

information



formation



recherche



*coopération
internationale*

SONDAGE « ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LA POPULATION GÉNÉRALE DU QUÉBEC »

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

RAPPORT

SONDAGE « ATTITUDES ENVERS LES
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LA
POPULATION GÉNÉRALE DU QUÉBEC »

SEPTEMBRE 2003

AUTEURS

Viviane Leaune
Institut national de santé publique du Québec

Alix Adrien
Institut national de santé publique du Québec

Clément Dassa
ODDAS STAT inc. (Optimisation de devis, de données et d'analyses statistiques)

REMERCIEMENTS

Richard Cloutier pour la révision du rapport et l'évaluation des nouveaux énoncés;

Chris Archiblad, Danielle Auger, Joe Cox, Bruno Turmel, Ted Myers, Terry Tannenbaum, Frédéric Doutrelepont, pour l'évaluation de la pertinence et de la formulation des nouveaux énoncés.

Étude financée par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2003-064

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2003
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-41870-0

© Institut national de santé publique du Québec (2003)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	III
LISTE DES GRAPHIQUES.....	III
1 INTRODUCTION.....	1
2 MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 MÉTHODOLOGIE DU SONDAGE.....	3
2.2 ANALYSES STATISTIQUES.....	4
3 RÉSULTATS.....	7
3.1 STRUCTURE DE L'ÉCHELLE EN 1996 ET DÉFINITION DES FACTEURS.....	7
3.2 ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE L'ÉCHELLE ENTRE 1996 ET 2002.....	7
3.3 ÉVOLUTION DES ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DE L'HOMOPHOBIE ENTRE 1996 ET 2002.....	11
3.3.1 Évolution des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH.....	11
3.3.2 Évolution selon le facteur.....	12
3.3.3 Attitudes envers l'homosexualité masculine : échelle d'homophobie.....	14
3.4 SITUATION EN 2002.....	16
3.4.1 Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH.....	16
3.4.2 Échelle d'homophobie.....	17
3.5 NOUVEAUX THÈMES : ENQUÊTE 2002.....	18
3.5.1 « Droit » de divulguer le statut séropositif d'une personne.....	18
3.5.2 Femme vivant avec le VIH et grossesse.....	19
3.5.3 Immigration et infection au VIH.....	20
3.5.4 Sida : problème de santé publique et maladie guérissable.....	22
4 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	29
ANNEXE 1.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Résultats administratifs de la collecte des données, enquête 2002	4
Tableau 2 :	Échelle d'attitudes des francophones (16 items) – Échantillon 2002 (N=900)	9
Tableau 3 :	Échelle d'attitudes des anglophones (16 items) – Échantillon 2002 (N=400)	10
Tableau 4 :	Score moyen sur l'échelle d'attitudes envers les PVVIH, selon l'année d'enquête	12
Tableau 5 :	Score moyen, selon certaines caractéristiques individuelles, par année d'enquête, Libéralisme (facteur 4).....	13
Tableau 6 :	Score moyen, selon certaines caractéristiques individuelles, par année d'enquête, Soutien social (facteur 5).....	14
Tableau 7 :	Score moyen sur l'échelle d'homophobie, selon certaines caractéristiques individuelles, par année d'enquête	15
Tableau 8 :	Score moyen, « Droit » de divulguer le statut séropositif, enquête 2002	19
Tableau 9 :	Score moyen, droit grossesse pour les femmes vivant avec le VIH1, enquête 2002	20
Tableau 10 :	VIH et immigration, enquête 2002.....	21
Tableau 11 :	Sida, problème de santé publique et maladie guérissable, enquête 2002	22

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Score total sur l'échelle d'attitudes	16
Graphique 2 :	Score moyen échelle d'homophobie, enquête 2002.....	18

1 INTRODUCTION

La campagne mondiale contre le sida 2002-2003 a été axée sur la stigmatisation, la discrimination et les droits de la personne humaine (ONUSIDA, 2002). L'objectif de cette campagne *était de prévenir, de réduire et enfin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/sida*. Selon l'ONUSIDA, *la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au sida, constituent les plus importants obstacles à la prévention des nouvelles infections, à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats et à l'atténuation de l'impact*.

La stigmatisation et la discrimination, en plus d'avoir des conséquences psychologiques importantes sur les personnes vivant avec le VIH, minent les efforts de prévention du fait de la crainte des individus de connaître s'ils sont infectés par peur de la réaction des autres. Plusieurs études confirment l'effet négatif de la stigmatisation et de l'absence d'un milieu de soutien sur les stratégies de prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement (ITS) (Brown & al., 2002; Klein & a., 2002; Parker & al., 2003). Ces études soulignent l'importance de tenir compte de la dimension reliée à la stigmatisation dans l'élaboration de programme de prévention. La stigmatisation peut, par exemple, être un obstacle dans le cadre de l'accessibilité au dépistage du VIH ou des ITS (Fortenberry & al., 2002) ou au traitement des ITS (Lichtenstein B & al., 2003). Une étude récente réalisée aux États-unis (ACLU AIDS Project, 2003) auprès d'organismes de soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) montre que la discrimination envers ces personnes constitue un obstacle important à l'accès au traitement et au recours au test de dépistage. Au Canada et au Québec, la période caractérisée par une « panique » reliée à l'émergence de l'épidémie du sida est maintenant passée, toutefois la discrimination est encore présente bien que sa forme se soit modifiée (Réseau Juridique canadien VIH/sida, 1999). Par exemple, l'épidémie progresse dans diverses populations qui sont déjà marginalisées dans la population québécoise, les utilisateurs de drogue par injection, les détenus, les autochtones, les jeunes gais et les femmes. Ces populations rencontrent déjà d'autres formes de discrimination et sont souvent plus démunies en termes de ressources et de soutien. Selon le Réseau Juridique canadien VIH/sida (1999), la discrimination est devenue plus « subtile ». Ainsi, la crainte d'être identifié en milieu de travail peut amener des PVVIH à ne pas prendre leurs médicaments pour le VIH.

Un milieu social solidaire et tolérant contribue à améliorer la santé des personnes affectées par une maladie ou plus vulnérables à celle-ci : d'une part ce soutien leur permet de mieux accepter les interventions qui les concernent et d'autre part, il leur facilite le recours aux différents services sociaux et de santé. Les messages de la campagne *Solidarité* (messages télévisés et affichage) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1998) visaient à développer la tolérance de la population envers ces groupes. Une continuité dans les messages sur la tolérance dans les prochaines campagnes contribuera certainement à atteindre l'objectif visé qui est de créer, pour les personnes vivant avec le VIH, un environnement aidant et facilitant plutôt que stigmatisant.

La stigmatisation associée au VIH/sida se fonde sur des opinions négatives déjà présentes dans les sociétés et les accentue. Par exemple, il n'est pas rare d'entendre dire que les PVVIH ont mérité ce qui leur arrive, leur infection étant associée à des comportements désapprouvés (liés à la sexualité ou encore à des activités illégales). Par exemple, les comportements homosexuels restent pour plusieurs des conduites sociales inacceptables. Pour les femmes infectées par le VIH, elles peuvent être jugées comme étant de mœurs légères. D'autre part, l'épidémie du sida a engendré des attitudes de crainte et de peur de l'infection dans la population générale, souvent alimentées par les médias. Ces opinions et attitudes nourrissent la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH. Une première étude réalisée en 1996 au Québec et financée par le Centre québécois de coordination sur le sida du ministère de la Santé et des Services sociaux, visait à mesurer ces opinions et attitudes envers les PVVIH dans la population générale, auprès d'un échantillon de 3501 personnes (Adrien & al., 2000). Cette étude a également permis d'obtenir des informations sur les comportements sexuels et de protection reliés au VIH/sida des québécois et d'identifier des sous-groupes plus à risque au sein de cette population. L'étude a permis de valider une échelle mesurant les attitudes envers les PVVIH et une échelle mesurant les attitudes envers l'homosexualité masculine (Leaune, 1998).

Le sondage réalisé au printemps 2002 avait pour objectif de mesurer les changements qui auraient pu survenir depuis 1996 en regard des attitudes envers les PVVIH et de l'homosexualité masculine, en utilisant les échelles validées en 1996. De nouveaux énoncés ont été ajoutés pour prendre en considération l'émergence de nouvelles attitudes en regard de l'évolution de l'épidémie ou de nouvelles mesures pour contrôler l'épidémie.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 MÉTHODOLOGIE DU SONDAGE

L'étude a été réalisée au moyen d'un sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif de 1 300 Québécois de toutes les régions du Québec, âgés de 15 à 64 ans et pouvant s'exprimer en français ou en anglais. La collecte des données a été entièrement effectuée à partir du central téléphonique de l'institut de sondage du 4 au 16 juin 2002. Les numéros de téléphone composant l'échantillon ont été aléatoirement sélectionnés et prélevés à l'aide du logiciel "Échantillonneur Canada".

