

La promotion de la santé mentale chez les personnes séropositives et sidéennes

André Dupras et Donna L. Lamping

Volume 17, numéro 1, printemps 1992

Sida et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502042ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502042ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

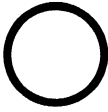
0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Dupras, A. & Lamping, D. L. (1992). La promotion de la santé mentale chez les personnes séropositives et sidéennes. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.7202/502042ar>



ÉDITORIAL

La promotion de la santé mentale chez les personnes séropositives et sidéennes

André Dupras*, Donna L. Lamping**

La revue *Santé mentale au Québec* a accepté de consacrer le thème de la présente livraison au sida. Quel rapport la santé mentale et le sida peuvent-ils entretenir entre eux? La question se pose puisque peu d'écrits ont étudié les liens qui pouvaient s'établir entre ces deux réalités. Cette carence peut s'expliquer par le choix du vocable «psychosocial» pour décrire plusieurs phénomènes qu'il serait possible de classer sous le terme de «santé mentale». Ce dernier évoque dans les esprits son contraire, la maladie mentale. On craint alors que la perspective «santé mentale» et, surtout, son corollaire (maladie mentale) viennent expliquer l'irruption du sida dans les sociétés modernes et montrer les conséquences pathologiques pour les personnes infectées. D'ailleurs le tandem sida-folie a été suggéré dans une publicité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ) sur le condom: «On serait fou de s'en passer». Ainsi l'utilisation du vocable «psychosocial» éviterait d'alourdir la stigmatisation des personnes contaminées par le virus du sida et des personnes qui les entourent.

À notre avis, l'utilisation de l'approche «santé mentale» constitue une façon de déconstruire l'univers du sida, comme le proposent Bibeau et Murbach (1991), afin de mieux débattre et saisir les responsabilités collectives à l'égard des répercussions biopsychosociales de l'infection par le virus du sida. En s'inspirant de la politique de santé mentale du Québec (MSSSQ, 1989), il nous semble important que l'ensemble de la population se mobilise afin d'œuvrer à la promotion de la santé mentale des personnes infectées par le virus du sida et de leurs proches. Notre contribution à ce mouvement promotionnel fut de susciter la collabora-

* Professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

** Psychologue chercheure et maître de conférences principal (senior lecturer) au Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine and Department of Public Health, Parkside Health Authority.

tion de chercheurs et d'intervenants à qui nous avons demandé de rédiger un texte sur des conditions ayant un effet positif ou négatif sur la santé mentale des personnes concernées par le sida.

Il va sans dire qu'il nous est impossible, dans le cadre d'un numéro thématique, de présenter toutes les conditions favorables ou défavorables à la santé mentale des personnes concernées par le sida. Les composantes impliquées et les interactions entre elles sont trop nombreuses et complexes. Nous nous limiterons à présenter des fragments d'un puzzle qu'on n'aura jamais fini de construire puisque la révélation du diagnostic de séropositivité et les façons de s'y adapter ont des répercussions multiples. Les réflexions et les analyses qui sont présentées dans ce numéro constituent un échantillon non exhaustif et non représentatif des recherches et interventions réalisées dans le domaine de la «santé mentale et du sida». D'autres témoignages auraient pu s'ajouter à ceux que nous avons obtenus. Quoi qu'il en soit, il nous a semblé important d'articuler ces fragments à partir du modèle théorique présenté dans le document *La promotion de la santé mentale* produit par Blanchet et al. (1990). Les déterminants suivants de la promotion de la santé mentale y sont évoqués: les attitudes et les politiques sociales, les conditions économiques et de logement, les services et le support disponibles, l'état physique et psychologique des personnes concernées. À partir de ces déterminants, nous tenterons d'esquisser un portrait des conditions favorables et défavorables à la santé mentale des personnes infectées par le virus du sida.

