et plus questionnable quand l'infidélité se place dans le contexte de sexe entre les hommes (un homme marié avec un homosexuel). L'infidélité masculine pratiquée avec un homme (un amant), rapportée par quelques participantes, provoque la surprise des participantes qui sont choquées par la possibilité qu'un homme marié puisse avoir des rapports homosexuels. L'étude

réalisée par Parker (1991) a mis en lumière le fait que, dans le contexte culturel brésilien, un homme peut avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes sans être considéré homosexuel ou bisexuel si, au moment de ces rapports sexuels, il adopte un rôle actif (insertion du pénis). Par conséquent, ces hommes n'envisagent pas qu'ils courent un risque, car le sida est lié à l'homosexualité. L'auteur affirme que la classification des rapports sexuels en « actif » ou « passif » permet de distinguer autant l'homme "macho" (actif) de l'homme "gai" (passif) que l'homme (actif) de la femme (passive). Ainsi, l'homme (actif) a un rôle de dominateur, de contrôle par rapport aux partenaires passifs, dominés, perçus inférieurs (Aggleton et coll., 1999 ; Parker, 1991). Le rejet, par quelques participantes, de la possible « bisexualité » d'hommes mariés pourrait s'expliquer par une fréquence réduite de cas dans leur entourage ou par leur manque de connaissance dans ce domaine (C. D. Guimarães, 1994). Il faut remarquer que 16,8 % des cas de sida diagnostiqués auprès des hommes dans l'état de Goiás à l'année 2000 appartenaient à la catégorie d'exposition bisexuelle (Brésil, 2003).

Ainsi, l'infidélité de l'homme est considérée comme étant le principal facteur lié au risque de la femme dont le partenaire sexuel est régulier, car la sexualité féminine est perçue comme étant moins influencée par le désir et par la recherche de multiples partenaires. La majorité des études réalisées au Brésil (p. ex. : Almeida, 2002 ; Alves et coll., 2002 ; Goldstein, 1994 ; Paiva et coll., 2002 ; Pirotta & Schor, 2002 ; Santos & Munhoz, 1996 ; Silva, 2002) suggère que l'infidélité joue un rôle important dans la transmission du VIH/sida chez les partenaires sexuels réguliers.

Toutefois, les pratiques préventives face au VIH sont très peu adoptées chez les partenaires sexuels réguliers (Lima, 1997 ; Ventura-Felipe & Newman, 1998) puisque la contraception demeure la principale préoccupation préventive (Barroso et coll., 1998 ; Brouillete & Perreault, 1997a, 1997b ; Pirotta & Schor, 2002). L'étude réalisée par Ali, Cleland et Shah (2004) dans seize pays d'Amérique Latine (dont le Brésil), d'Afrique et d'Asie renforce le rôle de l'infidélité de l'homme sur la contamination des femmes ayant un partenaire sexuel régulier. Ces auteurs illustrent

le fait que, dans les pays étudiés, seulement 2 % des couples mariés et conjoints de fait adoptent le préservatif - et qu'ils le font pour la contraception - et que la principale barrière à son adoption pour prévenir le VIH/sida chez cette population est liée à relation directe du condom avec le manque de confiance.

La présente étude suggère que le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier contribue au manque de perception du risque (Ryan, 2000) et à la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida (Carreno & Costa, 2006 ; ONUSIDA/OMS, 2006a) et ce, autant dans le contexte individuel (les sentiments et les valeurs), interpersonnel (rapports de pouvoir) que socio structurel (les rôles attribués aux sexes, les normes liées au mariage).

La confiance en tant que génératrice du risque et stratégie de gestion du risque

Au début des discussions, les participantes à cette étude suggéraient que les hommes s'exposaient beaucoup au VIH/sida. Cependant, à mesure que les discussions progressaient, elles ont reconnu que la femme qui a un partenaire sexuel régulier est plus à risque de contracter le VIH que les hommes ou même que les femmes qui ont des partenaires occasionnels puisque la perception du risque est absente chez elles (par exemple, le fait d'avoir un seul partenaire pourrait signifier une protection envers le VIH compte tenu du fait que les femmes croient que leur partenaire est fidèle). Les études réalisées au Brésil auprès de femmes séropositives contaminées par leur partenaire régulier indiquent que ces femmes ne percevaient pas le risque qu'elles couraient face au VIH parce qu'elles avaient eu un seul partenaire sexuel (Alves et coll., 2002 ; Barroso et coll., 1998).

Considérant que l'infidélité masculine est pointée comme étant la responsable du risque face au VIH/sida chez les femmes dont le partenaire sexuel est régulier, la *confiance a été identifiée comme étant la principale barrière de la gestion du risque* face à cette épidémie. La confiance devrait être à la base d'une relation stable ; en sa présence nul besoin d'utiliser le condom pour prévenir le VIH/sida. La confiance est attribuée à l'existence d'un lien sentimental dans le couple, tel que le rapportent les études réalisées par Almeida (2002), C. D. Guimarães (1994, 1996) et Santos et Iriart (2007).

Cependant, les participantes critiquent les femmes qui ont confiance en leur partenaire régulier en justifiant que le risque face au VIH/sida est relatif à cette confiance. Dans ce cas, les participantes de l'étude affirment que, dans la société (pas dans leur vie privée), la confiance devient *génératrice* du risque pour les femmes lorsque l'homme est « infidèle ». La critique envers les femmes qui ont confiance en leurs partenaires a été faite par les femmes brésiliennes habitant Montréal en regard des femmes vivant en situation de pauvreté au Brésil (Lima, 1997).

Dans ce contexte, la confiance accordée au partenaire régulier (et même aux autres types de partenaires) est considérée par les participantes comme un facteur de risque pour les femmes ayant un partenaire sexuel régulier dans le contexte public (pas celui des participantes) alors que, dans leur vie privée, la confiance est adoptée plutôt comme une stratégie de gestion du risque.

Le cercle vicieux de la confiance

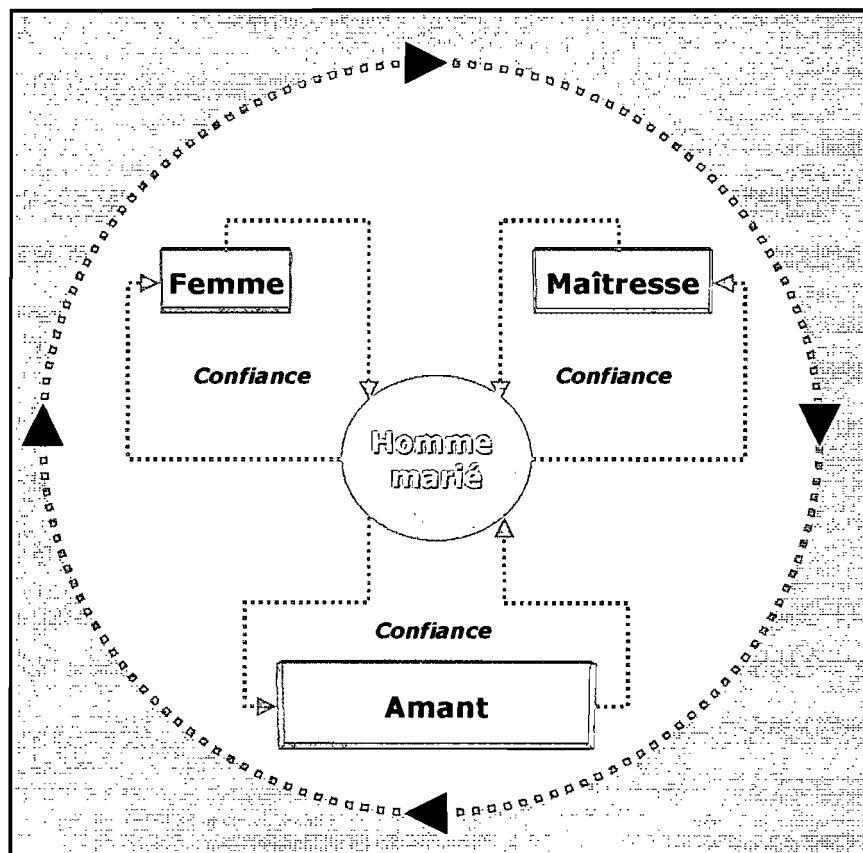
Dans cette étude, les participantes ont décrit que plusieurs femmes, même en connaissant l'infidélité du mari, ne se protégeraient pas. Dans ce cas, c'est la croyance personnelle en l'importance de la confiance, la pression exercée par leur mari et la société sur le besoin d'avoir confiance dans la vie de couple ou encore la croyance que le partenaire aurait des rapports sexuels protégés quand il va ailleurs qui détermine la non utilisation du condom. Les études réalisées auprès d'hommes au Brésil indiquent (a) qu'ils n'admettent pas l'utilisation de condom avec la partenaire régulière, (b) qu'ils prônent des rapports sexuels protégés en dehors du mariage, mais (c) que dans la pratique, ils ne se protègent pas non plus dans les rapports extra-conjugaux (Guerriero et coll., 2002).

En ce sens, la présente étude a mis en lumière le fait que la confiance peut exister dans d'autres types de relations qui ne seraient pas régulières, c'est-à-dire en tenant compte aussi de la confiance accordée dans le cas de rapports extra-conjugaux, même si cette confiance devrait côtoyer l'existence d'un engagement (mariage ou union de fait)¹⁶⁹. Ainsi, en plus de la femme dont le partenaire sexuel régulier ne se protège pas (croyant que son mari se protège au-dehors), les maîtresses font confiance à l'homme marié et ne se protègent pas avec lui. De son côté, un homme marié ne se protège ni avec sa maîtresse, ni avec des travailleuses du sexe ni avec des amants homosexuels croyant que ceux-ci ne présentent pas de danger puisqu'ils respectent son statut d'homme marié et que, par conséquent, toutes ces personnes se protègent

¹⁶⁹ Ici, les termes « homme marié/femme » sont attribués à un couple qui vit ensemble soit le couple marié ou conjoint de fait (tel comme le terme a été utilisé par les participantes).

lorsqu'ils ont des rapports sexuels avec d'autres que lui. Quand l'homme marié a des rapports sexuels avec un amant (homosexuel), ce dernier aurait confiance en son partenaire car, en tant qu'homme marié, il présente moins de risques face au VIH/sida. Bien que ce « cercle vicieux de la confiance » soit utilisé en tant que manière de gérer le risque du VIH/sida, il est évident qu'il accroît la vulnérabilité des personnes qui le font tourner (figure 2).

Figure 2 - LE CERCLE VICIEUX DE LA CONFIANCE



Le cercle vicieux de la confiance (figure 2), fondé sur la croyance que la personne a des rapports sexuels protégés avec ceux qui peuvent présenter des risques et des rapports sexuels sans protection avec les personnes dignes de confiance (par

exemple l'homme marié), doit être exploré plus profondément dans le contexte préventif du VIH/sida au Brésil. L'existence de l'amante régulière (Guerriero et coll., 2002 ; Santos & Iriart, 2007 ; Villarinho et coll., 2002) ou des critères de choix des amantes basés sur l'apparence et le temps de connaissance (Almeida, 2002 ; Alves, 2003 ; C. D. Guimarães, 1994, 1996 ; Tharawan et coll., 2003 ; Vieira et coll., 2000 ; Walden et coll., 1999) sont des stratégies identifiées par des hommes ayant une partenaire sexuelle régulière au Brésil et ailleurs.

En effet, l'importance des normes construites sur la valeur du mariage pourrait influencer le comportement sexuel de la population en général et, en particulier, la vulnérabilité des femmes dont le partenaire sexuel est régulier. Selon cette perspective, chaque personne impliquée dans ce cercle croit que la relation qu'elle entretient avec le partenaire « marié » est privilégiée. Par exemple, la femme qui croit que son mari se protège ailleurs attribue une nouvelle valeur à son mariage : si l'homme est infidèle par « sa nature », le port du condom avec d'autres serait une façon de respecter sa femme et de conférer une importance au mariage, malgré l'infidélité.

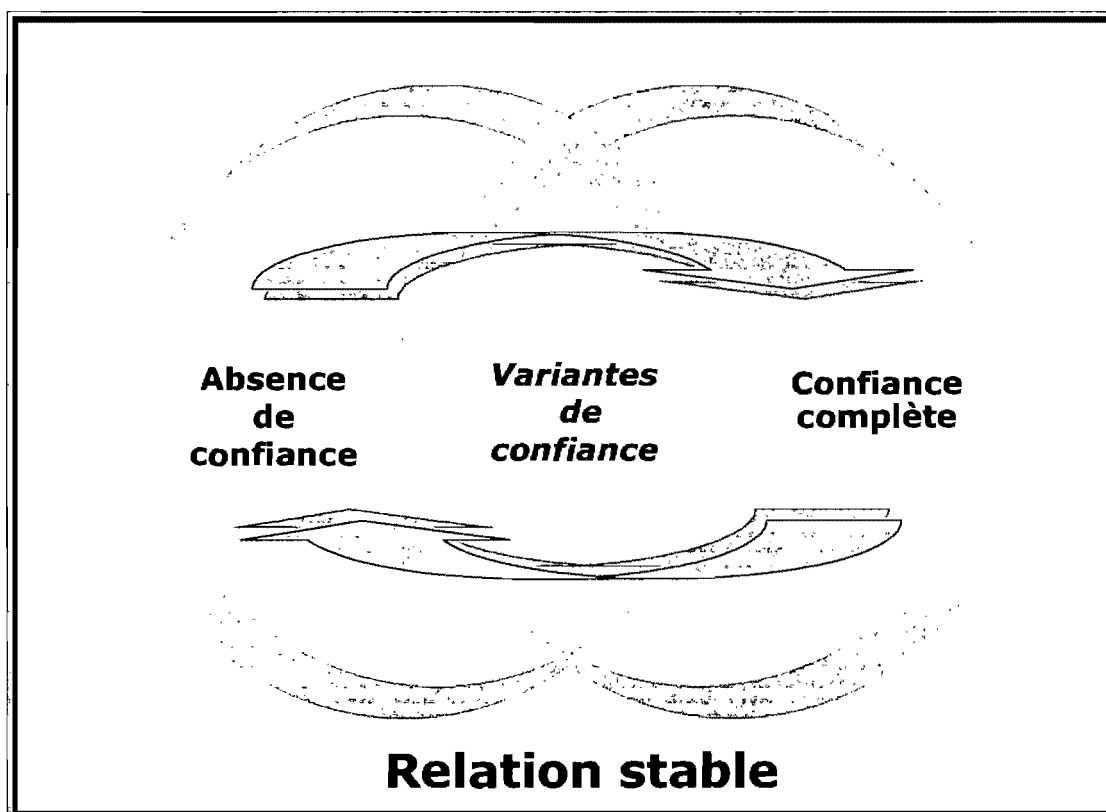
Cette description de la confiance est valable pour la sphère publique, c'est-à-dire qu'elle touche la réalité qui se présente chez les autres personnes. Bien que le cercle de la confiance décrive les croyances des « autres personnes » sur le sujet de l'utilisation du condom lors des rapports extra-conjugaux, les participantes s'expriment différemment pour expliquer leur propre construction de la confiance avec leur partenaire régulier.

L'alliance de la confiance : façon de concevoir et de gérer le risque face au VIH/sida dans la vie privée des participantes

Quand les participantes parlent de leur vie privée, le contexte devient moins uniforme et la confiance n'est pas statique. En effet, elle comporte plusieurs nuances et est passible d'évoluer dans la vie quotidienne, ce qui justifierait des opinions ou même des comportements apparemment contradictoires. En ce sens, il existe des

conceptions intermédiaires de la confiance à travers un processus dynamique évoluant entre la confiance et l'absence de confiance, formant ainsi une nouvelle « alliance de la confiance » (figure 3). Les participantes basculent entre la confiance et son absence tout en accordant d'autres types de confiance basées sur le caractère de l'homme, sur la durée de connaissance du conjoint, sur le mélange entre confiance et méfiance, sur la confiance en soi et même, sur la confiance en Dieu (c.f. p. 152).

Figure 3 – L'ALLIANCE DE LA CONFIANCE¹⁷⁰



¹⁷⁰ Le mot « alliance » est utilisé en référant au sens de « combinaison d'éléments divers » pour indiquer l'interrelation entre la confiance complète, les multiples façons d'accorder sa confiance ou non, et aussi, en tant que métaphore de: « l'anneau nuptial » qui représente l'importance donnée à la confiance dans la vie de couple (Le Nouveau Petit Robert, 1993, p.61).

L'absence de confiance est soulevée par peu de participantes. Ce sont ces femmes qui ont le moins changé d'opinion par rapport à la confiance. Toutefois, l'absence de confiance ne signifie pas que la participante prévient le VIH avec son partenaire : elles n'exigent pas le port du condom mais elles perçoivent le risque et reconnaissent la nécessité du condom. K. Guimarães (1996) affirme que les femmes n'exposent pas leurs sentiments par rapport au comportement infidèle du partenaire. Ce silence est un reflet de la soumission de la femme face à la domination masculine de même que la «tolérance» féminine à l'infidélité du partenaire représente leur perception d'impuissance à changer cette situation (Vermelho et coll., 1999) ainsi que la crainte de créer un déséquilibre dans le mariage (K. Guimarães, 1996). Seulement une des participantes a affirmé utiliser le condom dans tous les rapports sexuels avec le partenaire et cette participante était une agente communautaire de santé. Il faut remarquer que cette femme avait un accès plus facile aux préservatifs distribués gratuitement dans les services publics de santé. Cette participante a décrit de façon brillante sa compréhension de la nécessité de recourir au condom : elle a mis en lumière le fait que le passé sexuel de chaque personne l'accompagne toujours et cela, autant pour les infections sexuellement transmissibles que pour le VIH/sida. Dans ce cas, la demande de recourir au condom n'est pas liée au manque de « confiance actuelle » envers le partenaire mais au fait que le partenaire peut avoir eu un rapport sexuel risqué dans le passé.

La confiance qui peut être accordée à certains hommes a aussi été signalée par quelques participantes. Dans ce cas, la femme éprouve de la confiance envers un partenaire digne de confiance, c'est-à-dire celui qui ne trompe pas sa femme. Une autre façon de concevoir la confiance est liée à la durée de la relation. Après quelque temps avec le partenaire régulier, la femme serait capable de le connaître et de déceler s'il la trompe. La connaissance du partenaire est perçue comme une protection envers le VIH dans les études de Silva (2002), Giacomozzi, (2006) et de Guerriero et coll. (2002). Cependant, les études indiquent que le temps de connaissance est présent dans le discours des personnes comme stratégie de gestion du risque, mais que, dans

la pratique, les personnes sont plus flexibles sur ce critère (C. D. Guimarães, 1994, 1996 ; Guerriero et coll., 2002).

Le mélange entre la confiance et l'absence de confiance est exprimé chez une grande partie des participantes. Elles considèrent l'éventualité de l'infidélité en tout temps, ce qui les obligent à rester attentives. Par conséquent, ce discours octroie une responsabilité supplémentaire aux femmes, c'est-à-dire celle d'être attentive aux signes d'infidélité. Alors, la confiance chez ces femmes peut varier entre la confiance complète et l'absence de confiance dans la vie de couple. Les participantes soulignent que le fait d'avoir confiance tout en se méfiant ressemble au sentiment éprouvé quant à la confiance qu'elles se portent elles-mêmes. Ainsi, la femme sait qu'elle est capable d'identifier les signes d'infidélité du partenaire. Ce mélange entre confiance et méfiance de l'autre ainsi que la confiance en sa capacité de détection de l'infidélité a été décrit par des femmes brésiliennes habitant Montréal qui affirment qu'elles ont confiance en leur mari tout en s'en méfiant et, du même souffle, elles se disent capables d'identifier les signes d'infidélité (Lima, 1997).

Finalement, quelques femmes, nonobstant la confiance éprouvée pour le partenaire, ont confiance en Dieu, qui serait capable de les protéger face au VIH/sida *alors qu'un partenaire chrétien est digne de confiance*. Selon Paiva (2000) les adeptes de la religion évangélique (le nombre des adeptes de cette religion a considérablement augmenté ces dernières années au Brésil) se considèrent comme des frères et sœurs. Les personnes converties sont pardonnées pour les « péchés » commis avant d'accepter Jésus. Selon l'auteure, cette situation pourrait rendre les adeptes vulnérables au VIH à cause de leur foi en la protection divine ainsi que du profil de quelques convertis qui, par exemple, cherchent une cure pour des maladies incurables (cancer, sida) ou du soutien pour l'abandon de la drogue ou de l'alcool. Selon Vermelho et coll. (1999), le sida est considéré par quelques femmes séropositives comme une « épreuve envoyée par Dieu » et que Dieu viendra les guérir. Par contre, les femmes brésiliennes vivant à Montréal, qui provenaient de milieux plus aisés, ne sont pas influencées par la religion ou d'autres croyances

religieuses en ce qui concerne le VIH/sida (Lima, 1997). Il convient de souligner que les participantes des études réalisées par Paiva (2000) et par Vermelho et coll. (1999) étaient économiquement défavorisées et détenaient une faible scolarité au contraire des femmes brésiliennes de Montréal (Lima, 1997).

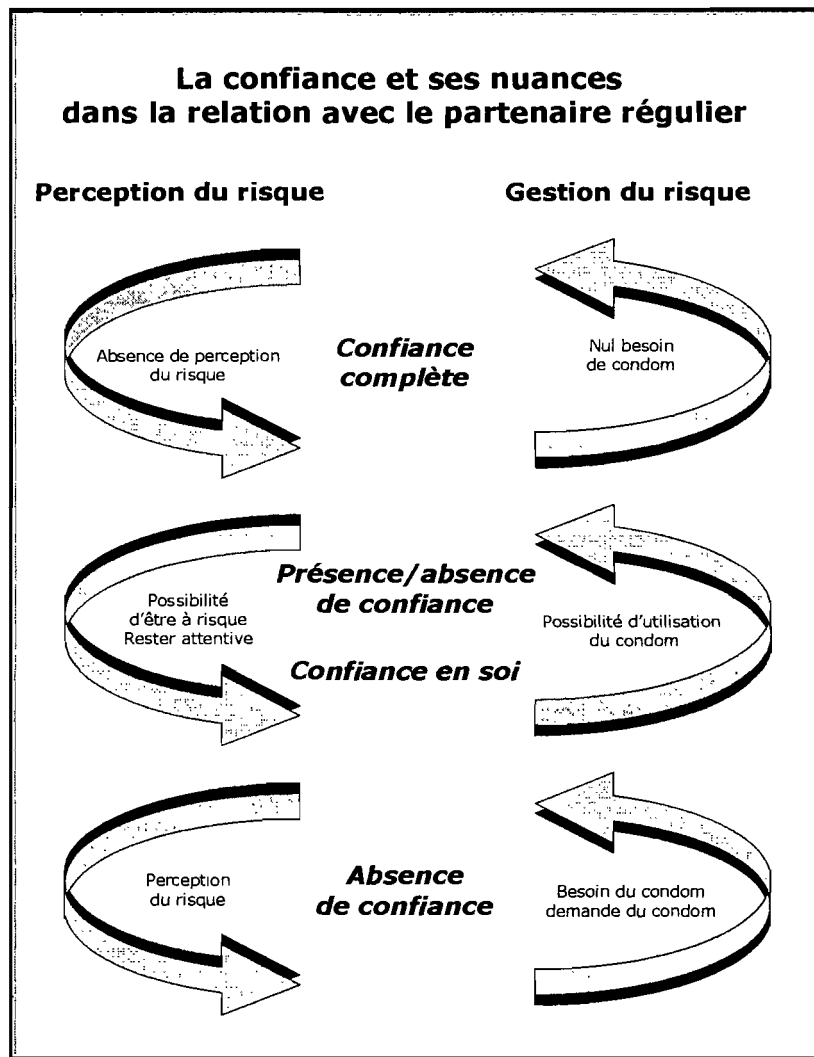
La gestion du risque chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier est liée à la confiance en ce partenaire. Cependant, la confiance devient complexe à gérer dans le contexte du VIH/sida, car elle n'est pas un concept uniforme bilatéral où la femme a confiance ou elle ne l'a pas. Weber et Carter (2003) affirment que la confiance est un produit social qui émerge d'une relation réelle ou imaginaire avec l'autre. Les auteurs ajoutent que la prémisse de la confiance est la croyance que l'autre considère la perspective de « l'autre personne » engagée dans la relation en prenant des décisions qui évitent de violer les standards moraux de la relation.

