

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Les infections transmises
sexuellement et par le sang chez les
Québécois d'origine haïtienne :
surveillance biologique et
comportementale – 2^e édition**

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

notre monde

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Les infections transmises
sexuellement et par le sang chez les
Québécois d'origine haïtienne :
surveillance biologique et
comportementale – 2^e édition**

Gabriel Joseph

Alix Adrien

Claude Tremblay

Pascale Leclerc

2010

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 

Une réalisation du secteur Vigie et protection
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Collaboration :

Chercheurs

Alix Adrien, chercheur principal, DSP de l'ASSS de Montréal
Chris Archibald, co-chercheur, Agence de la santé publique du Canada
Jean-François Boivin, co-chercheur, DSP de l'ASSS de Montréal
David Boulos, co-chercheur, Agence de la santé publique du Canada
Joseph Cox, co-chercheur, DSP de l'ASSS de Montréal
Joseph Jean-Gilles co-chercheur, Groupe d'action pour la Prévention de la transmission du VIH et l'Éradication du Sida (GAP-VIES)
Pascale Leclerc, co-chercheuse, DSP de l'ASSS de Montréal

Agent de recherche

Gabriel Joseph
DSP de l'ASSS de Montréal

Saisie des données

Emmanuelle Adrien
DSP de l'ASSS de Montréal

Intervieweuse

Jenny-Ingrid Lebounga Vouma
DSP de l'ASSS de Montréal

Traitement statistique

Claude Tremblay,
DSP de l'ASSS de Montréal

Collaboration à la recherche

Informatique

Marc Vanderbilt, Agence de la santé publique du Canada

Cliniques et CLSC

Clinique médicale Perrier
Clinique médicale Charleroi
CLSC St-Michel du CSSS de Saint-Léonard
et Saint-Michel
Clinique médicale Viau
Clinique Médicale 8260
Clinique Médicale 3000

Organismes communautaires

Maison d'Haïti
Centre NA RIVE
Maison des jeunes l'Ouverture
Rap-Jeunesse
L'Anonyme
Centre Haïtien d'action familiale
Heber-jeune
Bureau de la communauté haïtienne
de Montréal

Les données démographiques sur la population d'origine haïtienne présentées à la page 1 ont été corrigées et actualisées dans la 2^e version.

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-928-3 (2^e édition, 2010, version imprimée)

ISBN 978-2-89494-848-4 (1^e édition, 2010, version imprimée)

ISBN 978-2-89494-929-0 (2^e édition, 2010, version PDF)

ISBN 978-2-89494-849-1 (1^e édition, 2010, version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 5,00 \$

REMERCIEMENTS

L'étude dont nous présentons le rapport n'aurait pu être réalisée sans la contribution de plusieurs personnes et instances. Nous aimerions ainsi remercier :

L'Agence de la santé publique du Canada pour sa contribution financière et logistique;

Tous les répondants qui ont voulu contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois d'origine haïtienne (QOH) en participant à cette étude;

Les responsables des sites dans lesquels notre équipe a travaillé;

L'ensemble des personnes qui ont participé dans la production des outils de collecte;

Les membres du comité consultatif : Mme Suzie Wèche, Mme Edith Duterville, Mr Keder Hyppolite;

Madame Sylvie Morand pour la mise en page du document;

Enfin à tous ceux et celles qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce projet, nous adressons nos remerciements les plus sincères.

Mot du directeur

Depuis l'apparition de la pandémie du VIH, beaucoup de progrès ont été réalisés dans la lutte contre cette infection à travers la planète. Cependant, la bataille est loin d'être gagnée, d'énormes efforts restent encore à faire pour son éradication.

Dans une ville multiculturelle comme Montréal, il est important d'agir auprès de la population en général mais aussi en mettant une emphase particulière auprès des groupes les plus vulnérables. Pour ce, les intervenants ont besoin d'informations à jour. Dans cette logique, les activités de surveillance épidémiologique prennent une importance particulière.

Ce rapport présente les résultats d'un projet de surveillance du VIH chez les Québécois d'origine haïtienne. Les résultats de cette étude, menée à Montréal entre mai 2007 et septembre 2008 à Montréal, renseignent sur des aspects intéressants pouvant contribuer aux activités de prévention des infections transmises sexuellement et par le sang.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', written in a cursive style.

Richard Lessard, M.D.

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'une étude de surveillance de seconde génération chez les Québécois d'origine haïtienne (QOH) dans la région métropolitaine de Montréal menée de mai 2007 et septembre 2008.

Cette étude avait pour objectifs de déterminer la prévalence de l'infection au VIH, de l'hépatite C et de la syphilis; d'identifier les pratiques sexuelles ou d'injection reliées à l'infection au VIH, les pratiques de recours au test de dépistage du VIH et de mesurer les tendances épidémiologiques et comportementales de l'infection au VIH.

La population à l'étude était constituée de QOH qui, à Montréal, consultent un médecin généraliste ou participent à une activité d'un organisme communautaire sélectionné ou utilisent ses services. Les participants sont âgés de 15 à 49 ans et sont eux-mêmes nés en Haïti ou ont au moins un de leurs parents nés en Haïti. Le recrutement des participants s'est déroulé dans 6 cliniques et 5 sites communautaires. L'étude a bénéficié d'un taux élevé de participation (84,1 %) ce qui a permis de rejoindre 789 personnes.

1. PRÉVALENCE DU VIH, DE L'HÉPATITE C ET DE LA SYPHILIS

Il y a eu au total 2 tests positifs pour le VIH et aucun test positif pour l'hépatite C. Les deux sujets VIH positifs avaient des infections qui n'étaient pas récentes. Nous pouvons dire que la prévalence du VIH dans notre échantillon est moins de 1 % mais nous ne pouvons être plus précis à cause de la faible puissance statistique attachée à ce résultat. Il y a eu 11 résultats trouvés positifs pour la syphilis parmi les participants recrutés en clinique. La prévalence d'une syphilis ancienne ou courante est de 1,8 % dans cette population. Aucun résultat n'a été trouvé positif pour la syphilis parmi les participants recrutés chez les JROC.

2. COMPORTEMENTS À RISQUE

Les informations touchent essentiellement le nombre et le type de partenaires sexuels ainsi que la fréquence d'utilisation du condom avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude.

Multipartenariat

Cliniques

Parmi les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles dans leur vie, près du tiers (33,0 %) des femmes et plus de la moitié (53,8 %) des hommes ont déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'enquête

Un peu moins du tiers (29,9 %) des répondants ont déclaré plus d'un partenaire régulier au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi les répondants ayant eu au moins un partenaire régulier cohabitant, moins du quart (21,6 %) ont eu au moins un partenaire occasionnel.

Jeunes recrutés dans les organismes communautaires (JROC)

Parmi les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles dans leur vie, près des deux tiers (61,5 %) des femmes et plus des trois quarts (88,1 %) des hommes ont déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Un peu plus de la moitié (58,7 %) des répondants ont déclaré plus d'un partenaire régulier.

Utilisation du condom avec un partenaire occasionnel

Cliniques

Parmi les répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, 56 (42,7 %) disent avoir toujours utilisé un condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à utiliser le condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s).

JROC

Près de la moitié (47,5 %) des répondants ayant déclaré au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude n'a pas toujours utilisé le condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s) et 22,5 % n'ont pas utilisé un condom à la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel.

3. TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

Le dépistage volontaire est un élément essentiel dans les actions de prévention. Il est devenu d'autant plus important que l'efficacité des antirétroviraux du VIH a été démontrée depuis plusieurs années. Quoique le taux de dépistage soit relativement bas, la majorité des répondants qui ont eu recours au test, l'ont fait suite à une initiative individuelle.

Cliniques

Parmi les répondants ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration, un peu moins des deux tiers (65,5 %) ont eu recours au test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie. Par ailleurs, un plus des deux tiers (70,0 %) des répondants sexuellement actifs qui se disent très bien ou bien informés sur le test de dépistage ont eu recours à ce test au moins une fois au cours de leur vie.

JROC

Moins du tiers (32,2 %) des répondants ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration ont eu recours au test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie. Par ailleurs, plus du tiers (38,0 %) des répondants sexuellement actifs qui se disent très bien ou bien informés sur le test de dépistage ont eu recours à ce test au moins une fois au cours de leur vie.

La raison la plus fréquemment évoquée pour n'avoir jamais eu recours au test de dépistage par les répondants ayant déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration est qu'ils ne se considèrent pas être à risque d'être infectés.

4. ATTITUDES FACE AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Plus des deux tiers des répondants recrutés en cliniques ont déclaré qu'ils continueraient à fréquenter un ami infecté par le VIH aussi souvent ou plus souvent qu'avant.

Un peu moins de la moitié des JROC ont déclaré qu'ils continueraient à fréquenter un ami infecté par le VIH aussi souvent ou plus souvent qu'avant.

5. PRATIQUE D'INJECTION

La proportion d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) dans la population de l'étude est très faible (cliniques : 0,0 %; JROC : 2,0 %). Ces JROC disent n'avoir jamais partagé leur matériel d'injection.

6. VULNÉRABILITÉ DES FEMMES

Certaines données de l'étude peuvent être des marqueurs d'une plus grande vulnérabilité des femmes. En effet, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à n'avoir pas utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel. Et, parmi celles qui disent avoir utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel, le condom était davantage fourni par les hommes.

7. CONCLUSION

Cette étude est la seconde depuis près de 14 ans à combiner une surveillance biologique et comportementale dans la communauté d'origine haïtienne de Montréal. Une autre particularité de cette étude est qu'elle fournit des données de base sur les jeunes fréquentant des organismes communautaires et les roulottes motorisées.

Les résultats de cette étude renseignent sur des aspects intéressants pouvant contribuer aux activités de prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Nous espérons qu'ils seront largement diffusés à tous ceux qui interviennent dans le domaine de la prévention du VIH et autres ITSS plus particulièrement auprès des Québécois d'origine haïtienne.

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCTION..... | 1 |
| 1.1 Prévalence, comportements, connaissances, attitudes et pratiques de la communauté d'origine haïtienne en lien avec l'infection au VIH/SIDA | 1 |
| 1.1.1 Au Québec | 1 |
| 1.1.2 Prévalence..... | 1 |
| 1.1.3 Comportements..... | 2 |
| 1.1.4 Connaissances et attitudes | 3 |
| 1.1.5 Utilisation des données des études précédentes | 3 |
| 1.2 En Haïti | 4 |
| 1.2.1 Prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite C..... | 4 |
| 1.2.2 Prévalence de la syphilis..... | 4 |
| 1.2.3 Prévalence de l'hépatite C | 5 |
| 1.2.4 Connaissance et taux de dépistage..... | 5 |
| 1.2.5 Comportements à risque et attitudes face au VIH/SIDA | 6 |
| 1.3 Dans les Caraïbes | 6 |
| 1.4 En France et dans le Départements Français d'Amérique (DFA)..... | 7 |
| 1.4.1 Prévalence..... | 7 |
| 1.4.2 Comportements et attitudes face au VIH/SIDA..... | 7 |
| 1.5 États-Unis d'Amérique (E-U)..... | 8 |
| 1.5.1 Prévalence du VIH/SIDA | 8 |
| 1.5.2 Connaissances sur le VIH/SIDA et attitudes et pratiques dans la diaspora haïtienne aux E-U..... | 9 |
| 1.6 Une communauté qui se prend en charge | 10 |
| 1.7 Objectifs | 11 |
| 1.8 Méthodologie | 11 |
| 1.8.1 Le recrutement dans le milieu clinique (aucun changement par rapport au recrutement fait lors de l'enquête précédente)..... | 12 |
| 1.8.2 Recrutement dans les milieux communautaires | 12 |
| 1.9 Aspects éthiques | 12 |
| 1.10 La surveillance de seconde génération | 13 |
| 2. STRUCTURE DÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON ET TAUX DE PARTICIPATION | 15 |
| 2.1 Structure démographique de l'échantillon | 15 |
| 2.1.1 Comparaison des participants des études 1994 et 2007 selon l'âge, le sexe et le lieu de naissance | 18 |
| 2.2 Taux de participation..... | 20 |
| 2.2.1 Raisons de non participation..... | 21 |
| 2.3 Administration du questionnaire..... | 22 |
| 2.3.1 Cliniques..... | 22 |
| 2.3.2 JROC | 25 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3. | PRÉVALENCE DU VIH ET DE L'HÉPATITE C ET DE LA SYPHILIS | 27 |
| 3.1 | VIH..... | 27 |
| 3.2 | Hépatite C..... | 27 |
| 3.3 | Syphilis..... | 27 |
| 3.3.1 | Cliniques..... | 27 |
| 3.3.2 | JROC..... | 27 |
| 4. | CIRCONCISION | 29 |
| 4.1 | Cliniques | 29 |
| 4.2 | JROC..... | 29 |
| 5. | COMPORTEMENTS SEXUELS..... | 31 |
| 5.1 | Type de relation : Monoparténariat et multiparténariat..... | 32 |
| 5.1.1 | Cliniques..... | 32 |
| 5.1.2 | JROC..... | 33 |
| 5.2 | Partenaires réguliers au cours des 12 mois précédant l'étude | 34 |
| 5.2.1 | Cliniques..... | 34 |
| 5.2.2 | JROC..... | 37 |
| 5.3 | Partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'étude | 37 |
| 5.3.1 | Nombre de partenaires occasionnels..... | 37 |
| 5.3.2 | Fréquence d'utilisation du condom avec les partenaires occasionnels | 39 |
| 5.4 | Voyages en Haïti et aux États-Unis d'Amérique (USA) hors Canada | 41 |
| 5.4.1 | Cliniques..... | 42 |
| 5.4.2 | JROC..... | 42 |
| 5.5 | Relations génito-anales | 42 |
| 5.5.1 | Cliniques..... | 42 |
| 5.5.2 | JROC..... | 43 |
| 5.6 | Autres comportements..... | 44 |
| 6. | ATTITUDES FACE AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH | 45 |
| 6.1 | Cliniques | 45 |
| 6.2 | JROC..... | 46 |
| 7. | TEST DE DÉPISTAGE DU VIH | 49 |
| 7.1 | Niveau d'information sur le test de dépistage du VIH..... | 49 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7.2 | Fréquence du test de dépistage du VIH..... | 50 |
| 7.2.1 | Cliniques..... | 50 |
| 7.2.2 | JROC..... | 50 |
| 7.3 | Prise de décision pour passer le test de VIH..... | 51 |
| 8. | EXPOSITION AUX ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU VIH ET AUTRES ITSS AU QUEBEC..... | 55 |
| 8.1 | Cliniques..... | 55 |
| 8.2 | JROC..... | 56 |
| 9. | DISCUSSION..... | 59 |
| 9.1 | Prévalence du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis..... | 59 |
| 9.2 | Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH..... | 60 |
| 9.3 | Comportements sexuels..... | 60 |
| 9.4 | Exposition aux activités de VIH..... | 61 |
| 9.5 | Vulnérabilité des femmes..... | 61 |
| 9.6 | Limites des données..... | 62 |
| 10. | CONCLUSION..... | 63 |
| 11. | BIBLIOGRAPHIE..... | 65 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|--------------|--|----|
| Tableau 1 : | Caractéristiques sociodémographiques des JROC et des répondants recrutés dans les cliniques comparées à celles de la population d'origine haïtienne de la région métropolitaine de Montréal au recensement canadien de 2006..... | 17 |
| Tableau 2 : | Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon les groupes d'âge et le sexe..... | 18 |
| Tableau 3 : | Évolution de l'immigration haïtienne au Québec 1996-2005..... | 19 |
| Tableau 4 : | Distribution (%) des personnes qui ont refusé de participer selon les raisons données..... | 22 |
| Tableau 5 : | Distribution (%) des entrevues dans les cliniques selon la langue utilisée, le mode d'administration du questionnaire, le sexe, le groupe d'âge et le niveau de scolarité..... | 23 |
| Tableau 6 : | Distribution (%) des entrevues chez les JROC selon la langue utilisée, le mode d'administration du questionnaire, le sexe, le groupe d'âge et le niveau de scolarité..... | 26 |
| Tableau 7 : | Prévalence d'une syphilis ancienne ou courante chez les participants recrutés en clinique..... | 28 |
| Tableau 8 : | Distribution (%) des répondants des cliniques selon le type de relation au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe, l'état civil et le groupe d'âge..... | 33 |
| Tableau 9 : | Distribution (%) des JROC selon le type de relation au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe, l'état civil et le groupe d'âge..... | 34 |
| Tableau 10 : | Distribution (%) des répondants des cliniques selon le nombre de partenaires réguliers au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe, l'état civil et le groupe d'âge..... | 35 |
| Tableau 11 : | Distribution (%) des répondants des cliniques qui ont eu un partenaire régulier avec qui ils n'ont pas habité, selon certaines caractéristiques individuelles, comparée à celle des répondants qui ont eu un partenaire régulier avec qui ils ont habité | 36 |
| Tableau 12 : | Distribution (%) des JROC selon le nombre de partenaires réguliers au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe, l'état civil et le groupe d'âge..... | 37 |
| Tableau 13 : | Caractéristiques des répondants des cliniques ayant eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois..... | 38 |

