



Attitudes et connaissances d'étudiants universitaires à l'égard du VIH-sida

Oscar Labra, Ph. D., Anaïs Lacasse, Ph. D. and Gabriel Gingras-Lacroix

Volume 63, Number 2, 2017

Genres et sexualités chez les jeunes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1046496ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1046496ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de travail social et de criminologie de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Labra, O., Lacasse, A. & Gingras-Lacroix, G. (2017). Attitudes et connaissances d'étudiants universitaires à l'égard du VIH-sida. *Service social*, 63(2), 1–20. <https://doi.org/10.7202/1046496ar>

Article abstract

Context: The study aims to assess knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS among a sample of 658 university students in Northern Québec, Canada. **Method:** Cross-sectional study using a French-language translation of the *Brief HIV Knowledge Questionnaire* to assess students' knowledge. **Results:** Overall, the students' level of knowledge proved high, but the study also identifies marked gaps. Factors such as being born outside Canada (OR: 3.8 ; CI95%: 1.4-10.1), studying at the undergraduate level (as opposed to graduate ; OR: 2.5 ; CI95%: 1.2-5.1) and never having known anyone living with HIV/AIDS (OR: 2.1 ; CI95%: 1.2-3.8) were related to low levels of knowledge about HIV/AIDS. **Conclusion:** The results point to a need for improved awareness and education strategies among certain sub-groups of the university population.

Attitudes et connaissances d'étudiants universitaires à l'égard du VIH-sida

LABRA, Oscar, Ph. D., professeur

LACASSE, Anaïs, Ph. D., professeure

GINGRAS-LACROIX, Gabriel, bachelier en travail social

RÉSUMÉ

Contexte : L'objectif de cette étude est de décrire les connaissances et les attitudes à l'égard du VIH-sida, à l'aide d'un échantillon de 658 étudiants dans une université d'une région nordique du Québec, au Canada. **Méthode** : Étude transversale où les connaissances des étudiants sur le VIH-sida ont été mesurées grâce à une adaptation canadienne-française du *Brief HIV Knowledge Questionnaire*. **Résultats** : De façon générale, le niveau de connaissance des étudiants participants était élevé. Toutefois, certaines lacunes ont quand même été identifiées. Le fait d'être né dans un autre pays que le Canada (OR : 3,8 ; IC 95 % : 1,4-10,1), d'étudier au 1^{er} cycle (plutôt qu'aux 2^e-3^e cycles ; OR : 2,5 ; IC 95 % : 1,2-5,1) et de n'avoir jamais connu une personne vivant avec le VIH-sida (OR : 2,1 ; IC 95 % : 1,2-3,8) était associé à un faible niveau de connaissance à l'égard de cette maladie. **Conclusion** : Nos résultats soulignent l'importance de mettre en place différentes stratégies de sensibilisation et d'éducation auprès de certains sous-groupes d'étudiants universitaires.

Mots clés : VIH, SIDA, attitudes, connaissances, étudiants.

ABSTRACT

Context: The study aims to assess knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS among a sample of 658 university students in Northern Québec, Canada. **Method:** Cross-sectional study using a French-language translation of the *Brief HIV Knowledge Questionnaire* to assess students' knowledge. **Results:** Overall, the students' level of knowledge proved high, but the study also identifies marked gaps. Factors such as being born outside Canada (OR: 3.8 ; CI95%: 1.4-10.1), studying at the undergraduate level (as opposed to graduate ; OR: 2.5 ; CI95%: 1.2-5.1) and never having known anyone living with HIV/AIDS (OR: 2.1 ; CI95%: 1.2-3.8) were related to low levels of knowledge about HIV/AIDS. **Conclusion:** The results point to a need for improved awareness and education strategies among certain sub-groups of the university population.

Keywords: HIV, AIDS, knowledge, attitudes, students.

INTRODUCTION

Le domaine de la recherche médicale a fait plusieurs percées au cours des dernières années, notamment en ce qui a trait aux antirétroviraux qui ont permis d'augmenter la qualité et l'espérance de vie des gens ayant contracté le VIH-sida (Labra, 2015; Morlat *et al.*, 2015). De ce fait, le VIH-sida est sorti de la catégorie des maladies mortelles, pour être catégorisé comme maladie chronique (Colvin, 2011; McGrath *et al.*, 2014). Or, dans le domaine de la recherche sociale, ce nouveau statut génère des effets pervers qui ont des répercussions négatives sur l'aspect social et culturel de cette infection. En effet, des études montrent que ce contexte entraîne : 1) une diminution de l'appréhension de la maladie ; 2) une perte de ressources et de programmes d'aide, de sensibilisation et d'éducation concernant le VIH-sida ; et 3) une augmentation des comportements à risque (Colvin, 2011; Trottier *et al.*, 2014). Ainsi, malgré la reconnaissance du VIH-sida en tant que problème social, ce dernier se voit confronté à une certaine forme de banalisation sociale et culturelle (Lebouché et Levy, 2011 ; Trottier *et al.*, 2014), accentuant la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH-sida) (Dumas, 2013; Herek, Widaman, et Capitanio, 2005; Labra, 2015; Labra et Thomas, 2017).

Afin de diminuer le taux de prévalence du VIH-sida et la stigmatisation qui lui est associée, une importance doit être accordée à l'adoption et au renouvellement de la sensibilisation et de la prévention faites à l'égard de la maladie (Gallant et Maticka-Tyndale, 2004).

PROBLÉMATIQUE

À ce jour, plusieurs études canadiennes ont examiné les connaissances et les attitudes envers le VIH-sida dans la population générale (Adrien *et al.*, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2003; Beaulieu et Adrien, 2011; Social Sciences Research Laboratories, 2012; Veinot et Harris, 2011). D'autres études ont également ciblé des populations plus spécifiques telles que les médecins, les infirmières et les dentistes pratiquants ou en cours de formation (Hoffart *et al.*, 2012), les peuples autochtones (Agence de la santé publique du Canada, 2006; Martin *et al.*, 2011; Plitt *et al.*, 2009), les jeunes de la rue utilisant des drogues (Johnston *et al.*, 2011), les adolescents (Boyce *et al.*, 2003), les immigrants (Gagnon *et al.*, 2010) et les PVVIH-sida (Tulloch *et al.*, 2012). Il a été montré que les connaissances et les attitudes à l'égard du VIH-sida peuvent varier selon les caractéristiques sociales et socio-économiques des individus (Beaulieu et Adrien, 2011). Une étude quantitative menée auprès de la population québécoise en venait d'ailleurs à la conclusion qu'une faible scolarité, un âge avancé, une nationalité étrangère, une non-acceptation de l'homosexualité ainsi qu'une méconnaissance du VIH-sida étaient des caractéristiques susceptibles d'engendrer un point de vue négatif envers les PVVIH-sida (Adrien *et al.*, 2013).

Bien que les individus plus jeunes aient généralement de meilleures attitudes envers les PVVIH-sida (Adrien *et al.*, 2013), leurs connaissances semblent parfois limitées par rapport à cette maladie. En effet, la tranche d'âge des 15 à 29 ans représente 26,6 % des rapports de tests positifs du VIH-sida au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2010). De plus, dans une étude de Bovina (2009), la majorité des jeunes de 17 à 35 ans « externalisaient » l'origine de la maladie en l'attribuant à autrui. Riley et Baah-Odoom (2010), pour leur part, montrent une corrélation chez les 15 à 28 ans entre la présence d'attitudes de stigmatisation et l'intention d'avoir des comportements sexuels à risque. On remarque ainsi que les adolescents et les jeunes adultes ont une attitude propice à l'adoption de

comportements à risque et, pour cette raison, on recommande que cette population soit étudiée comme un sous-groupe distinct lors des projets de recherche (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Boyce *et al.*, 2003).