Les entrevues téléphoniques d'une durée moyenne de 12 minutes ont été réalisées par des interviewers formés par l'équipe de recherche. La formation portait sur la compréhension des énoncés et sur les réponses adéquates à donner aux personnes interviewées si celles-ci exprimées des réticences ou une mauvaise compréhension. La formation a été complétée juste avant le début des opérations de cueillette afin d'assurer l'uniformité des instructions données.

L'échantillon est de type stratifié, proportionnel a priori à la répartition de la population des régions administratives du Québec. Toutefois, de manière à accroître la fiabilité statistique des résultats portant sur la population anglophone, la taille de cette portion de l'échantillon a été suréchantillonnée; ainsi, la taille échantillonnale des francophones et des anglophones a été fixée par voie de quota non proportionnel (francophones : 900; non-francophones : 400).¹

Le répondant a été aléatoirement sélectionné, au sein du ménage, selon la méthode de la prochaine personne à fêter son anniversaire de naissance. Jusqu'à 10 appels ont été effectués pour rejoindre une unité échantillonnale. Le taux de réponse obtenu se situe à 72,7 %. Le tableau 1 présente de façon détaillée les résultats administratifs de la collecte des données.

Les résultats obtenus sont statistiquement fiables et peuvent être généralisés à l'ensemble de la population à l'étude. Calculée en tenant compte de l'effet de plan occasionné par les quotas, la marge d'erreur échantillonnale maximale s'appliquant aux résultats portant sur les

1 300 personnes sondées s'établit à $\pm 2,8$ % dans un intervalle de confiance de 95 %. Cette marge d'erreur se situe à $\pm 3,3$ % en ce qui concerne les résultats portant sur la portion de l'échantillon composée des francophones ($n = 900$) et à $\pm 4,9$ % pour ce qui est des résultats portant sur la portion de l'échantillon composée des non-francophones ($n = 400$).

¹ Notons que la langue du répondant était déterminée à partir de la langue la plus souvent parlée à la maison.

Tableau 1 : Résultats administratifs de la collecte des données, enquête 2002

Échantillon de base (numéros utilisés)	3 714
Numéros non valides :	512
1) Pas de service	359
2) Non résidentiel	87
3) Fax/Modem/Cellulaire/Pagette	66
Numéros non admissibles (B) :	1 027
1) Non admissible en raison de l'âge (aucune personne de 15 à 64 ans dans le ménage)	205
2) Non qualifié pour cause de maladie, problème auditif...	23
3) Langue étrangère	34
4) Quota atteint (échantillon des franco-phones)	765
Échantillon effectif :	2175
Entrevues non complétées (C) :	875
1) Refus de la personne sélectionnée	368
2) Refus du parent	13
3) Ligne occupée	21
4) Pas de réponse	164
5) Répondeur	205
6) Incomplet	16
7) Rendez-vous	88
Entrevues complétées (A)	1300
Taux de réponse	72,7 %¹

¹ Calculé selon la méthode de Wiseman et Billington $A / (A + (A / A + B) \times C)$

2.2 ANALYSES STATISTIQUES

Les principales analyses statistiques avaient pour but :

- 1) De vérifier les qualités métrologiques de l'échelle mesurant les attitudes envers les PVIH validée en 1996 et celle sur l'homophobie (échelle validée par Herek , 1995 et 1996) à partir des données de l'enquête 2002. Il s'agissait de :
 - vérifier la stabilité de la structure de l'échelle mesurant les attitudes envers les PVIH (16 items) validée en 1996 par rapport aux données de l'enquête de 2002;
 - établir les qualités métrologiques de la version 2002 de l'échelle validée en 1996 et décrire les caractéristiques de ses scores factoriels;
 - décrire et tester (test univarié, hypothèse d'une corrélation nulle) les corrélations entre les nouveaux scores factoriels de l'échelle sur les attitudes envers les PVIH et celle sur l'homophobie pour l'ensemble de la population et pour les francophones et les anglophones séparément.

- 2) De mesurer les changements dans les scores factoriels entre 1996 et 2002 et examiner les différences dans les scores factoriels selon certaines caractéristiques individuelles. Il s'agissait de comparer les scores factoriels de l'échelle des attitudes envers les PVVIH et celle sur l'homophobie pour les catégories de répondants suivants : sexe, région, âge, lieu de naissance, état civil, le fait de connaître une personne vivant avec le VIH et le niveau d'homophobie à l'aide d'analyses de variances univariées.

3 RÉSULTATS

3.1 STRUCTURE DE L'ÉCHELLE EN 1996 ET DÉFINITION DES FACTEURS

La structure en 1996 comportait quatre facteurs : *peur, préjugés, libéralisme et soutien social*.

Les facteurs ont été définis de la façon suivante :

- Le premier facteur nommé² *peur-crainte d'être infecté* tend à traduire la peur de toute proximité avec une personne qui vit avec le VIH. Un score élevé à ce facteur indique l'absence ou une très faible crainte d'être infecté.
- Le deuxième facteur nommé *préjugés négatifs*, regroupe des items qui reflètent des sentiments négatifs envers les groupes désignés à risque. Un score élevé à ce facteur indique l'absence ou un faible niveau de préjugés envers ces groupes.
- Le troisième facteur nommé *libéralisme* ou *rigidité des valeurs touchant à la sexualité*, regroupe des items portant sur le respect ou l'absence (déclin) de normes plus strictes (rigides) en matière de sexualité. Un score élevé rend compte d'attitudes moins rigides et donc plus tolérantes.
- Finalement, le quatrième facteur nommé *soutien social*, regroupe des items qui portent sur la qualité du soutien social aux personnes vivant avec le VIH. Un score élevé à ce facteur indique un soutien à l'intégration des personnes vivant avec le VIH aux différentes activités sociales et professionnelles.

Deux de ces facteurs, *libéralisme* et *soutien social*, étaient identiques chez les francophones et les anglophones, les deux autres facteurs présentaient des différences. Pour les francophones, le facteur *peur* comportait deux regroupements d'items conceptuellement distincts : la *peur - crainte d'être infecté* (items 6, 16 et 51) et le *contact personnel* (items 15, 33, 41) alors que le facteur *préjugés* portait exclusivement sur la perception des groupes à risque (items 35, 37, 39). Pour les anglophones, les items définissant la *peur - crainte d'être infecté* constituaient un seul facteur alors que les 6 items du *contact personnel* et des *préjugés* définissaient un seul facteur (Leaune, 1998).

3.2 ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE L'ÉCHELLE ENTRE 1996 ET 2002

En 2002, la différence entre les francophones et les anglophones disparaît. La structure de l'échelle en 2002 présente cinq facteurs au lieu de quatre en 1996. En effet, les items qui constituent les deux premiers facteurs (F1 et F2) étaient regroupés en 1996 dans un seul facteur, *peur-crainte d'être infecté* (pour les francophones; Leaune, 1998).

² Les auteurs du rapport sont responsables de l'interprétation (la définition) à donner au regroupement des items qui constitue chacun des facteurs.

En 2002, les facteurs sont définis selon la nomenclature suivante (voir tableaux 2 et 3) :

- F1 Peur – crainte d’être infecté
- F2 Contact personnel
- F3 Préjugés – perceptions des groupes à risques
- F4 Libéralisme
- F5 Soutien social

La structure de l’échelle d’attitude (16 items) établie en 1996 s’est donc maintenue en 2002; les regroupements conceptuels à l’intérieur des facteurs *peur* et *préjugés* de 1996 sont maintenus et constituent de véritables facteurs en 2002.

Les légères différences structurales entre francophones et les anglophones observées en 1996, ont disparu en 2002; l’échelle de 16 items a la même structure pour les deux groupes. Les Tableaux 2 et 3 décrivent les solutions factorielles des francophones et des anglophones de l’enquête de 2002. Les deux groupes ont exactement la même structure de cinq facteurs faiblement à modérément corrélés (de 0,23 à 0,60 pour les francophones et de 0,29 à 0,55 pour les anglophones).

Les qualités métrologiques (validité factorielle et fidélité) de l’échelle d’attitude (16 items) se sont améliorées de 1996 à 2002. Les cinq facteurs expliquent 46,4 % de la variance totale chez les francophones (pour un maximum possible pour cinq composantes de 62,4 %) et 50,2 % chez les anglophones (pour un maximum possible pour cinq composantes de 64,9 %). Les coefficients de fidélité (alpha de Cronbach) de l’ensemble de l’échelle indiquent une fidélité élevée (0,85 pour les francophones et 0,87 pour les anglophones). Compte tenu du nombre relativement faible d’items par facteurs (3 ou 4 items par facteur), les coefficients de fidélités des facteurs sont relativement élevés (de 0,64 à 0,78 pour les francophones et de 0,71 à 0,79 pour les anglophones).