| | | |
|--------------|--|----|
| Tableau 14 : | Proportion (%) des JROC qui ont déclaré au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe, l'état civil et le groupe d'âge..... | 39 |
| Tableau 15 : | Proportion de répondants des cliniques ayant utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois..... | 40 |
| Tableau 16 : | Proportion (%) des JROC qui ont déclaré avoir toujours utilisé le condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s) au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge..... | 41 |
| Tableau 17 : | Proportion (%) des répondants des cliniques qui ont déclaré avoir eu des relations génito-anales au moins une fois dans leur vie, selon le sexe et le groupe d'âge..... | 43 |
| Tableau 18 : | Proportion (%) des JROC qui ont déclaré avoir eu des relations génito-anales au moins une fois dans leur vie, selon le sexe et le groupe d'âge..... | 43 |
| Tableau 19 : | Distribution (%) des répondants des cliniques selon la fréquence des visites envisagées face à un(e) ami(e) infecté(e) par le VIH, selon certaines caractéristiques individuelles..... | 46 |
| Tableau 20 : | Distribution (%) des JROC selon la fréquence des visites envisagées face à un(e) ami(e) infecté(e) par le VIH, selon certaines caractéristiques individuelles..... | 47 |
| Tableau 21 : | Proportion (%) des répondants ayant déjà eu une relation sexuelle avec pénétration et qui ont déclaré avoir déjà passé le test de dépistage du VIH au cours de leur vie, selon certaines caractéristiques individuelles..... | 51 |
| Tableau 22 : | Distribution (%) des répondants selon la manière dont la décision de passer le test de dépistage du VIH a été prise, selon le sexe et le type de site..... | 52 |
| Tableau 23 : | Facteurs associés à n'avoir jamais passé un test de dépistage pour le VIH des répondants des cliniques | 53 |
| Tableau 24 : | Distribution (%) des répondants selon les raisons fréquemment évoquées pour n'avoir pas fait un test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années (tous sites inclus) | 54 |
| Tableau 25 : | Proportion (%) des répondants des cliniques qui ont déclaré avoir déjà participé à une activité sur le VIH au Québec selon le sexe, le groupe d'âge et la durée de résidence au Canada | 56 |
| Tableau 26 : | Proportion (%) des répondants des sites JROC qui ont déclaré avoir déjà participé à une activité sur le VIH au Québec selon le sexe, le groupe d'âge..... | 57 |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | | |
|---------------|--|----|
| Graphique 1 : | Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon le lieu de naissance | 19 |
| Graphique 2 : | Évolution de l'immigration haïtienne au Québec selon le sexe pour la période de 1996 à 2005 | 20 |
| Graphique 3 : | Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon la langue d'interaction avec l'intervieweuse..... | 24 |
| Graphique 4 : | Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon le mode d'administration des questionnaires | 25 |
| Graphique 5 : | Répartition des répondants par type de sites selon les raisons évoquées pour la circoncision..... | 29 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|------------|----------------------------|----|
| Figure 1 : | Taux de participation..... | 21 |
|------------|----------------------------|----|

1. Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une étude de surveillance de deuxième génération chez les Québécois d'origine haïtienne (QOH) de Montréal, réalisée de mai 2007 au 30 septembre 2008.

Dans les Caraïbes, la prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 1,0 % [0,9 %-1,2 %] en 2007. On estime à 11 000 le nombre de décès dus au sida dans cette région durant cette année et le sida y reste une des principales causes de décès chez les personnes de 25 à 44 ans¹.

La prévalence la plus élevée de la région est observée en République dominicaine et en Haïti où se trouveraient près des trois quarts des 230 000 personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes, y compris les 17 000 personnes nouvellement infectées en 2007¹.

1.1 Prévalence, comportements, connaissances, attitudes et pratiques de la communauté d'origine haïtienne en lien avec l'infection au VIH/SIDA

L'immigration haïtienne date de plusieurs années et se fait vers plusieurs pays du monde avec une préférence pour les États-Unis d'Amérique (E-U), le Canada particulièrement la province du Québec, les Caraïbes, la France et les départements français d'Amérique (DFA). La section suivante du rapport se veut un survol de la prévalence du VIH/SIDA, des connaissances, attitudes et pratiques de la diaspora haïtienne en lien avec cette infection.

1.1.1 Au Québec

Lors du recensement canadien de 2006, on dénombrait 56 750 immigrants nés en Haïti résidant au Québec. Près de 53 750 immigrants d'entre eux disaient résider dans la région métropolitaine de Montréal en 2006 soit une augmentation nette de près de 11 000 personnes en dix ans, à l'échelle de la région métropolitaine².

1.1.2 Prévalence

Au Québec, sur les 3 519 cas de VIH rapportés d'avril 2002 à juin 2006, 280 (8 %) étaient d'origine haïtienne. Et parmi les 1 853 nouveaux cas de VIH rapportés pour cette même période, 137 (7,4 %) étaient issus de la population originaire d'Haïti³. De 1979 à décembre 2003, le nombre total de cas déclarés de SIDA provenant de cette communauté s'élevait à 585 soit 9,6 % des 6 098 cas déclarés au Québec⁴. Ce nombre représente près de 85,0 % des 690 cas de sida déclarés chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique. Par ailleurs, 89 (23 %) des 386 femmes dépistées positives pour le VIH au Centre maternel et infantile de

l'hôpital Sainte-Justine de décembre 1997 à décembre 2003, sont d'origine haïtienne. (Communication personnelle avec Mme Johanne Samson, Hôpital Sainte Justine, 2007).

Une enquête épidémiologique a été réalisée auprès des QOH en 1994 grâce à un partenariat entre la Direction de la santé publique de Montréal, *le Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES)^a* et la communauté haïtienne. Cette étude avait comme principaux objectifs de caractériser l'épidémie de l'infection au VIH et d'identifier des comportements, des situations et des contextes associés au risque d'infection dans la communauté d'origine haïtienne⁵. Elle a bénéficié d'un taux élevé de participation (94,3 %) ce qui a permis de rejoindre 5 039 personnes d'origine haïtienne. Elle a montré une prévalence totale de 1,3 % (1,7 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes) ce qui était inférieur à celle attendue mais qui demeure élevée.

L'étude de 1994 a permis d'identifier certains contextes liés au processus migratoire qui semblent se traduire tantôt par une plus grande vulnérabilité à l'infection au VIH (l'immigration récente, le maintien de liens avec un partenaire régulier en Haïti), tantôt, au contraire, par une plus faible prévalence de l'infection au VIH (la prévalence de l'infection au VIH parmi les répondants appartenant à la deuxième génération d'immigrants est beaucoup plus faible que parmi le reste des répondants). Elle a également montré que la prévalence de l'infection chez les répondants ayant 14 ans et plus de scolarité est beaucoup plus faible (0,5 %) que parmi les répondants ayant moins de huit ans de scolarité (2,0 %).

1.1.3 Comportements

Toujours d'après l'étude de 1994, un peu plus de 40 % des hommes et 15 % des femmes ont déclaré plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête. Près de 25 % des répondants qui ont eu une relation sexuelle avec pénétration ont eu plus d'un partenaire durant cette période. Ce pourcentage s'élève à 37 % pour les hommes et à 12 % pour les femmes. Ces proportions sont plus élevées que celles obtenues dans la population générale du Québec⁵. Les répondants faiblement scolarisés ont significativement plus de relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels. Par ailleurs, près du tiers des hommes mariés ou en union de fait ont eu une ou plusieurs partenaires en dehors de leur partenaire régulière au cours des 12 derniers mois précédant l'étude.

^a GAP-VIES est un organisme communautaire dont le mandat est de prévenir la transmission du VIH chez les QOH et de soutenir les personnes atteintes.

Il s'agit généralement de partenaires occasionnelles avec lesquelles à peine un peu plus de 50 % de ces hommes utilisent toujours le condom. La plus grande vulnérabilité des partenaires régulières au risque de transmission de l'infection au VIH est ainsi mise en évidence.

Si une proportion assez élevée des répondants a passé un test de dépistage du VIH (40,0 %), 35 % seulement l'ont fait de leur propre initiative ou suite à une décision prise en couple. Pour la majorité, le test a été demandé par un médecin, par une compagnie d'assurance ou par l'immigration canadienne.

1.1.4 Connaissances et attitudes

De novembre 1987 à octobre 1988, une enquête sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements reliés au SIDA a été réalisée auprès 286 Montréalais d'origine haïtienne⁶. Les questions sur les connaissances incluaient des items sur les connaissances générales sur la maladie (prévention du SIDA, traitement, nature et manifestations de la maladie, dépistage et groupes à risque élevé) et des questions plus spécifiques sur les modes de transmission du VIH-1. Le pourcentage moyen de réponses correctes aux questions sur les connaissances générales fut de 81 %. Les questions sur la transmission du VIH-1 concernaient les modes d'infection qui sont scientifiquement établis, et d'autres modes qui ne sont pas scientifiquement reconnus. Le pourcentage moyen de réponses correctes aux questions sur les modes d'infection scientifiquement reconnus fut de 94 %, tandis que le pourcentage moyen de réponses correctes pour les modes de transmission non acceptés scientifiquement fut de 74 % seulement. Les attitudes et les croyances des Montréalais d'origine haïtienne envers les personnes atteintes de SIDA n'étaient que modérément favorables. Leurs attitudes et croyances par rapport à la promotion de l'utilisation du condom étaient très positives. Le pourcentage de sujets rapportant l'injection de drogues et le pourcentage d'hommes se déclarant homosexuels étaient très faibles. Parmi les sujets indiquant qu'ils avaient déjà eu au moins une relation sexuelle dans leur vie, 23 % rapportaient qu'ils avaient eu deux partenaires ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête.

1.1.5 Utilisation des données des études précédentes

Les informations fournies par ces enquêtes révélaient la complexité des phénomènes qui influencent la dynamique de l'épidémie dans cette communauté. Elles ont été traduites par des interventions concrètes. Ainsi, la Direction de la santé publique de Montréal a subventionné GAP-

VIES pour un projet de prévention du VIH chez les QOH qui voyagent beaucoup entre le Québec et les États-Unis et entre le Québec et Haïti.

1.2 En Haïti

1.2.1 Prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite C

A l'exception d'Haïti, aucun pays d'Amérique latine ou des Caraïbes n'a noté une baisse remarquable de la prévalence du VIH au cours des dernières années⁶. En Haïti, elle a diminué au cours des années chez les femmes enceintes en général, celles vivant en milieu urbain et celles âgées de 25 ans et plus. Cependant il n'y a aucune évidence de diminution chez les femmes enceintes vivant en milieu rural et celles âgées de 24 ans et moins⁷.

D'après les données de l'Enquête sur la morbidité, la mortalité et l'utilisation des services (EMMUS IV, 2006)^b, la prévalence globale du VIH (tous sexes confondus) est de 2,2 %. Les femmes (2,3 %) étant plus infectées que les hommes (2,0 %), le ratio homme/femme est de 1 :1,15. La prévalence maximale chez les femmes (4,1 %) est observée chez les 30-34 ans ; chez les hommes (4,4 %) elle est observée chez les 40-44 ans⁸.

Selon une étude publiée en 2007, Haïti est le pays ayant la plus ancienne épidémie de VIH/SIDA en dehors de l'Afrique sub-saharienne. Du fait de ses 40 ans d'histoire, le virus retrouvé en Haïti (VIH-1, groupe M sous-type B) possède une plus grande diversité génétique que tous les autres sous-types B combinés, retrouvés dans les autres pays⁹. Cette dernière considération est très importante non seulement pour la mise au point d'un vaccin mais encore, dans le contexte notre étude, dans la mesure où l'un des objectifs vise justement à déterminer la cartographie génétique des souches virales éventuellement trouvées.

1.2.2 Prévalence de la syphilis

Dans une étude réalisée entre avril 2006 et mars 2007 auprès de 6753 femmes enceintes en Haïti, le test de détection de la syphilis s'est révélé positif chez 245 soit un taux moyen de séropositivité de 3,6 % (IC à 95 % : 2,99 à 4,32). Le taux le plus faible se retrouve chez les moins de 20 ans (1,5 %) et le plus élevé parmi les 30-34 ans (5,3%).

^b EMMUS : Il s'agit d'une étude à l'échelle nationale sur la morbidité, la mortalité et l'utilisation des services en Haïti. Elle est commanditée pour le Ministère de la santé publique et de la population, et réalisée par l'Institut haïtien de l'enfance sur une base quinquennale.

Le niveau de prévalence dans le milieu urbain est significativement plus élevé qu'en milieu rural (4,2 % contre 3,2 %) ($p = 0,03$)¹⁰. Une autre étude sur trois ans (1996-1999) réalisée dans une région rurale d'Haïti (Vallée de l'Artibonite) a montré une réduction de 75 % du taux de syphilis congénitale. Le taux est passé de 550 cas pour 100 000 naissances vivantes à 171 cas pour 100 000 naissances vivantes ($p < .0,01$)¹¹.