Selon le Centers for Disease Control and Prevention (2004), les étudiants universitaires seraient particulièrement à risque d'infection au VIH-sida. Dans le même sens, Smith *et al.* (2012) constatent que, bien que les étudiants universitaires aient généralement une bonne compréhension du VIH-sida, la mise en pratique de ces connaissances dans leur vie personnelle est lacunaire. Une autre étude américaine (Inungu *et al.*, 2009) rapporte que la majorité des étudiants universitaires de son échantillon se considéraient très peu à risque de contracter le VIH-sida, et ce, même si 39,8 % d'entre eux mentionnaient avoir eu des rapports sexuels avec de multiples partenaires sans user de préservatifs. Les connaissances des étudiants semblent d'ailleurs très variables d'une université à l'autre aux États-Unis (Kingori *et al.*, 2017). D'autres recherches montrent également que certains étudiants universitaires pensent que la piquûre de maringouin est un facteur d'infection au VIH-sida (Inungu *et al.*, 2009b ; Tung *et al.*, 2013). Handal (2017) souligne d'ailleurs le manque d'informations sur le VIH-sida dans la formation générale en travail social dans certaines universités américaines. Une étude faite en Chine montre, quant à elle, une disparité entre les connaissances des étudiants universitaires provenant du milieu urbain et celles d'étudiants provenant du milieu rural, ces derniers ayant de moins bonnes connaissances que leurs homologues résidant dans des zones urbaines (Chen *et al.*, 2016).

Au Canada, la différence entre milieu rural et milieu urbain quant aux connaissances et attitudes des individus vis-à-vis du VIH-sida semble également présente. Cette différence a par exemple été constatée dans l'étude de Veinot et Harris (2011), qui a comparé les connaissances de la population de trois régions rurales canadiennes-anglaises avec celles ayant cours dans des milieux urbains. Il en ressort que la caractéristique de ruralité est davantage associée à un manque de connaissances sur le VIH-sida parce que ces populations sont rarement confrontées à cette réalité ou ont peu d'occasions d'aborder ce sujet (Veinot et Harris, 2011). On peut également penser qu'une autre caractéristique des milieux ruraux ayant un effet sur ces connaissances provient des conditions de vie mises en évidence par LeBlanc (2013) dans son étude portant sur des communautés rurales en Abitibi-Témiscamingue.

Force est de constater que les caractéristiques sociales et socio-économiques des milieux ruraux peuvent avoir une influence sur le degré de connaissances relativement aux VIH-sida, notamment en ce qui a trait à l'éducation – taux supérieur à la moyenne québécoise d'individus sans diplôme de secondaire –, à la santé – pertes de services de proximité gouvernementaux – et aux médias – insuffisance ou absence de l'information régionale et de l'accès à l'Internet en milieu rural (Beaulieu et Adrien, 2011; Institut de la statistique du Québec, 2015; LeBlanc, 2013; Sutton *et al.*, 2010).

De plus, en comparaison de la moyenne québécoise, un haut taux de chlamydia et d'hépatite C sont présents chez les populations résidant dans les régions éloignées du Québec (Blouin, Venne, et Lambert, 2016). Ainsi, de 2012 à 2016, le taux annuel moyen s'établissait à 312 nouveaux cas de chlamydia pour 100 000 personnes dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, soit un taux qui est significativement supérieur à celui du Québec (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2017). Ce contexte laisse donc présumer l'utilisation de comportements à risque concernant le VIH-sida (Blouin, Venne, et Lambert, 2016).

Ainsi, bien que des études en dehors du Canada aient permis de comprendre que les étudiants universitaires ont globalement des connaissances acceptables vis-à-vis du VIH-sida et qu'une certaine

incompréhension de la maladie et des comportements à risque persiste toujours dans ce groupe de population (Choudhary, Ali, et Altaf, 2015; Inungu *et al.*, 2009; Kingori *et al.*, 2017; Korhonen *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2012; Tung, Lu, et Cook, 2013), il n'existe aucune étude qui permette d'examiner les attitudes et les connaissances des étudiants universitaires au Canada. En effet, une recherche documentaire menée par Cassidy *et al.* (2015) montre l'inexistence de recherches canadiennes depuis 2000 en ce qui concerne les connaissances des étudiants universitaires vis-à-vis du VIH-sida et de leur santé sexuelle. Il est donc impossible de faire des comparaisons avec des études menées ailleurs sur le même type de population. À la lumière de ces différents constats, nous nous questionnons sur les connaissances et les attitudes vis-à-vis du VIH-sida d'une population étudiante universitaire canadienne dans une région éloignée. À la suite de la recension des écrits, l'hypothèse des chercheurs est qu'au vu du degré de scolarité des étudiants universitaires, ces derniers devraient avoir généralement de bonnes connaissances à l'égard du VIH-sida ainsi que des attitudes positives vis-à-vis des PVVIH-sida.

CADRE THÉORIQUE

Cette étude explore l'intérêt de la théorie du comportement planifié proposée par Ajzen (1991) ainsi que de la théorie de l'action raisonnée développée par Fishbein et Ajzen (1975) pour prédire, à un certain degré, l'utilisation de comportements à risque d'infection au VIH-sida. Dans un premier temps, la théorie du comportement planifié reprend les notions provenant de l'action raisonnée, mais ajoute une autre dimension, soit les capacités ainsi que la perception par la personne du contrôle qu'elle possède sur son comportement (Ajzen, 1991). Ainsi, l'adoption d'un comportement ne dépend plus seulement de l'intention (motivation), mais également de facteurs non motivationnels internes (les connaissances, la maladie, etc.) et externes (le temps, l'argent, etc.) (Godin et Côté, 2006). Précisons que les connaissances sont la somme des informations à propos d'un objet social, de sa quantité et de sa qualité, plus ou moins stéréotypée, banale ou originale (Moscovici, 1961).

La théorie du comportement planifié vise à prévoir le comportement d'une personne lors de situations qui sont partiellement volitives. Les facteurs internes tels que les connaissances des étudiants universitaires sur le VIH-sida seront explorés dans cette étude, en tant que variables propices à l'adoption de certains comportements à risque. Comme le mentionnent Godin et Côté (2006), les participants doivent être questionnés sur leurs propres comportements, ce qui entraînera des réponses variables selon l'implication des personnes dans la définition du problème.

Dans un deuxième temps, la théorie de l'action raisonnée tente de prédire, par l'intention, l'attitude et les normes subjectives, les comportements d'un individu reliés à une situation précise (Godin, 1991; Godin et Côté, 2006). L'intention est la motivation d'un individu à adopter un comportement volitif (Fishbein et Ajzen, 1975). Or, cette motivation résulterait des attitudes et des normes subjectives variant selon la personne et le comportement visé. Pour Moscovici (1961), l'attitude peut être définie comme « un schéma dynamique de l'activité psychique, schéma cohérent et sélectif, relativement autonome, résultat de l'interprétation et de la transformation des modèles sociaux et de l'expérience de l'individu » (p. 269). En ce sens, l'attitude qu'une personne adopte vis-à-vis d'un comportement est déterminée par ses croyances à l'égard des conséquences que peut générer un tel geste ainsi que par son évaluation de ce qu'engendreraient de telles conséquences (Godin, 1991). Il est ainsi possible d'examiner, à partir de l'attitude que montrent les étudiants universitaires relativement à tel ou tel geste, l'intention qui pourrait être derrière certains comportements à risque d'infection au VIH-sida. Les normes subjectives, quant à elles, représentent chez un individu la somme de ses croyances normatives qui reflètent

l'importance qu'il accorde à l'opinion des personnes qui lui sont significatives, et sa motivation à se conformer à l'opinion de ces personnes (Godin, 1991).

MÉTHODOLOGIE

Une étude transversale (questionnaire en ligne) a été réalisée auprès d'un échantillon de convenance d'étudiants inscrits à l'UQAT. Pour être éligibles à cette étude, les étudiants devaient être inscrits à un cours de 1^{er}, de 2^e ou de 3^e cycle à la session d'hiver de 2013. En janvier 2013, tous les étudiants, soit 3 268 étudiants selon le Bureau du registraire de l'UQAT, ont donc été invités par le biais de leur courriel institutionnel à remplir un questionnaire en ligne visant à mesurer leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard du VIH-sida. Le logiciel SurveyMonkey® a été utilisé comme plateforme de questionnaire Web, laquelle fut accessible durant trois semaines consécutives.