Les structures factorielles des francophones et des anglophones de 2002 s’avèrent comparables à celles de 1996. La nouvelle structure à cinq facteurs peut être considérée comme une clarification des structures de 1996; elle est constituée soit de facteurs identiques à ceux de 1996 soit de facteurs qui confirment les subdivisions des trois regroupements définis à partir des facteurs *peur* et *préjugés* de 1996. La nouvelle structure est optimale pour évaluer les changements d’attitude survenus depuis 1996.

Tableau 2 : Échelle d'attitudes des francophones (16 items) – Échantillon 2002 (N=900)

Numéros des items*	FACTEURS (Corrélations de Pearson, 16 items, méthode ML, rotation OBLIMIN)	Saturations (coefficients Bêta > 0,3)					Communautes	Nombre d'items	Alpha de Cronbach		
		F1	F2	F3	F4	F5					
F1 : PEUR - CRAINTES D'ÊTRE INFECTÉ											
1-16	(+) Être près d'une personne qui a le sida ne me dérangerait pas.	0,844					0,678	3	0,748		
2-6	(+) Je ne serais pas inquiet pour ma santé si un collègue de travail avait le sida.	0,743				0,647					
3-51	(+) Ça ne me dérangerait pas qu'il y ait une maison d'hébergement pour personnes sidéennes sur ma rue.	0,394				0,283					
F2 : CONTACT PERSONNEL											
4-41	(-) Je ne pourrais pas être l'ami d'une personne qui a le sida.		0,578				0,505	3	0,781		
5-33	(-) Je limiterais mes contacts avec une personne que je sais infectée par le sida.		0,831				0,677				
6-15	(-) Je ne prendrais pas dans mes bras une personne qui a le sida.		0,518				0,540				
F3 : PRÉJUGÉS - PERCEPTIONS DES GROUPES À RISQUES											
7-35	(-) Les personnes qui consomment des drogues injectables méritent d'attraper le sida.			0,477			0,260	3	0,678		
8-39	(-) Mon soutien à une personne infectée par le virus, dépend de la façon dont elle a été infectée.			0,670			0,477				
9-37	(-) Les personnes qui sont infectées lors de relations homosexuelles me déçoûtent.			0,571			0,568				
F4 : LIBÉRALISME											
10-30	(-) Pour lutter contre le sida il est nécessaire que les jeunes n'aient pas de relation sexuelles.				0,350		0,355	4	0,693		
11-14	(-) Renforcer les valeurs traditionnelles en matière de sexualité aidera à lutter contre le sida.				0,482		0,258				
12-31	(-) L'apparition du sida est liée au fait que les personnes ont plus de liberté sexuelle.				0,697		0,462				
13-50	(-) La propagation du sida est liée au déclin des valeurs morales.				0,737		0,560				
F5 : SOUTIEN SOCIAL											
14-34	(+) Les personnes qui sont infectées par le virus du sida devraient être autorisées à servir le public par exemple comme serveur, cuisinier, coiffeur.					0,567	0,362	3	0,640		
15-17	(+) Les enfants infectés par le virus du sida devraient pouvoir fréquenter la garderie.					0,699	0,543				
16-5	(+) On devrait autoriser les médecins qui ont le sida à continuer à s'occuper de leurs patients.					0,457	0,251				
ÉCHELLE DE 16 ITEMS :								16	0,850		
VARIANCE EXPLIQUÉE PAR L'ENSEMBLE DES FACTEURS :		Corrélations entre les facteurs**									
			F1	F2	F3	F4					F5
		F1	-								
		F2	0,601	-							
		F3	0,408	0,529	-						
		F4	0,313	0,373	0,493	-					
F5	0,557	0,480	0,299	0,234	-						

* Numéros du sondage de 2002 (QA...R2) en premier, suivis des numéros du sondage de 1996 (Q3P...R2); par exemple, 1-16 signifie : QA1R2 – Q3P16R2.

** Corrélations entre les facteurs selon la méthode OBLIMIN.

Tableau 3 : Échelle d'attitudes des anglophones (16 items) – Échantillon 2002 (N=400)

Numéros des items*	FACTEURS (Corrélations de Pearson, 16 items, méthode PAF, rotation OBLIMIN)	Saturations (coefficients Béta > 0,3)					Communautés	Nombre d'items	Alpha de Cronbach
		F1	F2	F3	F4	F5			
1-16 2-6 3-51	F1 : PEUR - CRAINTES D'ÊTRE INFECTÉ (+) Being around a person with AIDS does not bother me. (+) I would not be worried for my health if a co-worker had AIDS. (+) It would not bother me if there was a rooming house for people with AIDS on my street.	0,490 0,789 0,333					0,471 0,669 0,322	3	0,710
4-41 5-33 6-15	F2 : CONTACT PERSONNEL (-) I could not be a friend of someone who has AIDS. (-) I would limit my contacts with a person who I know is infected with AIDS. (-) I would not hug someone with AIDS.		0,807 0,551 0,742				0,596 0,479 0,681	3	0,791
7-35 8-39 9-37	F3 : PRÉJUGÉS - PERCEPTIONS DES GROUPES À RISQUES (-) People who are drug users deserve to get AIDS. (-) My support of a person living with AIDS depends on how the person was infected. (-) I am disgusted by persons who were infected during homosexual relations.			0,619 0,683 0,612			0,392 0,487 0,604	3	0,723
10-30 11-14 12-31 13-50	F4 : LIBÉRALISME (-) To fight AIDS it is necessary that young people do not have sex. (-) Reinforcement of traditional sexual values will help to control AIDS. (-) The appearance of AIDS is linked to the fact that people have more sexual freedom. (-) The spread of AIDS is linked to the decline of moral values.				0,406 0,686 0,699 0,803		0,183 0,483 0,522 0,696	4	0,761
14-34 15-17 16-5	F5 : SOUTIEN SOCIAL (+) Persons who have AIDS should have the right to work serving the public, as waiters-waitresses, cooks, hairdressers, etc. (+) Children who are infected with the AIDS virus should be able to go to daycare. (+) Doctors with AIDS should be allowed to go on working with their patients.					0,572 0,824 0,473	0,441 0,630 0,377	3	0,714
ÉCHELLE DE 16 ITEMS :								16	0,865
VARIANCE EXPLIQUÉE PAR L'ENSEMBLE DES FACTEURS :		Corrélations entre les facteurs**							
		F1	-						
		F2	0,531	-					
		F3	0,385	0,514	-				
		F4	0,343	0,462	0,433	-			
		F5	0,547	0,403	0,334	0,288			
3) Analyse factorielle : 50,2 %									
4) Analyse en composantes principales : 64,9 %									

* Numéros du sondage de 2002 (QA...R2) en premier, suivis des numéros du sondage de 1996 (Q3P...R2); par exemple, 1-16 signifie : QA1R2 – Q3P16R2.

** Corrélations entre les facteurs selon la méthode OBLIMIN.

3.3 ÉVOLUTION DES ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DE L'HOMOPHOBIE ENTRE 1996 ET 2002

FAITS SAILLANTS

- **ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH :**

- **Ensemble des répondants :**

Dans son ensemble, la population continue à avoir des attitudes positives envers les personnes vivant avec le VIH. On observe peu ou pas de changement depuis 1996 pour le score total (échelle de 16 items).

On observe de légers changements pour les facteurs « Soutien social » et « Libéralisme » :

- Évolution négative entre 1996 et 2002 : le soutien social (F5) diminue légèrement entre 1996 (2,85) et 2002 (2,82)
- Évolution positive entre 1996 et 2002 : le libéralisme concernant la liberté sexuelle (F4) augmente légèrement (de 2,51 à 2,64)

- **Selon certaines caractéristiques :**

- **Personnes nées hors Canada :** les personnes nées hors Canada continuent à avoir des attitudes moins positives envers les PVVIH que les personnes nées au Canada ; aucune progression positive n'est observée par ce sous-groupe entre les deux enquêtes.
- **Régions hors Montréal :** on observe une légère évolution positive des attitudes envers les PPVIH parmi les répondants des régions hors de Montréal.

- **HOMOPHOBIE :**

- Pour l'ensemble de la population, le score moyen sur l'échelle d'homophobie n'a pas changé entre les deux enquêtes, la population générale continue à présenter des attitudes positives envers l'homosexualité masculine.
- On observe une légère évolution positive dans la région de Montréal et parmi la population francophone.