1.2.3 Prévalence de l'hépatite C

Une étude de séroprévalence de l'hépatite C réalisée en Haïti en 2006-2007 à l'échelle nationale, auprès de 1346 femmes enceintes, a montré une prévalence moyenne de 1,5 % (IC à 95 % : 0,03- 0,56). Aucune différence n'a été signalée suivant le statut matrimonial, le nombre d'années avec un partenaire ni la région de résidence¹¹. Une autre étude réalisée en 2000 dans une région urbaine d'Haïti (Cap-Haïtien) auprès de 500 personnes utilisant les services d'un hôpital (cliniques externes et hospitalisation) a montré une prévalence de 4,4 % (IC à 95 % : 2.6- 6.2 %) ¹².

1.2.4 Connaissance et taux de dépistage

Les rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté et l'utilisation du condom constituent les moyens de prévention les plus efficaces chez les personnes sexuellement actives. En Haïti, selon une étude auprès de plus de 15 000 répondants, plus de huit personnes sur dix (81 % des femmes et 90 % des hommes) savent que le recours aux deux moyens précédemment mentionnés permet de réduire les risques de contracter le VIH/SIDA. De plus, cette même proportion croit qu'il est possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait contracté le VIH⁹.

Si les personnes sont au courant que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par l'allaitement maternel, très peu connaissent les effets bénéfiques de la prise d'antirétroviraux par la femme séropositive durant la grossesse. En effet, selon l'étude précédemment citée, 82 % des 10 757 répondantes de 15 à 49 ans et 89 % des 4 438 répondants ont déclaré que le VIH peut être transmis par l'allaitement. Par contre, seulement 36 % des femmes et 31 % des hommes ont déclaré que le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant pouvait être réduit par la prise de médicaments spéciaux par une femme enceinte séropositive⁹.

1.2.5 Comportements à risque et attitudes face au VIH/SIDA

Les données de l'EMMUS IV montrent que l'utilisation du condom reste relativement limitée en Haïti. Seulement 11 % des femmes et 23 % des hommes connaissant le VIH/SIDA ont déclaré avoir utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec quel que soit le type de partenaire. De plus, les personnes de niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent le condom beaucoup plus fréquemment (24 % pour les femmes et 40 % pour les hommes) que celles de niveau primaire et surtout que celles sans instruction (2 % pour les femmes et 3 % pour les hommes)⁹.

Même si on constate un changement de comportement dans la population générale à Port-au-Prince et les autres zones urbaines, l'utilisation du condom n'est pas systématique chez les travailleuses du sexe ni dans les couples séro discordants⁸. Par ailleurs, la proportion des jeunes sexuellement actifs a augmenté dans cette population⁸. Une étude réalisée chez des jeunes Haïtiens scolarisés âgés de 15 à 19 ans a montré que seulement 18 % des adolescents actifs sexuellement ont rapporté avoir toujours ou parfois utilisé le condom et 27 % ont rapporté avoir utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel¹³.

Les attitudes des gens face à des personnes infectées par le VIH ou au stade SIDA sont révélatrices du niveau de stigmatisation et de discrimination face à cette maladie. L'EMMUS IV a révélé que six femmes sur dix (61 %) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du SIDA. Cette proportion est la même chez les hommes. Par ailleurs, plus de sept femmes sur dix (73 %) et près de huit hommes sur dix (78 %) ont déclaré qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint de SIDA.

1.3 Dans les Caraïbes

Les taux nationaux de prévalence du VIH chez l'adulte sont élevés dans l'ensemble de la région : 1,0 %-2,0 % à la Barbade, en République dominicaine et en Jamaïque, et 2,0 %-4,0 % aux Bahamas, en Haïti et à la Trinité-et-Tobago. Si les niveaux d'infection à VIH sont restés stables en République dominicaine et ont baissé dans les zones urbaines d'Haïti, des tendances plus locales indiquent que les deux pays doivent se protéger d'une éventuelle recrudescence de l'épidémie¹⁴.

En plus d'être très prévalente en Haïti, l'infection au VIH/SIDA affecte beaucoup plus les ressortissants de ce pays qui vivent dans les autres pays des Caraïbes. En effet, aux Bahamas, le

VIH est considéré comme un problème chez les femmes Haïtiennes qui fréquentent les centres prénataux du New Providence. Alors que la prévalence du VIH était de 2,5 % chez les femmes nées aux Bahamas, elle est presque le double (4,5 %) chez les femmes enceintes d'origine haïtienne qui fréquentaient les cliniques prénatales¹⁵.

1.4 En France et dans le Départements Français d'Amérique (DFA)

1.4.1 Prévalence

En France, le nombre de cas de SIDA cumulés de 1978 à 2002 chez les personnes d'origine haïtienne représente 1,9 % des 54 770 cas de SIDA dans le pays avec une prédominance chez les hommes (630)¹⁶. Parmi les 1160 nouveaux cas de SIDA diagnostiqués en 2002, 48 (4,1 %) sont d'origine haïtienne. Et le mode de transmission parmi ces cas est à prédominance hétérosexuelle (90,7 %)¹⁶.

Le fait d'être étranger ou migrant a toujours été retrouvé comme un facteur de risque de dépistage tardif dans les Départements Français d'Amérique¹⁹. En Guyane, 60 % des découvertes de séropositivité en 2005 concernent des étrangers, en particulier d'Haïti et du Suriname⁷. La séroprévalence chez les parturientes en Guyane, Martinique et Guadeloupe était en 2003 de 1,2 %. Elle est plus élevée chez les étrangères que chez les Françaises : 3,5 % chez les femmes de nationalité haïtienne contre 1,3 % chez les Françaises¹⁷. En Guadeloupe, ce sont 55 % des cas de VIH qui sont découverts chez des étrangers, essentiellement des Haïtiens¹⁸.

1.4.2 Comportements et attitudes face au VIH/SIDA

D'après une étude dans les DFA, en analyse unidimensionnelle, l'âge, la nationalité haïtienne, un faible niveau d'éducation et l'absence de relation stable sont associés à un retard au dépistage au seuil de 0,05¹⁹. Toutefois ces associations ne sont pas confirmées par l'analyse multivariée. Selon cette même étude, en analyse unidimensionnelle, l'échec thérapeutique est associé à une maladie plus avancée lors de la mise sous traitement et à une moins bonne observance, mais aussi à la nationalité haïtienne et à l'usage de drogues illicites. Ces associations sont confirmées dans l'analyse multivariée²⁰.

Selon une enquête réalisée en 2003 auprès de 364 personnes aux Antilles et en Guyane, une personne sur six n'a pas révélé sa maladie à son conjoint et ne connaît pas le statut de celui-ci. Ce silence se traduit par une difficulté majorée dans l'utilisation du préservatif. Ces phénomènes sont accentués chez les patients d'origine haïtienne et dans les couples qui viennent de se former. De plus, au sein du couple stable non concordant, l'utilisation du condom est moins fréquente chez les malades Haïtiens (53 % vs 92 % chez les patients français

et 83 % chez les autres, $p = 0,001$) ou parlant le créole (créole : 70 %, créole et français : 81 %, français 89 %) ²⁰.

1.5 États-Unis d'Amérique (E-U)

Aux E-U, les rapports épidémiologiques ne donnent pas d'informations détaillées sur la prévalence du VIH/SIDA chez les différentes populations ethnoculturelles issues de l'immigration. De ce fait, très peu d'informations sont disponibles sur cette épidémie chez les Haïtiens vivant dans ce pays. Les informations suivantes portent sur la prévalence, les connaissances, attitudes et pratiques des personnes d'origine haïtienne qui résident dans certains états.

Les Haïtiens occupent le troisième rang parmi les immigrants aux E-U avec 419 315 habitants (après la République Dominicaine et la Jamaïque). Environ 90 % de cette population vivent dans quatre états : Floride 182 225 (43 %), New York 125 475 (30 %), Massachusetts 33 860 (8 %) et le New Jersey 29 620 (7 %) ²¹.

1.5.1 Prévalence du VIH/SIDA

Au Massachusetts le nombre cumulé de cas de VIH/SIDA chez les personnes d'origine haïtienne en septembre 2003 était de 1018 ²².

En Floride, la population d'origine haïtienne est d'environ 182 225 habitants soit 1,1 % de la population totale de cet État (Recensement de 2000). En décembre 2004, cette population comptait près 6 984 (7 %) des cas de SIDA et 2 170 (6 %) des cas de Floride. Il est important de noter que 49 (0,7 %) des cas de SIDA et 12 (0,5 %) des cas de VIH se retrouvaient chez les enfants.

Le principal mode de transmission est représenté par les rapports hétérosexuels (78 %), puis viennent les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (17 %), les utilisateurs de drogue injectable (4 %) et autres (1 %). Le groupe d'âge le plus atteint est constitué par les 30-49 ans ²³.

Pour la même période, 49 cas de sida et 12 cas de VIH pédiatriques ont été rapportés ²⁴.

Toujours en Floride, à Broward County, la population immigrante d'origine haïtienne est la plus disproportionnellement atteinte par l'épidémie du Sida. Alors que les Haïtiens comptent pour 5 à 6 % de la population, ils représentent 12 % des nouveaux cas de Sida et 9 % de tous

les cas de VIH²⁵. Les femmes vivant avec le VIH sont d'origines diverses avec un nombre substantiel nées en Haïti et dans les autres îles des caraïbes²⁵.

1.5.2 Connaissances sur le VIH/SIDA et attitudes et pratiques dans la diaspora haïtienne aux E-U

Une étude réalisée en 2004 auprès de 2719 personnes d'origine haïtienne à Boston (E-U) a révélé que 2365 répondants (87 %) croient que le VIH est causé par des rapports sexuels non protégés entre un homme et une femme ; 2094 (77 %) croient que la transmission du VIH est le résultat d'un comportement personnel irresponsable. En général, 2665 répondants (98 %) disent qu'ils iraient chercher des soins chez un professionnel s'ils avaient le VIH ; de ce groupe, 1412 (53 %) disent qu'ils prieraient en plus de chercher des soins. Contrairement aux stéréotypes, moins de 1 % des répondants ont identifié un prêtre vaudou comme source de guérison. Par ailleurs, selon cette étude, les Haïtiens possèdent un haut niveau de connaissance sur le VIH, cependant des indicateurs de risque (nombre de partenaires, connaissance de l'histoire sexuelle du partenaire et l'utilisation de condom) montrent que les Haïtiens ont tendance à adopter des comportements sexuels à risque ainsi, 1278 répondants (47 %) rapportent n'avoir jamais utilisé de condom contre 517 (19 %) qui disent toujours l'utiliser. Et l'utilisation du condom était plus élevée chez les personnes de moins de 30 ans²⁶.

Dans Broward County (E-U), une étude a montré que les hommes d'origine haïtienne ayant des rapports sexuels avec des hommes sont cinq fois moins susceptibles d'aller chercher des soins contre le VIH que les hommes blancs ayant des rapports sexuels avec des hommes²⁵.

Une étude réalisée en 2006, a montré que la stigmatisation et la désinformation sur le VIH/SIDA ont été plus importantes chez les immigrants Haïtiens qui ne se sont pas bien adaptés à la société américaine, ceux qui viennent des zones rurales d'Haïti et ceux qui ont un faible niveau d'éducation²⁷. La stigmatisation constitue aussi, pour beaucoup d'Haïtiens, une barrière pour passer un test de dépistage du VIH ou pour chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé. Ils pensent que la meilleure façon de cacher le fait qu'ils pourraient avoir le VIH est de nier cette éventualité et éviter toute association avec des services pouvant laisser supposer qu'ils sont infectés par le VIH²⁵.

Une autre étude réalisée chez 101 Haïtiennes fréquentant une clinique médicale communautaire pour les personnes à faible revenu aux États-Unis, a montré des niveaux de risques

comportementaux de modérés à élevés (i.e., rapports sexuels sans protection avec des partenaires polygames, plusieurs partenaires sexuels au cours de leur vie). Ces femmes ont mentionné leur incapacité à négocier des pratiques sexuelles sans risque avec leurs partenaires²⁸.

Selon Augustin Y-G (2002), les Haïtien-Américains qui sont très motivés par rapport au VIH/SIDA sont plus enclins à discuter de sexualité responsable avec leurs partenaires, à avoir accès et à utiliser le condom. Selon cette étude, l'information à propos du VIH/SIDA a très peu d'effets directs sur les comportements sexuels examinés : utilisation du condom, accessibilité au condom, discussion de sexualité responsable avec le partenaire²⁹.

En résumé, les données épidémiologiques et comportementales reflètent clairement le risque accru d'infection au VIH dans la population haïtienne en Haïti et dans les destinations d'immigration les plus fréquentes. En effet, en Haïti la prévalence demeure encore élevée et dans les 3 grandes destinations considérées l'infection au VIH est plus prévalente dans la population originaire d'Haïti. Malgré certaines améliorations dans les comportements, beaucoup est encore à faire. À Montréal, cette communauté en est consciente et pose, depuis plus d'une décennie, des actions concrètes.

1.6 Une communauté qui se prend en charge

La quasi-totalité (96,5 %) des membres de la communauté haïtienne du Québec appartient à un groupe de minorités visibles. Plus de la moitié des personnes (58,8 %) sont de religion catholique et 31,7 % de religion protestante. Les principaux secteurs d'activité de cette population sont ceux de la fabrication (26,9 %) et des soins de santé et de l'assistance sociale (16,7 %); ces deux secteurs regroupent donc près de la moitié de la population active expérimentée de la communauté haïtienne³⁰. Dès le début de l'épidémie, la communauté québécoise d'origine haïtienne s'est rapidement mobilisée contre les liens systématiques établis entre le VIH et les Haïtiens. Mais encore, ils se sont regroupés pour venir en aide aux compatriotes infectés et aussi prévenir l'apparition de nouveaux cas à travers des activités diverses : prévention, prise en charge, support aux nouveaux arrivants, etc.

Cette mobilisation communautaire se manifeste en outre par la création de plusieurs organismes à caractère social et économique. Certains comme *le Groupe d'action pour la prévention de la*

transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES), le Centre NA RIVE, la Maison d'Haïti, la Maison des Jeunes l'ouverture, le Centre haïtien d'action familiale, le Bureau de la communauté haïtienne de Montréal, la station de radio CPAM, interviennent dans le domaine de la santé, de l'information et de l'accompagnement social. D'autres sont à caractère plus économique comme des restaurants, des courtiers d'assurance, des boulangeries, des maisons de transfert d'argent. D'autres interventions se font à travers plusieurs stations de radio de Montréal. Il faut mentionner aussi la tenue en avril 2007 des États généraux de la communauté haïtienne de Montréal, au cours desquels plusieurs centaines de citoyens d'origine haïtienne ont discuté « des préoccupations, des enjeux et des défis de [leur] communauté dans tous les domaines de la vie collective » afin de permettre à cette communauté de trouver des solutions pour se prendre en charge.

Ce souci de se prendre en main s'est en outre manifesté quand certains organismes communautaires comme GAPVIES se sont adressés à la Direction de la Santé Publique pour reprendre, treize ans plus tard, la même étude qu'en 1994 avec des objectifs clairement définis.