Dans la présente étude, la perception du risque et la gestion de celui-ci dépendent de la façon dont la femme conçoit la confiance dans sa relation avec le partenaire sexuel régulier (figure 4). Les participantes ont compris le caractère fluide de leur relation en reconnaissant que, dans la pratique, il est difficile de repérer les signes d'infidélité du mari et que, le cas échéant, le port du condom exigé en cas de dispute et de méfiance transitoire peut ensuite être abandonné lorsque revient la relation de confiance.

La confiance est toutefois vue comme nécessaire dans leur vie de couple. Bien que plusieurs études corroborent l'importance accordée à la confiance chez les personnes ayant un partenaire sexuel régulier (Amorim & Andrade, 2006 ; Appleby, Miller, & Rothspan, 1999 ; Giffin, 1998 ; Lima, 1997 ; Perreault, 1994 ; Pilkington et coll., 1994 ; Ventura-Filipe & Newman, 1998) et les liens entre confiance et gestion du risque (Ryan, 2000, Scott & Freeman, 1995), la présente étude a mis au jour la multiplicité des situations et des définitions relatives à la confiance. De plus, elle a montré que la confiance n'est pas figée, qu'elle est passible de changements tels que les femmes l'expérimentent chaque jour de leur vie avec leur partenaire sexuel

régulier. Lupton (1993, 1999) a mis en lumière, dans la perspective post-moderne, l'incertitude et la fluidité qui entourent le risque en tant que concept socioculturel.

Figure 4 - LA PERCEPTION ET LA GESTION DU RISQUE BASÉES SUR LA CONFIANCE



Il faut tenir compte du fait qu'en présence de la perception du risque face au VIH/sida résultant de l'absence de confiance, les participantes reconnaissent le besoin d'utiliser le condom et elles affirment qu'elles seront prêtes à demander le port de celui-ci au partenaire (figure 4). Par contre, les femmes ont conclu qu'il est très

difficile d'exiger le port du condom pour tous les rapports sexuels et que cela requiert beaucoup de discipline. Il est important de remarquer que, bien que les femmes vivent la confiance de plusieurs façons, l'absence de confiance ne signifie pas qu'elles exigeraient le port du condom ou que, si tel était le cas, le mari acquiescerait à leur demande.

En conclusion, dans le domaine public (l'autre), la perception et la gestion du risque en regard du VIH/sida présentent un cercle vicieux basé sur la confiance où la *personne ne prévient pas en croyant que l'autre (le partenaire sexuel) prévient avec une autre personne ou qu'elle est digne de confiance* (Figure 2). Par contre, dans le domaine privé (le soi), cette étude a mis en évidence plusieurs facettes de la confiance chez la femme dont le partenaire sexuel est régulier (Figure 3). Les femmes, principalement celles qui ont participé aux groupes de discussion, ont vécu un processus de prise de conscience des enjeux liés à la prévention du VIH dans le contexte des partenaires sexuels réguliers. Elles ont été capables de reconnaître qu'autant l'infidélité que la confiance (avec ses multiples variantes) peuvent faire partie de la vie quotidienne des femmes à certains moments ou encore être toujours présentes selon le contexte où chaque femme évolue (Figure 4).

Le condom dans le contexte du quotidien des partenaires sexuels réguliers : rapports de genre et de pouvoir

Dans la vie de couple, c'est l'engagement et la qualité de la relation sentimentale qui joueraient d'abord sur le degré de confiance et sur l'infidélité du partenaire. Dans ce contexte, il faut comprendre l'intimité du couple, sa sexualité et ses croyances personnelles quant au condom en tant que barrières à l'adoption continue de celui-ci. Dans la présente étude et comme le suggère la majorité des études, le condom est unanimement indiqué pour prévenir le VIH/sida par contact sexuel (p. ex. : Ali et coll., 2004 ; Barbosa et coll., 1996 ; Bryan et coll., 2001 ; Figueiredo & Ayres, 2002 ; Villela & Barbosa, 1996). Le refus de l'homme de le porter, son pouvoir de décision sur la vie sexuelle du couple et l'impuissance de la femme face à cette situation ont été identifiés par les participantes et aussi par plusieurs études élaborées dans ce domaine (Campbell, 1995 ; McCalman, 2003 ; Parker, 1997 ; Silva, 2002 ; Villela & Barbosa, 1996).

Cette étude suggère que des normes sociales pénalisent les femmes ayant un partenaire sexuel régulier, contribuant ainsi à réduire les chances des femmes d'exercer un pouvoir lorsqu'elles construisent leur vie de couple. En effet, Wingood et DiClemente (1999, 2000) affirment que la structure des normes sociales et les liaisons affectives influencent les rapports de pouvoir. Alors, quand le partenaire sexuel est régulier, les rapports de pouvoir entre hommes et femmes deviennent plus prononcés et la requête du condom suggère la possibilité de l'infidélité.

Bien que l'homme exerce son pouvoir pour rejeter le condom, les femmes peuvent se méfier du partenaire s'il fait la demande de l'utiliser. De même, si la femme, en cas de soupçon d'infidélité, demande l'utilisation du condom, elle peut être elle-même accusée d'être infidèle. Les études conduites auprès de femmes vivant en situation de pauvreté au Brésil (Goldstein, 1996 ; Silva, 2002) et ailleurs dans le monde (Dixon et coll., 2003 ; Singer et coll., 1996 ; Tharawan et coll., 2003) confirment le fait que les femmes peuvent être accusées d'être infidèles lorsqu'elles suggèrent d'utiliser le condom à leur partenaire. De plus, l'utilisation du condom chez

les partenaires sexuels réguliers pourrait suggérer aux maris qu'ils ont la permission d'avoir des relations sexuelles extra maritales. Cette même supposition a été soulevée par les femmes brésiliennes habitant Montréal (Lima, 1997) et la ville de Vitória dans la région sud-est du Brésil (Amorim & Andrade, 2006). Les conséquences de l'épidémie du sida dans la vie de couple « qui met en cause la confiance mutuelle », pourraient « expliquer en grande partie le peu de succès des campagnes de promotion du condom auprès de l'ensemble de la population » (Perreault, 1994, p. 211).

La violence conjugale a été abordée discrètement par les participantes. Cependant, le fait d'éviter de parler du VIH/sida, de l'infidélité et même de l'adoption du condom avec le partenaire sexuel régulier semble être une stratégie de protection envers la réaction de celui-ci. La violence domestique représente un facteur important à considérer dans le contexte de la prévention du VIH/sida (Brésil, 2007b ; Go et coll., 2003 ; McCalman, 2003 ; Villela et Barbosa, 1996) et du discours sur sexe sécuritaire (Oliveira et coll., 2004).

Les participantes s'accordent à dire que si la vie des femmes a changé dernièrement avec d'importantes conquêtes, les hommes ont encore le dernier mot en ce qui a trait à la vie sexuelle. Cependant, bien que les participantes de cette étude mettent l'accent sur le pouvoir des hommes pour le choix de recourir au condom, elles reconnaissent qu'elles ne veulent pas elles-mêmes l'utiliser avec leur partenaire régulier. Des préjugés face au condom existent dans la société et les pressions sociales face à la prévention du VIH/sida peuvent influencer leur discours, par exemple lorsqu'elles affirment utiliser un condom avec leur partenaire et que ce n'est pas exact. Le condom était aussi lié au manque de plaisir sexuel (Giacomozzi, 2006 ; Lupton, 1995 ; Ryan, 2000).

De plus, quand le condom masculin est comparé au féminin, sa qualification recourt aux « diminutifs » qui soulignent son apparence délicate (petit sac). Même si le condom féminin était encore peu connu des femmes et que la majorité l'avait vu à

la télévision¹⁷¹, les participantes le comparent à de grands objets et son apparence est qualifiée de bizarre. La comparaison faite entre les deux types de condom et les qualités opposées que leur donnent les participantes suggèrent l'existence d'une description binaire en opposition relative au condom (condom masculin : petit, délicat ; condom féminin : grand, gros). Ces appréciations des participantes sur les deux types de condom suggèrent l'existence de concepts normatifs liés au genre dans les constructions sociales qui font la différenciation d'un objet propre au sexe masculin face à l'autre du sexe féminin, tel que proposé par Scott (1996) dans sa définition élargie de genre (c.f. pp.76-77).

Dans cette perspective où les rôles masculins et féminins sont stéréotypés par le discours scientifique et social en représentant la supériorité du corps de l'homme par rapport à celui de la femme (Martin, 1999), ces mêmes stéréotypes sont reproduits par les participantes de cette étude en comparant le condom masculin et le féminin et en caractérisant le condom masculin comme un objet plus accepté, joli et désirable.

Du discours à la pratique : l'utilisation de condoms masculin et féminin avec le partenaire régulier

Comme déjà décrit ci haut, l'utilisation du condom a été reconnue par la totalité des participantes comme étant la seule façon de prévenir le VIH/sida. La majorité d'entre elles a d'ailleurs soutenu que le dialogue avec le partenaire était une bonne stratégie pour arriver à exercer la prévention ou pour définir la position du couple face à la prévention du VIH (p. ex. : confiance mutuelle, utilisation de condom en cas de rapports extra-conjugaux). Cependant, les participantes n'ont pas parlé de l'existence du dialogue sur ce sujet chez elles et très peu d'entre elles ont l'habitude d'utiliser le condom. Ainsi les stratégies indiquées ne sont pas vraiment testées dans leur vie quotidienne.

¹⁷¹ Le condom féminin est maintenant disponible gratuitement dans quelques services publics de santé à Goiânia, cependant, le nombre de femmes qui y ont accès est encore limité.

Les participantes du deuxième groupe de discussion réalisé dans la communauté ont parlé de la difficulté de proposer des stratégies car elles n'ont essayé aucune d'entre elles. Lors de la rencontre suivante, six des sept participantes avaient utilisé le condom féminin et/ou masculin.

La majorité des participantes¹⁷² et leurs partenaires ont préféré le condom masculin. Le rejet du condom féminin est attribué au manque d'habitude, à l'apparence et à la difficulté de manipulation. Dans une étude nationale réalisée au Brésil sur l'acceptation du condom féminin, les participantes ont préféré celui-ci au préservatif masculin et la manipulation constituait la principale difficulté liée à l'adoption du condom féminin quoique ces difficultés disparaissent avec l'utilisation continue (Brésil, 1999). L'apparence « laide » du condom féminin a été pointée comme étant un des principaux inconvénients de celui-ci pour les femmes et leurs partenaires dans l'étude brésilienne décrite ci haut et aussi décrite par Amorim & Andrade (2006) et celle réalisée ailleurs dans le monde (Gollub, 2000).

Avant l'expérience avec leur partenaire, le discours des participantes mettait l'accent sur la difficulté de lui faire accepter le condom. Toutefois, selon le récit des participantes, l'expérience a été amusante et leur mari a collaboré promptement. Alors, leur acceptation a été attribuée au fait qu'elles ont parlé de l'expérience et que « toutes » les autres participantes allaient aussi apporter le préservatif à la maison, le discours utilisé pour l'utilisation du condom étant celui de l'« essai » et non pas celui de manque de confiance envers le partenaire. Dans ce sens, Bajos (1997) suggère que les stratégies de prévention doivent inclure la promotion du condom comme moyen contraceptif ou comme partie d'un jeu érotique, car l'association du préservatif exclusivement pour la prévention du VIH/sida pourrait provoquer des conflits liés à l'intimité et à la qualité de la relation.

¹⁷² Description valable pour les participantes d'un seul groupe qui a utilisé préservatifs masculins et féminins pendant la période de collecte de données.

L'expérience pratique sur le port du condom et sa négociation suggère que, appuyées par la recherche, ces femmes n'avaient plus besoin d'adopter un discours basé sur l'infidélité et la confiance pour l'utiliser. De plus, elles n'étaient pas seules à en faire la demande au partenaire ce qui leur procure un certain « pouvoir collectif ».

Il faut remarquer que les participantes ont conclu que ni elles ni leurs partenaires n'étaient intéressés à rigoureusement recourir au condom et le discours sur la confiance a refait surface en ce sens qu'elles porteraient le condom comme moyen de prévention « si c'est nécessaire ». Finalement, le groupe qui a réalisé l'expérience avec le condom a mis en évidence le fait que la prévention du VIH/sida par contact sexuel ne dépend pas seulement de la femme : il faut l'accord de l'homme (Kaler, 2001), au contraire d'autres types de maladie dont la transmission n'est pas sexuelle, ce qui permet à la femme de se protéger librement. En effet, lors d'une étude réalisée au Brésil, les femmes qui ont abandonné le port du condom féminin l'ont fait à cause du refus du partenaire (Brésil, 1999).

Bien qu'un seul groupe ait demandé à faire l'expérience, l'approche méthodologique utilisée a donné aux participantes la liberté de s'exprimer et de participer plus activement au processus de production de la connaissance (Gendron, 2001 ; Heron & Reason, 2001 ; Reason, 1998).

Dans le contexte de l'expérience avec le condom (et aussi des autres rencontres et des entrevues), il ressort que les femmes aussi rejettent le condom dans leur vie de couple et qu'elles culpabilisent principalement les hommes pour la non utilisation du condom. Cette position ambivalente suggère, d'une part, que les femmes ont une position d'inégalité pour négocier l'utilisation du condom, mais qu'elles ne peuvent pas être considérées exclusivement des victimes du pouvoir masculin dans la mesure où elles ne veulent pas utiliser le condom (Foucault, 1976). En gardant le silence sur la question de la prévention, elles exercent leur pouvoir « silencieusement » pour éviter de faire quelque chose qu'elles n'aiment pas (rapports sexuels avec préservatif). D'autre part, elles deviennent des victimes du pouvoir du

partenaire quand elles reconnaissent le besoin de la prévention et qu'il refuse d'utiliser le condom.

En effet, cette étude illustre que chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier, le pouvoir est exercé différemment entre hommes et femmes en ce qui concerne l'adoption du condom pour la prévention du VIH/sida. Cette constatation rejoint les postulats de base de la pensée critique-sociale sur les relations de pouvoir « qui sont constituées socialement et historiquement » (Kincheloe & McLaren, 1998, p. 263) et de la pensée féministe qui reconnaît que le pouvoir est exercé par des hommes et des femmes comme une stratégie adoptée contre l'oppression dans leur vie quotidienne (Radtke & Stam, 1994).

La présente étude met en évidence le besoin de développement d'interventions qui reconnaissent l'existence de différents pouvoirs dans la vie quotidienne des femmes comme, par exemple, le pouvoir de rejeter le condom (pouvoir de la femme) et le pouvoir de refuser (pouvoir de l'homme) l'utilisation de celui-ci sur demande (Meyer, 1996 ; Scott, 1996).

Au delà de la vie privée : les influences du contexte social et des services de santé publique sur la perception et la gestion du risque de femmes ayant un partenaire sexuel régulier

La recherche coopérative se base sur deux principes participatoires : la participation épistémique et la participation politique (Heron & Reason, 1997). Le premier signifie que toute connaissance propositionnelle qui est issue de la recherche est construite par les chercheurs dans leur propre connaissance expérientielle. La participation politique signifie que les sujets de recherche ont un droit humain essentiel à participer entièrement à la recherche destinée à produire des connaissances sur eux. De plus, Gergens et Gergens (2000) mettent l'accent sur l'importance des « représentations conjointes » dans une recherche où les participantes doivent avoir plus de place pour « raconter leurs propres histoires » (p. 1035) et l'interprétation et l'édition des résultats doivent tenir compte de ces narrations.

Ainsi, les participantes d'une étude peuvent produire des connaissances au delà des questions posées par le chercheur, notamment sur des sujets d'importance sociale comme la révision des rôles sociaux (Heron & Reason, 2001). Pour cette raison, les résultats de la recherche ne peuvent pas être circonscrits aux questions initiales pour éviter de limiter la représentation des participantes à l'étude sur leur compréhension en regard de la perception et de la gestion du risque face au VIH/sida.

Les participantes à cette étude ont parlé de l'organisation de leur société en ce qui concerne les rôles masculins et féminins en répondant à la question sur leur compréhension sur la vie des femmes dans leur entourage. La description donnée illustre, de façon claire, l'importance du contexte social sur la vie privée de ces femmes et sur leurs multiples façons (et contradictions) de faire face au VIH/sida.

Par contre, leur préoccupation par rapport aux services publics de santé était présente dans leur discours et sont présentées ici en tenant compte (a) du lien avec la perception (invisibilité des femmes ayant un partenaire sexuel régulier en regard du VIH/sida) et la gestion du risque (accès aux services et préservatifs) et (b) de l'importance accordée à ce sujet par les participantes qui se sont servies de cette

recherche pour dénoncer leurs difficultés quotidiennes en tant qu'utilisatrices dépendantes du système public de santé.

Rapports de pouvoir : la dévalorisation du féminin au niveau social

Les participantes à cette étude ont affirmé que les femmes d'autrefois étaient dépendantes du mari à cause des enfants et du besoin économique. Au fil des années, les femmes ont conquis une place plus grande dans la famille et la société en ayant accès à l'éducation et au marché du travail. Cependant, la réalité de chaque femme varie selon le contexte où elle est insérée dans la vie quotidienne (Lupton, 1993).

En ce qui concerne le marché du travail, les participantes affirment que, étant donné la situation économique qui prévaut au pays, les hommes ont moins d'options de travail et les femmes ont beaucoup d'offres, principalement pour le travail domestique¹⁷³. Cependant, elles regardent ces possibilités de façon très critique puisque les emplois offerts aux femmes de leur communauté sont très mal payés, les femmes gagnant un salaire inférieur à celui des hommes. Malgré les avancées obtenues par les femmes au fil des ans, la situation décrite par ces femmes est considérée par Lips (1997) comme prévalant encore dans le monde, où la discrimination est considérée comme un facteur important pour le maintien de la division du travail sur les lignes du genre. Brito (2000) affirme qu'au Brésil une grande partie des femmes qui travaillent le font au sein du marché informel, c'est-à-dire sans les droits conférés au travail rémunéré, et que, parmi les domestiques, seulement 2,7 % bénéficient de tels droits. Les inégalités résultant de la division sexuelle du travail se manifestent dans le champ de la santé publique comme des expositions économiques qui placent la femme à risque face au VIH/sida (Wingood & DiClemente, 1999, 2000).

¹⁷³ La majorité des travailleuses domestiques gagnent en moyenne 2 100 \$ CD par année (valeur approximative en 2006), ce qui rend possible aux personnes moins aisées d'avoir de(s) domestique(s) et justifie la grande offre de travail dans ce domaine.

Dans leur vie quotidienne, le partage des tâches domestiques entre hommes et femmes varie beaucoup ; alors que des femmes affirment que le travail à la maison est partagé avec le partenaire, d'autres renforcent la prévalence de la responsabilité de la femme dans ce domaine. Celles qui affirment que le travail de la maison n'est pas partagé également entre hommes et femmes expliquent que, même dans les maisons où les femmes « croient » que le travail est partagé, les femmes font encore plus d'activités dans la maison. Cette diversité dans le partage des tâches domestiques a été identifiée par Lips (1997) dans plusieurs pays occidentaux où les attitudes culturelles et ethniques et les traditions rendent la division du travail encore plus difficile. Cependant, même si les différences de responsabilité relatif au soin de la maison sont plus évidentes entre personnes mariées, « la femme réalise plus de travail dans la maison que les hommes dans tous les types de situation d'une vie en famille : jamais mariée et vivant avec les parents, jamais mariée et vivant seule, vivant en concubinat, mariée, divorcée et veuve » (p. 337).

De plus, les participantes suggèrent que le soin des enfants demeure encore sous la responsabilité de la femme, en présence du père ou en cas de séparation. Le soin des enfants, selon Lips, est aussi conditionné par l'idéologie du rôle du genre et les différences de pouvoir entre hommes et femmes. Ces dernières sont supposées être naturellement préoccupées à être de bonnes mères.

Dans le contexte décrit par les participantes, les femmes de leur entourage cumulent plusieurs rôles : l'éducation des enfants, le soin de la maison et aussi le travail. Ces multiples rôles de la femme représentent, d'une part, leur conquête de l'espace dans la famille et dans la société à cause de l'indépendance économique qu'elle procure et, d'autre part, la surcharge de responsabilités, renforcée par les rôles attribués au genre, qui occasionnent les triples journées de travail (Lips, 1997).

Les participantes mettent en lumière le fait qu'une partie du travail exécuté par la femme est invisible (soin des enfants et de la maison) ou peu valorisé (travail comme domestique), ce qui était également constaté dans les études de Muraro

(1996) réalisées au Brésil auprès de femmes vivant dans plusieurs régions et appartenant à différentes couches sociales.

Les femmes rapportent que le machisme existe toujours dans leur communauté, mais que sa manifestation est variable. Lorsque quelques participantes affirment que leur mari les empêche de sortir de la maison ou de travailler, les autres se montrent choquées, affirmant qu'elles vivent une relation beaucoup plus égalitaire avec leur partenaire. La violence conjugale a été décrite par Lips (1997) comme le résultat des différences attribuées au genre et les rapports de pouvoir existant dans la société. Ces inégalités de genre soutiennent aussi « les différentes formes et niveaux de discrimination quant à l'exercice de la sexualité féminine » (Brésil, 2007b, p. 13).

Dans ce contexte, la soumission de la femme a aussi été soulignée par les participantes. Cependant, cette soumission n'était pas décrite seulement dans les rapports homme/femme où l'homme contrôle partiellement ou totalement sa femme. La femme qui travaille a beaucoup plus de pouvoir sur sa vie. La soumission existe dans les relations sociales (une femme pourrait être soumise à une autre femme dans une situation d'inégalité économique ou éducative) et à l'intérieur des classes sociales. L'étude réalisée par Muraro (1996) sur la sexualité de la femme brésilienne indique que les liens entre les rapports de genre et de pouvoir dans les domaines public et privé sont interdépendants car la culture de l'invisibilité du travail féminin de rémunération inférieure est liée à la capacité réduite d'exercice du pouvoir. Ceci constitue l'expérience de plusieurs femmes dans la sphère domestique à l'intérieur d'une société patriarcale.

Il est bien documenté au Brésil (Brésil, 2007b ; Figueiredo & Ayres, 2002 ; C. D. Guimarães, 1994, 2001 ; Hebling & Guimarães, 2004) et ailleurs dans le monde (Amaro & Raj, 2000 ; Campbell, 1995, 1999 ; Gilbert & Walker, 2002 ; Holland et coll., 1990 ; Jenkins, 2000 ; Parker & Aggleton, 2003 ; UNAIDS, 2001) que les inégalités de genre au sein des sociétés contribuent à la vulnérabilité des femmes en regard du VIH/sida.

L'accès aux services publics de santé

Les participantes ont parlé des services de santé existants dans leur ville et dans leur entourage. Celles qui ont participé aux groupes de discussion dans le centre de santé communautaire ont moins critiqué la qualité des services. Les participantes de la communauté ont comparé le système de santé public avec le privé, présentant les difficultés liées à la relation avec les professionnels de ces services.

À l'exception de quelques femmes enceintes à qui les médecins ont expliqué les risques liés au VIH/sida pour leur offrir le test de dépistage, la majorité d'entre elles affirme que leur médecin ne parlait pas de la prévention du VIH avec elles, ni avec des femmes mariées. Comme le suggère aussi l'étude de Amorim et Andrade (2006) réalisée auprès de femmes ayant un partenaire sexuel régulier. L'étude réalisée par Giffin et Lownes (1999) indique que les médecins (hommes et femmes) ne parlent généralement pas du rôle du partenaire en présence d'une ITS pour « éviter des interférences dans la vie du couple ». Cette situation suggère l'existence de normes liées au genre sexuel dans les services de santé, ce qui diminue l'accès des femmes à l'information relative à leur santé. En plus, Ali et coll. (2004) illustrent que la prévention du VIH/sida n'est pas tenue en compte chez les partenaires sexuels réguliers dans les programmes de planification de naissances dont la pilule est encore plus indiquée, en détriment du préservatif. Le manque d'interventions auprès des femmes ayant un partenaire sexuel régulier pourrait contribuer/renforcer leur manque de perception de risque.