3.3.1 Évolution des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH

Pour l'ensemble des répondants, les caractéristiques mesurées par le score total (échelle d'origine des 16 items), indiquent pas ou peu de changement depuis 1996.

On note une progression positive entre les deux années dans les régions hors de Montréal (tableau 4). Inversement, le score chez les personnes nées hors Canada continue à être inférieur à celui observé parmi les personnes nées au Canada et ne connaît aucune progression entre les deux années.

Tableau 4 : Score moyen sur l'échelle d'attitudes envers les PVVIH, selon l'année d'enquête

	Année de sondage	N	Score moyen	IC 95 %	Écart-type	Conclusion	
Total ¹	1996	3008	3,04	3,03 – 3,06	0,477	1996 = 2002	
	2002	1177	3,06	3,03 – 3,09	0,539		
Régions	Montréal ¹	1996	1324	3,11	3,06 – 3,13	0,469	1996 = 2002
		2002	400	3,04	2,99 – 3,10	0,575	
	Hors Montréal ²	1996	1684	3,00	2,97 – 3,02	0,477	1996 < 2002
		2002	777	3,07	3,04 – 3,11	0,520	
Pays de naissance	Canada ¹	1996	2837	3,05	3,04 – 3,07	0,4703	1996 < 2002
		2002	981	3,11	3,08 – 3,14	0,5087	
	Autre ³	1996	171	2,90	2,82 – 2,99	0,5547	1996 = 2002
		2002	124	2,83	2,71 – 2,94	0,6465	

¹ Aucune évolution du score

² Évolution positive du score

³ Évolution négative du score

3.3.2 Évolution selon le facteur

Du fait du changement de structure de l'échelle entre 1996 et 2002, nous présentons l'évolution du score pour seulement deux des cinq facteurs : le libéralisme et le soutien social.

- *Libéralisme (F4)*

Le libéralisme concernant la liberté sexuelle a légèrement augmenté (évolution positive) depuis 1996. Cependant on n'observe pas de changement parmi les anglophones, dans la région de Montréal et parmi les personnes nées hors Canada (tableau 5).

Tableau 5 : Score moyen, selon certaines caractéristiques individuelles, par année d'enquête, Libéralisme (facteur 4)

	Année de sondage	N	Score moyen	IC 95 %	Écart-type	Conclusion	
Total ¹	1996	3231	2,51	2,49 – 2,54	0,695	1996 < 2002	
	2002	1250	2,64	2,60 – 2,69	0,763		
Langue	Francophones ²	1996	2889	2,52	2,50 – 2,55	0,681	1996 < 2002
		2002	866	2,70	2,65 – 2,74	0,710	
	Anglophones ¹	1996	342	2,42	2,33 – 2,50	0,800	1996 = 2002
		2002	384	2,53	2,45 – 2,62	0,839	
Pays	Canada ²	1996	3037	2,52	2,49 – 2,54	0,689	1996 < 2002
		2002	1034	2,69	2,65 – 2,74	0,730	
	Autres ¹	1996	193	2,43	2,32 – 2,54	0,793	1996 = 2002
		2002	136	2,41	2,27 – 2,57	0,894	
Région	Montréal ¹	1996	1430	2,59	2,55 – 2,63	0,714	1996 = 2002
		2002	421	2,58	2,63 – 2,73	0,821	
	Autres régions ²	1996	1801	2,45	2,42 – 2,48	0,674	1996 < 2002
		2002	829	2,68	2,50 – 2,66	0,730	
Scolarité	< 14 ans ²	1996	1877	2,39	2,36 – 2,42	0,663	1996 < 2002
		2002	537	2,51	2,45 – 2,58	0,757	
	14 ans et plus ¹	1996	1344	2,69	2,66 – 2,73	0,698	1996 = 2002
		2002	714	2,74	2,69 – 2,80	0,752	

¹ Aucune évolution du score² Évolution positive du score

- *Soutien social (F5)*

Le soutien social a légèrement diminué depuis 1996 (évolution négative) dans la population générale. Cette évolution négative n'est pas observée chez les hommes, parmi la population anglophone et dans les régions hors de Montréal (tableau 6). Parmi les autres sous-groupes, le score moyen obtenu à ce facteur n'évolue pas entre les deux enquêtes. On ne note dans aucun sous-groupe une évolution positive de ce facteur.

Tableau 6 : Score moyen, selon certaines caractéristiques individuelles, par année d'enquête, Soutien social (facteur 5)

	Année de sondage	N	Score moyen	IC 95 %	Écart-type	Conclusion
Total ³	1996	3368	2,88		0,741	1996 > 2002
	2002	1249	2,82		0,774	
Sexe	Hommes ¹	1996	2,83	2,79 – 2,87	0,737	1996 = 2002
		2002	543	2,79	2,72 – 2,86	
	Femmes ³	1996	2,91	2,88 – 2,95	0,742	1996 > 2002
		2002	796	2,84	2,77 – 2,87	
Langue	Francophones ³	1996	2,88	2,86 – 2,91	0,735	1996 > 2002
		2002	858	2,81	2,76 – 2,85	
	Anglophones ¹	1996	2,84	2,76 – 2,92	0,790	1996 = 2002
		2002	391	2,84	2,76 – 2,92	
Région	Montréal ³	1996	2,90	2,87 – 2,94	0,734	1996 > 2002
		2002	424	2,80	2,72 – 2,86	
	Autres régions ¹	1996	2,86	2,83 – 2,89	0,747	1996 = 2002
		2002	825	2,83	2,77 – 2,88	

¹ Aucune évolution du score² Évolution positive du score³ Évolution négative du score

3.3.3 Attitudes envers l'homosexualité masculine : échelle d'homophobie

L'homophobie est définie par des attitudes négatives envers l'homosexualité masculine.

À l'inverse de l'échelle mesurant les attitudes envers les PVVIH, un score plus élevé sur l'échelle d'homophobie indique des attitudes plus homophobes (plus négatives).

Le score moyen n'a pas changé entre l'enquête de 1996 et celle de 2002 (tableau 7). On note une faible évolution négative (légère hausse) parmi la population de la région de Montréal alors qu'inversement on observe une évolution positive (légère baisse) parmi la population francophone et les personnes nées au Canada.

Tableau 7 : Score moyen sur l'échelle d'homophobie, selon certaines caractéristiques individuelles, par année d'enquête

	Année de sondage	N	Score moyen	IC 95 %	Écart-type	Conclusion
Total ¹	1996	3202	2,26	2,18 – 2,34	0,991	1996 = 2002
	2002	1254	2,20	2,08 – 2,32	1,038	
Langue	Francophones ²	1996	2,26	2,22 – 2,29	0,966	1996 > 2002
		2002	873	2,13	2,07 – 2,19	
	Anglophones ¹	1996	2,29	2,16 – 2,41	1,181	1996 = 2002
		2002	381	2,35	2,22 – 2,47	
Région	Montréal ²	1996	2,19	2,14 – 2,25	1,020	1996 < 2002
		2002	419	2,35	2,24 – 2,47	
	Autres régions	1996	2,32	2,27 – 2,36	0,964	1996 = 2002
		2002	835	2,12	2,06 – 2,18	
Pays de naissance	Canada ²	1996	2,23	2,20 – 2,27	0,970	1996 > 2002
		2002	1043	2,06	2,01 – 2,11	
	Autres pays ¹	1996	2,68	2,53 – 2,85	1,186	1996 = 2002
		2002	134	2,86	2,65 – 2,87	