1.7 Objectifs

Cette enquête s'adressait aux QOH qui, à Montréal, consultent un médecin généraliste, participent à des événements organisés par un organisme communautaire ou ont recours à des services offerts par un groupe communautaire. Les objectifs étaient de :

- Déterminer la prévalence de l'infection au VIH, de l'hépatite C et de la syphilis selon le sexe, l'âge, l'année d'immigration, le statut socio-économique, et selon des facteurs de risque spécifiques associés;
- Déterminer les pratiques sexuelles ou d'injection reliées à l'infection au VIH;
- Déterminer les pratiques de recours au test de dépistage du VIH;
- Mesurer les tendances épidémiologiques et comportementales de l'infection au VIH.

1.8 Méthodologie

Il s'agit d'un projet de surveillance de seconde génération du VIH chez les QOH qui à Montréal, consultent un médecin généraliste ou participent à une activité d'un organisme communautaire sélectionné ou utilisent ses services. Les participants sont âgés de 15 à 49 ans et sont eux-mêmes nés en Haïti ou ont au moins un de leurs parents nés en Haïti.

Le recrutement des participants s'est déroulé dans 6 cliniques et 5 sites communautaires. L'intervieweuse a administré un questionnaire et prélevé quelques gouttes de sang au bout du doigt du répondant pour les analyses biologiques (VIH, Hépatite C, Syphilis).

Le questionnaire comprend 60 questions fermées rédigées en français. Il est divisé en 10 sections dont chacune couvre un aspect spécifique. Il peut être rempli en 15 à 20 minutes.

1.8.1 Le recrutement dans le milieu clinique (aucun changement par rapport au recrutement fait lors de l'enquête précédente)

Il existe deux manières de procéder qui ne sont pas mutuellement exclusives et qui respectent les règles d'éthique. Le recrutement peut-être initié par le médecin dans son bureau, alors celui-ci propose à son patient de rencontrer l'intervieweuse. Il peut aussi être initié par l'intervieweuse qui propose alors aux personnes présentes dans la salle d'attente de participer.

1.8.2 Recrutement dans les milieux communautaires

L'enquête s'est réalisée dans des organismes communautaires fréquentés essentiellement par des jeunes. Le recrutement s'est fait auprès de tous les sujets éligibles présents lors des visites de notre équipe dans ces organismes et suivant toutes les règles d'éthique usuelles : information complète sur le projet, droit de refuser de participer, anonymat, etc. Le choix d'activités/lieux d'intervention se fait sur recommandation des groupes communautaires concernés, selon les critères suivants :

- périodicité à moyen et long terme des activités de façon à s'assurer de la répétitivité de notre stratégie d'échantillonnage et, ainsi, nous assurer que les changements mesurés dans les différentes vagues d'enquête ne seront pas des artéfacts dus à des échantillons différents;
- accès à un endroit où il est possible d'administrer le questionnaire et faire le prélèvement en toute confidentialité.

1.9 Aspects éthiques

Le protocole ainsi que les outils de collecte ont été approuvés par deux comités d'éthique de la recherche : le comité d'éthique à la recherche de la Direction de la Santé Publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal et le comité d'éthique à la recherche de Santé Canada. La participation à cette étude est strictement volontaire. Aucun préjudice n'est porté aux individus qui refusent de participer. Grâce à la génération des codes encryptés, aucune donnée nominale

n'est conservée : le questionnaire et l'échantillon sanguin sont reliés uniquement par le code du site de recrutement et le code encrypté unique qui identifie chaque participant. Pour cette raison, la personne qui donne un échantillon sanguin ne peut être identifiée ni par les chercheurs, ni par les interviewers, et les résultats individuels aux tests ne sont donc pas disponibles. De plus, les échantillons de sang recueillis, quoique appropriés pour les études épidémiologiques sur la prévalence du VIH, ne sont pas présentement utilisés à des fins diagnostiques pour le VIH, l'hépatite C ou la syphilis au Canada. Les participants qui désirent connaître leur statut ont été référés à des centres de dépistage locaux et/ou à des services de santé qui pouvaient assurer un counselling et un suivi adéquats.

1.10 La surveillance de seconde génération

La surveillance du VIH/SIDA des années 90 était relativement simple et bon marché et aidait à la planification et l'évaluation des interventions. Par contre, elle n'intégrait pas la surveillance comportementale ni d'autres sources d'information. C'est à cause de ces faiblesses et aussi à cause de la progression de l'épidémiologie du VIH dans le monde que le besoin s'est fait sentir d'avoir un système de surveillance non pas "nouveau ou différent" mais "amélioré". On appelle ce système la surveillance de deuxième génération (SSG) parce qu'il est bâti sur les leçons apprises durant la première décennie de la surveillance du VIH. Ce système offre une approche qui est plus flexible et capable de s'adapter à la diversité de l'épidémie du VIH dans les différents pays et parfois entre les différentes régions d'un même pays. Il intègre systématiquement la surveillance biologique avec la surveillance des risques (comportements, par exemple)³¹.

La surveillance devrait viser particulièrement les sous-groupes pour lesquels le monitoring et l'analyse des tendances de prévalence sont le plus utiles³². L'enquête réalisée en 1994-1996 nous montre qu'une prévalence plus élevée de l'infection est observée parmi les sous-groupes suivants : les hommes, les répondants âgés de 30 à 39 ans, ceux qui résident au Canada depuis cinq ans et moins, ceux qui ont moins de huit ans de scolarité, ceux qui ont voyagé en Haïti durant les cinq années précédant leur participation à l'étude et, enfin, ceux qui ont eu au moins un partenaire en Haïti et n'ont pas toujours utilisé le condom avec lui (ou eux)⁵.

Ce rapport présente les résultats de ce projet de SSG mené auprès des QOH à Montréal. Il s'agit en quelque sorte des résultats de deux « sous-études ». La première concerne les participants recrutés dans les cliniques et la seconde concerne les jeunes recrutés dans les organismes

communautaires (JROC). Tenant compte de ces considérations, les données des cliniques seront toujours séparées de celles des JROC.

2. STRUCTURE DÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON ET TAUX DE PARTICIPATION

Points saillants

- Haut taux de participation (84,1 %).

Cliniques

- Les femmes (62,8 %) prédominent chez les répondants recrutés dans les cliniques.
- 84,9 % des questionnaires ont été remplis sans l'aide de l'intervieweuse.
- Le français a été la langue d'interaction entre les répondants et l'intervieweuse pour la majorité des questionnaires (87,8 %).

JROC

- Les hommes (76,9 %) prédominent chez les JROC.
- 98,7 % des questionnaires ont été remplis sans l'aide de l'intervieweuse.
- Le français a été la langue d'interaction entre les répondants et l'intervieweuse pour la quasi-totalité des questionnaires (98,1 %).

2.1 Structure démographique de l'échantillon

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon varient suivant le type de site. Dans les cliniques, les femmes sont prédominantes (62,8 %) alors que les hommes (76,9 %) prédominent chez les jeunes recrutés dans les organismes communautaires (JROC). Les immigrants de 2^{ème} génération^C priment dans les deux échantillons. Les différences observées dans le nombre d'années de scolarité et l'état civil peuvent s'expliquer par le jeune âge de la clientèle des organismes communautaires.

^C Les immigrants de 2^{ème} génération sont les personnes nées au Canada ou qui sont arrivées au Canada avant 1996 (inclusivement) et qui sont âgées de moins de 15 ans (exclusivement) à leur arrivée.

Les caractéristiques sociodémographiques des répondants recrutés dans les cliniques sont comparables à celles de la population haïtienne de la région métropolitaine de Montréal recensée en 2006 pour l'âge, l'état civil et la durée de résidence au Canada (tableau 1). Toutefois, comparativement à la population haïtienne de la région de Montréal, une proportion plus élevée de participants était des femmes (62,8 % vs. 54,2 %) et une proportion plus élevée avait fréquenté un programme non-universitaire (45,0 % vs. 33,2 %). De ce fait, nous utiliserons les données des cliniques pour toute tentative d'inférence. Il faut noter que nous avons utilisé les données de scolarité du recensement de 2001 car cette variable a été modifiée lors du recensement de 2006.

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques des JROC et des répondants recrutés dans les cliniques comparées à celles de la population d'origine haïtienne de la région métropolitaine de Montréal au recensement canadien de 2006

| | Cliniques | | Recensement 2006 ^a | | JROC | |
|--|-----------|-------|-------------------------------|-------|------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 391 | 62,8 | 28 140 | 54,2 | 36 | 23,1 |
| Homme | 232 | 37,2 | 23 820 | 45,8 | 120 | 76,9 |
| Total | 623 | 100,0 | 51 960 | 100,0 | 150 | 100,0 |
| Âge | | | | | | |
| 15-19 ans | 75 | 12,0 | 8 710 | 16,8 | 80 | 51,6 |
| 20-24 ans | 127 | 20,5 | 8 150 | 15,7 | 53 | 29,4 |
| 25-29 ans | 115 | 18,4 | 8 525 | 16,4 | 14 | 10,9 |
| 30-34 ans | 110 | 17,6 | 7 930 | 15,3 | 6 | 5,2 |
| 35-39 ans | 87 | 13,9 | 6 955 | 13,4 | 2 | 2,2 |
| 40-44 ans | 63 | 10,1 | 6 055 | 11,7 | 1 | 1,7 |
| 45-49 ans | 47 | 7,5 | 5 635 | 10,8 | 0 | 0 |
| Total | 624 | 100,0 | 51 960 | 100,0 | 156 | 100,0 |
| État civil | | | | | | |
| Célibataire | 340 | 55,1 | 27 740 | 53,4 | 136 | 90,1 |
| Marié(e)/conjoint(e) de fait | 203 | 33,0 | 18 135 | 34,9 | 12 | 7,9 |
| Autre ^b | 73 | 11,9 | 6 085 | 11,7 | 3 | 2,0 |
| Total | 616 | 100,0 | 51 960 | 100,0 | 151 | 100,0 |
| Années de scolarité | | | | | | |
| Moins de 9 ans | 23 | 4,1 | 4 253 | 9,8 | 6 | 5,6 |
| 9-13 ans | 152 | 26,9 | 14 015 | 32,5 | 64 | 59,3 |
| Programme non-universitaire ^c | 254 | 45,0 | 14 335 | 33,2 | 28 | 25,9 |
| Programme universitaire | 136 | 24,1 | 10 535 | 24,4 | 10 | 9,3 |
| Total | 565 | 100,0 | 43 120 ^d | 100,0 | 108 | 100,0 |
| Durée de résidence | | | | | | |
| Immigrants de 2 ^{ième} génération | 315 | 52,9 | 28 925 | 55,7 | 121 | 81,8 |
| 5 ans et - | 80 | 13,4 | 6 015 | 11,6 | 7 | 4,7 |
| Plus de 5 ans | 201 | 33,7 | 17 015 | 32,7 | 20 | 13,5 |
| Total | 596 | 100,0 | 51 955 ^e | 100,0 | 148 | 100,0 |

^a Source : Statistique Canada, Tableau personnalisé recensement 2006, CO-0982, mars 2007

^b Autre comprend divorcé(e), séparé(e) et veuf(ve)

^c Programme non-universitaire comprend l'école de métiers et programme collégial

^d Les données de scolarité viennent du recensement de 2001

^e Cette différence dans le total est due à l'arrondissement aléatoire, qui consiste à transformer les chiffres bruts en chiffres arrondis aléatoirement

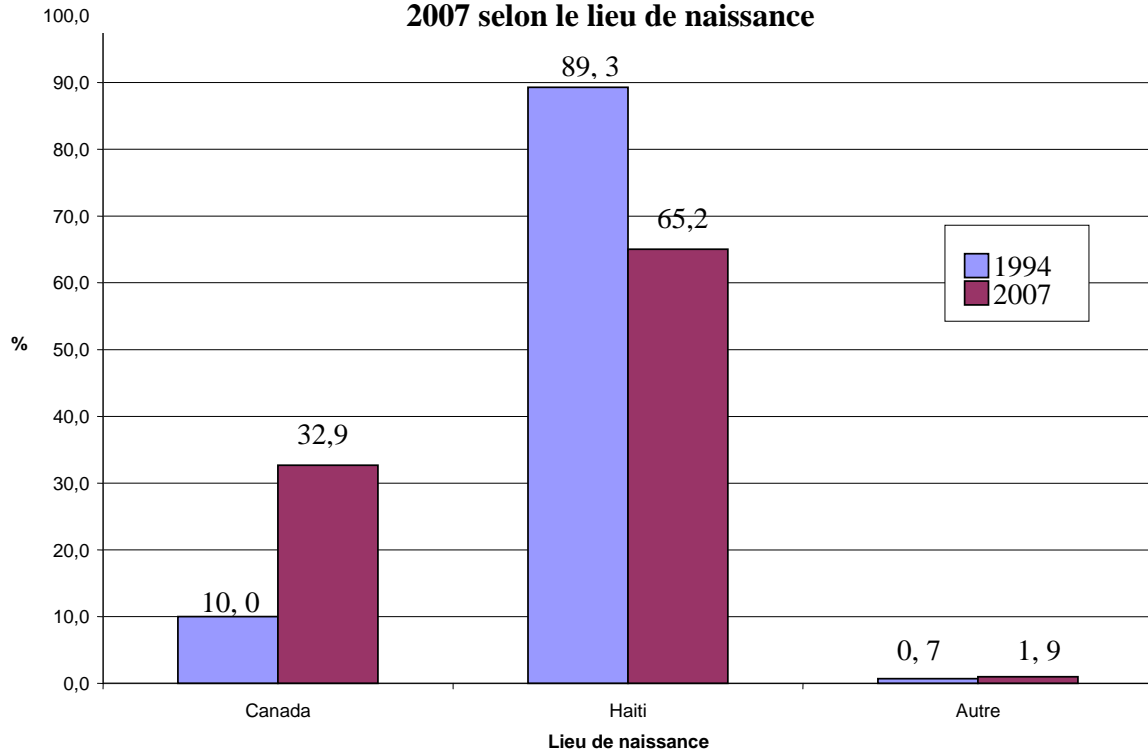
2.1.1 Comparaison des participants des études 1994 et 2007 selon l'âge, le sexe et le lieu de naissance

Tel que mentionné précédemment, une enquête épidémiologique a été réalisée auprès des QOH en 1994 pour mieux caractériser l'épidémie de l'infection au VIH et identifier des comportements, des situations et des contextes associés au risque d'infection dans cette communauté⁵. L'âge moyen des populations des deux études n'est pas très différent (30,5 ans en 1994 contre 30,1 ans en 2007). Il en est de même de la répartition des différentes tranches d'âge (tableau 2). Les deux populations sont assez semblables pour ce qui est de la distribution des sexes. La différence majeure entre les populations des deux études porte sur les lieux de naissance. En effet, environ 90 % des répondants de 1994 sont nés en Haïti alors qu'en 2007 c'est le cas pour un peu moins des deux-tiers (graphique 1).