Après une page d'introduction permettant le consentement libre et éclairé des participants potentiels, le questionnaire en ligne comportait une question portant sur la perception des étudiants à propos de leur niveau de connaissances sur le VIH-sida (échelle de Likert à 5 points s'étendant de « très faible » à « très bon »). Grâce à une question semi-fermée à catégories non mutuellement exclusives, les participants pouvaient également rapporter s'ils avaient vu, lu ou entendu quelque chose sur le VIH-sida dans les dernières années. Le niveau de connaissances de ceux-ci a été mesuré de façon objective grâce au *Brief HIV Knowledge Questionnaire* (HIV-KQ-18) (Carey et Schroder, 2002). Cette échelle validée comporte 18 items (vrai / faux / je ne sais pas) et l'obtention d'un score total est possible en additionnant les points obtenus à chaque question (1 point pour chaque bonne réponse, 0 pour une mauvaise réponse ou pour « je ne sais pas »). Les questions portaient sur divers éléments liés à la prévention, aux modes de transmission et à l'évolution de la maladie. Les scores s'étendent donc de 0 à 18 et un score plus élevé indique un niveau de connaissances supérieur. Le seuil à partir duquel un score était considéré marquer un faible niveau de connaissances a été fixé à $\leq 13/18$ (Wagenaar, Sullivan, et Stephenson, 2012).

L'adaptation de cet instrument en langue canadienne-française (Appendice 1) a été : 1) réalisée par deux auteurs indépendants, 2) révisée par des experts pour en assurer la validité de contenu (un chercheur du domaine du VIH-sida, un chercheur spécialisé dans l'adaptation d'instruments de mesure, une intervenante en santé sexuelle et un étudiant en travail social), 3) et pré-testée chez cinq étudiants pour en assurer la clarté. Ce pré-test a conduit à quelques reformulations mineures. Le recours à des traducteurs indépendants, la validation du contenu par des experts ainsi que le pré-test sont des procédures reconnues pour l'adaptation transculturelle d'instruments de mesure (Beaton *et al.*, 2000).

L'autoperception du risque de contracter le VIH-sida (échelle de Likert à 5 points s'étendant de « très faible » à « très élevé ») ainsi que le fait d'avoir connu quelqu'un ayant le VIH-sida (oui/non) ont été mesurés. Des questions fermées et semi-fermées sur les attitudes quant au VIH-sida tirées des enquêtes attitudinales francophones de l'Agence de la santé publique du Canada ont également été présentées (Agence de la santé publique du Canada, 2003, 2006).

Aucune indemnité compensatoire n'a été prévue pour la participation d'étudiants à cette recherche. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains de l'UQAT.

ANALYSE DES DONNÉES

Des statistiques descriptives ont été calculées pour dresser un portrait des caractéristiques des participants, de leur niveau de connaissances et de leurs attitudes à l'égard du VIH-sida : fréquences, proportions (%), moyennes, écarts-types (É-T). Les scores moyens du HIV-KQ-18 ainsi que la proportion des participants présentant un faible niveau de connaissances (score ≤ 13 sur 18) ont également été calculés et comparés selon divers sous-groupes de participants, à l'aide de tests t de Student et de tests du khi-carré. Un modèle de régression logistique multivarié a ensuite été conçu afin d'identifier les caractéristiques des participants associées aux divers niveaux de connaissances se rapportant au VIH-sida. L'utilisation de modèles multivariés a permis de tenir compte des interrelations entre les diverses variables indépendantes et d'isoler la place de certains prédicteurs (minimiser le biais de confusion). Une modélisation d'entrée forcée a été utilisée. Des analyses de sensibilité ont également été appliquées pour savoir si l'utilisation d'une modélisation pas à pas, ascendante ou descendante, avait un impact sur les conclusions de l'étude. L'échantillon substantiel obtenu dans cette étude a par ailleurs permis d'assurer la puissance statistique d'un tel modèle (nous nous sommes assurés de respecter la règle empirique suivante : taille de l'échantillon $\div 10-20$ = nombre de variables pouvant être incluses dans les modèles multivariés) (Harrell, Lee et Mark, 1996). Toutes les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel IBM SPSS Statistics® et le seuil de signification statistique utilisé était de 0,05.

RÉSULTATS

Un total de 658 étudiants ont rempli le questionnaire en ligne entre le 17 janvier et le 7 février 2013, ce qui correspond à un taux de participation de 20,1 %. Les caractéristiques socio-économiques de ces derniers sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen des étudiants participants était de 30 ans et la majorité d'entre eux étaient des femmes (85,4 %). La majorité des étudiants étaient inscrits à un programme de 1^{er} cycle (80,2 %), et les domaines d'études les mieux représentés étaient les sciences de la santé (29,5 %) et les sciences sociales (25,7 %). Bien que la majorité des participants ait habité la région de l'Abitibi-Témiscamingue (62,2 %), plusieurs étudiants provenant d'autres régions administratives du Québec faisaient partie de l'échantillon. Sur l'ensemble des participants, 91,2 % percevaient leur risque de contracter le VIH comme étant faible ou très faible, 7,5 % comme étant moyen, et 1,4 % comme étant élevé ou très élevé. Près du tiers des participants (32,1 %) ont rapporté connaître ou avoir connu une PVVIH-sida.

Tableau 1. Caractéristiques de la population sondée

Caractéristiques	N = 658
Genre	
Masculin	554
Féminin	104
Âge	
Moins de 20 ans	103
20-24 ans	550
25-29 ans	3
30-34 ans	1
35 ans et plus	1
Groupe racial/ethnique	
Caucasien/Blanc	616
Minorité visible (autre qu'Autochtone)	16
Autochtone (ex : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)	6
Autre	20
Statut dans le milieu du travail rémunéré	
Travail à temps plein	292
Travail à temps partiel (20 h ou moins par semaine)	234
Aucun travail	132
Principale région de la résidence principale	
Abitibi-Témiscamingue	405
Capitale-Nationale	20
Laurentides	51
Montréal	31
Montréal	35
Autre	116
Cycles d'études	
1 ^{er} cycle	522 (80,2)
2 ^e cycle	119 (17,2)
3 ^e cycle	17 (2,2)
Programme/domaine d'études	
Santé (sciences infirmières, sciences cliniques, santé mondiale)	194 (29,5)
Développement humain et social (psychoéducation, travail social, art-thérapie)	162 (24,2)
Gestion (administration, sciences comptables)	123 (18,7)
Éducation (enseignement)	91 (13,8)
Sciences appliquées (génie, environnement, biologie, foresterie)	47 (7,1)
Création et nouveaux médias (design, multimédia)	36 (5,5)
Autre	5 (0,8)

Niveau de connaissances à l'égard du VIH-sida

Parmi les étudiants participants, 48,7 % ont estimé leur niveau de connaissances comme étant bon ou très bon, 41,2 % comme étant moyen, et 10,1 % comme étant faible ou très faible (autoperception). Dans le passé, plus de 50 % des participants avaient vu, lu ou entendu quelque chose sur le VIH-sida

dans les contextes suivants : à l'école (66,7 %), aux nouvelles à la télévision (51,8 %), lors d'une rencontre avec un professionnel de la santé (55,8 %), dans le cadre d'une émission de santé à la télévision (55 %), dans des magazines et des journaux (51,1 %). Moins de 50 % ont indiqué d'autres contextes : sites Web/Internet (41,2 %), publicités (39,7 %), revues scientifiques sur la santé (38,4 %), dans leur propre profession/au travail (35,6 %), famille ou amis (32,4 %), organismes communautaires liés au sida (22,3 %), livres/bibliothèques (16,4 %), nouvelles à la radio (16,0 %), Santé Canada (15,7 %), émission de santé à la radio (13,8 %).