Les participantes ont mis en lumière l'importance des agentes communautaires de santé dans le domaine de la prévention et mentionnent le potentiel des visites mensuelles que les agentes font dans les maisons du quartier pour la réalisation d'interventions sur le VIH/sida. Cependant, les agentes de santé communautaire qui travaillent dans la région nord-ouest de Goiânia affirment qu'elles ne parlent pas de la prévention du VIH auprès des personnes dont le partenaire est régulier, affirmant (a) que cette population n'est pas à risque pour le VIH/sida, (b) qu'elles n'ont pas de connaissances suffisantes sur ce sujet et (c) qu'elles seraient

gênées d'aborder ce sujet avec personnes ayant ce type de partenaire (Lima, Sousa, & Reis, 2002).

La distribution gratuite de condom dans les services publics a été considérée inefficace car cette distribution n'est pas continue, les personnes qui les distribuent n'étant pas polies et l'exigence de document d'identification prive les femmes qui n'en ont pas d'y accéder. Cette situation pourrait influencer la gestion du risque au cas où la femme (et son partenaire) voulait adopter le condom et qu'elle ne dispose pas de ressources financières pour en acheter. En effet, Fernandes (1998) affirme que les personnes vivant en situation de pauvreté n'ont pas de budget disponible pour l'achat du condom et qu'elles dépendent de la distribution gratuite de celui-ci. Cependant, la distribution gratuite de condoms dans les services publics brésiliens n'est pas suffisante pour combler la demande des populations vivant en situation de pauvreté (Barbosa & Villela, 1996 ; Paiva et coll., 2006). Récemment, une évaluation réalisée sur la réponse brésilienne en regard de la prévention du VIH/sida indique que malgré les efforts gouvernementaux, la distribution gratuite des préservatifs a présenté des périodes de discontinuité à cause de barrières bureaucratiques et légales (Paiva et coll., 2006). De plus, ces auteurs ajoutent que les prises de décision par les cadres dans différents niveaux de services sont parfois contradictoires, ce qui complique le suivi des actions préventives réalisées localement. L'accès aux préservatifs et aux services de santé sont considérés d'une importance fondamentale pour la réussite des programmes d'intervention visant la prévention du VIH/sida (Ali et coll., 2004 ; Cohen, 1999 ; Fernandes, 1998 ; Figueiredo & Ayres, 2002 ; Paiva et coll., 2006).

L'impolitesse des fonctionnaires et des professionnels de la santé du service de santé communautaire est dénoncée comme une barrière importante à l'accès aux services publics de santé et met en évidence les difficultés auxquelles fait face la communauté pour obtenir des soins gratuitement. Les participantes ont critiqué cette situation en soulignant que, même si les soins sont donnés gratuitement, c'est la population qui les paye par le biais des impôts. L'étude réalisée par Gastaldo (1996,

1997) indique que les usagers des services publics de santé communautaire localisés au sud du Brésil blâment la qualité des soins et les relations entre le professionnel et le client ainsi que les normes institutionnelles. Il faut remarquer que l'étude réalisée au Brésil dans six villes à l'intérieur de services publics de santé différents suggère une plus grande acceptation du condom féminin chez les clientes qui fréquentent les services qui adoptent les approches d'intervention communautaires et qui entretiennent une meilleure relation avec les clients (Brésil, 1999).

Bien que les participantes critiquent le service public de santé, elles dépendent de ce service car elles n'ont pas les moyens financiers suffisants pour payer pour des services privés. L'impolitesse des professionnels œuvrant dans les services publics suggère l'existence de rapport de pouvoir auxquels la population défavorisée est confrontée dans son besoin de soins de santé (Holmes & Gastaldo, 2002).

Récemment, le gouvernement brésilien a lancé le *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST* [Plan intégré pour faire face à la féminisation de l'épidémie du sida et d'autres ITS] par le moyen de la réduction des vulnérabilités qui touchent les femmes en mettant sur pied des politiques de prévention, de promotion et de soin intégral (Brésil, 2007b). La garantie de l'accès aux services de santé de qualité, universels et gratuits, ainsi que la formation des professionnels de la santé et de l'éducation sur les inégalités de genre, les droits humains, les droits sexuels et reproductifs font partie des actions proposées par le gouvernement pour ce qui touche les besoins pointés par les participantes à cette étude. Toutefois, plus de douze mois après le lancement de ce plan, aucune action n'a été mise en œuvre dans les services de santé communautaire où la chercheuse développe des projets dans la ville de Goiânia.

La production de la connaissance critique et contextuelle : synergie entre la subjectivité, la théorie et la méthodologie

Pour arriver à ce style de production de la connaissance, la chercheuse a réexaminé son cheminement dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé. Une formation d'infirmière (biomédicale et orientée vers l'individu) et des activités professionnelles dans un hôpital public universitaire brésilien où les rapports de pouvoir entre le professionnel de la santé et le client (généralement vivant en situation de pauvreté) étaient inégaux, faisaient partie du contexte professionnel de la chercheuse avant le début de ses études doctorales.

Bien que les concepts liés à la promotion de la santé à l'intérieur de la « nouvelle » santé publique (participation communautaire, partenariat, *empowerment*, entre autres) évoquent une nouvelle façon de bâtir des programmes et des interventions, il faut reconnaître que, d'une part, des barrières personnelles (formation, exercice pouvoir dans le système de soins) et celles liées à l'organisation des services de santé rendent difficile l'adoption de ces nouveaux concepts dans les activités en promotion de la santé, soit pour ce qui est de la recherche ou de l'intervention (Webb & Wright, 2000). D'autre part, les connaissances construites dans ce domaine indiquent le potentiel et surtout le besoin de la construction d'un nouveau « savoir faire » inséré dans des paradigmes émergents de ce début de millénaire qui, plutôt que de mettre l'accent sur la maladie, recourent aux sciences humaines en reconnaissant la primauté de l'être humain et de son expérience (Hills & Mullett, 2002).

La chercheuse a choisi l'adoption des approches cohérentes avec la promotion de la santé dans le but d'approfondir ses connaissances théoriques dans ce domaine et d'explorer la pertinence de ses choix dans le contexte des interventions auprès de populations vivant en situation de pauvreté. Le premier défi de la chercheuse était alors d'identifier des perspectives théoriques capables de guider autant le choix méthodologique que la relation entre la chercheuse et les participantes (Acker, Barry, & Esseveld, 1991). En ce qui concerne le cheminement méthodologique, il fallait une

approche qui permettait la construction d'une méthode passible d'être appliquée dans le contexte brésilien et en présence d'une limite de temps importante.

L'adoption d'une perspective post-féministe à l'intérieur du paradigme critique social (Lincoln & Guba, 2000, Im & Meleis, 2001) a permis la construction d'une relation plus égalitaire entre la chercheuse et les participantes et entre les femmes interviewées et les intervieweuses (Fonow & Cook, 1991). Les études réalisées à l'intérieur de ce paradigme doivent être particulièrement sensibles à tous les types de reproduction de l'oppression « naturalisées » par les relations sociales, comme par exemple, le pouvoir de la chercheuse de décider d'avance de toutes les phases de l'étude ou d'établir des rapports inégaux basés sur la classe sociale ou la race (Kincheloe & McLaren, 1998, 2000). De plus, dans cette perspective paradigmatique, le processus méthodologique doit stimuler les participantes à réfléchir sur leurs propres expériences et à repérer l'existence de groupes privilégiés dans la société (les hommes ou les membres de la classe sociale aisée). Ces réflexions se sont tenues à des moments distincts au cours des rencontres.

Finalement, l'utilisation du concept de genre pour guider les propositions méthodologiques et l'analyse du vécu des participantes, tel que défini par Scott (1996, c.f. p. 77), ont permis la compréhension des relations sociales basées sur les différences perçues entre les sexes et ces quatre éléments : (a) des symboles culturels (le condom pour les personnes à risque ou pour les « autres »), (b) des concepts normatifs (l'infidélité en tant que conduite propre au genre masculin), (c) les aspects sociaux, économiques et institutionnels liés au genre (le travail sous-valorisé des femmes et la dépendance des femmes vivant en situation de pauvreté aux services publics de santé) et (d) l'identité subjective (des significations sur le port du condom avec le partenaire régulier).

La recherche coopérative et la collecte des données : contributions et leçons à retenir

Selon Heron et Reason (2001), la recherche coopérative pourrait receler des phases d'action à l'intérieur (*inside inquiries*) d'un même lieu avec le groupe et à l'extérieur (*outside inquiries*) des rencontres de groupe. Les activités de collecte de données par groupe de discussion ont été réalisées dans un même lieu par l'interaction de groupe (*groupe interaction inquiries*) quand les membres exploraient « leur expérience individuelle et collective dans un processus de groupe » (Heron & Reason, 2001, p. 182). De plus, les participantes qui ont demandé des condoms pour les utiliser avec le partenaire ont aussi réalisé des activités individuelles à l'extérieur du groupe pendant la période d'essai du condom. Dans ce cas, le processus de collecte de données provenait de l'interaction entre les participantes et le partenaire sexuel régulier.

Dans la présente étude, la connaissance propositionnelle (questionnements) des participantes sur la prévention du VIH/sida est considérée en tenant compte (a) de l'expérience de vie de chaque femme (*connaissance expérientielle*) par rapport à la relation avec le partenaire et à la vie sociale en regard du VIH/sida, (b) de leur façon de décrire la prévention chez les partenaires sexuels réguliers (*connaissance expressionnelle*¹⁷⁴) et (c) de leur habileté à comprendre les enjeux liés à la prévention dans la vie de couple et/ou pour initier des tentatives visant l'utilisation du condom avec le partenaire (*connaissance pratique*).

Comme décrit dans le chapitre de la méthode, le cycle de la recherche coopérative présente quatre phases de réflexion et d'action (Heron & Reason, 2001 ; Reason, 1998) et débute par l'initiation et la planification de la recherche, pour mettre ensuite les propositions de la recherche en pratique (action) et les évaluer dans un processus réflexif pour finalement revenir à la phase initiale et évaluer les

¹⁷⁴ *presentational knowledge.*

propositions initiales quand des nouveaux questionnements seront élaborés et des différences pratiques planifiées pour les cycles suivants (Hills & Mullett, 2002).

Bien que le cycle proposé soit lié au processus d'investigation, le processus de réflexion et d'acheminement d'actions (plutôt que d'actions) sont présentés ici en tenant compte du mouvement des femmes lors de la collecte des données. Dans la première phase de la recherche coopérative, les co-chercheurs sont parvenus à un consensus sur le champ d'investigation et réalisent des propositions initiales de l'étude (Reason, 1998). Dans la présente étude, les participantes des groupes de discussions, lors de la collecte des données, ont accepté de partager leurs expériences sur la prévention du VIH dans un processus réflexif de construction des connaissances pour identifier les aspects liés à la perception et à la gestion du risque face à cette infection. De plus, elles étaient conscientes de la possibilité de réaliser plusieurs rencontres, mais quand le processus de discussion et d'interaction de groupe s'initiait, ni la chercheuse ni les participantes ne pouvaient prévoir s'il y aurait d'autres rencontres, le groupe lui-même décidant de l'arrêt du processus d'interaction.

Lors de la première phase, les participantes ont initialement proposé, en utilisant la connaissance propositionnelle, que le condom était le seul type de prévention possible face au VIH/sida et que le risque était universel (ou plus prononcé chez les hommes et femmes célibataires). Pendant la deuxième phase, qui implique la connaissance pratique, les participantes ont partagé leurs expériences et connaissances sur leur contexte social, les risques et la prévention du VIH, en tenant compte des actions et des expériences individuelles, du groupe et des « autres » personnes. Dans la troisième phase, en utilisant la connaissance expérientielle, les participantes ont développé une ouverture pour comprendre que leurs croyances initiales sur la prévention du VIH avec le partenaire régulier ne prenaient pas en compte les différents contextes de vie des femmes et que la prévention devenait plus complexe. En retournant à leur proposition initiale (quatrième phase) les participantes ont changé leur discours sur la prévention en ajoutant les difficultés liées à l'adoption

du condom, au contrôle de l'infidélité masculine et à la valeur accordée à la relation de confiance dans la vie de couple. Au cours de cette phase, les participantes ont réalisé de nouvelles propositions sur la prévention du VIH chez des femmes qui ont partenaire sexuel régulier : le dialogue, la surveillance continue (rester attentive) et la possibilité d'adopter le condom (en cas de besoin). Les participantes ont opéré un « retour critique » à la connaissance propositionnelle. Dans cette phase, les participantes peuvent développer ou rejeter les idées initiales et élaborer de nouvelles questions en recommençant un nouveau cycle d'action (Heron & Reason, 2001). La majorité des participantes ont arrêté leur processus de réflexion au premier cycle.

Le deuxième groupe de la communauté a réalisé une nouvelle proposition, soit la négociation et l'utilisation du condom avec le partenaire régulier. Elles justifiaient cette nouvelle proposition par le fait qu'elles n'avaient pas eu auparavant d'expériences avec le condom pour être capables de suggérer des stratégies de prévention efficaces. Ainsi, elles ont initié un deuxième cycle de réflexion et d'action pendant la période de collecte des données. La manipulation de préservatifs et l'expérience avec le partenaire ont été réalisées pendant la deuxième phase du cycle. La réflexion sur l'action et l'engagement dans l'expérience amène la participante à faire face à ses croyances et préconceptions sur l'utilisation du condom et aussi sur celles du partenaire (troisième phase). Finalement, de retour dans le groupe, ces femmes ont partagé, à travers des formes *expressionnelles* et propositionnelles de la connaissance, leurs données pratiques et expérimentales. Ainsi, ces femmes ont conclu (a) que la négociation avec le partenaire n'a été pas difficile comme prévu, car elles étaient plutôt des co-chercheuses que des femmes méfiantes, (b) que l'utilisation continue du condom n'était pas si simple qu'elles pensaient car cela mettait en jeu leur plaisir sexuel et aussi leur rapport de confiance avec le partenaire et surtout (c) qu'elles ne voulaient pas utiliser le condom pour toujours. Le cycle de réflexion et d'action a été arrêté, mais elles ont mis en lumière une nouvelle proposition sur les difficultés liées à la gestion du risque par le moyen de l'adoption du condom : le manque d'habitude à l'utiliser. Dans cette perspective, elles suggèrent que le condom

pourrait être adopté continuellement avec le temps en développant l'habitude de l'utiliser.

Heron et Reason (2001) affirment que le nombre de cycles de réflexion et d'action dépend du type de questionnement exploré. Cependant, ces auteurs affirment que la répétition des cycles augmente la validité des résultats. La présente étude utilise des critères de « qualité » qui considèrent le processus de la recherche dans son ensemble (Hall & Stevens, 1991). Dans une perspective éthique et participative, le nombre de cycles d'action/réflexion de la recherche coopérative n'est pas pertinent pour cette étude en tant que critère d'évaluation de la qualité des résultats car les participantes étaient libres de définir elles-mêmes le nombre de rencontres et, par conséquent, le nombre de cycles, qui se sont limités à la courte période de collecte des données. De plus, la chercheuse avait pour objectif d'adopter les principes de la recherche coopérative plutôt que ses techniques.

Malgré les limitations de la présente étude liées à une participation restreinte des sujets dans le processus d'investigation, les participantes aux groupes de discussion qui ont eu lieu dans la communauté ont demandé une nouvelle rencontre et, même si seulement une seule des participantes est revenue à la deuxième rencontre, la rencontre a pu avoir lieu à cause de la présence d'autres femmes qui ont été recrutées par la partenaire de la communauté et aussi par une participante de la première rencontre. Une rencontre supplémentaire a été réalisée avec ce groupe, quand les participantes ont parlé de leur expérience sur le port du préservatif.

La technique du groupe de discussion a facilité le processus de collecte des données car elle a permis aux participantes, à partir de leur interaction, de générer leurs propres questions et concepts et de respecter leurs propres priorités et termes en utilisant leur langage (Kitzinger, 1994 ; Kitzinger & Barbour, 1999). Le groupe de discussion s'avère une technique de collecte de données appropriée pour la recherche féministe car elle permet la valorisation de l'expérience collective des femmes (Madriz, 2000 ; Wilkinson, 1999a, 1999b). Selon Madriz (2000), les femmes ont utilisé, au cours de l'histoire, la conversation avec d'autres femmes comme une façon

de faire face à l'oppression. De plus, le groupe de discussion favorise l'établissement d'une relation plus égalitaire entre la chercheuse et les participantes à cause de la force de l'interaction du groupe qui réduit l'influence de la chercheuse (Madriz, 2000 ; Wilkinson, 1999b). Même si le sujet discuté était sensible (vie sexuelle, infidélité, relations de confiance), l'utilisation du groupe de discussion a permis la création d'un espace « relativement sécuritaire » pour révéler des expériences et des comportements qui, dans un contexte autre que celui de la recherche, pourraient être tabous (Farquhar, 1999).

En ce qui concerne les entrevues, leur contenu était semblable à celui des groupes de discussion en ce qui concerne la perception du risque de l'autre et celui de la participante elle-même ainsi que sur le besoin du port du condom. Cependant, le processus de réflexion et de prise de conscience sur les enjeux liés à la perception et à la gestion du risque chez soi et chez les autres étaient moins évidents dans les entrevues, car le processus d'interaction dans les groupes de discussion a permis ce processus réflexif (Morgan, 1997). De plus, le processus créatif de suggérer d'autres questions n'a pas eu lieu dans les entrevues, ce qui est une caractéristique propre aux entrevues où le chercheur détient un plus grand contrôle sur le sujet à l'étude (Kitzinger & Barbour, 1999 ; Michell, 1999). Les entrevues ont été considérées comme des activités d'appoint qui ont généré des données aussi importantes pour la recherche que celles collectées par le groupe de discussion. La réalisation d'entrevues par les femmes de la communauté a été considérée comme une stratégie potentielle pour le développement d'autres études « réellement » coopératives. La participation de membres de la communauté à l'intérieur de l'équipe de chercheurs pourrait contribuer à la formation de leaders de la communauté, à la présence de membres de l'équipe de recherche dans la communauté, à la qualité du recrutement, à l'engagement de la communauté dans le processus d'investigation, à la réduction de l'exploitation du travail de la femme dans la recherche¹⁷⁵, entre autres.

¹⁷⁵ Ces contributions ont été identifiées dans une étude postérieure réalisée par la chercheuse. Dans ce cas, le budget de la recherche prévoit l'inclusion de membres de la communauté comme auxiliaires d'investigation.

Le lieu de collecte influençant le discours des participantes

Comme décrit précédemment, les données ont été collectées dans trois lieux différents : un centre de santé communautaire et une école pour les groupes de discussion et la résidence des participantes pour les entrevues. Les participantes des trois lieux ont présenté des opinions critiques sur plusieurs sujets abordés, cependant ces critiques étaient différentes dans les différents lieux comme, par exemple, les services de santé qui ont été critiqués par les participantes de l'école et de la maison, mais moins par les femmes qui étaient dans le centre de santé communautaire. Les femmes interviewées dans leur maison ont mis l'accent sur le besoin des visites à domicile des agentes communautaires de santé.

Il faut spécifier que les rencontres au centre de santé communautaire (CAIS Alpha) ont eu lieu pendant les heures d'ouverture et les participantes pouvaient voir le mouvement à l'extérieur de la salle à travers les fenêtres et la porte d'entrée qui était en verre (voir dans l'annexe 3 la photo du local des rencontres au CAIS Alpha).

Par contre, l'école ne dispensait pas de cours le samedi, jour où les rencontres de la communauté ont été réalisées et les seules personnes qui étaient dans l'école étaient la gardienne avec quelques enfants et le gardien de l'école. De plus, les fenêtres et la porte ne permettaient pas de voir les personnes qui étaient à l'intérieur de la salle (Voir dans l'annexe 4 des photos du local des rencontres à l'école).

Pendant les entrevues réalisées dans les maisons, il y avait des membres de la famille dans la salle ou dans la chambre et les maisons étaient petites (voir dans l'annexe 5 la photo d'une maison typique du quartier), les interviewées parlaient alors avec une voix plus basse pour un sujet qu'elles ne voulaient pas trop ébruiter.

Le lieu de rencontre peut influencer le type de discussion (par exemple : formelle et informelle) et donc les données collectées (Green & Hart, 1999). Ainsi, au-delà de la préoccupation du choix d'un local de collecte tenant compte des interférences extérieures qui puissent compromettre la qualité des enregistrements, la neutralité du milieu doit être considérée dans le processus de collecte de données pour

s'assurer que les participantes seront à l'aise de s'exprimer. Madriz (2000) suggère l'utilisation des milieux familiers aux participantes (p. ex. : maison, centre communautaire, écoles) pour la réalisation des groupes de discussion pour diminuer le pouvoir du chercheur sur les participantes. Cependant, la présente étude suggère que la réalisation d'entrevues à la maison, généralement très petite, pourrait inhiber les participantes à cause de la présence d'autres membres de la famille. De plus, il faut tenir compte du fait que la connaissance est construite localement à l'intérieur de différentes situations (Green & Hart, 1999).

Il est nécessaire de comprendre les données dans le contexte où elles ont été générées par les participantes. Les narrations des femmes présentent des tendances collectives (p. ex. : parler principalement de « l'autre femme » sans analyser la situation dans le contexte personnel) et des trajectoires individuelles où quelques femmes font un lien entre le thème de la recherche et leur expérience personnelle et d'autres participantes résistent à le faire. Cette tension entre le *soi* et l'*autre* et la confrontation individuelle ont indiqué les multiples positions que les participantes ont adopté dans le processus de construction de leur perspective sur le thème en discussion. Dans ce processus réflexif adopté par les participantes au cours de leur récit, leurs multiples positions ne signifient pas qu'elles avaient des limites de compréhension du thème. Comme des sujets situés historiquement et socialement, elles expérimentent des rapports de pouvoir dans un contexte qui présente, en même temps, le désir de maintenir une relation conjugale à l'intérieur des normes qui garantissent leur bien être émotionnel, économique et social de même que la compréhension élargie des risques qui n'existaient pas avant l'arrivée du VIH/sida.

La prise de conscience

L'empowerment des femmes est décrit par plusieurs auteurs comme un outil primordial dans la lutte contre le VIH avec cette population (Amaro & Raj, 2000 ; Champeau & Shaw, 2002 ; Giffin, 1998; Maia et coll., 2008 ; Mann et coll., 1992). Dans le cadre de cette étude, plutôt exploratoire, l'empowerment des participantes n'était pas réellement un objectif à atteindre. Cependant, ces femmes ont réalisé un parcours réflexif qui a contribué à leur prise de conscience sur la prévention du VIH/sida en tant que femmes ayant un partenaire sexuel régulier.

La compréhension du processus de conscientisation proposée par Paulo Freire est liée à la connaissance des trois niveaux de conscience (Freire, 1972, 2000 ; Jorge, 1979) :

- La conscience semi intransitive : l'être humain est circonscrit à des domaines étroits d'intérêts et préoccupations, incapable d'appréhender les problèmes au delà de son entourage biologique vital. La préoccupation de la personne est plutôt vitale qu'existentielle, incapable d'avoir un compromis avec la vraie existence. La cause des événements devient magique. L'action de la personne est orientée vers les êtres supérieurs, responsables d'une situation problématique ;
- la conscience transitive ingénue : l'être humain a une perception plus large de la réalité et se perçoit comme un être dans le monde et avec le monde. L'interprétation des causes est naïve privilégiant encore des explications magiques. Toutefois, la personne débute son processus pour devenir un être historique, c'est-à-dire, elle se perçoit capable de transformer la réalité ;
- La conscience transitive (conscience critique) : c'est la conscience intéressée par la causalité authentique sans explications magiques ou superstitieuses qui cherche la raison des faits. La responsabilité sociale et politique et le compromis avec la réalité pour la transformer sont des caractéristiques de ce type de conscience qui est à la base de la conscientisation.