¹ Aucune évolution du score² Évolution positive du score

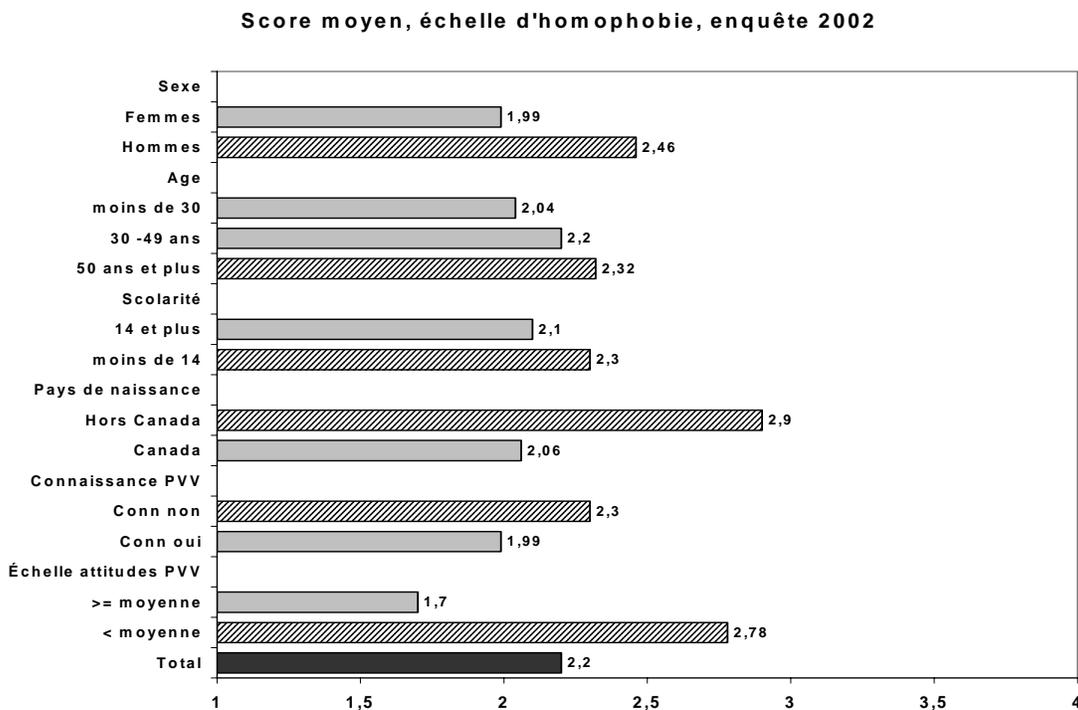
3.4 SITUATION EN 2002

3.4.1 Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH

- *Score total sur l'échelle d'attitudes*

Le graphique 1 montre que les hommes, les personnes âgées de 50 ans et plus, celles ayant moins de 14 ans de scolarité, celles nées hors Canada et celles qui ont des attitudes plus homophobes présentent des attitudes moins positives envers les personnes vivant avec le VIH.

Graphique 1



- *Score selon le facteur*

Peur – Craintes d'être infecté (F1)

La crainte d'être infecté est plus élevée (score moyen significativement plus faible) parmi les personnes plus âgées, celles nées hors Canada, celles qui ne connaissent pas de PVVIH et celles présentant des attitudes plus négatives envers l'homosexualité masculine (tableau 1 en Annexe).

Contact personnel (F2)

La peur du contact personnel est plus élevée (score moyen significativement plus faible) chez les hommes, les personnes plus âgées, celles ayant moins de 14 ans de scolarité, celles nées hors Canada, celles qui ne connaissent pas de PVVIH et celles présentant des attitudes plus négatives envers l'homosexualité masculine (tableau 2 en Annexe).

Préjugés-Perceptions des groupes à risque (F3)

Les préjugés relatifs à la perception des groupes à risque sont plus élevés chez les hommes, les personnes ayant moins de 14 ans de scolarité, celles nées hors Canada, celles qui ne connaissent pas de PVVIH et celles présentant des attitudes plus négatives envers l'homosexualité masculine (tableau 3 en Annexe).

Libéralisme (F4)

Le libéralisme concernant la liberté sexuelle est moins élevé chez les personnes plus âgées, les anglophones, les personnes ayant moins de 14 ans de scolarité, celles nées hors Canada, celles qui ne connaissent pas de PVVIH et celles présentant des attitudes plus négatives envers l'homosexualité masculine (tableau 4 en Annexe).

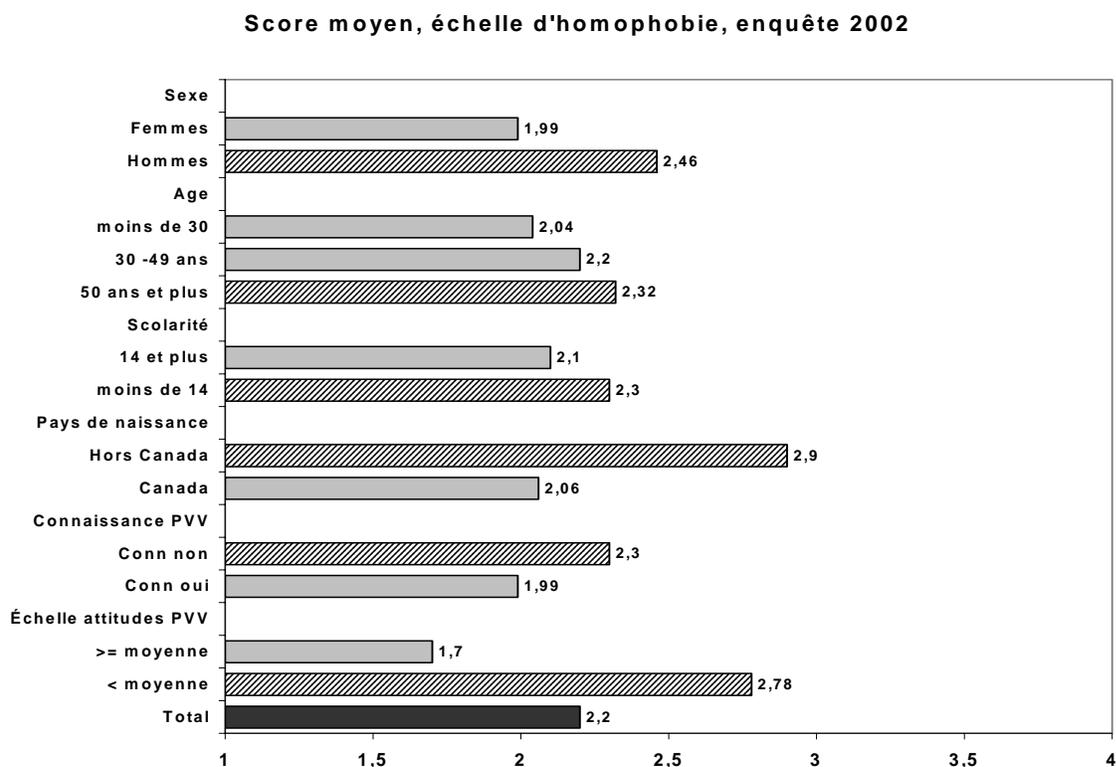
Soutien social (F5)

Le soutien social est moins élevé chez les personnes nées hors Canada et celles présentant des attitudes plus négatives envers l'homosexualité masculine (tableau 5 en Annexe).

3.4.2 Échelle d'homophobie

Le graphique 2 montre que l'homophobie est significativement plus élevée chez les hommes, chez les personnes âgées de 50 ans et plus, chez les personnes nées hors Canada, parmi celles qui ont moins de 14 années de scolarité, parmi celles qui ne connaissent pas de PVVIH et parmi celles dont le score sur l'échelle d'attitudes envers les PVVIH est inférieur au score moyen.

Graphique 2



3.5 NOUVEAUX THÈMES : ENQUÊTE 2002

3.5.1 « Droit » de divulguer le statut séropositif d'une personne

Deux énoncés ont été ajoutés en 2002. Le premier porte sur le droit d'être informé sur la séropositivité du partenaire sans l'autorisation de ce dernier («Si votre partenaire est infecté par le virus du sida vous devriez en être averti même sans permission»). Le deuxième énoncé adresse le droit d'un médecin d'avertir les partenaires d'une personne infectée sans la permission de cette dernière («Un médecin devrait avoir le droit d'avertir les partenaires sexuels d'une personne qui est infectée par le virus du sida si celle-ci refuse de le faire»).

Les réponses aux deux items montrent que la majorité de la population est très en faveur qu'on puisse divulguer le statut séropositif d'une personne à son ou ses partenaires sans son autorisation.

Le score moyen pour le premier énoncé s'élève à 3,69 et à 3,53 pour le deuxième (tableau 8). On note des différences significatives en ce qui concerne le premier énoncé, pour lequel l'accord est plus fort parmi les femmes, les personnes plus âgées et celles qui ont moins de 14 ans de scolarité (tableau 8). Pour le deuxième énoncé on n'observe aucune différence significative.