Le tableau 2 (voir annexe) présente les réponses des participants aux 18 items du questionnaire HIV-KQ-18 portant sur les connaissances à propos du VIH-sida. Le score total moyen obtenu au HIV-KQ-18 était de 14,9 (É-T : 2,0 ; médiane : 15). Un total de 20,3 % des répondants ont obtenu un score ≤ 13 sur 18, indiquant un faible niveau de connaissances. Le tableau 3 (voir annexe) décrit les scores de connaissances obtenus au HIV-KQ-18 pour différents sous-groupes d'étudiants.

Prédicteurs du niveau de connaissances en regard du VIH-sida

Lorsque les interrelations entre les différentes caractéristiques des participants ont été prises en compte (modèle multivarié : tableau 4, ci-dessous), le fait d'être né dans un autre pays que le Canada (OR : 3,8 ; IC 95 % : 1,4-10,1), d'étudier au 1^{er} cycle (plutôt qu'aux 2^e-3^e cycles ; OR : 2,5 ; IC 95 % : 1,2-5,1) et de n'avoir jamais connu une PVVIH-sida (OR : 2,1 ; IC 95 % : 1,2-3,8) était associé à un faible niveau de connaissances du VIH-sida ($p < 0,05$). Le fait d'étudier dans le domaine de la santé réduisait les chances de présenter un faible niveau de connaissances (OR : 0,4 ; IC 95 % : 0,2-0,9). Ce modèle multivarié était ajusté pour l'âge, le sexe, la race, le statut d'emploi, le statut matrimonial, le revenu familial annuel avant impôts, la région administrative de résidence (Abitibi-Témiscamingue ou autre région), le programme/domaine d'études et l'auto perception du risque de contracter le VIH.

Tableau 4. Caractéristiques des participants associées à un faible niveau de connaissances quant au VIH-Sida (score HIV-KQ-18 $\leq$ 13 sur 18) dans le modèle multivarié

Caractéristiques des étudiants	OR ajusté	Intervalle de confiance 95 %	p-value
Âge	0,983	0,953 - 1,015	0,296
Sexe			
Hommes (<i>vs femmes</i>)	1,336	0,739 - 2,417	0,338
Autoperception du risque de contracter le VIH (score 0-5 où 0 = très faible et 5 très élevé)	0,725	0,519 - 1,013	0,059
Pays de naissance			
Être né dans un autre pays que le Canada (<i>vs au Canada</i>)	3,820	1,446 - 10,092	0,007
Ne pas connaître une PVVIH-sida (<i>vs en connaître</i>)	2,147	1,223 - 3,770	0,008
Race			
Caucasiens (<i>vs autres</i>)	1,020	0,379 - 2,749	0,969
Statut d'emploi			
Travail à temps complet (<i>vs ne pas travailler</i>)	0,732	0,364 - 1,469	0,379
Travail à temps partiel (<i>vs ne pas travailler</i>)	0,800	0,451 - 1,420	0,446
Statut matrimonial			
Vivre en couple (<i>vs célibataire</i>)	0,681	0,345 - 1,345	0,269
Habitation			
Vivre seul (<i>vs en couple</i>)	0,661	0,274 - 1,595	0,357
Autre type d'arrangement tel que colocation ou chez les parents (<i>vs en couple</i>)	0,812	0,401 - 1,645	0,563
Revenu familial annuel avant impôts	0,948	0,798 - 1,125	0,539
Région administrative de résidence			
Abitibi-Témiscamingue (<i>vs autres régions</i>)	0,833	0,490 - 1,416	0,500
Cycle d'études			
1 ^{er} cycle (<i>vs 2^e-3^e cycles</i>)	2,466	1,198 - 5,075	0,014
Étudier dans le domaine de la santé	0,432	0,215 - 0,866	0,018
Étudier dans le domaine du développement humain et social	0,767	0,401 - 1,465	0,421

Légende :

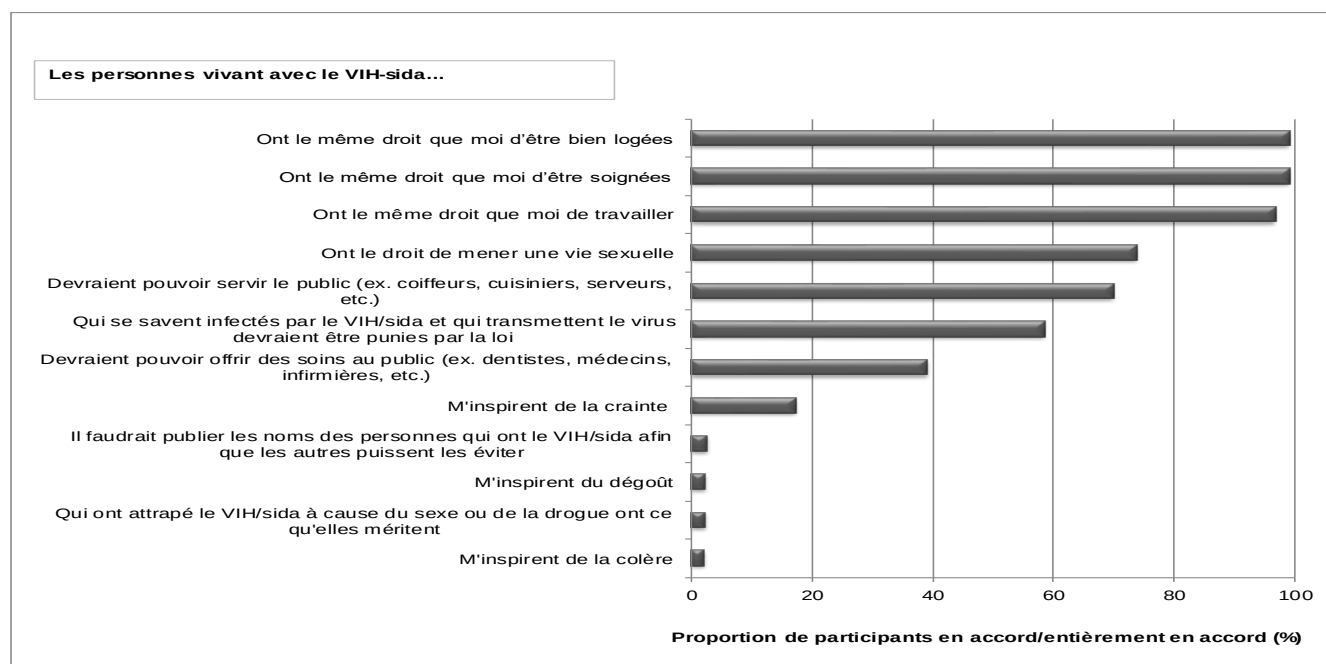
OR : Odds ratio / Rapport de cotes

Les résultats en gras représentent les associations statistiquement significatives.