La conscientisation est définie par Paulo Freire comme l'approfondissement de la prise de conscience. Cet approfondissement va au delà de la phase spontanée de l'appréhension de la réalité, soit à une phase critique qui représente une insertion critique dans l'histoire (Freire, 1972, 2000 ; Jorge, 1979). La conscientisation présente « deux moments fondamentals : connaître pour transformer. Pourtant, l'homme sera en niveau de conscientisation seulement en ayant la connaissance de la réalité, comment elle est, et s'il devient capable de prendre une attitude transformatrice, c'est-à-dire, humanisatrice sur cette même réalité » (Jorge, 1979, p. 54).

Dans cette perspective, cette étude suggère plutôt un processus de prise de conscience de ces femmes qui a été développé progressivement, par l'intermédiaire d'un processus de groupe basé sur la confrontation et la production de discours alternatifs qui soutiennent de nouvelles façons de penser et d'agir (Wilkinson, 1999b). La présente étude a permis, à travers un cadre théorique critique social post-féministe et une méthode participative, l'identification d'un mouvement dans la narration des participantes, issu de la réflexion, qui suggère le processus de prise de conscience des participantes en quatre moments :

- a) la discussion sur ce que les autres devraient faire pour prévenir le VIH/sida (le partenaire de « l'autre femme » est infidèle, il ne mérite pas la confiance et le condom doit toujours être utilisé) ;
- b) l'adaptation du thème à la vie privée (ce ne sont pas tous les hommes qui sont infidèles, la confiance pourrait être accordée à quelques hommes, incluant le mien et il n'y a pas de place pour le condom dans ma vie de couple) ;
- c) la prise de conscience de la complexité de la prévention entre partenaires sexuels réguliers (l'infidélité n'est pas toujours perçue, la confiance pourrait générer des risques face au VIH et le condom interfère sur la qualité du rapport sexuel) et ;

- d) la flexibilité par rapport à la perception face à la prévention chez les « autres » (l'infidélité c'est un risque qui existe, la confiance est une norme sociale et un besoin psychologique qui soutient les relations avec le partenaire sexuel régulier ; en présence d'acceptation du condom par la femme, le pouvoir de décision face à l'utilisation du condom est celui du partenaire).

La prise de conscience des femmes sur les enjeux liés à la prévention du VIH/sida chez des femmes qui ont un partenaire sexuel régulier a été développée à partir du dialogue. La description du quotidien des personnes à travers un processus réflexif leur a permis de comprendre l'organisation sociale et familiale inégale (Acker, Barry, & Esseveld, 1991 ; Freire, 1972, 1994) et d'identifier les contextes multiples et diversifiés dans lesquelles elles et les femmes de leur entourage sont insérées.

En reconnaissant la multiplicité des situations vécues par ces femmes dans le contexte préventif du VIH avec le partenaire régulier et selon une perspective *paradigmatique critique sociale dans laquelle le post-féminisme est inséré*, le manque de réponses et de solutions pour quelques questionnements soulevés initialement par la recherche et approfondis par les participantes, révèle la complexité du sujet à l'étude et le besoin d'une compréhension holistique (multifactorielle) du phénomène exploré (Thorne & Varcoe, 1998). Par exemple, quelques questions qui ont été soulevées par les femmes demeurent ouvertes pour susciter des réflexions sur la construction des programmes d'intervention visant la prévention du VIH/sida chez les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier.

- Est-ce qu'un couple dont le test de dépistage est négatif serait prêt à utiliser le condom pour la durée de la relation ?
- Si le condom est utilisé en absence de confiance ou de bagarre dans le couple, est-ce qu'une fois la paix rétablie le condom sera encore utilisé ?

- Est-ce qu'un couple vivant en situation de pauvreté qui prend la décision de toujours porter le condom aurait accès à celui-ci ?
- Est-ce que les femmes veulent vraiment utiliser le condom dans leur vie de couple ?
- Est-ce que les services de santé sont prêts à faire face à la prévention du VIH chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier en les rendant visibles dans les interventions ?
- Comment promouvoir la santé sexuelle des femmes ayant un partenaire sexuel régulier dans le contexte des inégalités sociales et de genre ?

Ces questions soulèvent les limites de cette étude qui ne peut mettre en lumière plus profondément la compréhension des éléments d'un phénomène complexe comme celui de la perception du risque, de la relation de confiance entre partenaires réguliers, des rapports de genre et de pouvoir dans les contextes privé et social et de la gestion du risque d'une maladie mortelle.

Cependant, les résultats obtenus contribuent à la réflexion sur la complexité du contexte préventif du VIH et sur l'importance de l'adoption d'approches théoriques et méthodologiques qui offrent la parole à la communauté afin de construire des connaissances et des stratégies d'intervention qui tiennent compte de la diversité individuelle et collective vécue dans les communautés (Webb & Wright, 2000).

Les conclusions qui suivent suggèrent quelques théorisations et des choix pour l'application en santé publique qui ont émergé de l'analyse des données générées par cette étude.

CONCLUSION

Cette recherche est la première étude connue, réalisée à Goiânia, Brésil, pour explorer la perception et la gestion du risque face au VIH/sida chez des femmes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté.

Cette étude met en évidence les enjeux liés à la prévention du VIH/sida pour les femmes dans le contexte des *partenaires réguliers*, quand des normes sociales et les rapports de genre et de pouvoir influencent le comportement des hommes et des femmes (relativement au sida). La construction sociale des rôles attribués au sexe masculin (désir sexuel exacerbé et manque de contrôle sur ce désir) et féminin (moins de désir sexuel et plus de contrôle sur le désir) dans le contexte de la sexualité contribue à l'instauration de relations entre hommes et femmes fortement influencées par ces rôles. Ainsi, la relation avec le partenaire sexuel régulier est construite, d'une part, à partir des liens sentimentaux et des normes connexes à l'engagement et à la monogamie. D'autre part, les rôles attribués aux sexes influencent la constitution d'une relation stable dans laquelle (a) l'homme s'attend à ce que sa partenaire soit fidèle tout en sachant qu'il pourrait un jour avoir des rapports extra-conjugaux à cause de son instinct sexuel incontrôlé et son désir sexuel et (b) la femme, qui se doit d'être fidèle, vit avec la possibilité d'être trompée à cause de ce manque de contrôle de la part de l'homme.

Dans ce contexte, l'*infidélité* masculine pourrait se justifier par la nature sexuelle incontrôlable de l'homme et, pour cette raison, être socialement acceptée. Cependant, même si ces normes sociales sont connues, chaque couple expérimente sa relation différemment en vivant à divers degrés l'engagement et l'intimité. Ainsi, la femme opère une déconstruction des normes sociales attribuées à la population pour édifier d'autres normes et valeurs qu'elle applique à sa propre relation en se basant sur la qualité de la relation avec son partenaire régulier. En conséquence, une bonne relation dans le couple éloigne le risque d'infidélité. Cependant, celle-ci continue d'être une pratique attribuée à la majorité des hommes, principalement celui des « autres » femmes. Si l'infidélité de l'homme est le principal risque de contracter le VIH/sida chez les femmes dont le partenaire sexuel est régulier, on doit tenir compte du fait que

la perception du risque n'appartient pas à la catégorie spécifique des femmes dont le partenaire sexuel est régulier. En effet, l'infidélité n'est pas toujours perçue ou encore, les paramètres de qualité de la relation sont passibles de changements. Dans ce cas, c'est la subjectivité de chaque femme qui joue dans la perception du risque en tenant compte de son contexte personnel, interpersonnel et socio-structurel.

En présence de l'éventualité de l'infidélité, c'est la *confiance* et les diverses manières de l'accorder qui est mise en question pour gérer le « risque » face au VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier. La notion de confiance se construit différemment pour les autres (contexte public) que pour les participantes elles-mêmes (contexte privé). Dans le contexte public, la femme qui a un partenaire sexuel régulier et qui lui fait confiance est critiquée à cause de l'infidélité attribuée aux hommes. Dans ce cas, les femmes qui font confiance deviennent à risque de contracter le VIH/sida. La confiance envers l'homme qui a une partenaire régulière (mariage ou union de fait) est décrite comme faisant partie d'un cercle vicieux, où autant la femme, la maîtresse que l'amant de l'homme lui font confiance, à cause de son statut conjugal qui présente moins de risque face au VIH/sida. De son côté, l'homme marié a confiance que sa maîtresse ou son amant se protégera à l'occasion de rapports sexuels avec d'autres partenaires. Ce cercle vicieux indique l'importance de prendre en compte des stratégies développées par la population pour expliquer le manque de protection envers le VIH/sida.

Dans le contexte privé des femmes ayant un partenaire sexuel régulier, la confiance ne se présente pas en tant que système binaire fixe où la femme l'a (*confiance complète*) ou ne l'a pas (*absence de confiance*). La confiance est construite et reconstruite à chaque jour de la relation avec le partenaire, alors que la femme passe à travers des moments de confiance complète, puis d'absence totale de confiance, ce qui suggère que la confiance n'est pas statique. Ainsi, la perception du risque et l'identification du besoin de prévention sont aussi variables et dépendent du degré de confiance que la femme accorde à son partenaire sexuel régulier selon le moment. Cette étude suggère que la confiance et ses multiples nuances influence la perception du

risque chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier et, en conséquence, la gestion du risque. Cette situation transfère encore des responsabilités à la femme qui doit être attentive à l'infidélité du partenaire pour gérer sa confiance sans pour autant détenir le pouvoir de décider du recours au condom en tant que stratégie de protection relative à la perception du risque. Il faut aussi tenir compte de la nature transitoire de la confiance qui, dans la pratique, peut se traduire en une demande d'utilisation du condom aussi transitoire, c'est-à-dire seulement pendant la période durant laquelle le risque est perçu.

Bien que l'utilisation du *condom* soit reconnue comme étant la seule façon de se prémunir du VIH par contact sexuel, son adoption chez les partenaires sexuels réguliers n'est pas fréquente. D'abord, le condom est très peu utilisé pour la contraception au Brésil, ce qui limite son utilisation pour la prévention des ITS. Chez les couples stables, l'utilisation du condom pour des raisons autres que la contraception indique la présence de l'infidélité ou l'absence de confiance (en incluant toutes les variantes). Selon les normes sociales en vigueur, le condom n'a pas de place chez les partenaires sexuels réguliers et son adoption se justifie socialement – par exemple, la contraception devant l'impossibilité d'adopter d'autres types de contraceptifs ou son utilisation provisoire pendant le traitement d'une ITS. Le refus de l'homme demeure la principale justification pour la non adoption du condom, ce qui renforce l'existence de l'inégalité dans les rapports entre hommes et femmes en regard de leur vie sexuelle. Cependant, les femmes elles-mêmes hésitent à recourir au condom dans leur vie de couple car son utilisation pour la prévention du VIH devrait être indéfinie et elles ne veulent pas vivre toutes leurs relations sexuelles avec un condom. Dans ce sens, c'est le manque d'habitude (le condom ne faisait pas partie de leur vie de couple) et aussi la sexualité (la croyance que le condom diminue le plaisir sexuel) qui renforcent le rejet du condom chez les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier. Il est important de remarquer que la femme expérimente le pouvoir de plusieurs manières dans le processus d'acceptation, de négociation et d'adoption du condom, car, d'une part, elle utilise son pouvoir en restant silencieuse en regard de la prévention (p. ex. : pour garantir le soutien financier, pour la responsabilisation uniquement de l'homme face à la non

adoption du préservatif). D'autre part, c'est le pouvoir du partenaire qui s'exerce lorsqu'il refuse de porter un condom à la demande de la femme. De plus, des rapports de pouvoir sont aussi présents dans les services qui distribuent gratuitement des condoms quand les hommes et les femmes vivent en situation de pauvreté et dépendent des services publics pour y avoir accès. Bien que le condom féminin ait été mis sur le marché au début des années '90, il existe déjà des constructions sociales basées sur son apparence en comparaison avec le condom masculin. Dans ce cas, des oppositions binaires construites nuisent au recours du condom féminin puisqu'elles attribuent apparence moins pire au condom masculin et, en conséquence, une meilleure acceptation par les femmes et par les hommes.

Dans le contexte où la confiance se construit en tant que stratégie de gestion du risque face au VIH/sida, la femme vit encore une relation inégale avec son partenaire ou en société. Ces rapports d'inégalité sont vécus différemment pour chaque femme à cause de la diversité socio-économique, culturelle, familiale, religieuse, historique, entre autres. Toutefois, la vie des femmes présente des aspects communs tels que le soin des enfants et le travail sous-valorisé. Les femmes vivant en situation de pauvreté partagent aussi la dépendance économique, une faible scolarité et les difficultés d'accès aux services publics de santé qui les rendent plus vulnérables face au VIH/sida.

En ce qui concerne les services de santé, cette étude met en évidence le fait que les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier sont invisibles dans le contexte de la prévention du VIH/sida. Les interventions visant à prévenir le VIH/sida ne tiennent pas compte de la subjectivité, des multiples façons de vivre une relation stable, de l'influence des rapports de genre et de pouvoir sur l'adoption du condom et sur les pratiques sexuelles de la population. De plus, l'accès au service public est difficile (longue période d'attente), la relation entre les professionnels de ces services et la communauté peut être conflictuelle et la distribution gratuite du condom n'est pas continue et est guidée par des normes locales, c'est-à-dire élaborées à l'intérieur de chaque service, ce qui peut réduire l'accès de la population au condom.

Cette recherche avec son orientation féministe sensible au genre (*gender-sensitive*) a permis, à travers une perspective théorique/méthodologique synergique, l'élaboration de stratégies qui ont stimulé la participation. Certaines femmes ont pris des décisions et ont participé à un processus réflexif qui les a conduites à comprendre toute la complexité liée à la prévention du VIH/sida chez les femmes ayant un partenaire sexuel régulier et ce, en tenant compte des rapports sociaux de genre et de pouvoir qui prévalent dans leur entourage. De plus, « l'action collective » développée pendant cette recherche a mis en lumière une nouvelle façon d'élaborer des interventions, soit à partir de l'utilisation d'une approche collective capable (a) de stimuler les femmes à comprendre collectivement la complexité de leur vie privée dans une perspective de constructions sociales de genre et de pouvoir, (b) de créer des conditions pour que les femmes réalisent en même temps les démarches avec leur partenaire sur l'utilisation du condom et, finalement, (c) d'apporter de nouveaux éléments capables de contribuer à la construction d'un nouveau discours sur la prévention du VIH/sida par moyen d'échanges d'expériences en tenant compte, non seulement des enjeux liés au VIH/sida, mais aussi de leur compréhension des aspects social, culturel, économique, personnel et interpersonnel qui influencent leur vie quotidienne et, par conséquent, la perception et la gestion du risque.

Bien que les résultats de cette étude présentent les perspectives de femmes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté à Goiânia au Brésil, il faut tenir compte du potentiel d'application de ces résultats auprès des femmes qui vivent dans des contextes similaires. Même en reconnaissant la diversité d'expériences vécues par les femmes, il faut reconnaître que les rapports de genre et de pouvoir, les liens sentimentaux, la relation avec le partenaire, les difficultés économiques, les normes sociales et culturelles, le VIH/sida, font partie de la vie de millions de femmes qui ont un partenaire sexuel régulier partout dans le monde. Enfin, cette étude suggère l'importance de comprendre les enjeux liés à la prévention du VIH/sida chez les femmes qui ont un partenaire sexuel régulier à partir de l'expérience de chaque femme, des multiples façons d'expérimenter le pouvoir dans leur vie quotidienne et de leur statut socio-économique.

Implications pour les politiques et pratiques en promotion de la santé

La parole des femmes a permis de repérer des barrières organisationnelles des services publics de santé qui rendent difficile la perception et la gestion du risque face au VIH/sida. Malgré le discours sur le besoin du développement d'interventions *avec et pour* la communauté, les interventions visant la prévention du VIH/sida demeurent centrées au niveau individuel et misent sur l'utilisation du condom dans une optique de choix personnel. À la lumière de cette étude, quelques suggestions sont apportées pour améliorer la qualité des services de santé offerts à la population et le développement d'actions en promotion de la santé cohérentes avec besoins et désirs de la collectivité :

- Assurer la distribution gratuite et continue du condom aux populations défavorisées économiquement ;
- Réorganiser les services de planification des naissances en visant l'intégration de la prophylaxie des ITS, en valorisant l'importance du choix des méthodes de barrière (condoms masculin et féminin) conjointement avec d'autres méthodes contraceptives ;
- Évaluer et améliorer la qualité des services offerts par le système public et identifier les normes construites à l'intérieur des services locaux contraires à la politique nationale de prévention du VIH/sida ;
- Évaluer la construction des rapports de genre et de pouvoir dans les services publics de santé afin d'éviter les abus de pouvoir de la part des services et pour *promouvoir des interventions sensibilisées à la question des genres (gender-sensitive)* ;

- Reconnaître les enjeux de rapports de genre et de pouvoir et les multiples contextes (social, politique, économique, communautaire, individuel, relationnel, etc.) impliqués dans la perception et la gestion du risque face au VIH/sida ;
- Inclure les femmes et les hommes qui ont un partenaire sexuel régulier dans les interventions visant la prévention du VIH/sida et les autres ITS ;
- Promouvoir des discussions avec la communauté sur les normes sociales qui attribuent des rôles distincts aux hommes et aux femmes afin de favoriser la réflexion sur les effets de ces normes sur la vie quotidienne individuelle et collective de la population et la reconstruction du discours préventif face au VIH/sida ;
- Privilégier les approches de groupe, basées sur le partage d'expériences, dans les interventions visant la prévention du VIH/sida ;
- Établir des programmes de formation des professionnels de la santé axés sur l'intervention et la participation communautaire ;
- Les promoteurs de la santé doivent aussi réfléchir sur leurs propres constructions sur le « soi » et sur « l'autre » dans le contexte préventif du VIH/sida afin de mieux comprendre la complexité et la variété de positions adoptées par chaque individu face à l'épidémie.

Devant la complexité des contextes et des situations impliquées dans la perception et de gestion du risque chez les femmes dont le partenaire sexuel est régulier, il est important que de nouvelles approches soient adoptées dans les services publics de santé. En particulier, celles qui reconnaissent le potentiel de la communauté pour établir des partenariats avec des services de santé, organisations non-gouvernementales, associations de quartiers, conseils de santé, entre autres, pour mieux identifier les besoins de chaque population. De plus, l'implication des professionnels de la santé œuvrant dans les services publics de santé communautaire

dans la vie quotidienne de la communauté devient nécessaire pour mieux comprendre les difficultés vécues par la population et pour faciliter la création de liens plus étroits entre les services et la population.

Implications pour la recherche

Cette étude a mis en évidence la diversité des expériences vécues qui influencent la prévention du VIH/sida (rapports de genre, dépendance économique, violence, qualité de la relation, invisibilité dans les services de santé, entre autres). Les résultats de cette étude indiquent que, en plus de fournir des réponses ponctuelles et unidirectionnelles aux questions de recherche, le processus théorique/méthodologique permet de soulever plusieurs autres questions qui doivent être approfondies par d'autres études.

Bien que les participantes à cette étude aient discuté des enjeux liés à la prévention du VIH/sida, le rôle de la sexualité dans le processus d'adoption/rejet du condom a été peu exploré. Cependant, l'importance de la sexualité a été identifiée quand les femmes ont soulevé le fait que le condom pourrait réduire le plaisir ou encore qu'elles ne voulaient pas porter le condom pour toujours. Ainsi, des études plus approfondies devraient être réalisées pour mieux comprendre le rôle de la sexualité/plaisir sur l'adoption du condom.

Comme l'accent a été mis sur l'infidélité des hommes, les participantes de cette étude sont restées silencieuses quant à l'infidélité des femmes, ce qui suggère le besoin d'autres études pour explorer les enjeux liés à la prévention du VIH/sida dans le contexte de l'infidélité féminine.

Les agentes de santé communautaire ont été identifiées par les participantes en tant qu'actrices importantes dans la prévention du VIH/sida chez les couples stables. Leur proximité et leur accessibilité indiquent que ces professionnelles jouissent de la crédibilité pour participer plus activement aux programmes de prévention. Ainsi, des études participatives pourraient être réalisées auprès des agentes de santé pour évaluer leur potentiel et les impliquer davantage dans les interventions communautaires et évaluer l'impact de ces interventions dans la communauté.

Cette étude suggère qu'une participation plus active de la communauté dans le processus de la recherche, comme par exemple par moyen de la réalisation des

entrevues, devient une stratégie originale pour la collecte des données puisque qu'elle procède à partir d'une relation plus égalitaire qui permet une interaction privilégiée entre la chercheuse et les co-chercheuses de même qu'entre les co-chercheuses et les interviewées. D'autres études coopératives devront être réalisées pour explorer en profondeur le résultat de l'utilisation de cette approche pour la recherche et pour les acteurs impliqués. De plus, la perspective théorique critique sociale post-féministe développée dans cette étude semble avoir le potentiel pour être adoptée dans autres études en promotion de la santé auprès de femmes et d'autres groupes.

ÉPILOGUE

À la fin de la période d'analyse des données de la présente étude, la chercheuse a élaboré un autre projet de recherche en tenant compte du cadre théorique, de la méthode et du besoin d'élaborer de nouvelles interventions visant la promotion de la santé de ces femmes dans le contexte du VIH/sida. Le projet a été présenté à un concours national et a été sélectionné par le Ministère de la Santé du Brésil et par l'UNESCO qui l'ont subventionné.

Le but de l'étude est d'explorer comment des femmes vivant en situation de pauvreté et dont le partenaire sexuel est régulier reconstruisent le discours préventif face au VIH/sida à l'intérieur de la sphère privée et communautaire en considérant les implications de cette reconstruction pour les programmes d'intervention¹⁷⁶. Le cadre théorique critique-social post-féministe et la méthode qualitative participative coopérative ont été adoptés pour guider le cheminement épistémologique de l'étude. Pour assurer une plus grande participation de la communauté à l'étude, trois femmes de la communauté ont été ajoutées à l'équipe de recherche. Au total, dix groupes comptant une moyenne de dix participantes ont été organisés. Chaque groupe s'est rencontré cinq fois à raison d'une rencontre par mois. Les données ont été collectées par groupes de discussion et par la technique du récit-dialogue (Labonté & Feather¹⁷⁷, 1996). Chaque rencontre comprenait deux phases: le récit des femmes sur leurs réflexions et activités réalisées dans la communauté et la discussion de groupe sur leurs récits et les sujets proposés par l'équipe de recherche (rapports de genre et de pouvoir, condoms, sexualité, famille, etc.). Les participantes ont réalisé, entre autres, les activités suivantes : des entrevues individuelles ou en groupe dans la communauté auprès des amies, voisins, partenaires sur les sujets proposés au cours des rencontres et des visites dans plusieurs services publics de santé communautaire pour évaluer la distribution gratuite de condoms. Après la période de collecte de données, les partenaires de la communauté continuaient de distribuer des condoms (masculins ou

¹⁷⁶ Lima, J., Reis, A. M. F., Gastaldo, D., Vila, V. S. C., Viana, M. A. A. S., Araujo, I. F. S., Sousa, G. M., Guida, D. C., Hutin, N. F., Souza, M. N. C., & Oliveira, C. S. (2002). Participação comunitária na prevenção do HIV/Aids entre mulheres com um parceiro sexual fixo. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 14 (3), 132-133.

¹⁷⁷ Labonté, R., & Feather, J. (1996). *Manuel sur l'utilisation du récit pour la promotion de la santé*. Ottawa : Ministère de Approvisionnement et Services Canada.

féminins) parmi les participantes. Les résultats indiquent que le discours préventif face au VIH/sida basé sur la confiance a été remplacé par un autre fondé sur l'amélioration de la vie de couple, la complicité, le plaisir sexuel et la santé sexuelle et reproductrice. Les participantes affirment qu'elles ont beaucoup plus de pouvoir pour négocier le port du condom avec le partenaire car elles ont « beaucoup appris sur le sida avec les amies » ce qui leur a donné une plus grande capacité d'argumenter avec le partenaire. Sur le plan institutionnel, le centre de santé communautaire de leur entourage a augmenté de trois à six le nombre de préservatifs distribués par semaine à la communauté à cause de l'augmentation de la demande et de l'insistance des femmes.