Les attitudes et politiques sociales

La stigmatisation sociale des personnes malades ou en difficulté contribue à la détérioration de leur santé mentale (Dupras, 1990). Il devient alors important de connaître la perception sociale du sida et de tenter de la modifier, si cela s'impose. Au Québec, les attitudes sociales à l'égard du sida semblent favorables à la promotion de la santé mentale des personnes infectées et de leur entourage. Un sondage CROP-La Presse (Gravel, 1989) réalisé au mois de mai 1989, révélait que les Québécois font généralement preuve de tolérance à l'endroit des victimes du sida. Ainsi seulement 16% des répondants éviteraient de fréquenter une personne atteinte du sida ou porteuse du virus, si l'occasion se présentait. Cette acceptation de côtoyer des personnes infectées par le virus du sida est sûrement reliée au fait que les répondants sont bien renseignés sur les modes de transmission du sida et qu'ils ne craignent pas d'être contaminés lors de rencontres sociales. Concernant ce dernier point, Bishop et al. (1991) ont effectivement observé que la perception

du risque de contagion du sida est le principal facteur qui détermine l'intention d'entrer en interaction avec les personnes infectées.

Cette attitude de tolérance ne signifie pas que les réactions d'angoisse et les réflexes d'exclusion sont inexistantes. Ce même sondage rapporte que 54% des répondants ont avoué que la seule idée du sida les effraie. L'acquisition de connaissances sur le sida peut certes contribuer au développement d'attitudes tolérantes mais elle n'empêche pas l'émergence de craintes et de réactions irrationnelles lors de rencontres avec des personnes séropositives ou sidéennes; ces appréhensions se retrouvent même chez des gens familiarisés avec le sida, comme ont pu le constater Poullard et D'Augelli (1989) auprès de bénévoles œuvrant dans une campagne de lutte contre le sida.

Une enquête menée à Montréal (Dupras et al., 1991) a permis d'identifier trois variables importantes reliées aux attitudes sociales à l'égard du sida: le sexe et le niveau d'instruction des répondants de même que l'orientation sexuelle des victimes. Ainsi les hommes, les répondants moins scolarisés et ceux ayant une perception négative de l'homosexualité se montrent plus intolérants à l'égard des personnes sidéennes que les femmes, les répondants plus scolarisés et ceux ayant une perception positive de l'homosexualité. Pour préserver leur santé mentale, les personnes infectées par le sida seraient bien avisées d'annoncer leur séropositivité surtout à des femmes scolarisées qui ne sont pas homophobes.

La stigmatisation des personnes infectées par le virus du sida et de leurs proches peut être entretenue par des politiques sociales concernant la lutte contre le sida et les services offerts aux victimes. Stephenson (1991) relate comment la politique éducative en matière de sida du Gouvernement de la Colombie-Britannique a contribué au développement d'attitudes homophobes en ne faisant pas mention des comportements homosexuels et, par le fait même, en les culpabilisant. Quand la coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (Delorme, 1991) déplore le fait que le MSSSQ n'a pas réussi à assumer son rôle de leadership dans la lutte contre le sida et qu'il ne finance pas suffisamment les organismes communautaires, il se dégage l'impression que le gouvernement n'accorde pas beaucoup d'importance au sida et à ses victimes, comme si ces derniers ne méritaient pas les soins qu'on leur prodigue. Les personnes sidéennes risquent de se sentir d'autant plus coupables que, comme le démontrent Perreault et Savard dans le texte présenté dans ce numéro, les aidants qui s'occupent d'elles doivent supporter un lourd fardeau objectif (ex.: disponibilité) et subjectif (ex.: tensions émotionnelles).

Les conditions économiques et de logement

On a démontré que la détérioration de la situation économique a pour effet d'hypothéquer sérieusement la santé mentale des personnes qui deviennent malades ou perdent leur emploi (Roy et Mayer, 1990). La santé mentale des personnes séropositives et sidéennes risque alors d'être sérieusement affectée puisque leur condition économique se détériore au fur et à mesure de la progression de la maladie. D'ailleurs, l'annonce du diagnostic de séropositivité au VIH signe le début d'une dégradation, plus ou moins rapide et grave, du statut socio-économique des personnes infectées. Elles doivent d'abord assumer des dépenses supplémentaires, comme des frais de médicaments qui peuvent atteindre jusqu'à 2 760 \$ par année dans le cas d'un traitement d'un trouble physique quelconque (Bouchard et Camiran, 1989). Il y a aussi la perte d'emploi qui amène les personnes séropositives ou sidéennes à vivre des prestations de l'assurance chômage ou du bien-être social. Labrecque (1988) estime que 80% des personnes infectées par le virus du sida ont été licenciées par leur employeur à partir du moment qu'elles l'ont informé de leur statut sérologique. Les personnes infectées par le virus du sida ont alors avantage à ne pas divulguer leur statut sérologique dans leur milieu de travail, du moins aussi longtemps qu'elles demeureront aptes à assumer les tâches reliées à leur emploi.