Tableau 8 : Score moyen, « Droit » de divulguer le statut séropositif, enquête 2002

	N	Score moyen	IC 95 %	Écart type
Si votre partenaire est infecté par le virus du sida vous devriez en être averti même sans permission (plus le score est élevé plus les personnes sont en accord avec cet énoncé)				
Total	1296	3,69	3,65 – 3,72	0,626
Sexe				
Hommes	560	3,61	3,55 – 3,66	0,679
Femmes	736	3,75	3,71 – 3,79	0,575
Âge				
< 30 ans	276	3,63	3,55 – 3,71	0,672
30 - 49 ans	657	3,67	3,62 – 3,71	0,649
50 ans et plus	354	3,78	3,72 – 3,83	0,529
Années de scolarité				
< 14 ans	559	3,75	3,71 – 3,80	0,558
≥ 14 ans	728	3,64	3,59 – 3,69	0,669
Un médecin devrait avoir le droit d'avertir les partenaires sexuels d'une personne qui est infectée par le virus du sida si celle-ci refuse de le faire (plus le score est élevé plus les personnes sont en accord avec cet énoncé)				
Total	1290	3,52	3,48 – 3,56	0,653

3.5.2 Femme vivant avec le VIH et grossesse

Concernant le droit d'enfanter pour les femmes vivant avec le VIH, le score moyen obtenu à l'énoncé portant sur ce droit («Les femmes qui se savent infectées par le virus du sida ont le droit d'avoir des enfants») souligne un très faible accord dans la population générale. Un désaccord plus important est observé parmi les femmes, les personnes plus âgées, celles qui ont moins de 14 ans de scolarité, les personnes nées au Canada, les personnes qui font preuve d'attitudes moins positives envers les PVVIH et celles qui ont des attitudes plus homophobes (tableau 9).

Tableau 9 : Score moyen, droit grossesse pour les femmes vivant avec le VIH1, enquête 2002

	N	Score moyen	IC 95 %	Écart type
Total	1253	2,04	1,99 – 2,10	0,985
Sexe				
Homme	534	2,15	2,06 – 2,23	1,013
Femme	714	1,96	1,89 – 2,03	0,945
Âge				
< 30 ans	270	2,35	2,23 – 2,48	1,045
30 - 49 ans	635	2,04	1,97 – 2,12	0,934
50 ans et plus	339	1,8	1,70 – 1,90	0,929
Années de scolarité				
< 14 ans	551	1,91	1,83 – 1,99	0,988
≥ 14 ans	693	2,15	2,08 – 2,23	0,971
Pays de naissance				
Canada	1033	2,08	2,02 – 2,14	0,978
Hors Canada	217	2,15	1,76 – 2,02	1,003
Score attitudes				
< moyenne	517	1,78	1,70 – 1,86	0,892
≥ moyenne	626	2,31	2,23 – 2,38	0,995
Score homophobie				
< moyenne	559	1,86	1,79 – 1,94	0,950
≥ moyenne	650	2,23	2,15 – 2,30	0,981

¹ Plus le score est élevé plus les personnes sont en accord avec cet énoncé

3.5.3 Immigration et infection au VIH

La population générale est assez fortement favorable au fait que le test de dépistage du VIH soit obligatoire pour immigrer au Canada. Cet accord est plus fort parmi les personnes plus âgées, celles qui ont moins de 14 ans de scolarité, celles ayant des attitudes moins positives envers les PVVIH et celles qui sont plus homophobes (tableau 10).

Lorsqu'il s'agit de la possibilité pour une personne infectée par le VIH de pouvoir immigrer au Canada, les attitudes sont moins tranchées. On observe des attitudes plus positives en regard de cette autorisation parmi les personnes plus jeunes, celles qui ont 14 ans et plus de scolarité, celles qui connaissent une PPVIH, celles qui ont des attitudes plus positives envers les PVVIH et celles qui ont des attitudes plus positives envers l'homosexualité masculine (tableau 10).

Tableau 10 : VIH et immigration, enquête 2002

	N	Score moyen	IC 95 %	Écart type
Les personnes qui veulent immigrer au Canada devraient passer obligatoirement un test de dépistage du virus du sida (plus le score est élevé plus les personnes sont en accord)				
Total	1288	3,18	3,13 – 3,23	0,948
Âge				
< 30 ans	274	2,78	2,66 – 2,91	1,046
30 - 49 ans	654	3,19	3,11 – 3,26	0,943
50 ans et plus	351	3,48	3,4 – 3,55	0,744
Années de scolarité				
< 14 ans	557	3,34	3,27 – 3,42	0,897
≥ 14 ans	722	3,06	2,98 – 3,13	0,968
Score attitudes				
< moyenne	522	3,49	3,43 – 3,56	0,757
≥ moyenne	649	2,89	2,82 – 2,97	1,009
Score homophobie				
< moyenne	568	3,41	3,34 – 3,47	0,813
≥ moyenne	678	2,97	2,90 – 3,05	1,010
Les personnes qui sont infectées par le virus du sida devraient pouvoir immigrer au Canada (plus le score est élevé plus les personnes sont en accord).				
Total	1270	2,4	2,34 – 2,45	0,029
Âge				
< 30 ans	273	2,76	2,64 – 2,89	0,063
30 - 49 ans	644	2,41	2,33 – 2,49	0,039
50 ans et plus	344	2,07	1,97 – 2,17	0,053
Années de scolarité				
< 14 ans	546	2,29	2,20 – 2,38	0,046
≥ 14 ans	715	2,47	2,40 – 2,54	0,037
Connaître une PVVIH				
oui	374	2,55	2,45 – 2,65	0,051
non	896	2,33	2,27 – 2,40	0,034
Score attitudes				
< moyenne	515	2,01	1,93 – 2,09	0,042
≥ moyenne	648	2,75	2,67 – 2,82	0,038
Score homophobie				
< moyenne	559	2,13	2,05 – 2,22	0,042
≥ moyenne	668	2,63	2,55 – 2,71	0,038

3.5.4 Sida : problème de santé publique et maladie guérissable

Deux énoncés ont été ajoutés pour mesurer d'une part, si le sida est encore perçu comme un problème de santé publique important et d'autre part, si avec l'introduction des nouveaux traitements le sida est perçu comme une maladie guérissable.

- *Sida : problème de santé publique*

Il ressort clairement que le sida est encore perçu comme un problème important de santé publique dans la population générale (tableau 11). Les femmes et les personnes qui ont des attitudes positives envers l'homosexualité masculine perçoivent entre plus fortement le sida comme un problème de santé publique.

- *Sida : une maladie guérissable*

Nous étions intéressés à voir si l'introduction des nouveaux traitements avait pu modifier la perception de la population en regard de la dangerosité du sida. Il ressort que le sida n'est pas perçu comme une maladie guérissable dans la population générale (tableau 11). On observe cependant un doute parmi les personnes plus âgées, celles qui ont moins de 14 ans de scolarité et parmi les personnes qui ne connaissent pas de PVVIH.

Tableau 11 : Sida, problème de santé publique et maladie guérissable, enquête 2002

	N	Score moyen	IC 95 %	Écart type
Sida, problème de santé publique important (plus le score est élevé plus les personnes sont en accord)				
Total	1291		3,71 – 3,77	0,015
Sexe				
Hommes	559	3,66	3,61 – 3,71	0,025
Femmes	782	3,8	3,77 – 3,84	0,017
Score homophobie				
< moyenne	679	3,68	3,63 – 3,71	0,025
≥ moyenne	567	3,78	3,74 – 3,82	0,019
On peut guérir du sida (plus le score est élevé plus les personnes sont en accord)				
Total	1243	1,97	1,91 – 2,02	0,027
Âge				
< 30 ans	273	1,79	1,69 – 1,89	0,053
30 - 49 ans	631	1,95	1,88 – 2,02	0,038
50 ans et plus	331	2,14	2,03 – 2,24	0,053
Années de scolarité				
< 14 ans	523	2,14	2,05 – 2,22	0,043
≥ 14 ans	711	1,84	1,77 – 1,90	0,033
Connaître PVVIH				
oui	376	1,85	1,76 – 1,94	0,046
non	867	2,01	1,95 – 2,08	0,033

4 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

• **Surveillance des attitudes envers les PVVIH et l'homosexualité masculine**

Les très bonnes qualités métrologiques de l'échelle d'attitudes envers les PVVIH et celle mesurant les attitudes envers l'homosexualité masculine assurent une très bonne stabilité des deux échelles entre l'enquête de 1996 et celle de 2002. Cette stabilité a donc permis d'examiner l'évolution des attitudes. Nous rappelons que l'échelle d'attitudes envers les PVVIH a fait l'objet d'un processus de validation (Leaune, 1998), alors que l'échelle mesurant l'homophobie a été validée aux Etats-Unis par Herek (1995, 1996).