Il faut remarquer qu'en parallèle à l'étude décrite ci-haut, une recherche a été réalisée par la chercheuse dans la même région auprès d'agentes communautaires de santé¹⁷⁸ ayant un partenaire sexuel régulier. Un groupe de dix femmes a été formé et le nombre de rencontres et la collecte de données ont été effectuées selon la méthode déjà décrite. Les agentes de santé ont réfléchi sur leur discours sur le VIH/sida dans la communauté et leur propre pratique dans leur vie privée. Les résultats suggèrent que ces femmes ne percevaient pas le risque face au VIH/sida dans leur vie privée et que le pouvoir du partenaire prévalait aussi dans leur vie sexuelle. Bien qu'elles aient reçu des formations sur le VIH/sida, elles ne considéraient pas que leurs connaissances étaient suffisantes pour réaliser des interventions dans leur communauté. De plus, elles ne se sentaient pas à l'aise de parler de ce sujet, principalement avec des partenaires sexuels réguliers qui ne faisaient pas, selon elles, partie de groupes à risque. Les rencontres de groupe ont permis à ces agentes de santé de comprendre les difficultés vécues par les femmes de leur communauté dans le contexte préventif du VIH/sida, car elles-mêmes ont dû parler du condom avec leur partenaire pendant les activités de recherche. De plus, elles ont décrit (comme les femmes ci-haut) l'amélioration de leurs connaissances sur la prévention du VIH grâce à l'interaction

¹⁷⁸ Comme cela a été expliqué dans le chapitre des résultats, les agentes de santé sont des membres de la communauté qui reçoivent une formation de base en santé et font le lien entre la communauté et les services publics de santé communautaire.

de groupe et des activités de collecte des données dans la communauté ainsi qu'une ouverture pour réaliser des interventions dans la communauté.

Ainsi, des changements institutionnels (par exemple, décentralisation de la distribution du condom dans la communauté), la formation des professionnels œuvrant dans les services publics de santé communautaire et des équipes du programme de santé familiale sur la promotion de la santé et les concepts qui y sont rattachés (*empowerment*, participation communautaire, etc.), et, finalement, le développement d'interventions de groupe, ont été suggérés aux services de santé publique.

RÉFÉRENCES

- Acker, J., Barry, K., & Esseveld, J. (1991). Objectivity and truth: problems in doing feminist research. In M. M. Fonow & J. A. Cook, *Beyond Methodology : Feminist Scholarship as Lived Research* (pp. 134-153). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Adrien, A., Godin, G., Cappon, P., Singer, S. M., Maticka-Tyndale, E., & Willms, D. (1996). Vue d'ensemble de l'étude canadienne sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques liés au VIH/sida. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 87 (suppl. 1), 4-10.
- Afifi, W. A. (1999). Harming the ones we love : relational attachment and perceived consequences as predictors on safe-sex behaviour. *The Journal of Sex Research*, 36 (2), 198-206.
- Aggleton, P., Shivanada, K., & Parker, R. (1999). Interventions for men who have sex with man. In L. Gibney, R. J. DiClemente, & S. H. Vermund (Éds.), *Preventing HIV in developing countries : biomedical and behavioral approaches* (pp. 313-330). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ali, M. M., Cleland, J., & Shah, I. H. (2004). Condom use within marriage : a neglected HIV intervention. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (3), 180-186.
- Almeida, C. C. L. (2002). Risco e saúde reprodutiva : a percepção dos homens de camadas populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (3), 797-805.
- Alves, M. F. P. (2003). Sexualidade e prevenção do HIV/Aids : representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (suppl. 2), S429-S439.
- Alves, R. N., Kovács, M. J., Stall, R., & Paiva, V. (2002). Fatores psicossociais e a infecção pelo HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4 suppl.), 32-39.
- Amaro, H. (1995). Love, sex, and power : Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50 (6), 437-447.

- Amaro, H., & Raj, A. (2000). On the margin : Power and women's HIV risk reduction strategies. *Sex Roles, 42* (7/8), 723-749.
- Amaro, S. T. A. (2005). A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saúde e sociedade, 14* (2), 89-99.
- Amorim, M. M., & Andrade, N.A. (2006). Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids entre mulheres do município de Vitória - ES. *Psicol. estud., 11* (2), 331-339.
- Annandale, E., & Clark, J. (1996). What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health and Illness, 18* (1), 17-44.
- Appleby, P. R., Miller, L. C., & Rothspan, S. (1999). The paradox of trust for male couples : When risking is a part of loving. *Personal Relationships, 6*, 81-93.
- Bajos, N. (1997). Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *Aids Care, 9* (2), 227-237.
- Bajos, N., & Marquet, J. (2000). Research on HIV sexual risk : Social relations-based approach in cross-cultural perspective. *Social Science and Medicine, 50* (2000), 1533-1546.
- Barbosa, R. M., Lago, T. di G. do, Kalckman, S., & Villela, W. V. (1996). Sexuality and reproductive health care in São Paulo, Brazil. *Health Care for Women International, 17*, 413-421.
- Barbosa, R. M., & Villela, W. V. (1996). A trajetória feminina da AIDS. In R. Parker & J. Galvão (Éds.), *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil* (pp. 17-32). Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.
- Barroso, M. G. T., Miranda, C. C. L., & Pinheiro, P. N. C. (1998). A Aids sob o olhar da companheira contaminada. *Revista Brasileira de Enfermagem, 51* (3), 393-402.

- Bastos, F. I., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e pauperização : principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (suppl.1), 65-76.
- Beauvoir, S. de (1986). *Le deuxième sexe II : l'expérience vécue*. Collection folio. Paris : Gallimard.
- Becker, C., Guenther-Grey, C., & Raj, A. (1998). Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/Aids. *Social Science and Medicine*, 46 (7), 831-842.
- Bhattacharya, G. (2004). Sociocultural and behaviorial contexts of condom use in heterosexual married couple in India : challenges to the HIV prevention program. *Health Education & Behavior*, 31 (1), 101-117.
- Bisizi, M. S., & Dedobbeleer, N. (2003). Communication avec les partenaires sexuels sur le risque de contamination par le VIH/SIDA chez des apprenties couturières au Bénin. *Santé Publique*, 15 (4), 403-412.
- Bloor, M. (1995). A user's guide to contrasting theories of HIV-related risk behaviour. In J. Gabe (Éd.), *Medicine, Health and Risk : Sociological Approaches* (pp. 19-30). Oxford : Blackwell Publishers.
- Bover, A. B. (2004). *Cuidadores informales de salud del Ámbito domiciliario : percepciones y estrategias de cuidado ligadas ao género y a la generation*. Thèse de doctorat non publié. Universitat de les Illes Ballears, Espagne.
- Bradbury, H., & Reason, P. (2001). Conclusion : broadening the bandwidth of validity: issues and choice-points for improving the quality of action research. In P. Reason & H. Bradbury (Éds.), *Handbook of action research* (pp. 447-455). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Brésil (1998). *Aids no Brasil : Um esforço conjunto governo – sociedade*. Brasília : Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids.

- Brésil (1999). *Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos : relatório final de pesquisa*. Brasília : Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids.
- Brésil (2003). *Boletim Epidemiológico : AIDS*. Ano XV, nº 1. Brasília : Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids.
- Brésil (2006). *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Ano III – No. 1 – 1^a a 26^a Semanas epidemiológicas – Janeiro a junho 2006. Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids.
- Brésil (2007a). *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Ano IV – No. 1 – 27^a a 52^a Semanas epidemiológicas – Julho a dezembro de 2006 e 1^a a 26 Semanas epidemiológicas – Janeiro a junho de 2007. Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids.
- Brésil (2007b). *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids.
- Brito, A. M. de, Castilho, E. A. de, & Szwarcwald, C. L. (2001). Aids e infecção pelo HIV no Brasil : uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical*, 34 (2), 207-217.
- Brito, J. C. de (2000). Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 1, 195-204.
- Brouillette, J., & Perreault, M. (1997a). Le contexte social des stratégies de protection envers les MTS et le VIH, *Revue sexologique/Sexological Review*, 5 (2), 175-190.
- Brouillette, J., & Perreault, M. (1997b). Stratégies prophylactiques et contraceptives. In N. Chevalier, J. Otis, & M.-P. Desaulnier (Éds.), *Sida et prévention* (pp. 223-238). Montréal : Les Éditions Logiques.

- Brown, T. (2000). Aids, risk and social governance. *Social Science and Medicine*, 50 (2000), 1273-1584.
- Bryan, A. D., Fisher, J. D., & Benziger, T. J. (2001). Determinants of HIV risk among Indian truck drivers. *Social Science and Medicine*, 53 (2001), 1413-1426.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Éds.), *Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências*, (pp. 15-38). Rio de Janeiro : Editora Fiocruz.
- Campbell, C. A. (1995). Male gender roles and sexuality : Implications for women's Aids risk and prevention. *Social Science and Medicine*, 41 (2), 197-210.
- Campbell, C. A. (1999). *Women, families, & HIV/AIDS : A sociological perspective on the epidemic in America*. New York : Cambridge University Press.
- Carey, M. A. (1994). The group effect in focus groups : Planning, implementing, and interpreting focus group research. In J. M. Morse (Éd.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 224-241). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Carreno, I., & Costa, J. S. da (2006). Uso de preservativos nas relações sexuais : estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 720-726.
- Carson, F. (1999). Feminism and the body. In S. Gamble (Éd.), *The icon critical dictionary of feminism and postfeminism* (pp. 117-128). Cambridge : Icon Books.
- Carvalho, S. R. (2004). As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3), 669-678.
- Castilho, E. A. de, & Chequer, P. (1997). A epidemia da Aids no Brasil. In *A epidemia da Aids no Brasil : situação e tendências* (pp. 9-12). Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília : Ministério da Saúde.

- Caterrall, M., & Maclaran, P. (1997). Focus groups data and qualitative analysis programs : Coding the moving picture as well as the snapshots. *Sociological Research on Line*, 2 (1) <<http://socresonline.org.uk/socresonline/2/1/6.html>>
- Chamberlain, K. (2000). Methodolatry and qualitative health research. *Journal of Health Psychology*, 5, 285-296.
- Champeau, D. A., & Shaw, S. M. (2002). Power, empowerment and critical consciousness in community collaboration : Lessons from an advisory panel for an HIV awareness media campaign for women. *Women & Health*, 36 (3), 31-50.
- Civic, D. (1999). The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *Aids Education and Prevention*, 11 (4), 343-352.
- Cohen, D. (1999). Condom availability for HIV/STD prevention. *Aids Patient Care*, 13 (2), 731-736.
- Cohn, A. (1997). Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/Aids no Brasil. A epidemia da Aids no Brasil. In *A epidemia da Aids no Brasil : situação e tendências* (pp. 45-53). Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília : Ministério da Saúde.
- Conway, J. K., Bourque, S. C., & Scott, J. W. (1987). Introduction : The concept of gender. In J. K. Conway, S. C. Bourque, & J. W. Scott (Éds.), *Learning about women : Gender, politics, and power* (pp. xxi-xxix). Ann Harbor : University of Michigan Press.
- Cook, J. A., & Fonow, M. M. (1986). Knowledge and women's interests : Issues of epistemology and methodology in feminist sociological research. *Sociological Inquiry*, 56 (1), 2-29.
- Coole, D. (1996). Is class a difference that makes difference?. *Radical Philosophy*, 77, 17-25.

- Cunha, A. C. R. da, Wanderley, M. da S., & Garrafa, V. (2007). Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 29 (5), 230-234.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Éds.), *Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências*, (pp. 39-53). Rio de Janeiro : Editora Fiocruz.
- Daniel, H. (1991). We are all people living with Aids : Myths and realities of Aids in Brazil. *International Journal of Health Services*, 21 (3), 539-551.
- Daniel, H., & Parker, R. (1993). *Sexuality, politics, and Aids in Brazil : In another world?* London : The Falmer Press.
- Daykin, N., & Naidoo, J. (1995). Feminist critiques of health promotion. In R. Bunton, S. Nettleton, & R. Burrows (Éds.), *The sociology of health promotion : Critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (pp. 59-69). New York : Routledge.
- Dedobbeleer, N., & Morissette, P. (1999a). *Le sida et le contexte des relations sexuelles des femmes seules à la recherche d'un partenaire au Québec*. Rapport du G.R.I.S. R99-06. Montréal : Université de Montréal.
- Dedobbeleer, N., & Morissette, P. (1999b). Le sida et les femmes seules à la recherche d'un partenaire : un groupe à risque ignoré ? In H. Dagenais (Éd.), *Pluralité et convergences : la recherche féministe dans la francophonie* (pp. 217-242). Montréal : Les éditions du Remue-Ménage.
- Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine*, 50 (2000), 1557-1570.
- Denzin, N. K. (1992). *Symbolic interactionisme and cultural studies*. Oxford : Blackwell.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Éds.). (2000). *Handbook of qualitative research* (2^e éd.). Thousands Oaks, CA : Sage.

- Diallo, S. N. (1999). Les besoins ignorés des femmes africaines dans la lutte contre le sida. In H. Dagenais (Éd.), *Pluralité et convergences : la recherche féministe dans la francophonie* (pp. 243-259). Montréal : Les Éditions du Remue-Ménage.
- Dixon, D., Peters, M., & Saul, J. (2003). HIV sexual risk behavior among Puerto Rican women. *Health Care for Women International, 24*, 259-243.
- Douglas, M. (1985). *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. New York : Russell Sage Foundation.
- Douglas, M., & Calvez, M. (1990). The self as risk taker : a cultural theory of contagion in relation to Aids. *Sociological Review, 38*, 445-464.
- Dourado, I., Milroy, C. A., Mello, M. A. G., Ferraro, G. A., Castro-Lima-Filho, H., Guimarães, M. L., et coll. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 23* (1), 25-32.
- Dourado, I., Veras, M. A. de S. M., Barreira, D., & Brito, A. M. (2006). Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública, 40* (suppl), 9-17.
- Doyal, L. (1991). Promoting women's health. In B. Bandura & I. Kickbusch (Éds.), *Health Promotion research : Towards a new social epidemiology* (pp. 283-311). Copenhagen : WHO Regional Publications, European Series, No 37.
- Doyal, L. (1995). In sickness and in health. In *What makes women sick : Gender and the political economy of health* (pp. 1-26). New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health : debates and dilemmas. *Social Science and Medicine, 51* (2000), 931-939.

- Duarte, G. A., Alvarenga, A. T. de, Osis, M. J. D., Faúndes, A., & Sousa, M. H. (2003). Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (1), 207-216.
- Duarte, L. R. M. F. L. (1997). *Gênero e Aids : Um estudo com mulheres pobres, soropositivas, em idade reprodutiva*. Mémoire de maîtrise, non publié. Département de travail social, Universidade de Brasília, Brasília, Brésil.
- Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa : reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, 115, 139-154.
- Eakin, J., Robertson, A., Poland, B., Corbun, D., & Edwards, R. (1996). Towards a critical social science perspective on health promotion research. *Health Promotion International*, 11 (2), 157-165.
- Edholm, F., Harris, O., & Young, K, (1982). Conceptualisation des femmes. *Nouvelles Questions Féministes*, 3, 37-69.
- Empelen, P. V., Schaalma, H. P., Kok, G., & Jansen, M. W. J. (2001). Predicting condom use with casual and steady sex partners among drug users. *Health Education Research*, 16 (3), 293-305.
- Farmer, P. (1996). Women, poverty, and Aids. In P. Farmer, M. Connors, & J. Simmons, J. (Éds.), *Women, Poverty, and Aids : Sex, Drugs and Structural Violence* (pp. 3-38). Monroe, ME : Common Courage Press.
- Farquhar, C. (1999). Are focus groups suitable for “sensitive” topics?. In R. S. Barbour & J. Kitizinger (Éds.), *Developing Focus Group Research : Politics, Theory and Practice* (pp. 47-63). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Fernandes, A. M. dos S, Antonio, D. de G., Bahamondes, L. G., & Cupertino, C. V. (2000). Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (suppl. 1), 103-112.

- Fernandes, J. C. L. (1998). Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (3), 575-581.
- Figueiredo, R., & Ayres, J. R. (2002). Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/aids em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4 Supl.), 96-107.
- Flax, J. (1990). Postmodernism and gender relations in feminist theory. In J. Nicholson (Éd.), *Feminism/Postmodernism*, (pp. 39-62). New York : Routledge.
- Fonow, M. M., & Cook, J. A. (1991). Back to the future : A look at the second wave of feminist epistemology and methodology. In M. M. Fonow & J. A. Cook, *Beyond Methodology : Feminist Scholarship as Lived Research* (pp. 1-15). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Fonseca, M. G, Bastos, F. I., Derrico, M., Andrade, C. L. T. de, Travassos, C., & Szewald, C. L. (2000). AIDS e grau de escolaridade no Brasil : evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (suppl.1), 77-87.
- Fontana, A., Frey, J. H. (1998). Interviewing : the art of science. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (47-78). Thousands Oaks, CA : Sage
- Foucault, M. (1976). *L'histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Fraser, N., & Nicholson, J. (1990). Social criticism without philosophy : An encounter between feminism and postmodernism. In J. Nicholson (Éd.), *Feminism/Postmodernism*, (pp. 19-38). New York : Routledge.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of oppressed*. London : Sheed & Ward.
- Freire, P. (1994). *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

- Freire, P. (2000). *Educação como prática da liberdade* (24^è éd.). Rio de Janeiro : Paz e Terra.
- Freitas, M. T. de A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, 116, 21-39.
- Freyre, G. (1974). *Maîtres et esclaves : la formation de la société brésilienne*. Paris : Gallimard.
- Fry, P. H., Monteiro, S., Maio, M. C., Bastos, F. I., & Santos, R. V. (2007). AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 497-507.
- Gabe, J. (1995). Health, medicine and risk : the need for a sociological approach. In J. Gabe (Éd.), *Medicine, Health and Risk : Sociological Approaches* (pp. 1-17). Oxford : Blackwell Publishers.
- Galvão, M. T. G., & Marcondes-Machado, J. (2001). Use of a condom in sex relations by HIV carriers. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34 (2), 181-186.
- Gamble, S. (1999). Postfeminism. In S. Gamble (Éd.), *The icon critical dictionary of feminism and postfeminism* (pp. 43-54). Cambridge : Icon Books.
- Gastaldo, D. (1996). *Is health education good for you? The social construction of health education in the Brazilian national health care system*. Thèse de doctorat non publié. University of London, UK.
- Gastaldo, D. (1997). Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In : A. Petersen & R. Bunton (Éds.), *Foucault, Health and Medicine*. London : Routledge (reprinted in 1999).

- Gastaldo, D., & McKeever, P. (2000). Investigación Cualitativa, ¿intrínsecamente ética? *Index de Enfermería*. *Index de Enfermería* [en ligne]. Disponible sur web : <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-9_articulo/_9-10.php>
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Thèse de doctorat non publié, Faculté de médecine, Secteur santé publique, Université de Montréal, Canada.
- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2000). Qualitative inquiry : tensions and transformations. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (2^e éd.), (pp. 1025-1046). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Giacomozi, A. I. (2006). *Casamento e aids: uma questão de confiança*. Higienópolis, SP : Editora Mackenzie.
- Giffin, K. (1998). Beyond empowerment : Heterosexualities and the prevention of Aids. *Social Science and Medicine*, 46 (2), 151-156.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde : considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suppl.), 103-112.
- Giffin, K., & Lowndes, C. M. (1999). Gender, sexuality and prevention of sexually transmissible diseases : a Brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine*, 48, 283-292.
- Gilbert et Walker (2002). HIV/AIDS in South Africa : an overview. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (3), 651-650.
- Go, V. F., Sethulakshmi, C. J., Bentley, M. E., Sivaram, S., Srikrishnan, A. K., Solomon, S., & Celentano, D. D. (2003). When HIV prevention and gender norms clash : the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *Aids and Behavior*, 7 (3), 263-272.

- Goldstein, D. M. (1994). Aids and the women in Brazil : The emerging problem. *Social Science & Medicine*, 39 (7), 919-929.
- Goldstein, D. (1996). O lugar da mulher no discurso sobre a AIDS no Brasil. In R. Parker & J. Galvão (Éds.), *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil* (pp. 137-152). Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.
- Gollub, E. L. (2000). The female condom : tool for women's empowerment. *American Journal of Public Health*, 90, 1377-1381.
- Greco, M., Silva, A. P., Merchan-Hamann, E., Jeronymo, M. L., Andrade, J. C., & Greco, D. B. (2007). Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 41 (suppl.2), 109-117.
- Green, J., & Hart, L. (1999). The impact of context on data. In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Éds.), *Developing Focus Group Research : Politics, Theory and Practice* (pp. 21-35). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning : An educational and environmental approach* (2^ª éd.). Toronto : Mayfield.
- Green, L. W., Poland, B. D., & Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. In B. D. Poland, L. W. Green, & I. Rootman (Éds.), *Settings for health promotion : Linking theory and practice*. (pp. 1-43). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The landscape of qualitative research : theories and issues* (195-220). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M., & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 50-60.

- Guimarães, C. D. (1994). Mulheres, sexualidade e Aids : um projeto de prevenção. In A. de O. Costa & T. Amado (Éds.), *Alternativas escassas : saúde, sexualidade e reprodução na América Latina* (pp. 249-281). São Paulo : PRODIR/FCC – Rio de Janeiro : Editora 34.
- Guimarães, C. D. (1996). “Mas eu conheço ele!” : Um método de prevenção do HIV/AIDS. In R. Parker & J. Galvão (Éds.), *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil* (pp. 169-179). Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.
- Guimarães, C. D. (2001). *Aids no feminino : por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro : Editora UFRJ
- Guimarães, K. (1996). Desafios para definições de políticas de intervenção. In R. Parker & J. Galvão (Éds.), *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil* (pp. 89-113). Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.
- Gupta, G. R., & Weiss E. (1993). Women’s lives and sex : Implication for Aids prevention. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 399-412.
- Hall, J. M., & Stevens, P. E. (1991). Rigor in feminist research. *Advances in Nursing Science*, 13 (3), 16-29.
- Haraway, D. J. (1991). *Simians, cyborgs, and women : the reinvention of nature*. New York : Routledge.
- Harding, S. (1987). Introduction : is there a feminist method? In S. Harding (Éd.), *Feminism and Methodology* (pp. 1-14). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Hebling, E. M., & Guimarães, I. R. F. (2004). Women and AIDS : gender relations and condom use if steady partners. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1211-1218.

- Heise, L. L., & Elias, C. (1995). Transforming Aids prevention to meet women's needs : A focus on developing countries. *Social Science & Medicine*, 40 (7), 931-943.
- Heron, J. (1981). Philosophical basis for a new paradigm. In P. Reason & J. Rowan (Éds.), *Human inquiry : A sourcebook of new paradigm research* (pp. 19-35). Toronto : John Wiley & Sons.
- Heron, J., & Reason, P. (1997). A Participatory Inquiry Paradigm. *Qualitative Inquiry*, 3 (3), 274-294.
- Heron, J., & Reason, P. (2001). The practice of co-operative inquiry : Research "with" rather "on" people. In P. Reason & H. Bradbury (Éds.), *Handbook of action research* (pp. 179-188). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Hills, M. D., & Mullett, J. (2002). Enhancing nursing health promotion through cooperative inquire. In L. E. Young & V. E. Hayes (Éds.), *Transforming health promotion practice : Concepts, issues, and applications* (pp. 311-322). Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Hodgson-Wright, S. (1999). Early feminism. In S. Gamble (Éd.), *The icon critical dictionary of feminism and postfeminism* (pp. 3-15). Cambridge : Icon Books.
- Holland, J., Ramazanoğlu, C., & Scott, S. (1990). *Sex, risk, and danger : Aids education policy and young women's sexuality*. Woman risk Aids project, paper 1. London : The Tufnell Press.
- Holland, J., Ramazanoğlu, C., Scott, S., Sharpe, S., & Thomson, R. (1991). *Pressure, resistance, empowerment : Yong women and the negotiation of safer sex*. Woman risk Aids project (WRAP), paper 6. London : The Tufnell Press.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (6), 557-565.
- hooks, b. (2000). *Feminism is for everybody : passionate politics*. Cambridge : South End Press.

- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1998). Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 179-210). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Im, E-O., & Meleis, A. I. (2001). An international imperative for gender sensitive theories in women's health. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (4), 309-314.
- Jayaratne, T. E., & Stewart, A. J. (1991). Quantitative and qualitative methods in the Social Science : current feminist issues and practical strategies. In M. M. Fonow & J. A. Cook (Éds.), *Beyond Methodology : Feminist Scholarship as Lived Research* (pp. 85-106). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Jenkins, S. R. (2000). Toward theory development and measure evolution for studying women's relationships and HIV infection. *Sex Roles*, 42 (7/8), 751-780.
- Jesus-Junior, R. S. (2005). *Espaço Urbano e Criminalidade na Região Noroeste de Goiânia - GO : A Visão dos Sujeitos Sociais*. Mémoire de maîtrise non publié, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brésil.
- Jorge, J. S. (1979). *A ideologia de Paulo Freire*. São Paulo : Edições Loyola.
- Kaler, A. (2001). "It's some kind of women's empowerment" : the ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment. *Social Science and Medicine*, 52, 783-796.
- Kincheloe, J. L., & McLaren, P. L. (1998). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The landscape of qualitative research : Theories and issues* (pp. 260-299). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Kincheloe, J. L., & McLaren, P. L. (2000). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The Handbook of qualitative research* (pp. 279-313). Thousand Oaks, CA : Sage.

- Kippax, S., Crawford, J., & Waldby, C. (1994). Heterosexuality, masculinity, and HIV. *AIDS*, 8 (suppl. 1), S315-S323.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups : the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness* 16 (1), 103-121.
- Kitzinger, J., & Barbour, R. S. (1999). Introduction : The challenge and promise of focus groups. In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Éds.), *Developing Focus Group Research : Politics, Theory and Practice* (pp. 1-20). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Knauth, D. R., VÍctora, C. G., & Leal, O. F. (1998). A banalização da AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 4 (9), 171-202.
- Krieger, N., & Fee, E. (1994). Man-made medicine and women's health : The biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *International Journal of Health Services*, 24 (2), 265-283.
- Krueger, R. A. (1998a). Analyzing & reporting focus groups results. In D. L. Morgan & R. A. Krueger (Éds.), *The focus group kit*, v. 6. Thousands Oaks, CA : Sage.
- Krueger, R. A. (1998b). Moderating focus groups. In D. L. Morgan & R. A. Krueger (Éds.), *The focus group kit*, v. 4. Thousands Oaks, CA : Sage.
- Lauby, J. L., Semaan, S., O'Connell, A., Person, B., & Voguel, A. (2001). Factors related to self-efficacy for use of condoms and birth control among women at risk for HIV/Aids infection. *Women & Health*, 34 (3), 71-91.
- Leininger, M. M. (1991). Ethnonursing : a research method with enablers to study the theory of culture care. In M. M. Leininger (Éd.), *Culture care diversity and universality : a theory of nursing* (pp. 73-117). New York : National League for Nursing Press.

- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, 1 (1), 92-100.
- Lima, J., & Gastaldo, D. (1999, février). *Thinking qualitatively for gathering and analysing data through focus groups*. Présentation orale à la 1^{ère} Conférence internationale et interdisciplinaire : Advances in qualitative methods, Edmonton, Canada
- Lima, J. R. (1997). *Les pratiques préventives face au VIH/sida chez des femmes brésiliennes habitant Montréal*. Mémoire de maîtrise non publié, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Lima, J. R. (2005). Reconstruindo o discurso preventivo contra o HIV/aids com e para mulheres que tenham um parceiro sexual estável : um estudo participativo em Goiânia, GO. In *Pesquisa e desenvolvimento tecnológico em DST, HIV e AIDS no Brasil* (pp. 127-129). Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids.
- Lima, J., Sousa, G. M. de, & Reis, A. M. F. (2002). A prevenção do HIV/Aids entre agentes de saúde que têm um parceiro estável : faça o que mando e não o que faço. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 14 (3), 136.
- Lincoln, Y. S. (2001). Engaging sympaties : relationships between action research and social constructivism. In P. Reason & H. Bradbury (Éds.), *Handbook of action research* (pp. 124-132). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 163-188). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Lips, H. M. (1997). *Sex & gender : An introduction* (3^è éd.). Toronto : Mayfield Publishing Company.
- Lorber, J. (1998). Believing is seeing : biology as ideology. In R. Weitz (Éd.), *The politics of Women's bodies : Sexuality, appearance, and Behavior* (pp. 12-24). New York : Oxford University Press.

- Lowndes, C. M., Alary, M., Gnintoungbé, C. A. B., Bédard, E., Mukenge, L., Geraldo, N., et coll. (2000). Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk : targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *Aids*, 14 (16), 2523-2534.
- Lupton, D. (1993). Risk as a moral danger : The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23 (3), 425-435.
- Lupton, D. (1995). Taming uncertainty : Risk discourse and diagnostic testing. In *The imperative of Health : Public health and the regulated body* (pp. 77-105). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York : Routledge.
- Lupton, D., McCarthy, S., & Chapman, S. (1995). "Panic bodies" : discourses on risk and HIV antibody testing. *Sociology of Health & Illness*, 17 (1), 89-108.
- Macdonald, G., & Bunton, R. (1992). Health promotion. Discipline or disciplines. In R. Bunton & G. Macdonald (Éds.), *Health Promotion Disciplines and Diversity* (pp. 6-19). London, UK : Routledge.
- MacKinnon, K. A. (1987). Feminism, marxisme, method, and the state : Toward feminist jurisprudence. In S. Harding (Éd.), *Feminism and Methodology* (pp. 135-155). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminist research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of Qualitative Research* (2^e éd., pp. 835-850). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Maharaj, P., & Cleland, J. (2005). Risk perception and condom use among married or cohabiting couples in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 31 (1), 24-29.

- Maia, C., Guilhem, D., & Freitas, D. (2008). Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), 242-248.
- Mamede, M. V. (1996). *Prevenção de Aids para mulheres no Brasil : Fatores comportamentais e estratégias para redução de risco*. (Rapport technique PNUD-Programa Nacional DST e AIDS- no 102/93). Ribeirão Preto, SP : Universidade de São Paulo.
- Mann, J. M., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. W. (1992). *Aids in the world*. Massachusetts : Harvard University Press.
- Martin, E. (1999). The egg and the sperm : how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. In J. Price & M. Shildrick (Éds.), *Feminist theory and the body* (pp. 179-189). New York : Routledge.
- McCalman, C. L. (2003) Barriers and motivators for low-income Brazilian women in metropolitan Belo Horizonte : insights for aids prevention. *Health care for Women International*, 24, 565-585.
- Meekers, D., Silva, M., & Klein, M. (2006). Determinants of condom use among youth in Madagascar. *Journal of Biosocial Science*, 38 (3), 365-380.
- Mercado, F. J., Gastaldo, D., & Calderón, C. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud : Una antología iberoamericana*. Guadalajara : Universidad de Guadalajara.
- Meyer, D. E. (1996). Do poder ao gênero : uma articulação teórico-analítica. In M. J. Lopes, D. E. Meyer, & V. R. Waldow (Éds.), *Gênero e Saúde* (pp. 41-51). Porto Alegre : Artes Médicas.
- Michell, L. (1999). Combining focus groups and interviews : telling how it is ; telling how it feels. In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Éds.), *Developing Focus Group Research : Politics, Theory and Practice* (pp. 36-46). Thousands Oaks, CA : Sage.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Traduction de la 2^{ème} édition américaine par M. H. Rispal. Paris : De boeck.
- Millman, M., & Kanter, R. M. (1987). Introduction to another voice : feminist Perspectives on social life and social science. In S. Harding (Éd.), *Feminism and Methodology* (pp. 29-36). Bloomington, IN : Indiana University Press.).
- Minayo, M. C. de Souza (2000). *O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde* (7^e éd.). São Paulo : Hucitec ; Rio de Janeiro : Abrasco.
- Moggridge, A., & Reason, P. (1996). Human inquiry : steps towards emancipatory practice. *Systems Practice*, 9 (2), 159-175.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2^e éd.). Qualitative research methods series, v. 16. Thousands Oaks, CA : Sage.
- Morgan, D. L. (1998). Planning focus groups. In D. L. Morgan & R. A. Krueger (Éds.), *The focus group kit*, v. 2. Thousands Oaks, CA : Sage.
- Moss, K. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality : a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54 (2002), 649-661.
- Mota, M. P. da (1998). Gênero e sexualidade : fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1), 145-155.
- Moysés, A. (2001). *A Produção de Territórios Segregados na Região Noroeste de Goiânia : uma leitura sócio-política* [en ligne]. Disponible sur web : <http://www.observatoriodasmetrolopes.ufjf.br/download/arimoyses_tersegrg.pdf> .
- Muraro, R. M. (1996). *Sexualidade da mulher Brasileira : Corpo e classe social no Brasil* (5^e éd.). Rio de Janeiro : Record : Rosa dos Tempos.
- Ng, C. J., & Kamal, S. F. (2006). Bridging the gap between adolescent sexuality and HIV risk : the urban Malaysian perspective. *Singapore Medical Journal*, 47 (6), 482-490.

- Nutbeam, D., & Blakey, V. (1990). The concept of health promotion and Aids prevention. A comprehensive and integrated basis for action in the 90s. *Health Promotion International*, 5 (3), 233-242.
- Olesen, V. (1998). Feminisms and models of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The landscape of qualitative research : Theories and issues* (pp. 300-332). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Olesen, V. L. (2000). Feminisms and qualitative research at and into the millennium. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (2^e éd., pp. 215-255). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Oliveira, D. L. L. C. de, Meyer, D. E., Santos, L. H. S. dos, & Wilhelms, D. M. (2004). A negociação do sexo seguro na TV : discursos de gênero nas falas de agentes Comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1309-1318.
- OMS, SBESC, & ACSP. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Revue canadienne de santé publique*, 77, 425-430.
- ONUSIDA/OMS (2006a). *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2006*. Genève : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- ONUSIDA/OMS (2006b). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Edition spéciale 10^e anniversaire de l'ONUSIDA. Genève : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- OPAS (2001). *HIV e Aids nas Américas : Uma epidemia multifacetada*. Washington, DC : Organização Pan-Americana de Saúde.
- Paicheler, G. (1999a). Perception of risk and preventive strategies : A dynamic analysis. *Health*, 3 (1).

- Paicheler, G. (1999b). General population and HIV prevention : from risk to action. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (suppl. 2), 93-105.
- Paiva, M. S. (1999). A feminilização da Aids : uma questão de gênero? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52 (1), 7-13.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha : sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo : Summus.
- Paiva, V., Latorre, M. do R., Gravato, N., & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1609-1620.
- Paiva, V., Pupo, L. R., & Barboza, R. (2006). The right to prevention and challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Suppl.), 109-119.
- Parker, R. (1991). *Bodies, pleasures, and passions : Sexual culture in contemporary Brazil*. Boston, MA : Beacon Press.
- Parker, R. (1996). Empowerment, community mobilization and social change in the face to HIV/Aids. *AIDS*, 10 (suppl. 3), S27-S31.
- Parker, R. (1997). Aspectos antropológicos da epidemia do HIV/Aids no Brasil. In *A epidemia da Aids no Brasil : situação e tendências* (pp. 65-69). Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília : Ministério da Saúde.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination : a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57 (2003), 13-24.
- Parker, R., & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS : aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (suppl.1), 89-102.
- Parker, R., & Galvão, J. (Éds.). (1996a). *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.

- Parker, R., & Galvão, J. (1996b). Introdução. In R. Parker & J. Galvão (Éds.), *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil* (pp. 7-15). Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.
- Perreault, M. (1994). Construction sociale d'une épidémie mondiale. In F. Dumont, S. Langlois, et Y. Martin (Éds.), *Traité des problèmes sociaux* (pp. 197-221) IQRC, Québec.
- Petersen, A. R. (1996). Risk and regulated self : The discourse of health promotion as politics of uncertainty. *The Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 32 (1), 44-57.
- Pilkington, C. J., Kern, W., & Indest, D. (1994). Is safer sex necessary with a "safe" partner? Condom use and romantic feelings. *Journal of Sex Research*, 31, 203-210.
- Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2002, novembre). Juventude e saúde reprodutiva : valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. *XII Encontro da associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Ouro Preto, MG.
- Praça, N. S., & Gualda, D. M. R. (2003). Risco de infecção pelo HIV : como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Revista latino-Americana de Enfermagem*, 11 (1), 14-20.
- Praça, N. S., Latorre, M. R. D. O. (2003). Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV : práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*, 3 (1), 61-74.
- Praça, N. S., Latorre, M. R. D. O., & Hearst, N. (2003). Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5), 543-551.

- Radtke, H. L., & Stam, H. J. (1994). Introduction. In H. L. Radtke & H. J. Stam (Éds.), *Power/Gender Social Relations in Theory and Practices* (pp. 1-14). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Ramazanoğlu, C., & Holland, J. (2002). *Feminist methodology : challenges and choices*. Thousands Oaks, CA : Sage.
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde : a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4), 1067-1078.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 121-148.
- Reason, P. (1994). Human inquiry as discipline and practice. In P. Reason (Éd.), *Participation in Human Inquiry* (pp. 40-56). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Reason, P. (1998). Three approaches to participative inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Strategies of Qualitative inquiry* (pp. 261-291). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Reinharz, S. (1992). *Feminist methods in social research*. New York : Oxford University Press.
- Remy, M. (1990). *De l'utopie à l'intégration : histoire des mouvements de femmes*. Paris : Éditions l'Harmattan.
- Rhodes, T., & Cusick, L. (2000). Love and intimacy in relationship risk management : HIV positive people and their sexual partners. *Sociology of health and illness*, 22 (1), 1-26.
- Riessman, C. K. (1998). Women and medicalization : a new perspective. In R. Weitz (Éd.), *The politics of Women's bodies : Sexuality, appearance, and Behavior* (pp. 46-63). New York : Oxford University Press.

- Robertson, A., & Minkler, M. (1994). A new health promotion movement : A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21 (3), 295-312.
- Robles, L. (2000). La subjetividade del investigador en sus análisis científico : La construcción de explicaciones a partir de sus experiencias personales. In F. J. M. Martínez & T. M. T. López (Éds.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica* (pp. 33-45). México, DF : Plaza y Valdés Editores.
- Rosenthal, D., Gifford, S., & Moore, S. (1998). Safe sex or love : competing discourses? *Aids Care*, 10 (1), 35-47.
- Roso, A. (2000). Ideologia e relações de gênero : um estudo de recepção das propagandas de prevenção da Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2), 385-397.
- Ryan, A. (2000). Feminism and sexual freedom in an age of aids. *Sexualities*, 4 (1), 91-107.
- Santos, C. de O., & Iriart, J. A. B. (2007). Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23 (12), 2896-2905.
- Santos, N. J. S., & Munhoz, R. (1996) A AIDS entre as mulheres : reflexões sobre seus depoimentos. In R. Parker & J. Galvão (Éds.), *Quebrando o silêncio : Mulheres e AIDS no Brasil* (pp. 115-135). Rio de Janeiro : ABIA : IMS/UERJ : Relume-Dumará Editores.
- Saulnier, C. F. (1996). *Feminist theories and social work : Approaches and applications*. New York : The Haworth Press.
- Scheper-Hughes, N. (1994). An essay : Aids and the social body. *Social Science & Medicine*, 39 (7), 991-1003.
- Scott, J. W. (1996). Gender : A useful category of historical analysis. In J. W. Scott (Éd.), *Feminism and History* (pp. 152-180). Oxford : Oxford University Press.

- Scott, S., & Freeman, R. (1995). Prevention as a problem of modernity : the example of HIV and AIDS. In J. Gabe (Éd.), *Medicine, Health and Risk : Sociological Approaches* (pp. 151-170). Oxford : Blackwell Publishers.
- Silva, C. G. M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4 suppl.), 40-49.
- Silva, C. L. C. (1998). ONGS/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (suppl. 2), 129-139.
- Simões-Barbosa, R. H. (1997). Aids e gênero : representações de risco entre mulheres de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 5 (1), 33-52.
- Singer, S. M., Willms, D. G., Adrien, A., Baxter, J., Brabazon, C., Leane, V., Godin, G., Maticka-Tyndale, E., & Cappon, P. (1996). Des voix s'expriment : résultats socioculturels de l'Étude des communautés ethnoculturelles face au sida. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 87 (suppl. 1), 28-35.
- Smith, M. W. (1995). Ethics in focus groups : A few concerns. *Qualitative Health Research*, 5 (4), 478-486.
- Stachtchenko, S., & Jenicek, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion : research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 53-59.
- Stoehrel, V. (2000). Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en las sociedades occidentales desarrolladas. *Especulo. Revista de estudios literarios*. Disponible sur web : <http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html>
- Stoppard, J. M. (1992). A suitable case for treatment? Premenstrual syndrome and the medicalization of the women's bodies. In D. H. Currie & V. Raoul (Éds.), *The anatomy of gender : women's struggle for the body* (pp. 119-129). Ottawa : Carleton University Press.

- Stringer, E. T. (1996). *Action research : a handbook for practitioners*. Thousands Oaks, CA : Sage.
- Szwarcwald, C. L., F., Bastos, F. I., Andrade, C. L. T., & Castilho, E. A. (1997). Aids : O mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In *A epidemia da Aids no Brasil : situação e tendências* (pp. 27-44). Brasília : Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids.
- Szwarcwald, C. L., Castilho, E. A., Barbosa, A. J., Gomes, M. R. O., Costa, E. A. M. M., Maletta, B. V., Carvalho, R. F. M., Oliveira, S. R., & Chequer, P. (2000). Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998 : uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (suppl. 1), 113-128.
- Takahashi, R. F., Shima, H., & Souza, M. (1998). Mulher e AIDS : perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (5), 59-65.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia : Reflexão e Crítica*, 14 (1), 167-175.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : analysis types & software tools*. New York : The Falmer Press.
- Tharawan, K., Manopaiboon, C., Ellerstson, C. E., Limpakarnjanarat, K., Kilmarx, P. H., Coggins, C., et coll. (2003). Knowledge and perceptions of HIV among peripartum women and among men whose wives are of reproductive age, northern Thailand. *Contraception*, 68 (2003), 47-53.
- Thomson, R., & Scott, S. (1991). *Learning about sex : Young women and the social construction of sexual identity*. Woman risk Aids project (WRAP), paper 4. London : The Tufnell Press.
- Thorne, S., & Varcoe, C. (1998). The tyranny of feminist methodology in women's health research. *Health Care for Women International*, 19, 481-493

- Thornham, S. (1999). Second wave feminism. In S. Gamble (Éd.), *The icon critical dictionary of feminism and postfeminism* (pp. 29-42). Cambridge : Icon Books.
- Tong, R. P. (1998). *Feminist thought : a more comprehensive introduction* (2^e éd.). Boulder, CO : Westview Press.
- Torbert, W. R. (2001). The practice of human inquiry. In P. Reason & H. Bradbury (Éds.), *Handbook of action research* (pp. 250-260). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Traylen, H. (1994) Confronting hidden agendas : co-operative inquiry with health visitors. In P. Reason (Éd.), *Participation in human inquiry* (pp. 59-81). Thousands Oaks, CA : Sage.
- UNAIDS (2000). *Report on the global HIV/Aids epidemics*. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Genève : UNAIDS.
- UNAIDS (2001). *Gender and AIDS Almanac*. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Genève : UNAIDS.
- UNAIDS (2007). *AIDS epidemic update: December 2007*. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Genève : UNAIDS.
- Venney-Tierman, M. De, Goldband, A., Rackman, L., & Reilly, N. (1994). Creating collaborative relationships in a co-operative inquiry group. In P. Reason (Éd.), *Participation in human inquiry* (pp. 120-137). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Ventura-Filipe, E. M., & Newman, S. P. (1998). Influence of HIV positive status on sexual behavior among males. *Revista de Saúde Pública*, 32 (6), 503-513.
- Vermelho, L. L., Simões-Barbosa, R. H., & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com Aids : desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 369-379.
- Vieira, E. M., Villela, W. V., Réa, M. F., Fernandes, M. E. L., Franco, E., & Ribeiro, G. (2000). Alguns aspectos do comportamento sexual e prática do sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (4), 997-1009.

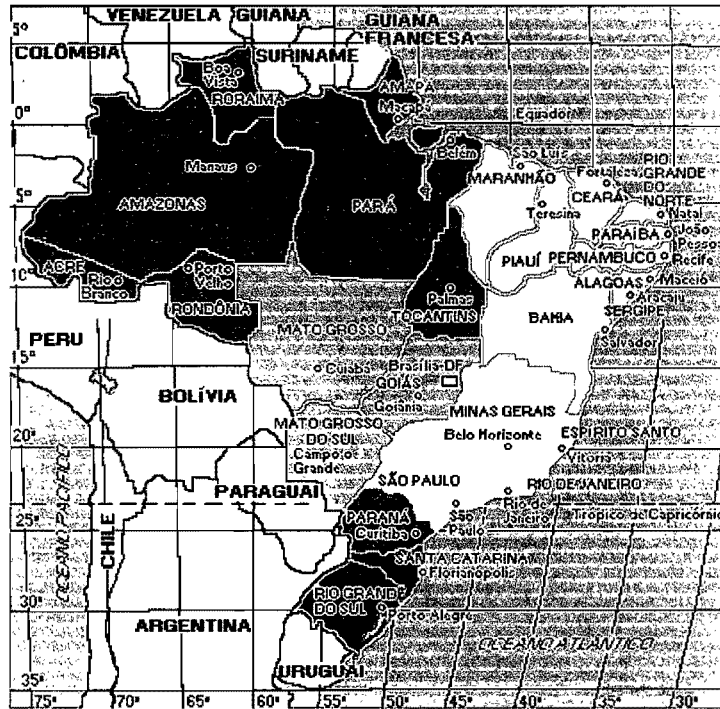
- Villarinho, L., Bezerra, I., Lacerda, R., Latorre, M. R. D. O., Paiva, V., Stall, R., & Hearst, N. (2002) Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36 (suppl. 4), 61-67.
- Villela, W., & Barbosa, R. (1996). Opções contraceptivas e vivências da sexualidade : comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 30 (5), 452-459.
- Walden, V. M., Mwangulube, K., & Makhumula-Nkhoma, P. (1999). Measuring the impact of a behavior change intervention for commercial sex workers and their potential clients in Malawi. *Health Education Research*, 14 (4), 545-554.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health : Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.
- Warr, D., & Pyett, P. M. (1999). Difficult relations : sex work, love and intimacy. *Sociology of Health & Illness*, 21 (3), 290-309.
- Wass, A. (1994). *Health promoting*. Marrickville, Australia : Harcourt Brace.
- Webb, D., & Wright, D. (2000). Postmodernism and health promotion : implications for the debate on effectiveness. In J. Watson & S. Platt (Éds.), *Researching Health Promotion* (pp. 83-101). New York : Routledge.
- Weber, L. R., & Carter, A. I. (2003). *The social construction of trust*. New York : Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Weitz, R. (1998). A history of woman bodies. In R. Weitz (Éd.), *The politics of Women's bodies : Sexuality, appearance, and Behavior* (pp. 3-11). New York : Oxford University Press.
- Whitmore, E. (1994). To tell the truth : working with oppressed groups in participatory approaches to inquiry. In P. Reason (Éd.), *Participation in human inquiry* (pp. 82-98). Thousands Oaks, CA : Sage.