Une enquête récente menée auprès des personnes infectées par le virus du sida (MSSSQ, 1991), vient noircir le portrait que l'on se faisait de leur condition économique. Ce sondage révèle qu'avant le diagnostic de séropositivité, 70% des répondants occupaient un emploi à temps plein; après ce diagnostic, ils ne sont plus que 22%; 70% des répondants dont les revenus étaient de 10 000 \$ ou plus avant le diagnostic ont vu ces revenus diminuer après le diagnostic. L'enquête montre également que la situation des femmes comparativement à celle des hommes, de même que celle des personnes sidéennes comparativement à celle des personnes séropositives, est plus désastreuse. Il n'est donc pas surprenant de retrouver «les problèmes financiers» au dixième rang (sur quarante) des facteurs de stress répertoriés dans l'étude pan-canadienne sur la santé mentale des personnes infectées par le virus du sida (Lamping et al, 1990). Même si la question de l'hébergement ne constitue pas un facteur important de stress pour ces personnes selon cette dernière étude, il n'en demeure pas moins que, selon l'enquête du MSSSQ (1991), les deux tiers des personnes séropositives hébergées disent avoir eu recours à l'hébergement en raison du manque de ressources financières.

Les services et les supports disponibles

Les personnes aux prises avec des situations stressantes vont généralement se fier à leurs capacités personnelles pour les surmonter ou demander l'aide d'un proche, ou bien encore avoir recours à un professionnel (Veroff et al., 1981). Les personnes infectées par le virus du sida vont le plus souvent opter pour la première solution. Lamping et al. (1990) ont effectivement constaté que les personnes séropositives ou sidéennes connaissent les services en santé mentale mais les utilisent rarement.

À l'instar des autres personnes en difficulté (Gross et McMullen, 1983), les personnes infectées adopteraient la séquence suivante de demande d'aide: la tendance à l'individualisme les pousserait d'abord à se fier à leurs propres moyens; à défaut de réussir par elles-mêmes à surmonter une difficulté, elles auraient tendance à consulter une ressource la plus facile d'accès et la moins coûteuse, comme un service d'information; en dernier ressort, elles se verraient obligées de consulter un professionnel. La décision de se replier sur soi et de ne se fier qu'à ses propres moyens peut résulter d'une mauvaise expérience avec des proches ou des intervenants qui se sont révélés inconfortables ou maladroits devant leur demande d'aide. Dans leur étude auprès d'intervenants en santé mentale, Crawford et al. (1991) ont constaté que les participants étaient moins enclins à accepter un patient sidéen en consultation, à le toucher et à lui être sympathiques, qu'un patient souffrant de leucémie; les participants ayant reçu une formation sur le sida manifestaient des attitudes plus positives à l'égard des personnes sidéennes. Il va sans dire que les programmes de formation, comme celui développé par le MSSSQ (1991), doivent être offerts aux intervenants en santé mentale afin de les rendre plus accueillants face aux patients infectés par le virus du sida et de les habiliter à leur offrir des services appropriés et de qualité.

Dans leur rapport sur les services psychosociaux reliés au VIH/sida, Berlinguet et Chagnon (1991) soulignent la mise en place de tels services, à des degrés divers, sur le territoire québécois mais le manque d'effectifs a pour effet de faire procéder en fonction de l'urgence des besoins manifestés, créant ainsi des listes d'attente et une réponse inadéquate aux demandes des proches et de la famille. Ce rapport signale également un manque de concertation et de coordination entre les services qui pourrait être en partie corrigé par l'adoption de plans de service individualisés. Cette dernière procédure tient compte de la diversité des besoins ressentis par les personnes infectées et préconise une diversité de réponses pour répondre à ces besoins. À ce titre, il n'est plus