Attitudes à l'égard du VIH-sida

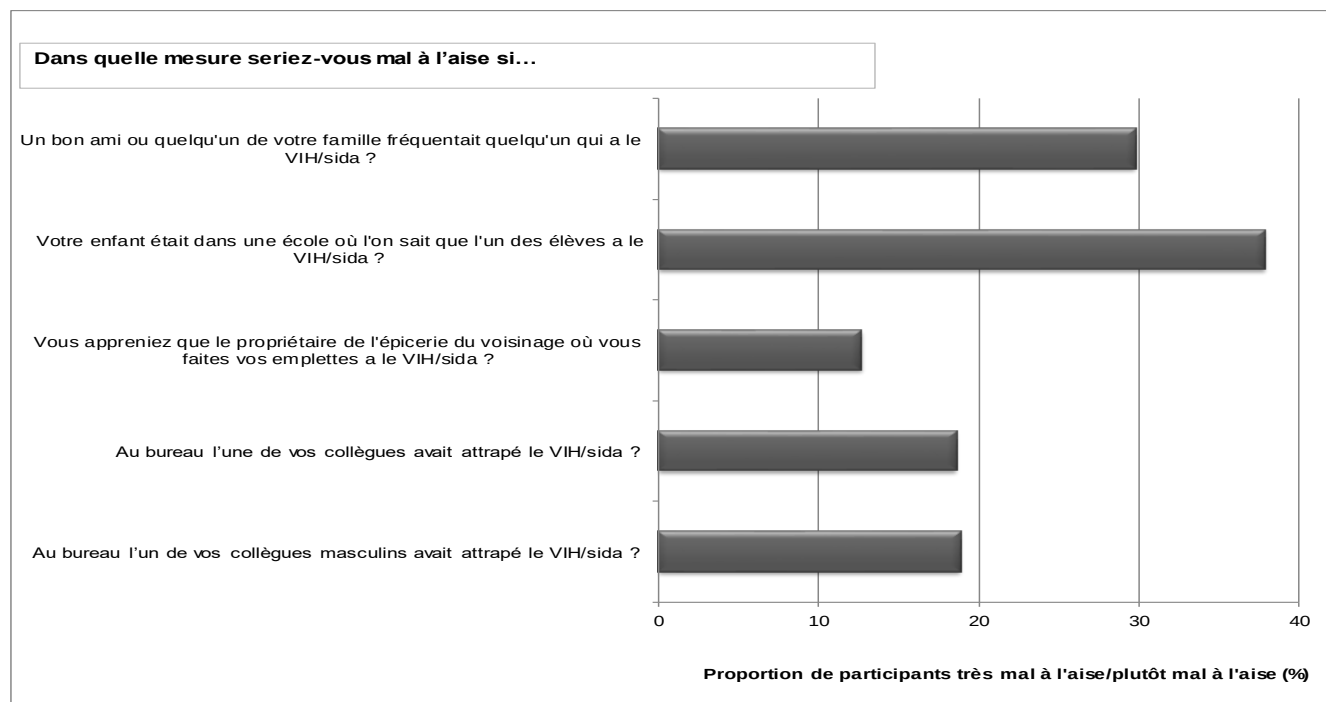
Parmi les étudiants participants, 39,3 % considéraient que, de nos jours au Canada, le VIH-sida constitue un problème très sérieux, 55,0 % un problème assez sérieux et 5,6 % un problème pas tellement sérieux. Quatre-vingt-seize pour cent (96 %) des participants manifestent une attitude favorable à l'idée que les PVVIH-sida soient logés et soignés. Ensuite, 90 % indiquent que les PVVIH-sida ont droit à une vie sexuelle, et 76 % qu'ils ont le droit d'être coiffeurs, cuisiniers et serveuses. Toutefois, l'attitude par rapport aux PVVIH-sida est très différente lorsqu'il est question de ceux et celles qui se savent infectés par le VIH-sida et qui transmettent le virus. Dans ce cas-ci, les étudiants ont indiqué à 58,6 % que ces personnes devraient être punies (voir figure 1).

Figure 1. Attitudes des étudiants participants envers les PVVIH-sida



Une autre donnée intéressante est le fait que pour 17,4 %, le VIH-sida inspire de la crainte. Cela nous amène à poser l'hypothèse que ce groupe d'étudiants – bien qu'il soit petit comparativement aux autres – pourraient avoir une attitude différente des autres envers les PVVIH-sida, attitude qui serait basée sur leur méconnaissance de la maladie. Le pourcentage des étudiants qui manifestent une attitude négative envers les PVVIH-sida est cependant beaucoup moindre (3 %).

Quand on sonde les étudiants par rapport à diverses situations concrètes où le VIH-sida serait plus proche de leur vie quotidienne (figure 2), les attitudes positives démontrées envers les PVVIH-sida (figure 1) changent. On peut observer que 38 % se sentent mal à l'aise que leur enfant soit dans une école où l'on sait que l'un des élèves a le VIH, que 29,5 % sont mal à l'aise que quelqu'un de leur réseau fréquente une PVVIH-sida, que 18 % se sentiraient mal à l'aise si un collègue masculin au bureau avait attrapé le VIH-sida, et 17,9 % si c'était le cas d'une collègue.

Figure 2. Attitudes des étudiants participants à l'égard de diverses situations entourant le VIH-sida

Nous pouvons conclure que les attitudes des étudiants envers les PVVIH-sida changent selon leur niveau d'exposition à la maladie. Ils montrent une attitude de reconnaissance aux droits des PVVIH-sida en ce qui concerne le logement, la santé et la sexualité. Mais leur attitude se change brusquement en une attitude de protection lorsqu'eux-mêmes ou un proche côtoient une PVVIH-sida. Cela pourrait être expliqué par deux faits : le premier, la peur que produit la maladie ; le second, le stigmate qui est associé à la maladie depuis ses débuts.

DISCUSSION

Cette étude donne accès à des données précieuses à propos des connaissances et des attitudes des étudiants universitaires en région éloignée. Aux questions portant sur le niveau de connaissances des étudiants participants, les résultats montrent que celui-ci était élevé. Cela rejoint les résultats d'autres études faites à l'extérieur du Canada au sujet d'étudiants universitaires (Choudhary, Ali, et Altaf, 2015; Inungu *et al.*, 2009; Kingori *et al.*, 2017; Korhonen *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2012; Tung, Lu, et Cook, 2013), qui montrent que ceux-ci ont des connaissances acceptables par rapport au VIH-sida. Toutefois, dans notre échantillon, nous avons observé certaines lacunes en termes de connaissances.

C'est ainsi qu'un certain nombre de répondants pensaient que tousser ou éternuer permettait de transmettre le VIH (12,3 %), que toutes les femmes enceintes infectées par le VIH mettront au monde un enfant atteint du sida (16,5 %), que les gens sont à risque de contracter le VIH lorsqu'ils embrassent intensément/avec la langue un partenaire atteint de VIH (17,5 %), qu'il n'existe pas de préservatif féminin qui permette de diminuer les risques qu'une femme contracte le VIH (21,2 %), que de passer un test de dépistage une semaine après une relation sexuelle permet de détecter si une personne est infectée par le VIH (15,4 %), et qu'une personne ne peut contracter le VIH en ayant des relations

sexuelles orales (15,3 %). Ces résultats indiquent que certaines informations importantes en vue de réduire l'incidence des comportements à risque demeurent mal comprises ou méconnues au sein d'une petite proportion des étudiants de l'UQAT malgré le niveau élevé d'éducation de cette population. Cette méconnaissance de certains étudiants contribue à la banalisation du VIH-sida, tant sur le plan social et culturel de la maladie (Lebouché et Levy, 2011; Trottier *et al.*, 2014), ce qui accentuerait la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les PVVIH-sida (Labra, 2015; Labra et Thomas, 2017).

On note à propos du score total obtenu dans notre échantillon au HIV-KQ-18 (médiane : 15) et à la proportion des répondants présentant un faible niveau de connaissances (20,3 %) que ces chiffres sont comparables à ceux qui ont été trouvés dans des études antérieures réalisées auprès d'hommes américains et africains ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes de tous statuts socio-économiques (score médian : 16 ; faible niveau de connaissances : 15,3-19,9 %) (Wagenaar, Sullivan, et Stephenson, 2012) ou auprès de jeunes de la rue utilisateurs de drogues (score médian : 15) (Johnston *et al.*, 2011). Soulignons à nouveau que ce résultat est surprenant lorsqu'on considère le niveau d'éducation élevé de la population à l'étude, qui est une variable socio-économique reconnue pour avoir une influence sur les connaissances et les attitudes à l'égard du VIH-sida (Beaulieu et Adrien, 2011). Toutefois, cette méconnaissance trouverait son origine dans les foyers ou les environnements sociaux d'un certain nombre d'étudiants, où l'on parlerait peu ou pas de la maladie. Cette faible connaissance serait, à nos yeux, productrice de stigmates et de discrimination envers tout ce qui entoure la maladie. Du point de vue de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), cette méconnaissance pourrait être expliquée par des facteurs non motivationnels internes tels que la signification sociale négative donnée à la maladie depuis ses origines (Herek *et al.*, 2005), qui expliqueraient que certains individus essaient de se tenir à l'écart de celle-ci. Rappelons que l'étiologie du VIH-sida est empreinte de préjugés qui perpétuent la conception que la maladie se transmet par des pratiques sexuelles déviantes ou impures (Labra et Lacasse, 2015). On peut alors s'attendre à observer, chez les individus qui ont de faibles connaissances de la maladie, davantage de comportements externes tels que le refus et le mépris envers les PVVIH-sida.