- Wilkinson, R. G. (1996). Health becomes a social science. In *Unhealthy societies : The afflictions of inequalities* (pp. 13-28). London : Routledge.
- Wilkinson, S. (1999a). Focus groups : A feminist method. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 221-244.
- Wilkinson, S. (1999b). How useful are focus groups in feminist research? In R. Barbour & J. Kitzinger (Éds.), *Developing Focus Group Research : Politics, Theory and Practice* (pp. 64-78). Thousands Oaks, CA : Sage.
- Wingood, G., & DiClemente, R. J. (1996). HIV sexual risk reduction interventions for women : A review. *American Journal of preventive Medicine*, 12 (3), 209-217.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (1999). The use of psychosocial models for guiding the design and implementation of HIV prevention interventions : Translating theory into practice. In L. Gibney, R. J. DiClemente, & S. H. Vermund (Éds.), *Preventing HIV in developing countries : biomedical and behavioral approaches* (pp. 187-204). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education Behavior*, 27 (5), 539-565.
- Zampieri, A. M. F. (2004). *Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade : sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da Aids*. São Paulo : Ágora.
- Zierler, S., & Krieger, N. (1997). Reframing women's risk : Social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, 18, 401-436.

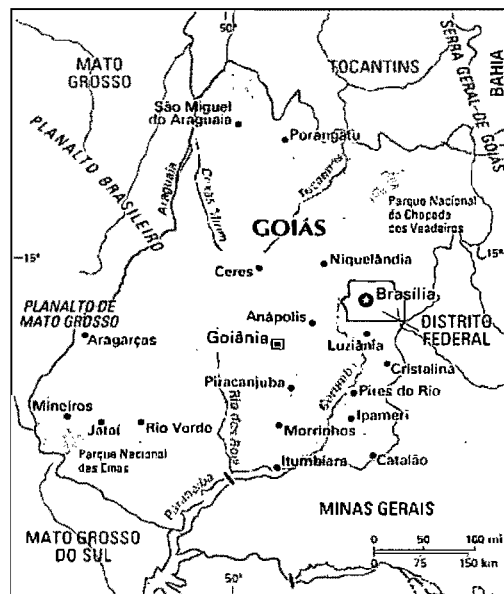
ANNEXE 1

Carte du Brésil et de l'état de Goiás

Brésil



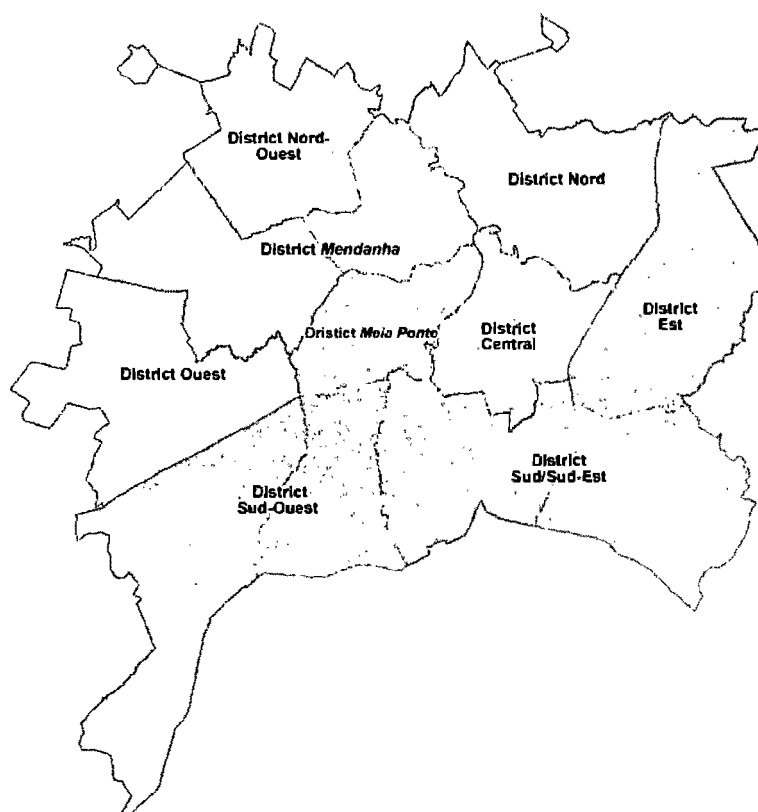
L'état de Goiás



ANNEXE 2

**Carte de la ville de Goiânia divisée par districts sanitaires et
distribution de la population de Goiânia par district**

Districts Sanitaires de la ville de Goiânia



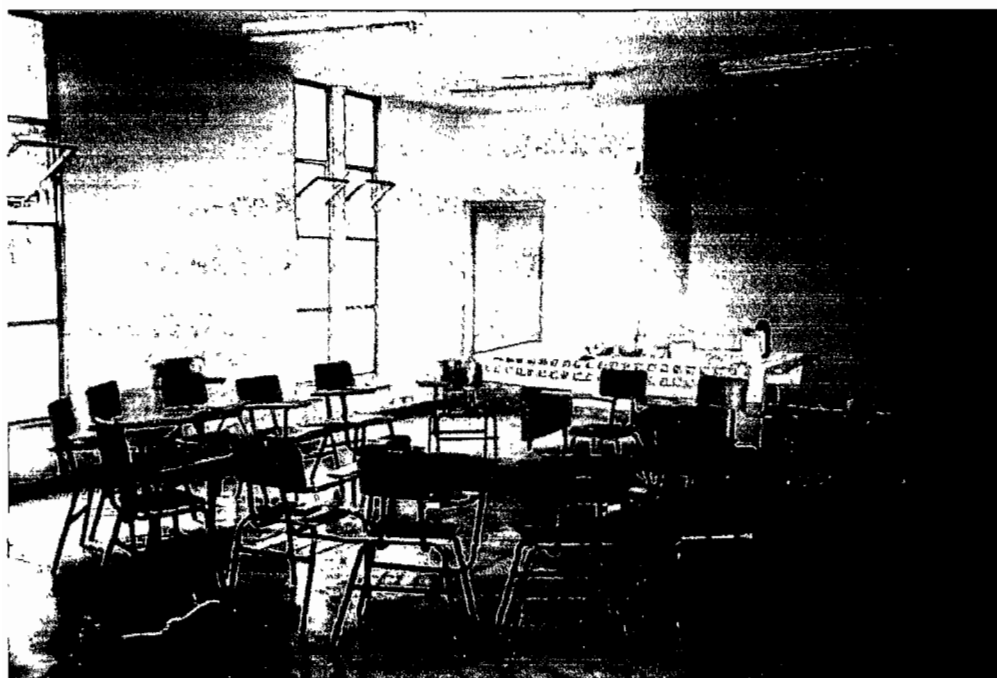
Distribution de la population de Goiânia par district sanitaire

Districts Sanitaires	Population em 2006
<i>Meia Ponte</i>	139 111
<i>Central</i>	163 225
Est	120 216
<i>Mendanha</i>	122 797
Nord-Ouest	125 742
Nord	74 897
Ouest	73 386
Sud/Sud-est	232 986
Sud-Ouest	173 048
Total	1.227.415

Source : *Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia*

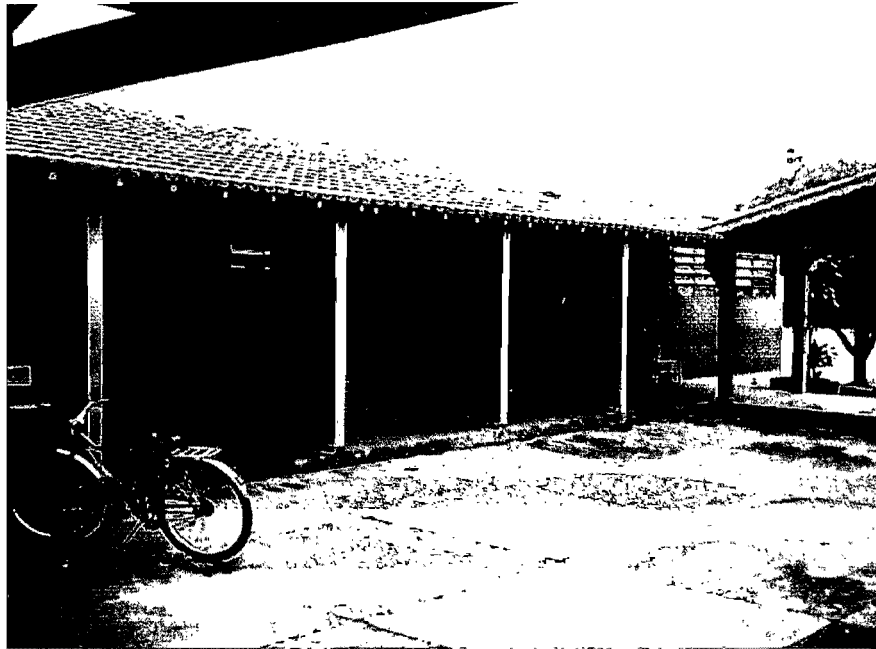
ANNEXE 3

**Photo du local des rencontres dans le Centre de Santé
Communautaire (CAIS Alpha)**



ANNEXE 4

Photo du local des rencontres dans la communauté (École)



ANNEXE 5

**Photo d'une maison typique de la région nord-ouest de
Goiânia**



ANNEXE 6

**Questionnaire socio-démographique
(Français et Portugais)**

**A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS entre mulheres
brasileiras que têm um parceiro sexual regular**

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Dados Sócio-demográficos

Identification **Código** _____ **Grupo** _____

Nome _____

Endereço _____

Idade _____ Escolaridade _____

Método contraceptivo _____

Religião _____ Profissão _____

Renda mensal da participante : R\$ _____

Estado civil

() Solteira () Casada () concubina () Divorciada () Separada ()
outro _____

Duração da relação atual _____

Idade do parceiro _____ Escolaridade do parceiro _____

Profissão do parceiro _____ Renda mensal do parceiro R\$ _____

Renda familiar mensal : R\$ _____

Filhos : Não () Sim () : _____

Idade, sexo e escolaridade das crianças : _____

Um parceiro fixo é : _____

Observações :

ANNEXE 7

Orientations pour l'entrevue et guide de l'entrevue/groupe de discussion (Français et Portugais)

Orientations pour l'entrevue¹⁸⁰

Aide mémoire :

1. Parler de la recherche

- ✓ Recherche réalisée par l'infirmière Jacqueline qui est étudiante à l'Université de Montréal, Canada
- ✓ Étude réalisée à Goiânia chez des femmes qui ont un partenaire sexuel régulier
- ✓ L'expérience de chaque femme sera d'une grande importance pour nous aider à comprendre comment les femmes de notre région préviennent le sida

2. Terme de consentement

1. Lire avec chaque femme le terme de consentement avant de commencer l'entrevue
2. Lire la page de la signature et expliquer à chaque femme qu'elle n'est pas obligée de participer à l'entrevue
3. Dire que tout ce qui va être enregistré restera avec la chercheuse
4. Dire que tu n'iras pas raconter à personne les informations qu'elle va donner pendant l'entrevue
5. Faire signer le terme par la participante et le signer toi-même (pages 3 et 4)
6. Retirer la page 4 et remettre le terme à chaque femme interviewée

3. Remplir le formulaire socio-démographique

- ✓ N'oublie pas d'écrire ton nom et la date sur le formulaire
- ✓ Remplir tout le formulaire

4. Avant d'enregistrer :

- ✓ Tester l'enregistreuse
- ✓ Allumer l'enregistreuse

4. Après l'entrevue

- ✓ Remercier de leur participation et informer qu'en cas de doutes elles pourront appeler Jacqueline (numéro dans le terme de consentement) à frais virés ou aller dans un service de santé

¹⁸⁰ Traduit du portugais.

Guide de l'entrevue/groupe de discussion

1. Raconte la vie des femmes dans ton quartier.
2. Comment penses-tu que les personnes peuvent se protéger du sida ?
3. Qu'est-ce que tu entends par partenaire sexuel régulier ?
4. Penses-tu qu'une femme qui a un partenaire sexuel régulier a des risques face au sida ?
5. Comment penses-tu qu'une femme qui a un partenaire sexuel régulier pourrait savoir qu'elle est à risque pour le sida ?
6. Comment penses-tu qu'une femme qui a un partenaire sexuel régulier pourrait prévenir le sida ?
7. De ton point de vue, qui prend la décision de prévenir le sida dans une relation stable ?
8. Que penses-tu de la prévention du sida avec l'utilisation de la capote dans tous les rapports sexuels ?
9. Quelles sont les difficultés que la femme qui a un partenaire sexuel régulier a pour prévenir le sida ?
10. Quelles sont les suggestions que tu donnerais à une femme qui a un partenaire sexuel régulier pour prévenir le sida ?
11. Penses-tu que, dans la pratique, c'est possible de suivre tes suggestions ?
12. Est-ce que tu voudrais faire un commentaire, une suggestion ou as-tu une question sur ce sujet ?

Orientações para entrevista

Atenção:

1. Falar sobre a pesquisa
 - ✓ Pesquisa realizada pela Enfermeira Jacqueline que é estudante na Universidade de Montreal no Canadá
 - ✓ Este estudo está sendo feito em Goiânia com mulheres que têm um parceiro fixo
 - ✓ Sua experiência será de grande importância para a compreensão de como as mulheres da nossa região estão prevenindo a Aids
2. Formulário de consentimento
 7. Ler com cada mulher o formulário de consentimento antes de começar a entrevista
 8. Ler a página do consentimento e explicar para cada mulher que ela só participará da entrevista se quiser
 9. Dizer que tudo que será gravado ficará com a pesquisadora
 10. Informar que você (a entrevistadora) não vai comentar com ninguém o que ela falar
 11. Pegar a assinatura da participante e assinar o termo de consentimento (página 3 e 4)
 12. Ficar com a folha da página 4 e entregar o termo com as 3 páginas para a entrevistada
3. Preencher o formulário sócio-demográfico
 - ✓ Não esquecer de colocar o seu nome e a data no alto do formulário
 - ✓ Preencher todos os dados
4. Antes de começar a gravar
 - ✓ Testar o gravador
 - ✓ Ligar o gravador
4. Após a entrevista
 - ✓ Agradecer a participação e avisar que se elas tiverem alguma dúvida poderão telefonar para Jacqueline à cobrar ou procurar o CAIS mais próximo

Questões norteadoras

1. Fale sobre a vida das mulheres no seu setor.
2. Como você pensa que as pessoas podem se proteger da Aids?
3. O que você entende por parceiro fixo.
4. Você acha que uma mulher que têm um parceiro fixo tem risco para pegar Aids?
5. Como você acha que uma mulher com parceiro fixo pode saber que ela tem risco para pegar Aids?
6. Como você acha que uma mulher com parceiro fixo poderá prevenir da Aids?
7. No seu ponto de vista, quem toma a decisão sobre a prevenção da Aids numa relação estável?
8. Fale sobre o que você acha da prevenção da Aids com camisinha em toda relação sexual.
9. Quais são as dificuldades que a mulher que tem parceiro fixo pode ter para prevenir a Aids?
10. Quais são as sugestões que você daria para uma mulher que tem parceiro fixo para prevenir a Aids?
11. Você acha que na prática é possível fazer tudo o que você sugeriu?
12. Você gostaria de fazer algum comentário, sugestão ou pergunta?

ANNEXE 8

**Lettre d'approbation éthique du Comité d'éthique de la
recherche de la Faculté de médecine, Université de Montréal**



**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

(Ce certificat est valide pour deux ans, si protocole non modifié)

*Revue Médicale
2000*

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :
**La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes
ayant un partenaire sexuel régulier**

présenté par : **Mme Jacqueline Rodrigues de Lima et Dr Michel Perreault**

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Signature de David McFarland, Président

Date d'étude : 14/10/99

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 16/10/99**

Numéro de référence : **CERFM :SCE 19(99)4#48**

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique
relativement à ce projet.



Université de Montréal
Faculté de médecine
Vice-décanat
Recherche et études supérieures
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7
Télécopieur : (514) 343-5751

ANNEXE 9

**Formulaire de consentement pour le groupe de discussion
(Français et Portugais)**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier.¹⁸¹

Recherche réalisée dans le cadre des études doctorales de Jacqueline Rodrigues de Lima dans le programme de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. L'étudiante est boursière de la *Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior* (CAPES), Ministère de l'Éducation, Brésil.

Chercheure responsable :

Jacqueline Rodrigues de Lima, RN, M.Sc.

Infirmière à l'Hôpital des Cliniques, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brésil

Tél. : (062) 289-2767 (062) 977-1292

Directeurs de recherche :

Michel Perreault, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Denise Gastaldo, Ph.D.

Faculty of Nursing, University of Toronto


Nous vous invitons à participer à une recherche qui a pour but d'explorer, chez des femmes brésiliennes âgées de 18 à 45 ans et ayant un partenaire sexuel régulier, leur perception du risque par rapport au VIH/sida et d'identifier les stratégies à développer pour se protéger.


La recherche sera réalisée à Goiânia, à partir de quelques rencontres de groupe (groupes de discussion) et d'entrevues individuelles, enregistrées sur cassette audio. Les rencontres de groupe seront animées par la chercheure et deux étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières de l'Universidade Federal de Goiás pourront être présentes comme observatrices. Les entrevues individuelles seront réalisées par quelques participantes des groupes de discussion qui accepteront de contribuer plus activement à la recherche.


Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. Cependant, votre contribution sera importante parce que les résultats de cette étude pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine spécifique et permettre l'élaboration de nouveaux programmes d'intervention orientés vers la problématique du VIH/sida chez les femmes.


¹⁸¹ Ce document a été traduit du portugais.


Votre participation à cette étude signifie que vous acceptez :


 de participer à un groupe de discussion avec un maximum de huit personnes, pour discuter des risques de femmes ayant un partenaire sexuel régulier de contracter le VIH/sida aussi bien que de stratégies de protection envers cette maladie ;

 de remplir un formulaire d'identification contenant des renseignements à propos de vous et de votre famille avant la première séance ;

 que deux étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières pourraient être présentes à chaque séance comme observatrices ;


 que le nombre de rencontres sera décidé lors de la première rencontre et que la durée sera déterminée au début de chaque rencontre, conjointement entre toutes les participantes et la chercheuse (minimum de 2 heures) ;


 que les discussions soient enregistrées sur cassette audio et par prise de notes pour faciliter l'analyse et pour assurer que vos commentaires soient fidèlement retranscrits ;

 d'être contactée, si nécessaire, à la fin de la période de collecte de données pour la validation préliminaire des données recueillies.

La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code pour chaque participante et ce code ne sera connu que de la chercheuse et de ses directeurs de recherche. Des noms fictifs seront utilisés pour présenter les résultats, afin d'assurer l'anonymat auprès des lecteurs. On vous demande également de respecter ces consignes à l'extérieur des groupes de discussion. Tous les documents issus de cette recherche seront conservés sous clé durant la recherche puis détruits cinq ans après le début de la collecte des données.

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans subir aucun préjudice. Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec un des sujets discutés, vous êtes libre de ne pas répondre. Vous pouvez aussi vous retirer en tout temps de l'étude sans encourir des préjudices.

 Aucune compensation financière ne vous sera versée pour votre participation. Cependant, on vous fournira des billets d'autobus pour vous rendre au lieu de rencontre. Un service de gardiennage sera disponible sur place pendant les rencontres de groupe.

 Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude ou pour toute autre question, vous pouvez vous adresser en tout temps à la chercheuse, Jacqueline Rodrigues de Lima, en appelant au numéro (062) 289-2767 ou (062) 977-1292. De plus, en cas de doutes sur le sida vous pouvez contacter le service de santé communautaire de votre quartier en tout temps.

Merci d'avance pour votre collaboration !

CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

J'ai lu et/ou compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans subir de préjudices.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante	Signature	Date
------------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

Je certifie avoir expliqué à la participante les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheure	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Cette page (p. 3) doit être conservée par la participante

CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

J'ai lu et/ou compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans subir de préjudices.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante

Signature

Date

Nom du témoin

Signature

Date

Je certifie avoir expliqué à la participante les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheuse

Signature

Date

Cette page (p. 4) doit être conservée par la chercheuse

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS entre mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Esta pesquisa faz parte dos estudos de doutorado de Jacqueline Rodrigues de Lima no programa de doutorado em Saúde Pública da Universidade de Montreal, Canadá. A estudante é bolsista da Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Ministério da Educação, Brasília.

Pesquisadora responsável:

Jacqueline Rodrigues de Lima, B.N., M.Sc., Ph.D. cand.

Enfermeira no Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás

1a. Avenida, s/n, Setor Universitário, Goiânia, Goiás. CEP: 74.000

Telefone: (062) 289-2767 (062) 977-1292

Orientadores:

Michel Perreault, Ph.D.

Faculdade de Enfermagem, Universidade de Montreal, Canadá

Denise Gastaldo, Ph.D.

Faculdade de Enfermagem, Universidade de Toronto, Canada







Você está convidada a participar de uma pesquisa que tem o objetivo de explorar a percepção do risco de contaminação pelo HIV/AIDS e de identificar as estratégias de proteção que poderão ser desenvolvidas para prevenir esta doença entre mulheres brasileiras com idade entre 18 e 45 anos e que tenham um parceiro sexual fixo.

A pesquisa será realizada em Goiânia e os dados serão coletados a partir de grupos de discussão e entrevistas individuais, ambos registrados em gravador. Os encontros de grupo serão coordenados pela pesquisadora e ainda, estarão presentes como observadoras nos encontros, duas estudantes em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. As entrevistas individuais serão realizadas por algumas mulheres que participarão dos grupos de discussão e que estejam dispostas a participar voluntariamente e ativamente do estudo.

Para participar deste estudo você deverá ter idade entre 18 e 45 anos, ter ou não estudado até a oitava série do ensino fundamental, morar num bairro da periferia de Goiânia ou de uma cidade próxima e ter um parceiro sexual fixo.


Não existe nenhuma vantagem direta decorrente de sua participação no estudo. Porém, a sua contribuição será importante porque os resultados deste estudo poderão contribuir para o avanço do conhecimento nesta área específica e permitirá a elaboração de novos programas de intervenção para a prevenção da AIDS entre as mulheres.


Sua participação neste estudo significa que você aceita:

-  participar de um grupo de discussão na presença de no máximo oito pessoas para discutir sobre os riscos das mulheres que tenham um parceiro sexual fixo de serem contaminadas pelo HIV/AIDS e sobre as estratégias de proteção contra esta doença que poderão ser desenvolvidas pelas mulheres ;
-  responder, antes do primeiro encontro de grupo, um questionário de identificação contendo questões sobre você e sua família ;
-  que duas estudantes possam estar presentes a cada encontro como observadoras ;
-  que o número de encontros seja decidido durante o primeiro encontro e que a duração dos mesmos seja determinado no início de cada encontro conjuntamente entre as participantes e a pesquisadora (2 horas no mínimo) ;
-  que as discussões sejam registradas em gravador e anotadas para facilitar a análise e garantir que seus comentários sejam fielmente transcritos ;
-  ser contactada, caso seja necessário, no final do período de coleta de dados para a validação dos mesmos e das interpretações preliminares.

A confidencialidade será garantida pela utilização de um código para cada participante e apenas a pesquisadora e seus orientadores terão acesso aos códigos. Para a apresentação dos resultados, um nome fictício será atribuído para cada participante garantindo o anonimato das participantes. Solicitamos o respeito destas normas fora do grupo (não citar o nome das participantes ao fazer comentários sobre os encontros). Os documentos derivados desta pesquisa serão trancados a chave e destruídos cinco anos depois do início da coleta dos dados.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você é livre para aceitar ou recusar de participar do estudo, podendo se retirar do mesmo quando desejar sem sofrer qualquer dano ou ser prejudicada. Você é livre para não responder uma questão ou discutir um assunto que não te deixe à vontade.

 Você não receberá nenhuma retribuição financeira pela sua participação. No entanto, todas as despesas que você tiver ligadas as atividades da pesquisa, como locomoção serão cobertas pela pesquisa. Caso você não tenha com quem deixar suas crianças para participar do estudo, teremos uma pessoa disponível no local do encontro para tomar conta das mesmas.

 Caso deseje receber mais informações sobre este estudo ou qualquer outra questão, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, Jacqueline Rodrigues de Lima, nos números 289-2767 ou 977-1292. Ainda, em caso de dúvidas sobre a Aids você poderá procurar o posto de saúde do seu bairro.

Muito obrigada pela sua colaboração!

CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS de mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Eu li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Certifico que o conteúdo do formulário foi explicado verbalmente. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao estudo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Eu sei que sou livre para participar deste estudo e que também posso me retirar do mesmo quando desejar por notificação verbal sem ser prejudicada ou sofrer qualquer dano.