possible de se rabattre sur un modèle unique et universel de compréhension et d'intervention en matière de santé mentale pour les personnes séropositives et sidéennes. La complexité des répercussions de la séropositivité et la multiplicité des réactions obligent les intervenants à être flexibles et à adapter leurs approches aux besoins spécifiques exprimés par les personnes qui consultent. Dans certains cas, il serait plus approprié de travailler les émotions, comme le proposent Ritchot et Sauriol dans leur article sur l'intervention de crise présenté dans ce numéro; dans d'autres cas, il serait plus opportun d'utiliser une approche cognitive, comme le préconisent Hamel et son équipe dans leur texte sur le contrôle du stress. Pour les personnes en quête de sens, Pelchat souligne dans son texte l'importance de l'accompagnement spirituel.

L'état physique et psychologique

La maladie grave vient généralement perturber l'équilibre mental des personnes atteintes. D'après Jeammet et al. (1980), être malade signifie peu ou prou être en situation de faiblesse et de dépendance, ce qui entraîne inéluctablement une atteinte à l'intégrité physique et psychique des personnes malades. Les réactions psychologiques des personnes infectées par le virus du sida paraissent semblables à celles des malades atteints d'un cancer (Ruffiot, 1989).

Devant une nouvelle maladie, comme le sida, les chercheurs et les intervenants ont le réflexe d'adapter les modèles de pensée et d'action qu'ils utilisent dans des situations semblables. Ainsi pour expliquer et modifier les comportements à risque élevé de contamination par le virus du sida, on a souvent utilisé le «Health Belief Model», pour découvrir après coup qu'il ne convenait pas (Brown et al., 1991). D'autres facteurs déterminants, comme la qualité relationnelle étudiée dans le texte de Julien et de ses collègues présenté dans le présent numéro, doivent être considérés pour des populations particulières. Nous sommes dans l'obligation de modifier les modèles existants ou d'en créer de nouveaux afin de tenir compte davantage de la spécificité du sida et des individus ayant des comportements à haut risque. Pour comprendre l'impact psychosocial de la séropositivité et mettre en place des services appropriés aux personnes infectées, il nous faut procéder de la même façon. Il va sans dire qu'il est utile de s'inspirer des approches psychosociales utilisées auprès des personnes cancéreuses, par exemple, mais leur application permet de découvrir des particularités propices à l'innovation.

Il est encore trop tôt pour présenter une théorie originale et intégrée des répercussions psychosociales de la séropositivité. La revue de la

documentation réalisée par Lamping et Sewitch (1990) constitue un instrument précieux pour une éventuelle synthèse des données de recherches sur ces problématiques. Les textes présentés dans le présent numéro constituent d'autres contributions au développement des connaissances sur l'impact psychosocial du sida. Soulignons que l'annonce du diagnostic de séropositivité a de profondes répercussions psychosociales sur la personne infectée. Cette dernière va réagir à cette contamination en fonction de ses ressources biologiques, psychologiques et sociales. Dans leur étude, Lamping et ses collègues ont pu enregistrer la détresse psychologique ressentie par les personnes séropositives et sidéennes. Tous les aspects de l'existence sont remis en question, entre autres la vie sexuelle qui fut étudiée par Dupras et Morisset. Au fur et à mesure de la progression de la maladie, des syndromes cérébraux organiques et des troubles d'adaptation peuvent se manifester, ainsi que l'indique le docteur Fabian dans son texte. Ces bouleversements affectent à des degrés et à des niveaux divers les différents groupes de personnes infectées par le virus du sida. Comme a pu l'observer l'équipe de Minden, le retentissement psychologique de la séropositivité affecte le développement des fonctions d'adaptation chez les enfants séropositifs. L'impact de la séropositivité sur les enfants conduit de nombreuses mères infectées à abandonner tout projet d'enfantement, comme ont pu le constater Hankins et ses collaborateurs. Enfin, Hart et les membres de son équipe présentent les besoins particuliers des personnes hémophiles séropositives. Somme toute, nous souhaitons que d'autres études biopsychosociales se réaliseront afin de mieux connaître l'effet du sida sur la santé mentale.