Tableau 2
Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon le sexe et le groupe d'âge

| | Étude | | | |
|--------------|-----------------|-------|------------|-------|
| | Étude 1994-1996 | | Étude 2007 | |
| | N | % | N | % |
| Sexe | | | | |
| Femme | 3042 | 60,4 | 391 | 62,8 |
| Homme | 1997 | 39,6 | 232 | 37,2 |
| Total | 5039 | 100,0 | 623 | 100,0 |
| Âge | | | | |
| 15-19 ans | 661 | 13,3 | 75 | 12,0 |
| 20-24 ans | 850 | 17,1 | 127 | 20,5 |
| 25-29 ans | 930 | 18,8 | 115 | 18,4 |
| 30-34 ans | 834 | 16,8 | 110 | 17,6 |
| 35-39 ans | 704 | 14,2 | 87 | 13,9 |
| 40-44 ans | 549 | 11,1 | 63 | 10,1 |
| 45-49 ans | 432 | 8,7 | 47 | 7,5 |
| Total | 4960 | 100,0 | 624 | 100,0 |

Graphique 1
Comparaison des populations des études de 1994 et
2007 selon le lieu de naissance



De 1996 à 2005, la proportion d'Haïtiens ayant immigré au Québec a baissé par rapport à l'ensemble des immigrants de tous les pays, par contre le nombre d'immigrants haïtiens a augmenté pour la période (tableau 3). Parmi les immigrants haïtiens, il n'y a pas eu de changements majeurs pour les deux périodes, les femmes ayant été plus nombreuses à immigrer que les hommes (graphique 2).

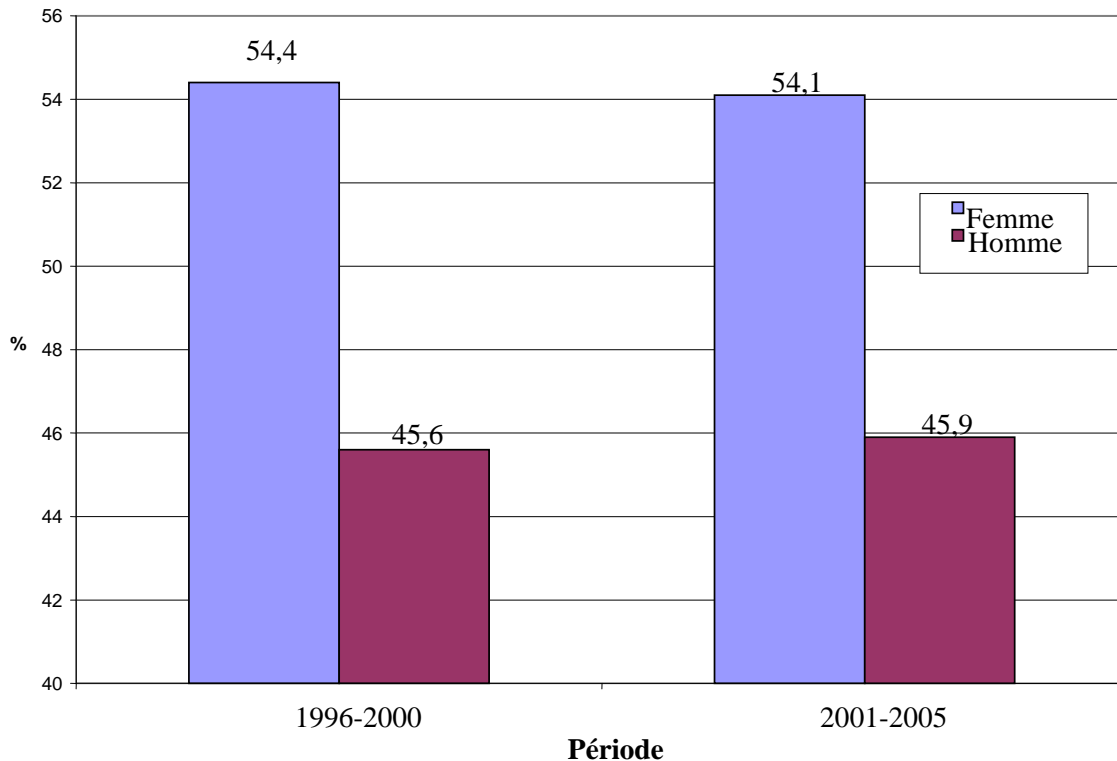
Tableau 3
Évolution de l'immigration haïtienne
au Québec 1996-2005

| | %* | Nombre d'immigrants haïtiens |
|---------------|-----|------------------------------|
| Années | | |
| 1996-2000 | 4,7 | 6 939 |
| 2001-2005 | 3,9 | 8 036 |
| Total | 4,3 | 14 975 |

* (Immigrants Haïtiens / Total des immigrants pour la période)

Source : Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (www.micc.gouv.qc.ca)

Graphique 2
Évolution de l'immigration haïtienne au Québec selon le sexe
pour la période de 1996 à 2005



Source : Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (www.micc.gouv.qc.ca)

2.2 Taux de participation

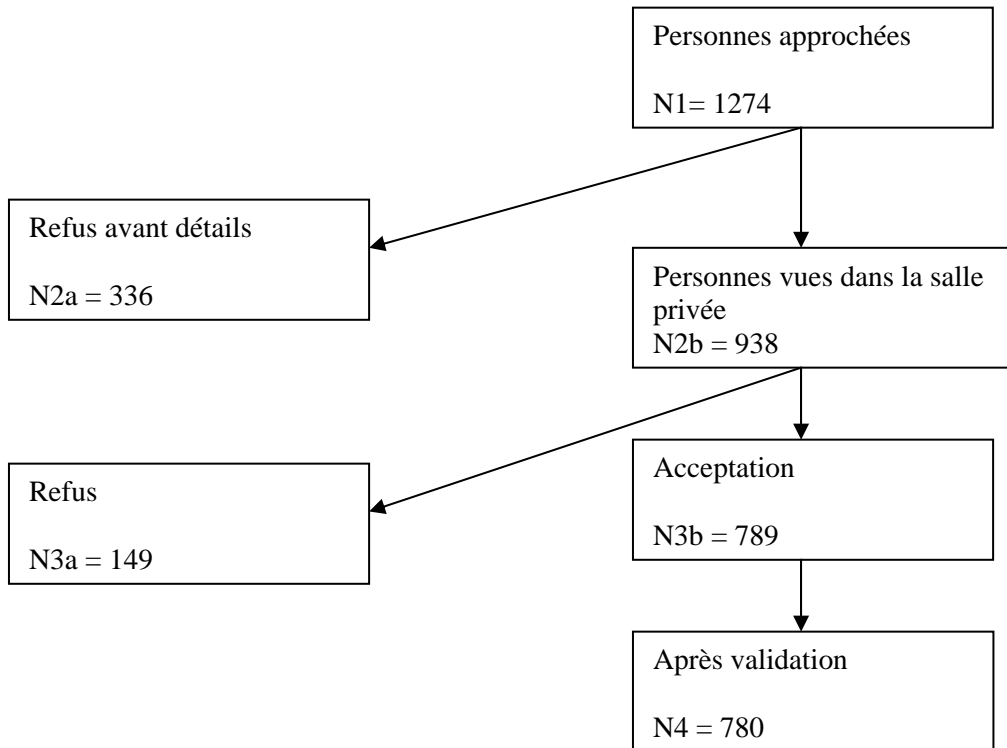
Pour une meilleure compréhension du calcul du taux de participation, nous voulons faire un rappel du processus de recrutement des participants. L'intervieweuse approche la personne et lui propose de participer à une étude sur la santé des QOH. Les personnes intéressées étaient invitées à suivre l'intervieweuse dans une salle privée pour plus de détails sur l'enquête. Le taux de participation est défini comme le rapport entre le nombre de personnes qui ont accepté de participer après avoir reçu, dans la salle privée, toutes les informations concernant l'étude et le nombre total de personnes qui ont suivi l'agente dans la salle privée pour recevoir les détails sur l'étude.

Sur les 938 personnes ayant reçu toutes les informations sur l'enquête, 789 ont accepté de participer ce qui donne un taux de participation de 84,1 %, $789/938 = 84,1$ % (figure 1).

Parmi les 149 personnes qui ont refusé de participer après avoir obtenu les détails de l'étude, 93 (62,4 %) ont rempli un formulaire de refus. La majorité (99,0 %) a été vue dans les cliniques. Plus de

la moitié (62,6 %) étaient des femmes. Un peu moins des trois quarts (74,7 %) sont nés en Haïti. Finalement, plus des trois quarts (89,0 %) disent avoir déjà eu des rapports sexuels avec pénétration.

Figure 1 : Taux de participation



2.2.1 Raisons de non participation

Cette section réfère aux personnes qui ont donné une ou plusieurs raisons pour lesquelles elles n'ont pas participé à l'étude. Elle inclut certaines personnes n'ayant pas rempli le questionnaire de refus et celles qui l'ont rempli. Les raisons évoquées ne sont pas mutuellement exclusives.

Les deux raisons les plus fréquemment invoquées pour ne pas participer sont en lien avec le prélèvement de sang (50,8 %) et le manque d'intérêt pour l'étude (28,4 %) (tableau 4).

Tableau 4
Distribution (%) des raisons évoquées par les personnes qui ont refusé de participer

| | N | % |
|---|------------|--------------|
| Ne veut pas donner de spécimen sanguin | 59 | 50,8 |
| Ne veut pas, pas intéressée par l'étude | 33 | 28,4 |
| N'a pas le temps | 10 | 8,6 |
| Est préoccupée par son état de santé | 5 | 4,3 |
| Doit prévenir quelqu'un | 3 | 2,5 |
| Raisons religieuses | 3 | 2,5 |
| Les questions sont trop personnelles | 2 | 1,7 |
| Ne se considère pas à risque | 1 | 0,8 |
| Total | 116 | 100,0 |

2.3 Administration du questionnaire

Il est important de rappeler que le questionnaire est rédigé en français et est auto-administré. Cependant sur demande du répondant, l'intervieweuse pouvait intervenir soit pour clarifier certaines questions ou encore remplir le questionnaire avec ce dernier. Les langues d'interaction étaient le français et le créole.

2.3.1 Cliniques

Sur les 624 questionnaires remplis dans les cliniques, 530 (84,9 %) ont été remplis par les interviewés eux-mêmes. Quelques répondants (1,6 %) ont sollicité l'aide de l'intervieweuse pour clarifier certaines questions. D'autres (13,5 %) ont demandé que le questionnaire soit rempli par l'intervieweuse, soit parce qu'ils ne comprenaient que le créole ou simplement parce qu'ils préféreraient que cela soit fait par l'intervieweuse (tableau 5).

Le français a été la langue d'interaction entre les répondants et les intervieweuses pour la quasi-totalité des questionnaires (87,8 %) sauf dans les cas où les répondants ne comprenaient pas bien le français, alors l'interaction s'est faite en créole (2,1 %). Pour certains répondants (10,1 %) l'interaction s'est faite dans les deux langues (tableau 5). Nous n'observons pas de différence significative pour la langue d'interaction selon le sexe ni selon le nombre d'années de scolarité. Il est important de noter que les répondants qui sont plus âgés ont plus tendance à solliciter l'aide de l'intervieweuse et à utiliser le créole comme langue d'interaction ($p < 0,001$).

Tableau 5
Distribution (%) des entrevues dans les cliniques selon la langue utilisée et le mode d'administration du questionnaire et selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau de scolarité

| | Langue(s) d'interaction | | | | Mode d'administration du questionnaire | | | |
|--|-------------------------|----------|--------------------|-----|--|-------------------|---------------------------|-----|
| | % Français | % Créole | % Français /créole | N | % Intervieweuse | % Auto administré | % Avec aide intervieweuse | N |
| Sexe | | | | | | | | |
| Femme | 88,2 | 2,6 | 9,2 | 391 | 12,8 | 85,9 | 1,3 | 391 |
| Homme | 87,1 | 1,3 | 11,6 | 232 | 14,7 | 83,2 | 2,2 | 232 |
| Âge | | | | | | | | |
| 15-19 ans | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 75 | 2,7 | 97,3 | 0,0 | 75 |
| 20-24 ans | 93,7 | 0,8 | 5,5 | 127 | 6,3 | 92,1 | 1,6 | 127 |
| 25-29 ans | 89,6 | 0,9 | 9,5 | 115 | 6,1 | 92,2 | 1,7 | 115 |
| 30-34 ans | 85,5 | 1,8 | 12,7 | 110 | 13,6 | 85,5 | 0,9 | 110 |
| 35-39 ans | 78,2 | 3,4 | 18,4 | 87 | 21,8 | 78,2 | 0,0 | 87 |
| 40-44 ans | 85,7 | 3,2 | 11,1 | 63 | 25,4 | 69,8 | 4,8 | 63 |
| 45-49 ans | 74,5 | 8,5 | 17,0 | 47 | 36,2 | 59,6 | 4,3 | 47 |
| Années de scolarité | | | | | | | | |
| Moins de 9 ans | 52,2 | 8,7 | 39,1 | 23 | 43,5 | 47,8 | 8,7 | 23 |
| 9-13 ans | 82,2 | 5,9 | 11,8 | 152 | 21,7 | 75,7 | 2,6 | 152 |
| Programme non-universitaire ^f | 92,5 | 0,8 | 6,7 | 254 | 9,4 | 90,2 | 0,4 | 254 |
| Programme universitaire | 91,2 | 0,0 | 8,8 | 136 | 12,5 | 86,0 | 1,5 | 136 |

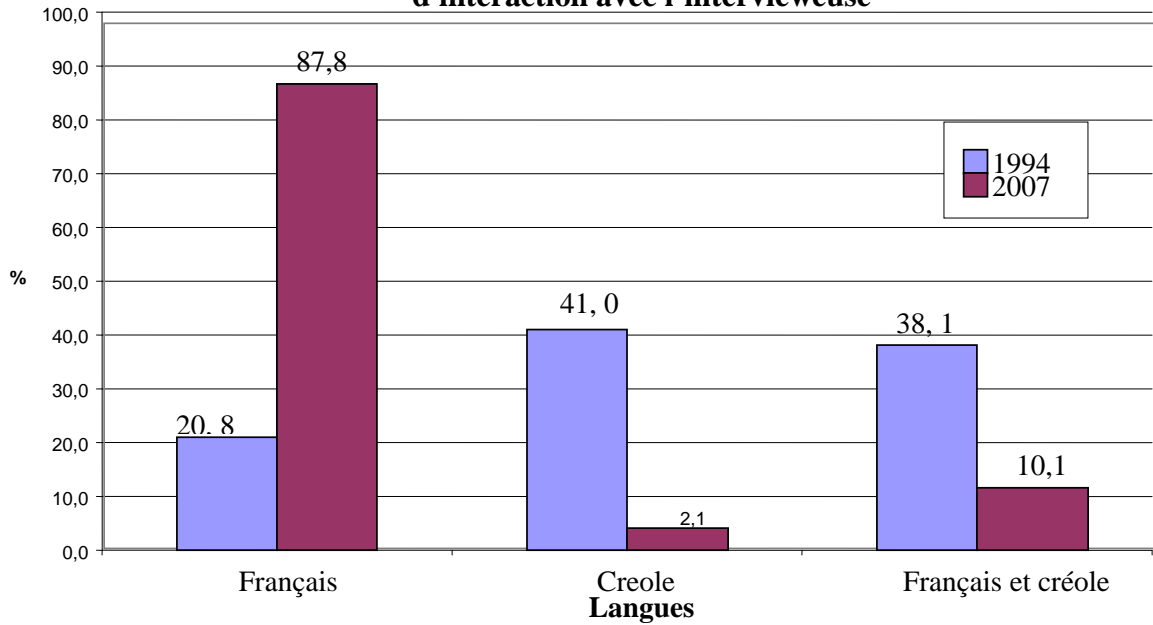
Les graphiques 3 et 4 témoignent d'une différence entre les populations des études de 1994 et 2007 relativement au mode d'administration du questionnaire ainsi qu'à la langue d'interaction avec l'intervieweuse.