Eu certifico que tive o tempo necessário para tomar minha decisão.

Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

Nome da participante	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

Nome da testemunha	Assinatura	Data
--------------------	------------	------

Eu certifico ter explicado a participante os termos deste formulário de consentimento, respondido as questões, indicado claramente sua liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento e que entreguei uma cópia assinada deste formulário.

Nome da animadora	Assinatura	Data
-------------------	------------	------

Esta página (p. 3) deve ficar com a participante

CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS de mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Eu li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Certifico que o conteúdo do formulário foi explicado verbalmente. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao estudo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Eu sei que sou livre para participar deste estudo e que também posso me retirar do mesmo quando desejar por notificação verbal sem ser prejudicada ou sofrer qualquer dano.

Eu certifico que tive o tempo necessário para tomar minha decisão.

Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

 Nome da participante

 Assinatura

 Data

 Nome da testemunha

 Assinatura

 Data

Eu certifico ter explicado a participante os termos deste formulário de consentimento, respondido as questões, indicado claramente sua liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento e que entreguei uma cópia assinada deste formulário.

 Nome da animadora

 Assinatura

 Data

ANNEXE 10

**Formulaire de consentement pour l'entrevue
(Français et Portugais)**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier.¹⁸²

Recherche réalisée dans le cadre des études doctorales de Jacqueline Rodrigues de Lima dans le programme de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. L'étudiante est boursière de la *Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, Ministère de l'Éducation, Brésil.

Chercheure responsable :

Jacqueline Rodrigues de Lima, RN, M.Sc.

Infirmière à l'Hôpital des Cliniques, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brésil

Tél. : (062) 289-2767 (062) 977-1292

Directeurs de recherche :

Michel Perreault, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Denise Gastaldo, Ph.D.

Faculty of Nursing, University of Toronto

Nous vous invitons à participer à une recherche qui a pour but d'explorer, chez des femmes brésiliennes âgées de 18 à 45 ans et ayant un partenaire sexuel régulier, leur perception du risque par rapport au VIH/sida et d'identifier les stratégies à développer pour se protéger.


La recherche sera réalisée à Goiânia, à partir de quelques rencontres de groupe (groupes de discussion) et d'entrevues individuelles, enregistrées sur cassette audio. Les rencontres de groupe seront animées par la chercheure et deux étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières de l'Universidade Federal de Goiás pourront participer comme observatrices. Les entrevues individuelles seront réalisées par quelques participantes des groupes de discussion qui accepteront de contribuer plus activement à la recherche.


Pour participer à cette étude vous devez être une femme âgée entre 18 et 45 ans, avoir huit ans et moins de scolarité, habiter un quartier périphérique à Goiânia ou une de villes faisant partie de la «grande Goiânia» et avoir, selon vos critères, un partenaire sexuel régulier.


Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. Cependant, votre contribution sera importante parce que les résultats de cette étude pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine spécifique et permettre l'élaboration de nouveaux programmes d'intervention orientés vers la problématique du VIH/sida chez les femmes.


¹⁸² Ce document a été traduit du portugais.


Votre participation à cette étude signifie que vous acceptez :

 d'être interviewée par une femme qui fait partie de la communauté locale, qui a été entraînée par la chercheuse, pour parler des risques de femmes ayant un partenaire sexuel régulier à contracter le VIH/sida aussi bien que de stratégies de protection envers cette maladie ;

 de remplir un formulaire d'identification contenant des renseignements à propos de vous et de votre famille avant l'entrevue ;


 que l'entrevue aura une durée approximative de 90 à 120 minutes. Vous pouvez choisir le lieu et l'heure de la rencontre qui vous convient le mieux, soit à votre domicile ou à tout autre endroit ;



 que l'entrevue soit enregistrée sur cassette audio pour faciliter l'analyse et pour assurer que vos commentaires soient fidèlement compris lors de l'écoute des cassettes ;

 d'être contactée, si nécessaire, à la fin de la période de collecte de données pour la validation préliminaire des données recueillies.

La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code pour chaque participante et ce code ne sera connu que de la chercheuse et de ses directeurs de recherche. Des noms fictifs seront utilisés pour présenter les résultats, afin d'assurer l'anonymat auprès des lecteurs. Tous les documents issus de cette recherche seront conservés sous clé durant la recherche puis détruits cinq ans après le début de la collecte des données.

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans subir aucun préjudice. Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec un des sujets discutés, vous êtes libre de ne pas répondre. Vous pouvez aussi vous retirer en tout temps de l'étude sans encourir des préjudices.

 Aucune compensation financière ne vous sera versée pour votre participation. Cependant, on vous fournira, au besoin, des billets d'autobus pour vous rendre au lieu de l'entrevue et un service de garde.

  Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude ou pour toute autre question, vous pouvez vous adresser en tout temps à la chercheuse, Jacqueline Rodrigues de Lima, en appelant au numéro (062) 289-2767 ou (062) 977-1292. De plus, en cas de doutes sur le sida vous pouvez contacter le service de santé communautaire de votre quartier en tout temps.

Merci d'avance pour votre collaboration !

CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

J'ai lu et/ou compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans subir de préjudices.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante	Signature	Date
------------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

Je certifie avoir expliqué à la participante les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheuse	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Cette page (p. 3) doit être conservée par la participante

CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

J'ai lu et/ou compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans subir de préjudices.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante	Signature	Date
------------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

Je certifie avoir expliqué à la participante les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheure	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Cette page (p. 4) doit être conservée par la chercheure (intervieweure)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS entre mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Esta pesquisa faz parte dos estudos de doutorado de Jacqueline Rodrigues de Lima no programa de doutorado em Saúde Pública da Universidade de Montreal, Canadá. A estudante é bolsista da Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Ministério da Educação, Brasília.

Pesquisadora responsável:

Jacqueline Rodrigues de Lima, B.N., M.Sc., Ph.D. cand.
Enfermeira no Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás
1a. Avenida, s/n, Setor Universitário, Goiânia, Goiás. CEP: 74.000
Telefone: (062) 289-2767 (062) 977-1292

Orientadores:

Michel Perreault, Ph.D.
Faculdade de Enfermagem, Universidade de Montreal, Canadá
Denise Gastaldo, Ph.D.
Faculdade de Enfermagem, Universidade de Toronto, Canada


Você está convidada a participar de uma pesquisa que tem o objetivo de explorar a percepção do risco de contaminação pelo HIV/AIDS e de identificar as estratégias de proteção que poderão ser desenvolvidas para prevenir esta doença entre mulheres brasileiras com idade entre 18 e 45 anos e que tenham um parceiro sexual fixo.


A pesquisa será realizada em Goiânia e os dados serão coletados a partir de grupos de discussão e entrevistas individuais, ambos registrados em gravador. Os encontros de grupo serão coordenados pela pesquisadora e ainda, estarão presentes como observadoras nos encontros, duas estudantes em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. As entrevistas individuais serão realizadas por algumas mulheres que participarão dos grupos de discussão e que estejam dispostas a participar voluntariamente e ativamente do estudo.


Para participar deste estudo você deverá ter idade entre 18 e 45 anos, ter ou não estudado até a oitava série do ensino fundamental, morar num bairro da periferia de Goiânia ou de uma cidade próxima e ter um parceiro sexual fixo.


Não existe nenhuma vantagem direta decorrente de sua participação no estudo. Porém, a sua contribuição será importante porque os resultados deste estudo poderão contribuir para o avanço do conhecimento nesta área específica e permitirá a elaboração de novos programas de intervenção para a prevenção da AIDS entre as mulheres.


Sua participação neste estudo significa que você aceita:

 ser entrevistada por uma mulher que faz parte da sua comunidade e que foi treinada pela pesquisadora responsável deste estudo para falar sobre os riscos das mulheres que têm um parceiro sexual fixo de se contaminar pelo HIV/AIDS e sobre as estratégias de proteção contra esta doença que as mulheres poderão desenvolver;

 responder, antes da entrevista, um questionário de identificação contendo questões sobre você e sua família;


 que a entrevista terá uma duração aproximada de uma hora e meia a duas horas e que você poderá escolher o lugar e a hora que melhor lhe convém, em sua residência ou em outro local;


 que a entrevista seja registrada em gravador para facilitar a análise e garantir que seus comentários sejam fielmente compreendidos através da escuta das fitas;

 ser contactada, caso seja necessário, no final do período de coleta de dados para a validação dos dados coletados e das interpretações preliminares.

A confidencialidade será garantida pela utilização de um código para cada participante e somente a pesquisadora e seus orientadores terão acesso a este código. Cada participante terá um nome fictício nos documentos escritos contendo os resultados do estudo, para garantir o anonimato perante os leitores. Todos os documentos derivados desta pesquisa serão guardados a chave e destruídos cinco anos depois do início da coleta dos dados.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você é livre para aceitar ou recusar sua participação no estudo e também poderá se retirar do mesmo quando desejar sem sofrer qualquer dano ou for prejudicada. Você é livre para não responder uma questão ou discutir um assunto que você não sinta à vontade para abordá-lo.

 Você não receberá nenhuma retribuição financeira pela sua participação. No entanto, todas as despesas que você tiver ligadas às atividades da pesquisa, como locomoções serão cobertas pela pesquisa.

 Se você desejar receber mais informações sobre este estudo ou qualquer outra questão, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, Jacqueline Rodrigues de Lima, nos números 289-2767 ou 977-1292. Ainda, em caso de dúvidas sobre a Aids você poderá procurar o posto de saúde do seu bairro.

Muito obrigada pela sua colaboração!

CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS de mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Eu li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Certifico que o conteúdo do formulário foi explicado verbalmente. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao estudo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Eu sei que sou livre para participar deste estudo e que também posso me retirar do mesmo quando desejar por notificação verbal sem ser prejudicada ou sofrer qualquer dano.

Eu certifico que tive o tempo necessário para tomar minha decisão.

Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

Nome da participante	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

Nome da testemunha	Assinatura	Data
--------------------	------------	------

Eu certifico ter explicado a participante os termos deste formulário de consentimento, respondido as questões, indicado claramente sua liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento e que entreguei uma cópia assinada deste formulário.

Nome da entrevistadora	Assinatura	Data
------------------------	------------	------

Esta página (p. 3) deve ficar com a participante

CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS de mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Eu li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Certifico que o conteúdo do formulário foi explicado verbalmente. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao estudo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Eu sei que sou livre para participar deste estudo e que também posso me retirar do mesmo quando desejar por notificação verbal sem ser prejudicada ou sofrer qualquer dano.

Eu certifico que tive o tempo necessário para tomar minha decisão.

Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

Nome da participante	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

Nome da testemunha	Assinatura	Data
--------------------	------------	------

Eu certifico ter explicado a participante os termos deste formulário de consentimento, respondido as questões, indicado claramente sua liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento e que entreguei uma cópia assinada deste formulário.

Nome da entrevistadora	Assinatura	Data
------------------------	------------	------

Esta página (p. 4) deve ficar com a entrevistadora

ANNEXE 11

**Formulaire de consentement pour les intervieweures
(Français et Portugais)**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier.¹⁸³

Recherche réalisée dans le cadre des études doctorales de Jacqueline Rodrigues de Lima dans le programme de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. L'étudiante est boursière de la *Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, Ministère de l'Éducation, Brésil.

Chercheure responsable :

Jacqueline Rodrigues de Lima, RN, M.Sc.

Infirmière à l'Hôpital des Cliniques, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brésil

Tél. : (062) 289-2767 (062) 977-1292

Directeurs de recherche :

Michel Perreault, Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Denise Gastaldo, Ph.D.

Faculty of Nursing, University of Toronto

Nous vous invitons à participer à une recherche qui a pour but d'explorer, chez des femmes brésiliennes âgées de 18 à 45 ans et ayant un partenaire sexuel régulier, leur perception du risque par rapport au VIH/sida et d'identifier les stratégies à développer pour se protéger.


La recherche sera réalisée à Goiânia, à partir de quelques rencontres de groupe (groupes de discussion) et d'entrevues individuelles, enregistrées sur cassette audio. Les rencontres de groupe seront animées par la chercheure et deux étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières de l'Universidade Federal de Goiás pourront participer comme observatrices. Les entrevues individuelles seront réalisées par quelques participantes des groupes de discussion qui accepteront de contribuer plus activement à la recherche.


Pour participer à cette étude vous devez être une femme âgée entre 18 et 45 ans, avoir huit ans et moins de scolarité, habiter un quartier périphérique à Goiânia ou une de villes faisant partie de la «grande Goiânia» et avoir, selon vos critères, un partenaire sexuel régulier.


Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. Cependant, votre contribution sera importante parce que les résultats de cette étude pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine spécifique et permettre l'élaboration de nouveaux programmes d'intervention orientés vers la problématique du VIH/sida chez les femmes.


¹⁸³ Ce document a été traduit du portugais.


Votre participation à cette étude signifie que vous acceptez :


 de participer plus activement à la recherche, par moyen de la réalisation d'entrevues individuelles avec des femmes de votre communauté sur leur perception des risques de contracter le VIH/sida lorsqu'une femme a un partenaire sexuel régulier, aussi bien que sur leurs suggestions de stratégies de protection envers cette maladie;

 de participer à plusieurs rencontres avec la chercheuse pour la préparation des entrevues, pour l'interprétation des données et pour la confirmation des analyses préliminaires;

 de mener l'entrevue au lieu et à l'heure qui convient le mieux à la personne interviewée;


 d'enregistrer l'entrevue sur cassette audio, fournie par la chercheuse, et de prendre des notes, si nécessaire, sur vos observations personnelles après l'entrevue;



 de ne pas révéler l'identité des femmes interviewées, ni le contenu de l'entrevue à personne d'autre que la chercheuse;

 de conserver sous clé les cassettes enregistrées et les notes de terrain et les remettre dès que possible à la chercheuse.

La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code pour chaque interviewées et ce code ne sera connu que de la chercheuse et de ses directeurs de recherche. Des noms fictifs seront utilisés pour présenter les résultats, afin d'assurer l'anonymat auprès des lecteurs. Tous les documents issus de cette recherche seront conservés sous clé durant la recherche puis détruits cinq ans après le début de la collecte des données.

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer bien que vous pouvez aussi vous retirer en tout temps de l'étude, sans subir aucun préjudice.

 Aucune compensation financière ne vous sera versée pour votre participation. Cependant, on vous fournira des billets d'autobus pour vos déplacements.

  Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude ou pour toute autre question, vous pouvez vous adresser en tout temps à la chercheuse, Jacqueline Rodrigues de Lima, en appelant au numéro (062) 289-2767 ou (062) 977-1292.

Merci d'avance pour votre collaboration !

CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

J'ai lu et/ou compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans subir de préjudices.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante	Signature	Date
------------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

Je certifie avoir expliqué à la participante les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheure	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Cette page (p. 3) doit être conservée par la participante (intervieweuse).

CONSENTEMENT

La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier

J'ai lu et/ou compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans subir de préjudices.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante	Signature	Date
------------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

Je certifie avoir expliqué à la participante les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheuse	Signature	Date
----------------------	-----------	------

Cette page (p. 4) doit être conservée par la chercheuse

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS entre mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Esta pesquisa faz parte dos estudos de doutorado de Jacqueline Rodrigues de Lima no programa de doutorado em Saúde Pública da Universidade de Montreal, Canadá. A estudante é bolsista da Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Ministério da Educação, Brasília.

Pesquisadora responsável:

Jacqueline Rodrigues de Lima, B.N., M.Sc., Ph.D. cand.

Enfermeira no Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás

1a. Avenida, s/n, Setor Universitário, Goiânia, Goiás. CEP: 74.000

Telefone: (062) 289-2767 (062) 977-1292

Orientadores:

Michel Perreault, Ph.D.

Faculdade de Enfermagem, Universidade de Montreal, Canadá.

Denise Gastaldo, Ph.D.

Faculdade de Enfermagem, Universidade de Toronto, Canadá.


Você está convidada a participar de uma pesquisa que tem o objetivo de explorar a percepção do risco de contaminação pelo HIV/AIDS e de identificar as estratégias de proteção que poderão ser desenvolvidas para prevenir esta doença entre mulheres brasileiras com idade entre 18 e 45 anos e que tenham um parceiro sexual fixo.


A pesquisa será realizada em Goiânia e os dados serão coletados a partir de grupos de discussão e entrevistas individuais, ambos registrados em gravador. Os encontros de grupo serão coordenados pela pesquisadora e ainda, estarão presentes como observadoras nos encontros, duas estudantes em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. As entrevistas individuais serão realizadas por algumas mulheres que participarão dos grupos de discussão e que estejam dispostas a participar voluntariamente e ativamente do estudo.


Para participar deste estudo você deverá ter idade entre 18 e 45 anos, ter ou não estudado até a oitava série do ensino fundamental, morar num bairro da periferia de Goiânia ou de uma cidade próxima e ter um parceiro sexual fixo.



Não existe nenhuma vantagem direta decorrente de sua participação no estudo. Porém, a sua contribuição será importante porque os resultados deste estudo poderão contribuir para o avanço do conhecimento nesta área específica e permitirá a elaboração de novos programas de intervenção para a prevenção da AIDS entre as mulheres.


Sua participação neste estudo significa que você aceita:



 participar mais ativamente da pesquisa, entrevistando individualmente algumas mulheres de sua comunidade que tenham um parceiro sexual fixo sobre as percepções que elas possam ter dos riscos de serem contaminadas pelo HIV/AIDS e sobre as sugestões destas mulheres sobre as maneiras de se proteger desta doença;

 participar a vários encontros com a pesquisadora para a preparação das entrevistas, a interpretação dos dados e a confirmação das análises preliminares;

 fazer a entrevista no local e na hora que forem mais convenientes para a entrevistada;


  gravar a entrevista e fazer anotações sobre suas observações pessoais depois da mesma;



 não revelar a ninguém, com exceção da pesquisadora, a identidade das mulheres entrevistadas nem o conteúdo da entrevista;

  guardar a chave as fitas gravadas e as anotações realizadas e entregá-las a pesquisadora assim que possível.

A confidencialidade será garantida pela utilização de um código para cada entrevistadora e apenas a pesquisadora e seus orientadores terão acesso aos códigos. Para a apresentação dos resultados, um nome fictício será atribuído para cada entrevistadora garantindo o seu anonimato. Solicitamos o respeito destas normas fora do grupo (não citar o nome das participantes ao fazer comentários sobre as entrevistas). Os documentos derivados desta pesquisa serão trancados a chave e destruídos cinco anos depois do início da coleta dos dados.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você é livre para aceitar ou recusar sua participação no estudo e também poderá se retirar do mesmo quando desejar sem sofrer qualquer dano ou ser prejudicada.

 Você não receberá nenhuma retribuição financeira pela sua participação. No entanto, todas as despesas que você tiver ligadas as atividades da pesquisa, como locomoção serão cobertas pela pesquisa.

  Caso deseje receber mais informações sobre este estudo ou qualquer outra questão, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, Jacqueline Rodrigues de Lima, nos números 289-2767 ou 977-1292. Ainda, em caso de dúvidas sobre a Aids você poderá procurar o posto de saúde do seu bairro.

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANNEXE 12

Dépliant fourni avec le condom féminin

CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS de mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Eu li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Certifico que o conteúdo do formulário foi explicado verbalmente. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao estudo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Eu sei que sou livre para participar deste estudo e que também posso me retirar do mesmo quando desejar por notificação verbal sem ser prejudicada ou sofrer qualquer dano.

Eu certifico que tive o tempo necessário para tomar minha decisão.

Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

Nome da participante	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

Nome da testemunha	Assinatura	Data
--------------------	------------	------

Eu certifico ter explicado a participante os termos deste formulário de consentimento, respondido as questões, indicado claramente sua liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento e que entreguei uma cópia assinada deste formulário.

Nome da pesquisadora	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

CONSENTIMENTO

A percepção do risco com relação ao HIV/AIDS de mulheres brasileiras que têm um parceiro sexual regular

(La perception du risque face au VIH/sida chez des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier)

Eu li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Certifico que o conteúdo do formulário foi explicado verbalmente. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao estudo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Eu sei que sou livre para participar deste estudo e que também posso me retirar do mesmo quando desejar por notificação verbal sem ser prejudicada ou sofrer qualquer dano.

Eu certifico que tive o tempo necessário para tomar minha decisão.

Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

Nome da participante	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

Nome da testemunha	Assinatura	Data
--------------------	------------	------

Eu certifico ter explicado a participante os termos deste formulário de consentimento, respondido as questões, indicado claramente sua liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento e que entreguei uma cópia assinada deste formulário.

Nome da pesquisadora	Assinatura	Data
----------------------	------------	------

Esta página (p. 4) deve ficar com a pesquisadora



De todos os métodos para evitar uma gravidez indesejada, somente a camisinha (masculina ou feminina) serve também para proteger você contra as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a AIDS.

Trocando em míndos, a camisinha (masculina ou feminina) funciona como uma espécie de 2 em 1: evita uma gravidez não desejada e evita que você pegue doenças que são transmitidas pelo sexo, como a gonorréia, a sífilis, a hepatite B, o herpes genital, o condiloma, a AIDS, e outras mais comuns que aparecem na forma de corrimentos - a candidíase e a tricomoníase.

Certamente você já conhece a camisinha masculina. A novidade é a camisinha feminina - um método de proteção feito especialmente para a mulher.

Então vamos a ela!

MODO DE USAR:

1 Abra a embalagem na altura da seta (lado direito, no alto).

2 Para colocar a camisinha, encontre uma posição confortável para você. Pode ser em pé com o outro pé em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos abastados, agachada ou deitada.

3 Segure a camisinha com a argola externa pendurada para baixo.

4 Aperte a argola interna e introduza na vagina.

5 Com o dedo indicador empurre a camisinha tão fundo quanto possível.

A camisinha deve cobrir o colo do útero e recobrir a vagina.



6 A argola externa tem que ficar para fora da vagina uns 3 cm.

Não estranhe, é assim mesmo. A parte para fora é para assegurar a proteção. Durante a penetração, pênis e vagina se alongam e ajustam melhor a camisinha.

7 Até que você e o seu parceiro tenham segurança, com a mão guie o pênis dele para dentro da sua vagina. Com o auxílio do pênis e normal que a camisinha se movimenta. Se você sentir que a argola externa está sendo empurrada para dentro, segure-a ou coloque mais lubrificante.

8 Terminada a relação, retire a camisinha apertando a argola externa e dê uma "torcida" para manter o esperma no interior da camisinha. Puxe-a para fora delicadamente.

A mesma camisinha não pode ser usada novamente, jogue-a no lixo.

Dúvidas? Procure o serviço de saúde que forneceu a camisinha feminina para você. É seu direito ser informada.

LEIA COM ATENÇÃO:

A camisinha feminina é macia, transparente, resistente, e deve ser usada em todas as relações sexuais.

Para que ela funcione é preciso que você a coloque corretamente e tome alguns cuidados:

Guarde a camisinha feminina em lugar fresco. Leia sempre a data de validade do produto. Com a data vencida, a

camisinha não funciona. Abra a embalagem somente quando você for usar.
 - Tome cuidado para não rasgar ou estragar a camisinha feminina. Se isto acontecer jogue-a no lixo e use outra.
 - Nunca use a camisinha feminina junto com a camisinha masculina. Na relação, use uma ou outra. Se usar as duas ao mesmo tempo, a proteção não vai funcionar.

A camisinha feminina sai da fábrica lubrificada, mas você pode, se desejar, adicionar uma gota de lubrificante extra no fundo da camisinha ou na argola exterior. Outra dica é colocar o lubrificante diretamente no pênis.
 - Ao contrário da camisinha masculina que só pode ser colocada com o pênis duro e tem que ser retirada antes que ele amoleça, a camisinha feminina pode

ser colocada antes da relação (até oito horas) e retirada tranquilamente após a relação. Recomendamos retirar a camisinha feminina antes de adormecer ou trocar de posição ou levantar-se. Assim evita-se que o esperma escorra do interior da camisinha.
 - A camisinha feminina é descartável, ela tem que ser jogada fora ao final da relação sexual.