Conclusion

La condition de vie des personnes séropositives et sidéennes peut s'apparenter à celle des personnes handicapées. Elles aussi doivent mener une lutte non seulement contre leur propre découragement mais également contre la stigmatisation et les difficultés que rencontrent les personnes handicapées. Risquant une marginalisation progressive et un abandon de leurs proches, les personnes infectées par le virus du sida peuvent voir leur santé mentale se dégrader. Les mouvements de promotion de la qualité de vie des personnes séropositives et sidéennes peuvent certainement bénéficier des expériences acquises dans le domaine des personnes handicapées.

L'écoute attentive des témoignages des personnes infectées par le virus du sida permet de faire une autre lecture de leur condition de vie. En écoutant leur récit de vie, on arrive à se les imaginer comme des

victimes d'une épidémie, d'un accident catastrophique qui prend l'allure d'une pollution (comme les victimes de Tchernobyl). Cette contamination les a condamnées à la mort. À partir d'une perspective «criminologique», il est possible de concevoir différemment l'impact du sida sur la santé mentale des personnes concernées. Les personnes infectées reçoivent généralement le diagnostic de séropositivité comme une condamnation à mort («Il me reste combien de jours à vivre?», demandent-elles souvent). Elles ont l'impression de basculer du monde des gens sains à celui des malades condamnés qui n'ont aucune chance de guérison et vont bientôt mourir. Elles savaient, comme tout le monde, qu'elles allaient mourir un jour d'un accident ou d'une maladie mais leur contamination leur a rappelé brutalement, sous la forme d'une menace imminente, cette mort inévitable. Ce décret de mort amène les personnes séropositives à vivre une incertitude face à leur avenir et à remettre en question plusieurs aspects de leur existence, plus particulièrement leurs objectifs de vie. Ainsi la mort («comme une épée de Damoclès au-dessus de ma tête», diront certaines victimes) frappera sous la forme d'infections opportunistes ou de manifestations malignes pouvant être accompagnées de démence. Certaines l'attendent avec résignation («ma valise est faite») tandis que d'autres le dénie («rien n'est changé») ou espèrent la vaincre («Je vais passer à travers»). Somme toute, elles sont comme des condamnés en sursis qui peuvent profiter du court délai avant leur mort pour donner un nouveau sens à leur vie et en apprécier chaque instant.

Dans l'esprit de plusieurs, la mort constitue une punition que doivent subir les personnes séropositives ou sidéennes parce qu'elles sont considérées coupables d'une faute. Elles ont transgressé les normes sociales et doivent payer leur dette à la société pour leurs écarts de conduite (se droguer ou draguer). L'image du criminel qu'évoquent les personnes séropositives est renchérie par les campagnes de prévention du sida qui véhiculent le message qu'il est criminel ou fou de ne pas utiliser le condom lors d'une relation sexuelle. Devant la popularité montante de la peine de mort (Pelletier, 1992), les personnes infectées par le virus du sida risquent de continuer d'être des boucs émissaires du déclin des sociétés modernes et d'en subir les séquelles.

La promotion de la santé mentale des personnes infectées par le virus du sida et de leurs proches implique de développer une vision globale des situations vécues par les personnes condamnées et de réaliser des actions spécifiques pour améliorer leur mieux-être. Animé de cette philosophie, le groupe de travail canadien sur la santé mentale et le sida (Woo, 1991), a proposé une série de recommandations, entre

autres, celles de réduire la stigmatisation et l'isolement des personnes infectées, d'assurer leur sécurité financière et de leur offrir des services de qualité et appropriés à leurs besoins spécifiques. Ce projet de société a des chances de se réaliser en autant que l'on puisse reconnaître que le seul crime commis par les personnes séropositives et sidéennes est d'avoir été des humains comme les autres.