Concernant les déterminants du niveau de connaissances du VIH-sida, nos résultats identifient comme groupe à risque les étudiants du 1^{er} cycle qui n'étudient pas dans le domaine de la santé, les étudiants nés dans un autre pays que le Canada et les étudiants n'ayant jamais connu une PVVIH-sida. Ceci a déjà été corroboré par Beaulieu et Adrien (2011), dans une étude attitudinale réalisée dans la population générale québécoise en 2010. Cette étude a identifié ces derniers éléments comme des prédicteurs de connaissances quant au VIH-sida.

Une bonne proportion des étudiants participants présentaient des attitudes positives envers les PVVIH-sida et envers diverses situations entourant le VIH-sida. Ainsi, les étudiants sont, pour la plupart, d'accord avec le fait que les PVVIH-sida ont le droit d'être logés, d'avoir accès à des soins et d'avoir une vie sexuelle. Cependant, une nuance doit être faite à propos de leur sexualité. Nos résultats montrent que plus de la moitié des étudiants (58 %) sont d'avis que les personnes qui se savent infectées par le VIH-sida et qui transmettent le virus devraient être punies par la loi. Ce constat contraste avec les résultats de l'étude de Labra et Lacasse (2015), qui indique « qu'autant les hommes que les femmes ayant participé aux groupes de discussion s'opposent aux poursuites pénales contre les PVVIH/sida » (p. 176), cela représentant pour les participants à cette étude une nouvelle forme de discrimination envers les PVVIH-sida. Rappelons que depuis 2012, la Cour suprême du Canada juge

d'ailleurs que les PVVIH-sida ont l'obligation légale de divulguer leur séropositivité à leurs partenaires avant d'avoir des rapports sexuels comportant une « possibilité réaliste de transmission du VIH ».

Même si l'attitude globalement positive envers les PVVIH-sida fait constater un certain changement dans les conceptions, il paraît nécessaire de questionner les étudiants au sujet de diverses situations concrètes entourant le VIH-sida pour avoir un portrait plus juste. Nos résultats montrent que, bien qu'ils reconnaissent des droits aux PVVIH-sida, les étudiants qui ont participé à l'étude voudraient loin de leur monde immédiat tout ce qui peut mettre en péril leur intégrité et la santé de leurs proches. Ce paradoxe discursif trouve son explication dans tout ce qui est véhiculé sur la maladie depuis ses origines (et la littérature est abondante dans ce sens) (Labra et Thomas, 2017) et dans une peur encore présente dans leur imaginaire collectif. Ce constat nous permet d'affirmer qu'il existe aujourd'hui des conduites de stigmatisation et de discrimination qui sont alimentées par une méconnaissance de la maladie. Il semblerait ainsi que l'histoire du VIH-sida, avec toute sa charge de préjugés et de fausses représentations, se soit transmise de génération en génération ; et le milieu universitaire en tant que producteur de la connaissance n'a pas échappé aux significations négatives du VIH-sida véhiculées par les médias.

Depuis la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975), nous pouvons donner un sens aux attitudes des étudiants comme étant influencées par des normes subjectives qui seraient reliées de nos jours à la signification d'une maladie différente des autres (Labra et Dumont, 2012 ; Lebouché et Levy, 2011), et leurs croyances varieraient selon leur degré de connaissance et d'information sur la maladie. Par exemple, une personne qui a peu de connaissances sur le VIH-sida présenterait plus de conduites de discrimination envers les PVVIH-sida que ceux et celles ayant une bonne connaissance de la maladie. Ici les croyances de l'individu joueraient un rôle central dans son comportement (voire dans son attitude) face à tout ce qui est relié au VIH-sida.

Pour conclure, cette étude nous amène à nous questionner sur les attitudes et les connaissances des jeunes à l'égard du VIH-sida. Plus de trente ans ont passé depuis les premiers cas de sida découverts dans le monde et nous constatons une évolution favorable des connaissances et attitudes relativement aux PVVIH-sida chez les jeunes de l'UQAT. Bien que ce constat nous permette de confirmer notre hypothèse de départ, nous sommes surpris de voir que dans un milieu aussi savant que celui-ci, il reste un certain nombre de personnes qui, du point de vue de leurs connaissances et attitudes, constituent un groupe à risque d'infection par le VIH. Cela doit nous amener à étudier plus en profondeur ce groupe à risque pour développer des campagnes efficaces de sensibilisation et d'éducation.

Forces et limites

La présente étude comporte plusieurs forces et faiblesses qui méritent d'être discutées. Bien que relativement faible, le taux de réponses obtenu dans la présente étude (20,1 %) est semblable à celui retrouvé dans d'autres sondages canadiens réalisés auprès d'étudiants de niveau collégial ou universitaire (10-20 %) (American College Health Association et National College Health Assessment II, 2013; Tellier et DiGenova, 2014; White *et al.*, 2013). Il n'y avait pas d'écart très important entre les taux de participation obtenus selon les domaines d'études des étudiants (santé : 18 %, développement humain et social : 27 %, gestion : 20 %, éducation : 17 %, sciences appliquées : 21 %, création et nouveaux médias : 24 %). De plus, l'échantillon de la présente étude était relativement comparable à la population générale d'étudiants de l'UQAT inscrits à la session d'hiver 2013, à plusieurs égards : âge

moyen (notre échantillon : 30,6 ans et statistiques du Registraire : 31,9 ans), proportion de femmes (85,4 % contre 74,7 %), proportion d'étudiants au 1^{er} cycle (80,2 % contre 83,0 %), proportion d'étudiants en sciences de la santé (29,5 % contre 35,2 %). Ces éléments permettent de penser que les biais de sélection ont été minimisés et que notre échantillon est représentatif.

Afin d'assurer la qualité de nos mesures, les attitudes et les connaissances des participants ont été mesurées au moyen de l'adaptation transculturelle d'un instrument de mesure existant (HIV-KQ-18) et de questions utilisées dans des études antérieures. Nous ne pouvons cependant confirmer les propriétés psychométriques de l'adaptation canadienne du HIV-KQ-18 ou exclure la possibilité de biais de désirabilité sociale dans les attitudes à l'égard du VIH-sida rapportées par les participants. Une des forces de cette étude réside dans l'utilisation de modèles multivariés pour l'identification des prédicteurs du niveau de connaissances des participants, ce qui a permis de minimiser la possibilité de biais de confusion. La puissance statistique de notre modèle a également pu être maximisée par la taille substantielle de notre échantillon (n = 658). Finalement, le fait que nos participants provenaient de plus d'une région administrative du Québec augmente la validité externe de l'étude.

CONCLUSION

Cette étude nous permet de conclure que, malgré le niveau élevé de connaissances des étudiants en ce qui a trait au VIH-sida et l'expression d'attitudes positives envers les PVVIH-sida, il demeure dans ce milieu universitaire un taux élevé de répondants qui ont des connaissances erronées à propos de la maladie et de ses formes de transmission. Cela nous fait présager qu'une incompréhension du VIH-sida pourrait avoir une incidence sur les comportements à risque d'infection chez les étudiants universitaires en région éloignée ayant participé à cette étude. Il ressort de cette conclusion que les connaissances erronées envers le VIH-sida peuvent être une barrière importante pour la prévention et l'éducation en ce qui a trait à cette maladie. Ainsi, nos résultats montrent l'importance de développer des campagnes de prévention mieux ciblées auprès des groupes plus à risque, tels que les étudiants de 1^{er} cycle qui n'étudient pas dans le domaine de la santé, les étudiants nés dans un autre pays que le Canada et les étudiants n'ayant jamais connu une PVVIH-sida. Il faudrait intégrer les risques d'infection au VIH dans la formation professionnelle universitaire de manière à s'assurer que les étudiants se sentent bien informés et soutenus pour s'engager dans la prévention de cette maladie.