Le fait que la grande majorité des questionnaires aient été remplis en français et aussi que l'intervieweuse n'ait pas vraiment été sollicitée supposerait une évolution dans la structure démographique de la population depuis l'étude de 1994. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la population générale soit constituée en majorité d'immigrants de 2^{ième} génération donc comprenant le

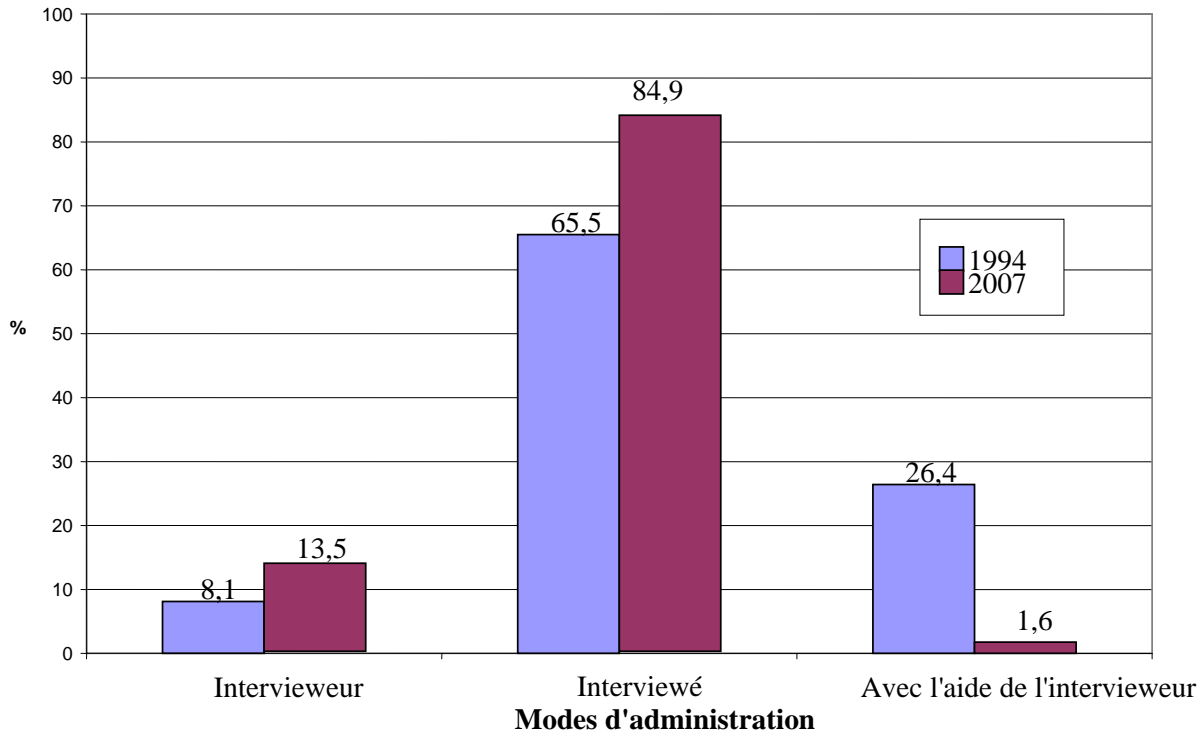
^f Programme non-universitaire comprend l'école de métiers et programme collégial

français. De plus, les nouveaux arrivants peuvent aussi avoir un niveau de scolarité élevé donc comprenant le français pour la plupart. D'ailleurs, dans les médias en Haïti, on parle depuis les cinq dernières années de fuite importante de l'élite intellectuelle haïtienne vers l'étranger à cause de la situation socio-économique.

Graphique 3
Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon la langue d'interaction avec l'intervieweuse



Graphique 4
Comparaison des populations des études de 1994 et 2007 selon le mode d'administration des questionnaires



2.3.2 JROC

La majorité des questionnaires (98,7 %) ont été remplis par les interviewés eux-mêmes. Très peu de répondants (1,3 %) ont sollicité l'aide de l'intervieweuse pour clarifier certaines questions (tableau 6).

Le français a été la langue d'interaction entre les répondants et l'intervieweuse pour la quasi-totalité des questionnaires (98,1 %) sauf dans les cas où les répondants ne comprenaient pas bien le français, alors l'interaction s'est faite en créole (0,6 %). Pour certains répondants (1,3 %), l'interaction s'est faite dans les deux langues (tableau 6).

Tableau 6
Distribution (%) des entrevues chez les JROC selon la langue utilisée et le mode d'administration du questionnaire et selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau de scolarité

| | Langue(s) de l'entrevue | | | | Mode d'administration du questionnaire | | | |
|--|-------------------------|----------|--------------------|-----|--|-------------------|---------------------------|-----|
| | % Français | % Créole | % Français /créole | N | % Intervieweuse | % Auto administré | % Avec aide intervieweuse | N |
| Sexe | | | | | | | | |
| Femme | 97,2 | 2,8 | 0,0 | 36 | 5,6 | 94,4 | 0,0 | 36 |
| Homme | 98,3 | 0,0 | 1,7 | 120 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 120 |
| Âge | | | | | | | | |
| 15-19 ans | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 80 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 80 |
| 20-24 ans | 96,2 | 0,0 | 3,8 | 53 | 1,9 | 98,1 | 0,0 | 53 |
| 25-29 ans | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 14 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 14 |
| 30-34 ans | 83,3 | 16,7 | 0,0 | 6 | 16,7 | 83,3 | 0,0 | 6 |
| 35-49 ans | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 3 |
| Années de scolarité | | | | | | | | |
| Moins de 9 ans | 83,3 | 16,7 | 0,0 | 6 | 33,3 | 66,7 | 0,0 | 6 |
| 9-13 ans | 98,4 | 0,0 | 1,6 | 64 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 64 |
| Programme non-universitaire ^g | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 28 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 28 |
| Programme universitaire | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 10 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 10 |

^g Programme non-universitaire comprend l'école de métiers et programme collégial

3. PRÉVALENCE DU VIH ET DE L'HÉPATITE C ET DE LA SYPHILIS

3.1 VIH

Il y a eu au total deux prélèvements qui ont été trouvés positifs pour le VIH ce qui représente une prévalence du VIH dans notre échantillon de moins de 1 %. Les deux sujets VIH positifs sont nés en Haïti.

Les analyses de laboratoire suggèrent que les deux sujets VIH positifs avaient des infections anciennes (Vironostika HIV-1-LS assay test).

3.2 Hépatite C

Aucun prélèvement n'a été trouvé positif pour l'hépatite C.

3.3 Syphilis

3.3.1 Cliniques

Il y a eu 11 résultats trouvés positifs pour la syphilis parmi les participants recrutés en clinique. La prévalence d'une syphilis ancienne ou courante est de 1,8% (IC 95 % : 0,91 – 3,22). La prévalence observée est plus élevée chez les hommes (3,6 %; IC 95 % : 1,55 – 6,89) que chez les femmes (0,8 %; IC 95 % : 0,16 – 2,28). Le tableau 7 décrit la prévalence d'une syphilis ancienne ou courante chez les participants recrutés en clinique selon certaines caractéristiques individuelles.

3.3.2 JROC

Aucun résultat n'a été trouvé positif pour la syphilis parmi les participants recrutés chez les JROC.

Tableau 7
Prévalence d'une syphilis ancienne ou courante chez les participants recrutés en clinique

| | Femme | | | | Homme | | | | TOTAL | | | |
|---|-------|------------------------|------|----------|-------|------------------------|-------|----------|-------|------------------------|------|----------|
| | Total | Nombre de positifs (%) | | IC à 95% | Total | Nombre de positifs (%) | | IC à 95% | Total | Nombre de positifs (%) | | IC à 95% |
| Âge | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 ans | 47 | 0 (0,0%) | 0,0% | 7,6% | 25 | 0 (0,0%) | 0,0% | 13,7% | 72 | 0 (0,0%) | 0,0% | 5,0% |
| 20-24 ans | 90 | 1 (1,1%) | 0,0% | 6,0% | 37 | 0 (0,0%) | 0,0% | 9,5% | 127 | 1 (0,8%) | 0,0% | 4,3% |
| 25-29 ans | 69 | 0 (0,0%) | 0,0% | 5,2% | 42 | 2 (4,8%) | 0,6% | 16,2% | 111 | 2 (1,8%) | 0,2% | 6,4% |
| 30-39 ans | 111 | 1 (0,9%) | 0,0% | 4,9% | 80 | 1 (1,3%) | 0,0% | 6,8% | 191 | 2 (1,0%) | 0,1% | 3,7% |
| 40-49 ans | 64 | 1 (1,6%) | 0,0% | 8,4% | 41 | 5 (12,2%) | 4,1% | 26,2% | 106 | 6 (5,7%) | 2,1% | 11,9% |
| État civil | | | | | | | | | | | | |
| Célibataire | 215 | 1 (0,5%) | 0,0% | 2,6% | 117 | 3 (2,6%) | 0,53% | 7,3% | 332 | 4 (1,2%) | 0,3% | 3,1% |
| Marié(e)/conjoint(e) de fait | 107 | 1 (0,9%) | 0,0% | 5,1% | 87 | 4 (4,6%) | 1,27% | 11,4% | 194 | 5 (2,6%) | 0,8% | 5,9% |
| Autre | 54 | 1 (1,9%) | 0,1% | 9,9% | 19 | 1 (5,3%) | 0,13% | 26,0% | 73 | 2 (2,7%) | 0,3% | 9,6% |
| Lieu de Naissance | | | | | | | | | | | | |
| Canada | 130 | 1 (0,8%) | 0,0% | 4,2% | 71 | 0 (0,0%) | 0,00% | 5,1% | 201 | 1 (0,5%) | 0,0% | 2,7% |
| Haïti | 243 | 2 (0,8%) | 0,1% | 2,9% | 152 | 8 (5,3%) | 2,30% | 10,1% | 396 | 10 (2,5%) | 1,2% | 4,6% |
| Autre | 8 | 0 (0,0%) | | | 2 | 0 (0,0%) | | | 10 | 0 (0,0%) | | |
| Durée de résidence | | | | | | | | | | | | |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 198 | 1 (0,5%) | 0,0% | 2,8% | 110 | 2 (1,8%) | 0,22% | 6,4% | 308 | 3 (1,0%) | 0,2% | 2,8% |
| Plus de 5 ans | 123 | 1 (0,8%) | 0,0% | 4,5% | 74 | 3 (4,1%) | 0,84% | 11,4% | 198 | 4 (2,0%) | 0,6% | 5,1% |
| 5 ans et - | 46 | 1 (2,2%) | 0,1% | 11,5% | 29 | 2 (6,9%) | 0,85% | 22,8% | 75 | 3 (4,0%) | 0,8% | 11,3% |

4. CIRCONCISION

Dans cette section, nous analysons la pratique de la circoncision et les raisons qui sous-tendent celle-ci dans la population de l'étude. Nous ne voulons établir aucun lien entre la circoncision et l'infection au VIH dans la population de l'étude.

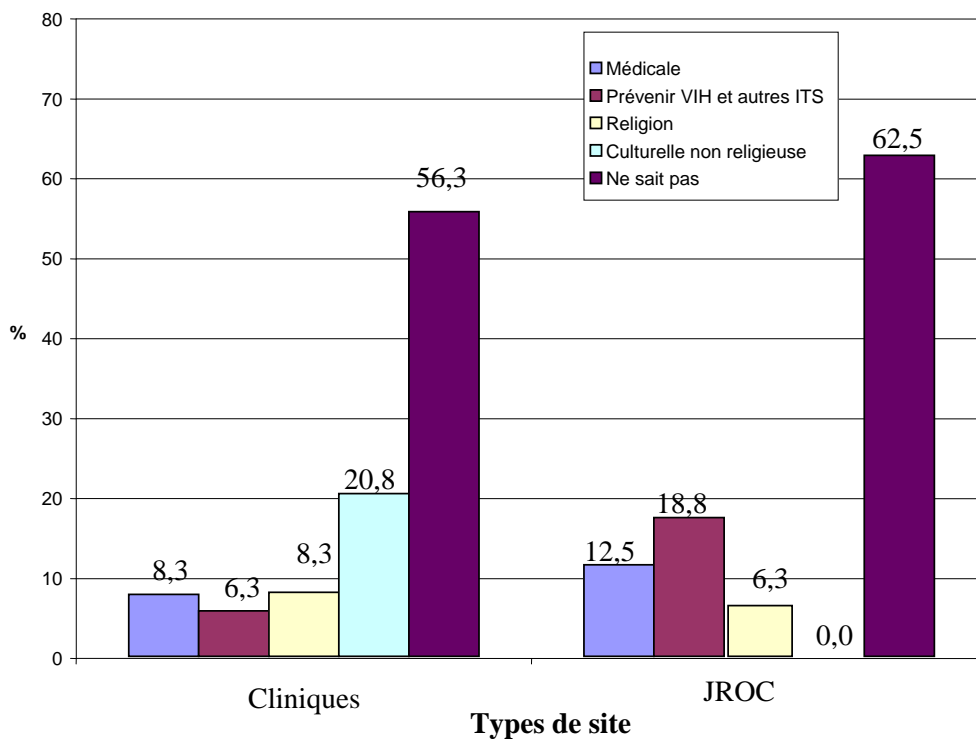
4.1 Cliniques

Parmi les hommes recrutés dans les cliniques, 50 (23,1 %) ont déclaré être circoncis. Un peu moins des deux tiers (63,3 %) l'ont été avant l'âge de cinq ans. Un peu plus de la moitié (56,3 %) ne savent pas pourquoi ils ont été circoncis (graphique 5).

4.2 JROC

Parmi les hommes recrutés dans les sites non-cliniques, 20 (20,0 %) ont déclaré être circoncis. Un peu plus de la moitié (55,6 %) l'ont été avant l'âge de cinq ans. Moins des deux tiers (62,5%) ne savent pas pourquoi ils ont été circoncis (graphique 5).

Graphique 5
Répartition des répondants par type de sites selon les raisons évoquées pour la circoncision



5. COMPORTEMENTS SEXUELS

Points saillants

Cliniques

- Moins de la moitié des répondants des cliniques ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel (régulier ou occasionnel) au cours des 12 mois précédant l'étude.
- Un peu moins du quart des répondants des cliniques ayant un partenaire régulier cohabitait ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude.
- Un peu plus du quart des répondants des cliniques ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude.
- Près du tiers des répondants des cliniques qui ont déclaré avoir eu un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude n'ont pas utilisé un condom lors la dernière relation avec ce partenaire. Et les femmes étaient plus nombreuses que les hommes dans cette situation.