RÉFÉRENCES

- BERLINGUET, M., CHAGNON, G., 1991, *Un pas de plus... Rapport de consultation portant sur les services psychosociaux et complémentaires reliés au VIH/sida*. Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal.
- BIBEAU, G., MURBACH, R., 1991, Déconstruire l'univers du sida, *Anthropologie et Sociétés*, 15, n° 2-3, 5-11.
- BISHOP, G.D., ALVA, A.L., CANTU, L., RITTIMAN, T.K., 1991, Responses to persons with AIDS: fear of contagion or stigma, *Journal of Applied Social Psychology*, 12, n° 23, 1877-1888.
- BLANCHET, L., LAURENDEAU, M.-M., PERREAULT, R., 1990, La promotion de la santé mentale. *Santé Société*, Cahier 5.
- BOUCHARD, D., CAMIRAN, F., 1989, *Les coûts directs et indirects du sida au Québec, 1987, 1991, 1996*, MSSSQ, Service Évaluation-Recouvrement de la santé, Québec.
- BROWN, L.K., DICLEMENTE, R.J., REYNOLDS, L.A., 1991, HIV prevention for adolescents: utility of the Health Belief Model, *AIDS Education and Prevention*, 3, n° 1, 50-59.
- CRAWFORD, I., HUMFLEET, G., RIBORDY, S.C., CHU HO, F., VICKERS, V.L., 1991, Stigmatization of AIDS patients by mental health professionals, *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, n° 5, 357-361.
- DELORME, P.-L., 1991, *Rapport des organismes communautaires de lutte contre le sida*, Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal.
- DUPRAS, A., 1990, *Les attitudes des Montréalais francophones à l'égard de l'alcoolisme féminin*, UQAM, Département de sexologie, Rapport de recherche.
- DUPRAS, A., TESSIER, D., SAMSON, J.-M., LÉVY, J.J., 1991, Les attitudes à l'égard du sida: enquête auprès des Montréalaises et Montréalais francophones, *Revue québécoise de psychologie*, 12, n° 1, 45-58.
- GRAVEL, P., 1989, Les Québécois tolérants envers les sidéennes, *La Presse*, (3 juin), A1.
- GROSS, A.E., McMULLEN, P.A., 1983, Models of the held seeking-process, in DePaulo, B., Nadler, A., Fisher, J., eds, *New Directions in Helping: Help Seeking*, Vol. 2, Academic Press, New York, 45-70.

- JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, J., 1980, *Psychologie médicale*, Masson, Paris.
- LABRECQUE, C., 1988, Les sidéens et l'emploi, *Info-ressources humaines* (Association des professionnels en ressources humaines du Québec), 2, 16-17.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., 1990, *Revue de la documentation sur l'infection à VIH et la santé mentale*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., CLARK, E., RYAN, B., (1990), *HIV-Related Mental Health Needs and Services in Canada: Needs Assessment Survey Final Report*, Rapport au Federal Centre for Aids Working Group on HIV Infection and Mental Health, Ottawa.
- MSSSQ, 1989, *Politique de santé mentale*, Québec.
- MSSSQ, 1991, *Sondage auprès de personnes touchées par le virus du sida*, Bureau d'études sociales et de traitement informatique, Québec.
- MSSSQ, 1991, *Programme de formation sur le sida. Pour une vision humaniste de l'intervention*, Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal.
- PELLETIER, F., 1992, Un homme puni à mort, *La Presse*, (25 avril), B3.
- POULLARD, J.D., D'AUGELLI, A.R., 1989, AIDS fears and homophobia among volunteers in an AIDS prevention program, *Journal of Rural Community Psychology*, 10, 29-39.
- ROY, P.M., MAYER, F., 1990, *La relation chômage-santé; une étude longitudinale*, UQAM, Laboratoire de recherche sur l'emploi, la répartition et la sécurité du revenu.
- RUFFIOT, A., 1989, éd., *Psychologie du sida*, Pierre Mardaga, Liège.
- STEPHENSON, P.H., 1991, Le sida, la syphilis et la stigmatisation. La genèse des politiques et des préjugés, *Anthropologie et Sociétés*, 15, n° 2-3, 91-104.
- VEROFF, J., KULKA, R., DOUVAN, E., 1981, *Mental health in America: Patterns of Help Seeking from 1957 to 1976*, Basic Books, New York.
- WOO, S., 1991, *Ending the Isolation. HIV Disease and Mental Health in the Second Decade*, Centre fédéral sur le sida, Ottawa.