Enfin, nous pouvons dire que cet article permettra une meilleure compréhension des connaissances et des attitudes des étudiants de niveau universitaire en région éloignée, et d'identifier les groupes à risque d'infection. Par ailleurs, une réflexion plus large doit encore s'amorcer au sein de la communauté universitaire (membres du personnel, professeurs, étudiants, intervenants) pour arriver à une réussite dans la sensibilisation et la prévention du VIH-sida en région où le taux de prévalence des maladies transmissibles sexuellement est supérieur à la moyenne québécoise. Cela laisse présumer des comportements à risque d'infection au VIH-sida chez des groupes dûment identifiés dans la discussion.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par le Fonds institutionnel de la recherche et de la création (FIRC) de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

LABRA, Oscar, Ph. D., professeur
Département du développement humain et social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

LACASSE, Anaïs, Ph. D., professeure
Département des sciences de la santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

GINGRAS-LACROIX, Gabriel, bachelier en travail social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

BIBLIOGRAPHIE

- Adrien, A., Beaulieu, M., Leaune, V., Perron, M., et Dassa, C. (2013). Trends in attitudes toward people living with HIV, homophobia, and HIV transmission knowledge in Quebec, Canada (1996, 2002, and 2010). *AIDS care*, 25(1), 55-65.
- Adrien, A., Boivin, J. F., Hankins, C., Leaune, V., Tousignant, Y., et Tremblay, J. (1994). Aids-related knowledge and practices in migrant populations: The case of Montrealers of Haitian origin. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 42(1), 50-57.
- Agence de la santé publique du Canada. (2003). *VIH/sida - Une enquête attitudinale*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Sondage 2006 sur les attitudes des Autochtones touchant le VIH/sida*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Actualité en épidémiologie du VIH/sida*. Ottawa: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- American College Health Association et National College Health Assessment II. (2013). *Canadian reference group data report spring 2013*. Hanover: American College Health Association.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., et Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3186-3191.
- Beaulieu, M., et Adrien, A. (2011). *Attitudes de la population québécoise envers les personnes vivant avec le VIH*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Blouin, K., Venne, S., et Lambert, G. (2016). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2015 (et projections 2016)*. Retrieved from Montréal:

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2201_portrait_infections_transmissibles_sexuellement_sang_2015_0.pdf

- Bovina, I. (2009). "Not I"—"Others": Young people's social perception of AIDS patients. *Social Science*, 40(2), 91-101.
- Boyce, W., Doherty, M., Fortin, C., et MacKinnon, D. (2003). *Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study: Factors influencing knowledge, attitudes and behaviours*. Toronto: Conseil des ministres de l'Éducation (Canada).
- Carey, M. P., et Schroder, K. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 172-182.
- Cassidy, C., Curran, J., Steenbeek, A., et Langille, D. (2015). University students' sexual health knowledge: A scoping literature review. *Canadian Journal of Nursing Research*, 47(3), 18-38.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *HIV/AIDS and college students. A CDC pathfinder 1995*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2017). *Portrait de santé de la population*. Québec: Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Chehaitly, A., et Alary, M. (1995). Knowledge, attitudes, and professional behaviors of third- and fourth-year dental students concerning AIDS and hepatitis B. *Journal of Dental Education*, 59(8), 844-849.
- Chen, M., Liao, Y., Liu, J., Fang, W., Hong, N., Ye, X., Li, J., Tang, Q., Pan, W., et Liao, W. (2016). Comparison of sexual knowledge, attitude, and behavior between female Chinese college students from urban areas and rural areas: A hidden challenge for HIV/AIDS control in China. *BioMed research international*, 2016, 1-10.
- Choudhary, H. A., Ali, R. A., et Altaf, S. (2015). Knowledge, behaviour and attitudes regarding HIV/AIDS among undergraduate students in an Irish university. *International Journal of Surgery and Medicine*, 1(2), 58-66.
- Colvin, C. J. (2011). HIV/AIDS, chronic diseases and globalisation. *Globalization and health*, 7(1), 1-6.
- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service social*, 59(1), 63-80.
- Fishbein, M., et Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Don Mills: Addison-Wesley.
- Gagnon, A., Merry, L., Bocking, J., Rosenberg, E., et Oxman-Martinez, J. (2010). South Asian Migrant Women and HIV/STIs: Knowledge, Attitudes and Practices and the Role of Sexual Power. *Health & Place*, 16(1), 10-15.

- Gallant, M., et Maticka-Tyndale, E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1337-1351.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Godin, G., et Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. Dans G. Carroll (Ed.), *Pratiques en santé communautaire* (p. 129-139). Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Handal, C. M. (2017). *Exploration of graduate Social Work students' knowledge and attitudes towards people living with HIV/AIDS*. (Mémoire de maîtrise), Université d'État de Californie, Sacramento. Retrieved from <http://csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.3/190811/Completed%20Thesis.pdf?sequence=1>
- Herek, G. M., Widaman, K. F., et Capitanio, J. P. (2005). When sex equals AIDS: Symbolic stigma and heterosexual adults' inaccurate beliefs about sexual transmission of AIDS. *Social Problems*, 52(1), 15-37.
- Hoffart, S., Ibrahim, G. M., Lam, R. A., Minty, E. P., Theam, M., et Schaefer, J. P. (2012). Medical students' attitudes towards treating patients with HIV: A 12-year follow-up study. *Medical Teacher*, 34(3), 254-254. doi:10.3109/0142159X.2012.652710
- Institut de la statistique du Québec. (2015). Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint, la région administrative, l'âge et le sexe, Québec. Repéré à: <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/education/niveau-scolaire/repartition-scol-ra-sexe-age.html>
- Inungu, J., Mumford, V., Younis, M., et Langford, S. (2009). HIV knowledge, attitudes and practices among college students in the United States. *Journal of Health and Human Services Administration*, 32(3), 259-277.
- Johnston, C. L., Marshall, B. D., Qi, J., Zonneveld, C. J., Kerr, T., Montaner, J. S., et Wood, E. (2011). HIV knowledge and perceptions of risk in a young, urban, drug-using population. *The Journal of Public Health*, 125(11), 791-794. doi:10.1016/j.puhe.2011.09.008
- Kingori, C., Nkansah, M. A., Haile, Z., Darlington, K.-A., et Basta, T. (2017). Factors associated with HIV related stigma among college students in the Midwest. *AIMS Public Health*, 4(4), 347-363.
- Korhonen, T., Kylmä, J., Houtsonen, J., Välimäki, M., et Suominen, T. (2012). University students' knowledge of, and attitudes towards, HIV and AIDS, homosexuality and sexual risk behaviour: A questionnaire survey in two Finnish universities. *Journal of biosocial science*, 44(6), 661-675.
- Labra, O. (2015). Social representations of HIV/AIDS in mass media: Some important lessons for caregivers. *International Social Work*, 58(2), 238-248.