• **Peu de changement depuis 1996**

Le sondage montre que la population québécoise continue à faire généralement preuve d'attitudes positives envers les PVVIH. On aurait pu s'attendre à une évolution positive des attitudes envers les PVVIH étant donné l'évolution de l'épidémie au cours de la dernière décennie. Cette évolution ne s'est pas produite, le niveau des attitudes positives est resté le même ou a régressé pour certains facteurs (exemple du soutien social). Au cours des dernières années, la question du sida a été beaucoup moins abordée par les médias et les campagnes de sensibilisation auprès de la population générale ont été très limitées. Ceci peut expliquer l'absence d'évolution des attitudes ou même une certaine régression. Le problème de la stigmatisation reliée au sida reste un problème pour les personnes infectées tel que l'observe des études réalisées aux États-Unis (Herek, 2002a; ACLU AIDS Project, 2003). Un sondage récemment réalisé en France auprès de personnes vivant avec le VIH souligne que 64 % d'entre elles disent avoir été victimes de discrimination (Sida Info Service, novembre 2003). Selon ces personnes, cette discrimination se produit au sein de groupes d'amis, de la famille ou dans le milieu de travail et prend la forme du rejet, de l'éloignement ou encore de la méfiance. Au Canada, les organismes de soutien auprès des PVVIH continuent d'observer de la discrimination envers ses personnes et son impact sur les comportements préventifs des personnes plus vulnérables à l'infection (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999).

• **Attitudes moins positives : les sous-groupes de la population à mieux cibler**

Comme lors de l'enquête de 1996, les sous-groupes de la population qui présentent les attitudes les moins positives envers les PVVIH sont : les personnes les moins scolarisées, les personnes plus âgées et les personnes qui ne sont pas nées au Canada. Des résultats semblables ont été obtenus dans une enquête canadienne réalisée en 2003 (EKOS Research, 2003). Pour les personnes nées hors Canada, aucun changement n'a été observé depuis 1996, qu'il s'agisse du score total sur l'échelle d'attitudes ou du score pour chacun des cinq facteurs qui constituent l'échelle. En 2002, ce sous-groupe présente un des plus faibles scores sur l'échelle d'attitudes. Les attitudes plus négatives envers les PVVIH observées parmi les personnes immigrées peuvent s'expliquer par une moins bonne connaissance des risques de transmission se traduisant par une crainte plus élevée, par une

« culture politique » plus répressive et par des croyances morales et religieuses qui s'opposent à des comportements sociaux jugés répréhensibles et amoraux.

- **L'association entre homophobie et attitudes moins positives envers les PVVIH**

Comme en 1996, le sondage réalisé en 2002 souligne à nouveau une association importante entre le score sur l'échelle d'homophobie et celui sur l'échelle d'attitudes envers les PVVIH. Cette association constitue un obstacle important dans le cadre d'interventions auprès de personnes homosexuelles (Ohare & *al.*, 1996).

En 2002, l'attitude des femmes envers l'homosexualité masculine reste significativement plus positive que celle des hommes. Cette différence a été également observée aux États-Unis (Herek, 2002b). Par ailleurs, alors qu'on observe une légère évolution positive parmi la population née au Canada, aucun changement n'est observé pour les personnes nées hors du Canada qui présentent des attitudes plus homophobes. L'homosexualité reste pour plusieurs personnes un comportement social blâmable et amoral. Cette opinion, de nos jours moins présente dans la société québécoise, reste encore très prévalente dans plusieurs sociétés où les comportements homosexuels sont largement condamnés. Il n'est donc pas étonnant que les immigrants originaires de ces sociétés continuent, pour une grande part, à partager les valeurs de leur pays d'origine.

- **Attitudes de protection versus attitudes de compassion**

Femmes séropositives et grossesse :

Il est en partie étonnant d'observer le désaccord très fort exprimé par la population concernant le droit de femmes séropositives à enfanter (opinion exprimée concernant l'énoncé : «Les femmes qui se savent infectées par le virus du sida ont le droit d'avoir des enfants»). On peut supposer que le droit pour les femmes vivant avec le VIH d'enfanter serait mieux reconnu par la population si celle-ci était mieux informée sur l'impact des avancées thérapeutiques sur le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que sur la plus grande espérance de vie pour les mères infectées par le VIH. Cette méconnaissance peut alimenter un stigma ressenti par les femmes vivant avec le VIH et contribuer à exacerber leur isolement social (Ingram & Hutchinson, 1999; Napravnik & *al.*, 2000; O'Hea & *al.*, 2001).

Le « droit » de divulguer le statut de séropositivité :

Deux des nouveaux items de l'échelle de 2002 ont trait au «droit» pour l'individu de connaître le statut séropositif de son partenaire actuel ou ancien sans l'autorisation de celui-ci. La population, dans une large majorité, est favorable à ce «droit». Les actions de prévention devront gérer ce difficile équilibre entre la responsabilité des partenaires à se protéger et le droit de la personne séropositive à une vie sexuelle et à la détermination de ses actions.

Par ailleurs, il faut craindre que ce « droit » entraîne un renforcement de la stigmatisation et de la discrimination sociale d'individus appartenant à des populations vulnérables déjà

socialement marquées. Il faudra en tenir compte également dans les orientations à venir (Parker & Aggleton, 2003).

VIH et immigration au Canada :

Le test de dépistage du VIH est maintenant obligatoire pour immigrer au Canada depuis le 15 janvier 2002 (Citoyenneté et immigration Canada, 2002). Cette décision a été longuement débattue entre les instances gouvernementales et les groupes de soutien aux PVVIH qui ont longtemps exprimé leurs réticences et le non fondé d'une telle mesure (Klein, 2001; Hoffmaster & Schrecker, 2000). Quant à la population celle-ci semble, selon nos résultats, être très en faveur d'un test obligatoire pour immigrer au Canada.

Le fait que la population approuve l'obligation d'un test de dépistage du VIH, n'exclut pas une forme de compassion envers les PVVIH qui souhaiteraient immigrer au Canada. En effet, même si l'accord n'est pas très élevé, la population n'exclut pas la possibilité pour une personne infectée de pouvoir immigrer au Canada. En ce sens, la population semble en partie s'aligner à la politique de Citoyenneté et Immigration Canada qui indique que les personnes avec un résultat positif au test de dépistage du VIH ne peuvent être refusées pour des raisons de menace à la santé publique, mais pourraient l'être en raison d'un « fardeau excessif » au système de santé (Citoyenneté et Immigration Canada, 2002). La population est donc très favorable à l'obligation du test de dépistage du VIH (attitude de protection), mais n'est pas prête à refuser systématiquement l'entrée au Canada à une personne infectée par le VIH (attitude de compassion).

RECOMMANDATIONS

• Poursuivre la surveillance des attitudes envers les PVVIH

On sait que la stigmatisation et l'absence d'un milieu de soutien représentent des obstacles à la prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement. La surveillance des attitudes dans la population générale est un outil important pour tenir compte de la dimension reliée à la stigmatisation dans l'élaboration de programme de prévention.

• Des thèmes à cibler

Stigmatisation et prévention du VIH et autres ITS :

- L'amélioration des attitudes envers les PVVIH reste un objectif important en termes de santé publique et devrait faire l'objet d'interventions auprès de la population générale.
- L'amélioration des attitudes envers les PVVIH doit s'accompagner d'une baisse de l'homophobie.
- Il serait intéressant de se pencher sur les attitudes de la population envers les autres ITS dont l'hépatite C.

Stigmatisation et soutien aux PVVIH :

- Une amélioration du soutien aux PVVIH demande une meilleure information sur le vécu de ces personnes et plus spécifiquement concernant l'impact des nouveaux traitements sur leur vécu (qualité de vie, transmission mère-enfant, etc).

Divulgateion du statut séropositif :

- On doit ouvrir un débat plus important sur le droit de savoir pour une personne que son partenaire ou un ancien partenaire est séropositif.
- On doit mieux comprendre les besoins des personnes infectées et de leurs partenaires et ceux des cliniciens et des intervenants communautaires travaillant auprès des personnes infectées et affectées par le VIH. Ceci est d'autant plus vrai dans le contexte de la nouvelle politique de dépistage du MSSS, laquelle vise à intégrer la notification des partenaires dans le contexte du dépistage anonyme (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001).
- Il y a nécessité d'avoir une approche commune de la façon d'intervenir auprès de personnes séropositives qui, sans dévoiler leur séropositivité, ont des relations sexuelles ou des pratiques d'injection sans prendre des précautions contre la transmission du VIH. Ainsi, il sera important de tenir compte des résultats et recommandations de l'évaluation d'un Comité d'aide aux intervenants aux prises avec de tels cas (Adrien et al, 2003). Ce Comité a été créé en 1996 par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Lorsqu'on a conscience d'une situation où un individu a des comportements qui mettent en danger la vie d'une autre personne, il paraît acceptable de limiter le principe que les personnes séropositives ont le droit d'avoir des rapports sexuels. En effet, bien que la responsabilité de se protéger contre la transmission du VIH incombe à chaque personne, les autorités de santé publique doivent s'assurer pour des raisons éthiques et légales qu'il existe des mécanismes pour réagir de la manière la plus appropriée au cas d'individus qui, sans dire qu'ils sont séropositifs, en exposent d'autres (par des relations sexuelles ou des pratiques d'injection non sécuritaires) au risque de contracter le VIH.
- Les articles pertinents de la nouvelle loi de la santé publique (loi 36) devront être clarifiés (articles 95, 96, par exemple).