JROC

- Plus des trois quarts des JROC ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel (régulier ou occasionnel) dans les 12 mois précédant l'étude.
- Un peu plus des deux tiers des répondants ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude.
- Un peu moins du quart des répondants qui ont déclaré avoir eu un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude n'ont pas utilisé un condom lors la dernière relation avec ce partenaire.

Cette section traite des comportements à risque dans la population de l'étude. Seuls sont pris en compte les répondants ayant eu au moins une relation sexuelle avec pénétration avec une ou des personnes du sexe opposé, soit 87,9 % des participants recrutés dans les cliniques et 82,0 % des JROC. Les relations génito-anales entre hommes sont traitées dans la section 5.5. Nous analyserons des comportements pouvant influencer les risques de contracter une ITSS comme : le nombre de partenaires (réguliers et occasionnels), la fréquence d'utilisation du condom, les relations anales sans protection entre deux personnes de sexe opposé.

Parce que l'étude de 1994 a montré que les répondants avaient des caractéristiques différentes suivant le type de partenaire régulier (voir définitions dans l'encadré ci-dessous), nous nous proposons aussi dans cette section d'analyser certaines caractéristiques des répondants selon qu'ils habitent ou pas avec leur partenaire régulier.

D'après les données de l'étude aucun répondant n'a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire dont la séropositivité pour le VIH est connue.

Quelques définitions :

Partenaire régulier avec qui le répondant habite : Tout partenaire avec qui le répondant a eu des rapports sexuels, qu'il considère comme partenaire régulier et avec qui il a habité au cours des 12 derniers mois.

Partenaire régulier avec qui le répondant n'habite pas : Tout partenaire avec qui le répondant a eu des rapports sexuels, qu'il considère comme partenaire régulier et avec qui il n'a pas habité au cours des 12 derniers mois.

Partenaire occasionnel : Toute personne avec qui le répondant a eu des rapports sexuels, mais qui n'entre pas dans la catégorie de partenaire régulier(ère). Par exemple : rencontre d'un soir.

5.1 Type de relation : Monopartenariat et multipartenariat^e

Les stratégies de protection contre les ITSS sont affectées par le type de relation qui unit les deux partenaires. Ces relations sont régies par des considérations d'ordre social et culturel, et liées aux rapports de genre qui doivent être examinés pour mieux comprendre les stratégies de protection adoptées³³. Ces considérations complexes ne peuvent être complètement appréhendées par les données de l'étude, qui permettent cependant de décrire certains types de comportements et de situations reliés au risque de transmission du VIH.

Parmi les méthodes de prévention du VIH, les rapports sexuels avec un seul partenaire non infecté est mis de l'avant pour les personnes actives sexuellement. Dans la section suivante, nous analyserons les types de relation dans la population de l'étude.

5.1.1 Cliniques

Parmi les 459 répondants ayant eu au moins un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois précédant l'étude, plus de la moitié (58,6 %) ont déclaré n'avoir eu qu'un seul partenaire (régulier ou occasionnel). Plus de femmes que d'hommes (67,0 % contre 46,2 %; $p < 0,001$) adoptent le monopartenariat comme type de relation. Par ailleurs, il est pratiqué par un peu plus des trois quarts des personnes mariées ou ayant un conjoint (79,0 %) (tableau 8).

^e Nous définissons le monopartenariat comme le fait d'avoir déclaré un seul partenaire (régulier ou occasionnel) au cours des 12 derniers mois et le multipartenariat comme le fait d'avoir eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.

Les immigrants de 2^{ième} génération sont plus susceptibles d'avoir plus d'un partenaire sexuel que les immigrants de 1^{ère} génération (54,2 % contre 28,3 %; $p < 0,001$).

Parmi les répondants qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, environ la moitié (52,6 %) sont des hommes. Et, un peu moins du quart (20,3 %) est marié ou a un(e) conjoint(e) de fait.

Tableau 8
Distribution (%) des répondants des cliniques selon le type de relation au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe, l'état civil et le groupe d'âge.

| | Monopartenariat % | Multipartenariat % | N |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|
| Sexe | | | |
| Femme | 67,0 | 33,0 | 273 |
| Homme | 46,2 | 53,8 | 186 |
| Âge | | | |
| 15-19 ans | 31,6 | 68,4 | 38 |
| 20-24 ans | 48,3 | 51,7 | 89 |
| 25-29 ans | 48,3 | 51,7 | 89 |
| 30-34 ans | 64,8 | 35,2 | 91 |
| 35-39 ans | 63,6 | 36,4 | 66 |
| 40-44 ans | 80,0 | 20,0 | 50 |
| 45-49 ans | 83,3 | 16,7 | 36 |
| État civil | | | |
| Célibataire | 44,8 | 55,2 | 221 |
| Marié(e)/conjoint(e) de fait | 79,0 | 21,0 | 181 |
| Autre | 48,1 | 51,9 | 52 |

5.1.2 JROC

Parmi les 110 répondants ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois précédant l'étude, près du cinquième (18,2 %) ont déclaré n'avoir eu qu'un seul partenaire (régulier ou occasionnel). Plus de femmes que d'hommes adoptent le monopartenariat comme type de relation (tableau 9).

Tableau 9
Distribution (%) des JROC selon le type de relation au cours des 12 mois précédant l'étude et le sexe, l'état civil et le groupe d'âge.

| | Monoparténariat % | Multiparténariat % | N |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------|
| Sexe | | | |
| Femme | 38,5 | 61,5 | 26 |
| Homme | 11,9 | 88,1 | 84 |
| Âge | | | |
| 15-19 ans | 16,1 | 83,9 | 56 |
| 20-24 ans | 15,4 | 84,6 | 39 |
| 25-29 ans | 20,0 | 80,0 | 10 |
| 30-49 ans | 60,0 | 40,0 | 5 |
| État civil | | | |
| Célibataire | 13,7 | 86,3 | 95 |
| Marié(e) /conjoint(e) de fait | 55,6 | 44,4 | 9 |
| Autre | 50,0 | 50,0 | 2 |

5.2 Partenaires réguliers au cours des 12 mois précédant l'étude

Nous rappelons que les partenaires réguliers incluent ceux avec qui le répondant habite et ceux avec qui il n'habite pas. Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous ferons ressortir les caractéristiques des répondants ayant des partenaires réguliers afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle celles-ci varient suivant que le répondant habite ou non avec son partenaire régulier.

5.2.1 Cliniques

Dans les cliniques, la majorité des répondants (87,5 %) ont eu au moins un partenaire régulier au cours des 12 derniers mois. Le nombre de partenaires réguliers varie selon le sexe. En effet, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer plus d'un partenaire régulier (39,7 % contre 23,6 %; $p < 0,001$) (tableau 10).

Tableau 10
Distribution (%) des répondants des cliniques selon le nombre de partenaires réguliers au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe et le groupe d'âge

| | Aucun % | 1 % | 2 et plus % | Total N |
|-------------|------------|--------|----------------|------------|
| Sexe | | | | |
| Femme | 15,3 | 61,0 | 23,6 | 313 |
| Homme | 7,5 | 52,8 | 39,7 | 199 |
| Âge | | | | |
| 15-19 ans | 10,0 | 40,0 | 50,0 | 40 |
| 20-24 ans | 15,5 | 47,7 | 37,1 | 97 |
| 25-29 ans | 8,9 | 51,5 | 39,6 | 101 |
| 30-34 ans | 9,2 | 65,3 | 25,5 | 98 |
| 35-39 ans | 11,0 | 64,4 | 24,7 | 73 |
| 40-44 ans | 16,7 | 68,3 | 15,0 | 60 |
| 45-49 ans | 20,5 | 68,2 | 11,4 | 44 |

Près de six répondants sur dix (59,7 %) ont déclaré au moins un partenaire régulier cohabitant. Parmi ces répondants, 65 (21,6 %) ont dit avoir eu au moins un partenaire occasionnel; 40 (13,0 %) ont déclaré avoir toujours utilisé un condom avec leur partenaire régulier (ère) et un peu plus du quart (28,8 %) n'ont pas eu recours au test de dépistage du VIH.

Un peu moins de la moitié des répondants (45,8 %) a déclaré au moins un partenaire régulier non cohabitant. Ces répondants sont majoritairement âgés de moins de 30 ans (65,6 %) et sont des immigrants de seconde génération (66,4 %).

5.2.1.1 Caractéristiques des répondants ayant habité et ceux n'ayant pas habité avec un partenaire régulier au cours des 12 derniers mois.

Nous rappelons que cette analyse comparant les deux types de partenaire régulier vise à déterminer si les caractéristiques des deux sous-groupes sont différentes et donc d'analyser la pertinence de les différencier ou non dans une future enquête. Nous savons que certains répondants ont eu à la fois des partenaires réguliers avec qui ils ont habité et des partenaires réguliers avec qui ils n'ont pas habité au cours des 12 derniers mois. Sachant que ces derniers peuvent influencer la comparaison dans un sens ou dans un autre, nous avons pris la décision de les exclure de l'analyse.

Les analyses bivariées présentées au tableau 11 montrent que parmi les répondants ayant un partenaire régulier avec qui ils n'ont pas habité, une plus grande proportion répond aux caractéristiques suivantes :

- sont âgés de moins de 30 ans
- sont nés au Canada
- sont des immigrants de deuxième génération
- ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois
- sont célibataires

Tableau 11

Distribution (%) des répondants qui ont eu un partenaire régulier avec qui ils n'ont pas habité, selon certaines caractéristiques individuelles, comparée à celle des répondants qui ont eu un partenaire régulier avec qui ils ont habité

| | Avez qui vous n'avez pas habité % | N | Avez qui vous avez habité % | N |
|---|-----------------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| Sexe | | | | |
| Femme | 66,2 | 96 | 61,1 | 132 |
| Homme | 33,8 | 49 | 38,9 | 84 |
| Âge | | | | |
| 15-29 ans | 74,5 | 108 | 26,4 | 57 |
| 30 -49 ans | 25,5 | 37 | 73,6 | 159 |
| État civil | | | | |
| Célibataire | 84,8 | 123 | 21,1 | 45 |
| Marié(e)/conjoints(e) de fait | 6,2 | 9 | 67,6 | 144 |
| Autre | 9,0 | 13 | 11,3 | 24 |
| Lieu de naissance | | | | |
| Canada | 49,0 | 71 | 16,7 | 36 |
| Haïti | 48,3 | 70 | 81,9 | 177 |
| Autre | 2,8 | 4 | 1,4 | 3 |
| Durée de résidence au Canada | | | | |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 70,6 | 101 | 34,3 | 70 |
| Plus de 5 ans | 20,3 | 29 | 50,0 | 102 |
| 5 ans et moins | 9,1 | 13 | 15,7 | 32 |
| Nombre de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois | | | | |
| Aucun | 65,0 | 93 | 92,1 | 198 |
| 1 | 13,3 | 19 | 4,7 | 10 |
| 2 et plus | 21,7 | 31 | 3,3 | 7 |

5.2.2 JROC

La majorité des répondants (80,2 %) ont eu au moins un partenaire régulier au cours des 12 derniers mois. Comme dans les cliniques, le nombre de partenaires réguliers varie selon le sexe. En effet, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer un seul partenaire régulier (51,9 % contre 12,8 % ; $p < 0,001$) (tableau 12).

Tableau 12
Distribution (%) des JROC selon le nombre de partenaires réguliers au cours des 12 mois précédant l'étude, le sexe et le groupe d'âge

| | Aucun % | 1 % | 2 et plus % | N |
|-------------|------------|--------|----------------|----|
| Sexe | | | | |
| Femme | 7,4 | 51,9 | 40,7 | 27 |
| Homme | 23,4 | 12,8 | 63,8 | 94 |
| Âge | | | | |
| 15-19 ans | 28,3 | 18,3 | 53,3 | 60 |
| 20-24 ans | 11,1 | 20,0 | 68,9 | 45 |
| 25-29 ans | 18,2 | 27,3 | 54,5 | 11 |
| 30-49 ans | 0,0 | 60,0 | 40,0 | 5 |

5.3 Partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'étude

Partenaire occasionnel : Toute personne avec qui le répondant a eu des rapports sexuels, mais qui n'entre pas dans la catégorie de partenaire régulier(ère). Par exemple : rencontre d'un soir.

5.3.1 Nombre de partenaires occasionnels

5.3.1.1 Cliniques

Dans les cliniques, un peu plus du quart des répondants (26,8 %) ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Il est important de noter que les répondants âgés de 15 à 29 ans (comparativement à ceux âgés de 30 à 49 ans) et les hommes (comparativement aux femmes) sont plus nombreux à avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois.

Les résultats d'une régression logistique présentés au tableau 13 montrent que le sexe masculin, être âgé de moins de 30 ans, ne pas être marié et être un immigrant de 2^{ième} génération sont significativement associés au fait d'avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois.

Tableau 13
Caractéristiques des répondants des cliniques ayant eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois

| | Analyse univariée | | Régression logistique (n=487) | |
|---|-------------------|-----|-------------------------------|---------------------|
| | % | N | RC ajusté ^a | IC 95% ^b |
| Sexe ^c | | | | |
| Femme | 18,8 | 319 | 3,67 | (2,34-5,78) |
| Homme | 39,7 | 199 | | |
| Âge ^c | | | | |
| 15-29 ans | 37,2 | 239 | 2,02 | (1,19-3,44) |
| 30-49 ans | 17,9 | 280 | | |
| État civil ^c | | | | |
| Célibataire | 37,1 | 256 | 3,25 | (2,78-5,94) |
| Marié(e)/conjoint(e) de fait | 11,6 | 190 | | |
| Autre | 33,3 | 66 | 5,34 | (2,48-11,50) |
| Éducation | | | | |
| Primaire/secondaire | 28,5 | 172 | | |
| Programme non-universitaire et universitaire | 25,4 | 338 | | |
| Durée de résidence au Canada ^c | | | | |
| Immigrant de 1 ^{ère} génération | 17,7 | 249 | 1,69 | (1,10-2,80) |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 35,6 | 247 | | |
| Nombre de partenaires réguliers au cours des 12 derniers mois ^c | | | | |
| Aucun | 31,3 | 64 | | |
| 1 | 12,6 | 294 | | |
| 2 et plus | 51,7 | 145 | | |

^a RC = rapport de cotes

^b IC = intervalle de confiance

^c valeur-p<0,001

5.3.1.2 JROC

Dans ces sites, un peu plus des deux tiers des répondants (68,9 %) ont eu un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois (tableau 14).

Tableau 14
Proportion (%) des JROC qui ont déclaré au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge.

| | % | N |
|-------------------------|------|----|
| Sexe^a | | |
| Femme | 44,4 | 27 |
| Homme | 76,1 | 92 |
| Âge | | |
| 15-19 ans | 79,7 | 59 |
| 20-24 ans | 60,0 | 45 |
| 25-29 ans | 80,0 | 20 |
| 30-49 ans | 0,0 | 5 |

^a valeur-p<0,001

5.3.2 Fréquence d'utilisation du condom avec les partenaires occasionnels

5.3.2.1 Cliniques

Parmi les répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, 56 (42,7% %) disent avoir toujours utilisé un condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à utiliser le condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s) (48,7 % contre 34,5%, p=0.106).