- Labra, O., et Dumont, S. (2012). Representaciones sociales del VIH-SIDA en la Región del Maule, Chile. *Revista Trabajo Social*, 83, 35-40.
- Labra, O., et Lacasse, A. (2015). Représentations sociales du VIH/sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 32(1-2), 167-186.
- Labra, O., et Thomas, D. (2017). The Persistence of Stigma Linked with HIV/AIDS in Health-Care Contexts: A Chronic Social Incapacity. Dans N. Dumais (Ed.), *HIV/AIDS-Contemporary Challenges* (p. 125-139). Croatia InTech.
- LeBlanc, P. (2013). *La ruralité en Abitibi-Témiscamingue: visions multiples*. Abitibi-Témiscamingue: Chaire Desjardins en développement des petites collectivités.
- Lebouché, B., et Levy, J. J. (2011). Récits de souffrance et VIH/sida: réflexions sur quelques enjeux anthropologiques et éthiques du témoignage. *Alterstice – Revue internationale de la recherche interculturelle*, 1(2), 97-108.
- Martin, L. J., Houston, S., Yasui, Y., Wild, T. C., et Saunders, L. D. (2011). All-cause and HIV-related mortality rates among HIV-infected patients after initiating highly active antiretroviral therapy: The impact of aboriginal ethnicity and injection drug use. *Revue canadienne de santé publique*, 90-96.
- McCarthy, G. M., et MacDonald, J. K. (1996). Gender differences in characteristics, infection control practices, knowledge and attitudes related to HIV among Ontario dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(6), 412-415.
- McGrath, J. W., Winchester, M. S., Kaawa-Mafigiri, D., Walakira, E., Namutiibwa, F., Birungi, J., Ssendegye, G., Nalwoga, A., Kyarikunda, E., et Kisakye, S. (2014). Challenging the paradigm: Anthropological perspectives on HIV as a chronic disease. *Medical anthropology*, 33(4), 303-317.
- Morlat, P., Rosenthal, E., Henard, S., Georget, A., Cacoub, P., Hardel, L., Salmon, D., May, T., Costagliola, D., et Bonnet, F. (2015). Description des causes de décès observés en France chez les personnes séropositives pour le VIH âgées de plus de 50ans. *La Revue de Médecine Interne*, 36, A27.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public: Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.
- Plitt, S. S., Mihalicz, D., Singh, A. E., Jayaraman, G., Houston, S., et Lee, B. E. (2009). Time to testing and accessing care among a population of newly diagnosed patients with HIV with a high proportion of Canadian Aboriginals, 1998-2003. *AIDS patient care and STDs*, 23(2), 93-99.
- Riley, G. A., et Baah-Odoom, D. (2010). Do stigma, blame and stereotyping contribute to unsafe sexual behaviour? A test of claims about the spread of HIV/AIDS arising from social representation theory and the AIDS risk reduction model. *Social Science & Medicine*, 71(3), 600-607.

- Smith, M. L., Menn, M., Dorsett, L., et Wilson, K. (2012). College Students' Perceptions of HIV Risk, Importance of Protective Behaviors, and Intentions to Change Behavior after Attending an HIV/AIDS Awareness Event. *Texas Public Health Journal*, 64, 23-29.
- Social Sciences Research Laboratories. (2012). *Taking the pulse of Saskatchewan: Health, wellbeing and Saskatchewan families*. Saskatoon: Social Sciences Research Laboratories.
- Sutton, M., Anthony, M. N., Vila, C., McLellan-Lemal, E., et Weidle, P. J. (2010). HIV testing and HIV/AIDS treatment services in rural counties in 10 southern states: Service provider perspectives. *The Journal of Rural Health*, 26(3), 240-247.
- Svenson, L. W., Carmel, S., et Varnhagen, C. K. (1997). A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. *Health Promotion International*, 12(1), 61-68.
- Taggart, M. E., Reidy, M., et Grenier, D. (1992). Attitudes d'infirmières francophones face au sida [French-speaking nurses' attitudes toward AIDS]. *Infirmière canadienne/Canadian Nurse*, 88(1), 48-52.
- Tellier, P.-E., et DiGenova, L. (2014). *Student health at McGill University: A report of the findings from the 2013 National Colledge Health Assessment*. Montréal: McGill University.
- Trottier, G., Lévy, J. J., Otis, J., Bastien, R., Pelletier, R., Bourdages, A., et Fernet, M. (2014). Effets des nouvelles thérapies sur la qualité de la vie des HARSAH vivant avec le VIH/SIDA. Dans J. J. Lévy, D. Maisonneuve, H. Bilodeau, et C. Garnier (Eds.), *Enjeux psychosociaux de la santé* (p. 301-314). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Tulloch, H. E., Balfour, L., Kowal, J., Tasca, G. A., Angel, J. B., Garber, G., Macpherson, P., Cooper, C., et Cameron, D. W. (2012). HIV knowledge among Canadian-born and sub-Saharan African-born patients living with HIV. *Journal of immigrant and minority health*, 14(1), 132-139. doi:10.1007/s10903-011-9480-7
- Tung, W.-C., Lu, M., et Cook, D. M. (2013). HIV/AIDS knowledge and attitudes among Chinese college students in the US. *Journal of immigrant and minority health*, 15(4), 788-795.
- Veinot, T. C., et Harris, R. (2011). Talking about, knowing about HIV/AIDS in Canada: A rural-urban comparison. *The Journal of Rural Health*, 27(3), 310-318. doi:10.1111/j.1748-0361.2010.00353.x
- Wagenaar, B. H., Sullivan, P. S., et Stephenson, R. (2012). HIV knowledge and associated factors among Internet-using men who have sex with men (MSM) in South Africa and the United States. *PLoS One*, 7(3), e32915. doi:10.1371/journal.pone.0032915
- White, J., Kirwan, P., Lai, K., Walton, J., et Ross, S. (2013). Have you seen what is on Facebook? The use of social networking software by healthcare professions students. *BMJ Open*, 3(7), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2013-003013

APPENDICE

Appendice 1. Adaptation canadienne-française du Brief HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ-18).

Les énoncés suivants visent à mesurer vos connaissances face au VIH-SIDA à l'aide de questions de type Vrai ou Faux.

Nous vous prions de répondre aux questions au meilleur de votre connaissance sans vous référer à une autre source d'information.

	Vrai	Faux	Ne sais pas
Tousser ou éternuer ne permet pas de transmettre le VIH.	☐	☐	☐
Une personne peut contracter le VIH en partageant son verre d'eau avec quelqu'un qui est infecté par le VIH.	☐	☐	☐
Lors de relations sexuelles, le fait de retirer le pénis avant l'éjaculation (coït/jouissance) permet à la femme de ne pas contracter le VIH.	☐	☐	☐
Une femme peut contracter le VIH si elle pratique le sexe anal avec un homme.	☐	☐	☐
Prendre une douche ou laver ses parties génitales après une relation sexuelle permet de ne pas contracter le VIH.	☐	☐	☐
Toutes les femmes enceintes infectées par le VIH mettront au monde un enfant atteint du SIDA.	☐	☐	☐
Les personnes qui sont infectées par le VIH présentent rapidement de sérieux signes et symptômes d'infection.	☐	☐	☐
Il existe un vaccin qui peut empêcher les adultes de contracter le VIH.	☐	☐	☐
Les gens sont à risque de contracter le VIH lorsqu'ils embrassent intensément/avec la langue un partenaire atteint de VIH.	☐	☐	☐
Une femme ne peut pas contracter le VIH si elle a des relations sexuelles durant ses menstruations.	☐	☐	☐
Il existe un condom féminin qui permet de diminuer les chances qu'une femme contracte le VIH.	☐	☐	☐
Un condom de membrane naturelle est plus efficace qu'un condom en latex pour prévenir une infection par le VIH.	☐	☐	☐
Une personne ne peut pas contracter le VIH si elle prend des antibiotiques.	☐	☐	☐
Le fait d'avoir des relations sexuelles avec plus d'un partenaire peut augmenter les chances de contracter le VIH.	☐	☐	☐
Passer un test de dépistage une semaine après une relation sexuelle permet de détecter si une personne est infectée par le VIH.	☐	☐	☐
Une personne peut contracter le VIH si elle se retrouve dans un spa ou une piscine en même temps qu'une personne qui est infectée par le VIH.	☐	☐	☐
Une personne peut contracter le VIH en ayant des relations sexuelles orales.	☐	☐	☐
Utiliser de la vaseline ou de l'huile de bébé avec un condom diminue les chances de contracter le VIH.	☐	☐	☐