- **Des sous-groupes à cibler**

Les communautés immigrantes :

Les résultats concernant l'évolution des attitudes entre 1996 et 2002 montrent que les personnes qui ne sont pas nées au Canada (population immigrante) représentent l'un des sous-groupes de la population où les attitudes envers les PVVIH et l'homosexualité masculine restent les moins positives. Des interventions visant à diminuer la stigmatisation envers les PVVIH et l'homosexualité devraient cibler davantage les communautés immigrantes en prenant soin d'adapter les messages à l'univers culturel et social de ces communautés.

Niveau de scolarité et attitudes :

L'association entre une plus faible scolarité et des attitudes moins positives envers les PVVIH et l'homosexualité doit inciter à développer des messages qui visent à diminuer la stigmatisation dont le contenu soit compris par le plus grand nombre de personnes.

BIBLIOGRAPHIE

Adrien A, Lalonde M, Allard D, Masse R, Roy D (2003). Réponse de santé publique à des personnes qui, bien que se sachant infectées par le VIH, ne prennent pas, voire refusent de prendre les précautions nécessaires pour éviter la transmission, par voie sexuelle ou par voie sanguine, du virus à autrui. (en rédaction).

Adrien A, Leane V, Dassa C, Perron M. (2000). Sexual behaviour, condom use and HIV risk situations in the general population of Quebec. *International Journal of STD and AIDS*; 12 : 108-115.

ACLU AIDS Project (2003). HIV and Civils Rights – A Report from the Frontlines of the HIV/AIDS Epidemic, New York, 10p.

Brown L, Macintyre K, Trujillo L (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma : what have we learned ? *AIDS Education and Prevention*, 15(1) : 46-69.

Citoyenneté et Immigration Canada (2002). *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)*, <http://www.cic.gc.ca/francais/lipr/index.html>

EKOS research (2003), commissioned by HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division, Health Canada.

Fortenberry D, McFarlane M, Bleakley A, Bull S, Fishbein M, Grimley DM, Malotte K, Stroner BP (2002). *Relationship of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening*. *American Journal of Public Health*, 92(3) : 378-81.

Herek GM, Capitanio JP & Widaman KF (2002). HIV-related stigma and Knowledge in the United States : prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3) : 371-77.

Herek GM (2002b). Heterosexuals attitudes toward bisexual men and women in the United-States. *Journal of Sex Research*, 39(4) : 264-74.

Hoffmaster B & Schrecker T (2000). *Une analyse des questions d'éthique entourant l'exclusion automatique des réfugiés et des immigrants séropositifs*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal.

Ingram D & Hutchinson SA (1999). *HIV-positive mothers and stigma*. *Health Care Women International*, 20(1) : 93 -103.

Klein A. (2001). *Immigration et VIH/sida : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal.

Klein SJ, Karchner WD, O'Connell DA (2002). *Interventions to prevent HIV-related stigma and discrimination : findings and recommendations for public health practice*. Journal of Public Management Practice, 8(6) : 44-53.

Leaune V, Adrien A, Dassa C. (1998) *Les Québécois face au sida : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestions des risques*. Direction de la santé publique, Montréal, ISBM : 2-89494-176-5.

Lichtenstein B. Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American deep south: issues of race, gender and poverty. *Social Science & Medicine* (in press).

Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Le dépistage anonyme du VIH : Vus des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales*, Québec.

Napravnik S, Royce R, Walter E, Lim W (2000). *HIV-1 infected women and prenatal care utilization : barriers and facilitators*. AIDS Patient Care STDS, 14(8) : 411-20.

O'Hare T, Williams CL, Ezoviski A (1996). *Fear of AIDS and homophobia : implications for direct practice and advocacy*. Social Work, 41(1) : 51-8.

O'Hea EL, Systma SE, Copeland A, Brantley PJ (2001). The attitudes toward women with HIV/AIDS scale (ATWAS) : development and validation. *AIDS Education and Prevention*, 13(2) : 120-30.

ONUSIDA (2002). Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA, Suisse, 23p.

Parker R & Aggleton P (2003). *HIV & AIDS – related stigma & discrimination : a conceptual framework and implication for action*. Social Science and Medicine, 57(1) : 13-24.

Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne sur le sida (1999). *Le VIH/sida et la discrimination*. Feuilletts d'information (collection de huit feuilletts sur VIH/sida et la discrimination).

Sida Info Service (2003). *Sondage réalisé auprès de personnes vivant avec le VIH ayant recours au service de Sida Info Service*. Paris, France.

ANNEXE 1

Tableau 1 : Facteur 1, Peur-Crainte d'être infecté, score moyen selon certaines caractéristiques individuelles

	N	Score moyen	IC 95 %
Âge			
< 30 ans	274	3,51	3,44 – 3,58
30 – 49 ans	658	3,34	3,30 – 3,39
50 ans et plus	352	3,24	3,16 – 3,32
Pays de naissance			
Canada	1067	3,40	3,43 – 3,67
Autres pays	223	3,13	3,03 – 3,24
Connaissance d'une PVVIH			
Oui	386	3,53	3,47 – 3,58
Non	907	3,28	3,23 – 3,32
Score échelle homophobie			
< moyenne	682	3,57	3,53 – 3,60
≥ moyenne	566	3,11	3,05 – 3,17

Tableau 2 : Facteur 2, Contact personnel, score moyen selon certaines caractéristiques individuelles

	N	Score moyen	IC 95 %
Sexe			
Hommes	556	3,20	3,13 – 3,26
Femmes	726	3,42	3,37 – 3,47
Âge			
< 30 ans	275	3,54	3,46 – 3,62
30 – 49 ans	651	3,33	3,27 – 3,38
50 ans et plus	348	3,14	3,06 – 3,23
Scolarité			
< 14 ans	548	3,25	3,18 – 3,31
≥ 14 ans	726	3,39	3,33 – 3,44
Pays de naissance			
Canada	1066	3,37	3,33 – 3,42
Autres pays	213	3,09	2,97 – 3,21
Connaissance d'une PVVIH			
Oui	386	3,55	3,48 – 3,61
Non	896	3,23	3,17 – 3,28
Score échelle homophobie			
< moyenne	681	3,58	3,53 – 3,63
≥ moyenne	561	3,03	2,96 – 3,10

Tableau 3 : Facteur 3, Préjugés-Perceptions des groupes à risque, score moyen selon certaines caractéristiques individuelles

	N	Score moyen	IC 95 %
Sexe			
Hommes	553	3,08	3,01 – 3,15
Femmes	714	3,39	3,33 – 3,44
Scolarité			
< 14 ans	542	3,11	3,04 – 3,18
≥ 14 ans	716	3,36	3,31 – 3,42
Pays de naissance			
Canada	1066	3,31	3,27 – 3,36
Autres pays	213	2,97	2,84 – 3,09
Connaissance d'une PVVIH			
Oui	378	3,46	3,39 – 3,53
Non	889	3,17	3,11 – 3,22
Score échelle homophobie			
< moyenne	677	3,61	3,57 – 3,65
≥ moyenne	553	2,84	2,77 – 2,91

Tableau 4 : Facteur 4, Libéralisme, score moyen selon certaines caractéristiques individuelles

	N	Score moyen	IC 95 %
Âge			
< 30 ans	270	2,90	2,82 – 2,98
30 – 49 ans	637	2,67	2,61 – 2,72
50 ans et plus	334	2,40	2,32 – 2,49
Scolarité			
< 14	537	2,51	2,45 – 2,58
≥ 14 ans	704	2,75	2,69 – 2,80
Langue			
Francophones	866	2,70	2,65 – 2,74
Anglophones	384	2,53	2,45 – 2,62
Pays de naissance			
Canada	1034	2,69	2,65 – 2,74
Autres pays	213	2,41	2,29 – 2,52
Connaissance d'une PVVIH			
Oui	374	2,76	2,68 – 2,84
Non	876	2,60	2,55 – 2,65
Score échelle homophobie			
< moyenne	680	2,91	2,86 – 2,96
≥ moyenne	551	2,36	2,30 – 2,42

Tableau 5 : Facteur 5, Soutien social, score moyen selon certaines caractéristiques individuelles

	N	Score moyen	IC 95 %
Pays de naissance			
Canada	1032	2,86	2,81 – 2,91
Autres pays	214	2,60	2,50 – 2,71
Score échelle homophobie			
< moyenne	658	3,04	2,99 – 3,09
≥ moyenne	553	2,57	2,51 – 2,63