Par ailleurs, parmi les répondants ayant déclaré au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, plus des deux tiers (68,5 %) ont utilisé le condom lors la dernière relation sexuelle avec ce partenaire occasionnel et les hommes sont plus nombreux à l'avoir utilisé (78,9 % contre 53,7 %; p<0,05) (tableau 15). Ils sont aussi plus nombreux que les femmes à fournir le condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel (78,3 % contre 25,0 %; p<0,001).

Tableau 15
Proportion (%) de répondants des cliniques ayant porté un condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois

| | % | N |
|---|------|-----|
| Sexe^a | | |
| Femme | 53,7 | 54 |
| Homme | 78,9 | 76 |
| Âge | | |
| 15-29 ans | 69,8 | 86 |
| 30-39 ans | 68,8 | 32 |
| 40-49 ans | 58,3 | 12 |
| État civil | | |
| Célibataire | 68,2 | 88 |
| Marié(e)/conjoints(e) de fait | 61,9 | 21 |
| Autre | 76,2 | 21 |
| Éducation | | |
| Primaire/secondaire | 64,4 | 45 |
| Programme non-universitaire et universitaire | 70,4 | 81 |
| Durée résidence au Canada | | |
| Immigrant de 1 ^{ère} génération | 71,8 | 39 |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 70,6 | 85 |
| Nombre de partenaires réguliers au cours des 12 derniers mois | | |
| Aucun | 65,0 | 20 |
| 1 et plus | 68,5 | 108 |
| Nombre de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois | | |
| 1 | 63,2 | 57 |
| 2-4 | 69,5 | 59 |
| 5 et plus | 85,7 | 14 |
| Déjà testé pour le VIH | | |
| Oui | 65,7 | 52 |
| Non | 65,4 | 67 |

^a valeur-p <0,001

5.3.2.2 JROC

Parmi les 80 répondants ayant déclaré au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, 42 (52,5 %) disent avoir toujours utilisé un condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s) (tableau 16). De plus, un peu plus des trois quarts (77,5 %) a utilisé de condom lors la dernière relation sexuelle avec ce partenaire occasionnel. Les hommes sont plus nombreux à utiliser le condom lors de la dernière relation sexuelle avec le partenaire occasionnel (80,9 % contre 58,3 %; $p=0,177$).

Tableau 16
Proportion (%) des JROC qui ont déclaré avoir toujours utilisé le condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s) au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge

| | % | N |
|-------------|------|----|
| Sexe | | |
| Femme | 50,0 | 12 |
| Homme | 52,9 | 68 |
| Âge | | |
| 15-19 ans | 57,4 | 47 |
| 20-24 ans | 38,5 | 26 |
| 25-49 ans | 71,4 | 7 |

5.4 Voyages en Haïti et aux États-Unis d'Amérique (USA) hors Canada

Les voyages en Haïti ont été identifiés comme un facteur de risque pour le VIH lors de l'étude de 1994. Une forte prévalence a été observée dans le sous-groupe des répondants qui ont voyagé en Haïti durant les cinq années précédant cette étude. Dans cette partie, nous regarderons spécifiquement les comportements sexuels de ceux qui ont voyagé en Haïti au cours des dix années précédant l'étude actuelle.

Parmi les répondants ayant rapporté au moins relation sexuelle avec pénétration, la majorité (82,0 %) a dit avoir effectué des voyages en Haïti ou aux États-Unis. Parmi eux, un peu plus de la moitié des répondants (54,4 %) ont séjourné dans les deux pays en Haïti et aux États-Unis, un peu plus du tiers (36,3 %) aux États-Unis seulement et un peu moins du dixième (9,3 % %) en Haïti seulement.

5.4.1 Cliniques

Parmi les répondants recrutés dans les cliniques et qui ont déclaré avoir voyagé en Haïti au cours des 10 dernières années, 59 (26,7 %) ont dit avoir eu des relations sexuelles lors de ces voyages. La majorité (67,7 %) est âgée entre 30 et 49 ans. Plus du tiers (34,9 %) de ces répondants ont dit avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des partenaires qui résident en Haïti. Parmi les répondants avec un partenaire régulier vivant en Haïti, plus de la moitié (59,3 %) ont déclaré n'avoir pas utilisé un condom lors de la dernière relation avec ce partenaire.

5.4.2 JROC

Parmi les répondants recrutés dans les sites non-cliniques qui ont déclaré avoir voyagé en Haïti au cours des 10 dernières années, 12 (36,4 %) ont dit avoir eu des relations sexuelles lors de ces voyages. Environ 60% de ces répondants ont dit avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des partenaires résidents en Haïti. Parmi les répondants avec un partenaire régulier vivant en Haïti (n=4), la moitié a déclaré avoir utilisé un condom lors de la dernière relation avec ce partenaire.

5.5 Relations génito-anales

Il est prouvé que le VIH se transmet plus facilement lors des relations génito-anales non protégées que lors des rapports non protégés avec pénétration vaginale. Dans cette partie du rapport, cette pratique sexuelle est analysée chez les deux sexes des participants à l'étude.

5.5.1 Cliniques

Dans les cliniques, 74 répondants (14,2 %) ont déclaré avoir déjà eu des relations génito-anales avec un partenaire de sexe opposé au cours de leur vie (tableau 17). La moitié (50 %) des femmes ayant déclaré avoir une relation génito-anale avec un homme au cours des 12 derniers mois n'ont pas utilisé un condom lors de la dernière relation génito-anale avec un homme.

Un peu plus de la moitié (51,7 %) des hommes ayant déclaré avoir déjà eu des relations génito-anales avec une femme au cours des 12 derniers mois n'a pas utilisé un condom lors de la dernière relation.

Aucun homme n'a déclaré avoir déjà eu des relations génito-anales avec un autre homme.

Tableau 17
Proportion (%) des répondants des cliniques qui ont déclaré avoir eu des relations génito-anales avec un partenaire de sexe opposé au moins une fois dans leur vie, selon le sexe et le groupe d'âge

| | % | N |
|-------------------------|------|-----|
| Sexe | | |
| Femme | 13,2 | 317 |
| Homme | 15,8 | 303 |
| Âge ^a | | |
| 15-19 ans | 12,5 | 40 |
| 20-24 ans | 24,2 | 99 |
| 25-29 ans | 15,8 | 101 |
| 30-34 ans | 20,8 | 101 |
| 35-39 ans | 7,7 | 79 |
| 40-44 ans | 1,7 | 59 |
| 45-49 ans | 2,4 | 42 |

^a valeur-p < 0,001

5.5.2 JROC

Parmi les JROC, 17 répondants (13,9 %) ont déclaré avoir déjà eu des relations génito-anales au cours de leur vie. Aucun homme n'a eu de relation génito-anale avec un autre homme (tableau 18).

Plus des trois quarts de ces hommes (83,3 %) ont utilisé un condom lors de la dernière relation génito-anale avec une femme au cours des 12 derniers mois.

Tableau 18
Proportion (%) des JROC qui ont déclaré avoir eu des relations génito-anales au moins une fois dans leur vie, selon le sexe et le groupe d'âge.

| | % | N |
|-------------|------|----|
| Sexe | | |
| Femme | 11,1 | 27 |
| Homme | 14,7 | 95 |
| Âge | | |
| 15-19 ans | 6,6 | 61 |
| 20-24 ans | 20,5 | 44 |
| 25-29 ans | 27,3 | 11 |
| 30-49 ans | 16,7 | 6 |

5.6 Autres comportements

Certains comportements non-sexuels peuvent favoriser la transmission du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections. Par exemple, l'usage de drogues injectables avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre constitue un risque important de transmission de VIH et aussi d'hépatite C. Dans cette section du rapport, nous analyserons cette pratique dans la population de l'étude. C'est d'autant plus important qu'il n'existe presque pas de données spécifiques sur les utilisateurs de drogues injectables (UDI) dans la population de l'étude.

Aucun des répondants recrutés dans les cliniques n'a déclaré avoir utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie.

Parmi les JROC, 3 répondants (2,0 %) ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables. Deux d'entre eux en ont consommées au cours des 12 derniers mois et ont déclaré que le matériel d'injection n'avait pas été utilisé par quelqu'un d'autre auparavant.

6. ATTITUDES FACE AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Points saillants

Cliniques

- Plus des deux tiers des répondants ont déclaré qu'ils continueraient à fréquenter un ami infecté par le VIH aussi souvent ou plus souvent qu'avant.

JROC

- Un peu moins de la moitié des répondants ont déclaré qu'ils continueraient à fréquenter un ami infecté par le VIH aussi souvent ou plus souvent qu'avant.

La stigmatisation et la discrimination ont toujours constitué des obstacles majeurs aux efforts de prévention dans toutes les sociétés. Cependant, depuis quelques années, un certain changement est noté dans les attitudes des individus face aux personnes infectées par le VIH. Une étude réalisée en 1991 auprès des Montréalais d'origine haïtienne a permis d'observer des attitudes positives envers les personnes infectées par le VIH dans cette population³³.

Dans cette section du rapport, nous analyserons les attitudes des répondants face aux personnes infectées par le VIH à partir de la question suivante : « Si vous aviez un(e) ami(e) (autre qu'un membre de votre famille ou une relation amoureuse) qui attrapait le VIH, continueriez-vous à le/la fréquenter ? ».

6.1 Cliniques

Parmi les 593 participants des cliniques ayant répondu à la question sur les attitudes, un peu plus des deux tiers (68,3 %) ont déclaré qu'ils fréquenteraient la personne infectée aussi souvent ou plus souvent. Les femmes (72,0 %) sont plus nombreuses que les hommes (62,2 %) à faire cette déclaration (tableau 19).

Tableau 19

Distribution (%) des répondants des cliniques selon la fréquence des visites envisagées face à un(e) ami(e) infecté(e) par le VIH et selon certaines caractéristiques individuelles

| | Arrêterait ou rarement % | Moins souvent % | Aussi souvent ou plus % | N |
|---------------------------------|---|----------------------------|--|----------|
| Sexe | | | | |
| Femme | 12,9 | 15,1 | 72,0 | 371 |
| Homme | 21,6 | 16,2 | 62,2 | 222 |
| Âge | | | | |
| 15-19 ans | 13,5 | 16,2 | 70,3 | 74 |
| 20-24 ans | 21,0 | 12,1 | 66,9 | 124 |
| 25-29 ans | 12,7 | 18,2 | 69,1 | 110 |
| 30-34 ans | 18,9 | 17,9 | 63,2 | 106 |
| 35-39 ans | 11,9 | 15,5 | 72,6 | 84 |
| 40-44 ans | 19,6 | 10,7 | 69,6 | 56 |
| 45-49 ans | 12,8 | 17,9 | 69,2 | 39 |
| Années de scolarité | | | | |
| Moins de 9 ans | 22,7 | 13,6 | 63,6 | 22 |
| 9-13 ans | 20,1 | 16,0 | 63,9 | 144 |
| Programme non- universitaire | 12,4 | 14,5 | 73,0 | 241 |
| Programme universitaire | 9,0 | 19,4 | 71,6 | 134 |

6.2 JROC

Parmi les 136 JROC ayant répondu à la question sur les attitudes, un peu moins de la moitié (46,3 %) ont déclaré qu'ils fréquenteraient la personne infectée aussi souvent ou plus souvent. Les femmes sont plus nombreuses (73,5%) à faire cette déclaration (tableau 20).

Tableau 20
Distribution (%) des JROC selon la fréquence des visites envisagées face à un (e) ami(e) infecté(e) par le VIH et selon certaines caractéristiques individuelles.

| | Arrêterait ou rarement % | Moins souvent % | Aussi souvent ou plus % | Total N |
|---------------------------------|---|----------------------------|--|--------------------|
| Sexe | | | | |
| Femme | 17,6 | 8,8 | 73,5 | 34 |
| Homme | 45,1 | 17,6 | 37,3 | 102 |
| Âge | | | | |
| 15-19 ans | 42,9 | 17,1 | 40,0 | 70 |
| 20-24 ans | 31,9 | 14,9 | 53,2 | 47 |
| 25-29 ans | 50,0 | 8,3 | 41,7 | 12 |
| 30-49 ans | 14,3 | 14,3 | 71,4 | 7 |
| Années de scolarité | | | | |
| Moins de 9 ans | 20,0 | 20,0 | 60,0 | 5 |
| 9-13 ans | 35,8 | 17,0 | 47,2 | 53 |
| Programme non- universitaire | 26,9 | 11,5 | 61,5 | 26 |
| Programme universitaire | 20,0 | 20,0 | 60,0 | 10 |

7. TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

Points saillants

Cliniques

- Près des trois quarts des répondants se disent très bien ou bien informé sur le test.
- Les deux tiers des répondants ayant déjà une relation sexuelle avec pénétration ont déclaré avoir eu recours au test de dépistage du VIH au cours leur vie.

JROC

- Un peu plus des trois quarts des répondants se disent très bien ou bien informés sur le test de dépistage du VIH.
- Un peu moins du tiers des répondants ayant déjà eu des rapports sexuels avec pénétration ont eu recours au test de dépistage du VIH au cours de leur vie.

L'efficacité des antirétroviraux (ARV) a été prouvée depuis plusieurs années dans la prise en charge des personnes atteintes de VIH/SIDA. Leur disponibilité renforce encore l'importance du dépistage précoce. La prise d'ARV a permis d'augmenter la durée et la qualité de vie de personnes infectées par le VIH et a aussi permis une diminution significative de la transmission mère-enfant du virus. La question du recours au test de dépistage du VIH se pose encore avec plus d'acuité pour les communautés originaires de pays où la prévalence de l'infection est élevée, comme c'est le cas dans la communauté montréalaise d'origine haïtienne. C'est pourquoi il a paru important dans ce chapitre du rapport de traiter de certaines conduites reliées à l'accès au test de dépistage, comme :

- la perception des répondants sur leur niveau d'information au sujet de ce test;
- la proportion et certaines caractéristiques des participants qui ont déjà eu recours au test de dépistage du VIH ;
- les raisons motivant ce choix.

7.1 Niveau d'information sur le test de dépistage du VIH

Il a été demandé aux répondants de qualifier leur niveau d'information sur le test de dépistage (cinq choix, de « mal informé » à « très bien informé »).

Cliniques

Parmi l'ensemble des répondants recrutés dans les cliniques, près des trois quarts (74,9 %) se disent très bien ou bien informés sur le test. Parmi ces derniers, un peu moins des deux tiers (65,6 %) ont eu recours au test de dépistage au moins une fois au cours de leur vie. La proportion de répondants sexuellement actifs qui disent très bien ou bien informés sur le test se situe autour de 70,0%

JROC

Chez les JROC, ce sont 78 % des répondants qui se disent très bien ou bien informés sur le test de dépistage. Par ces derniers, un peu plus du tiers (34,2 %) ont eu recours au test de dépistage au moins une fois au cours de leur vie. La proportion de répondants sexuellement actifs qui disent très bien ou bien informés sur le test se situe autour de 38,0 %

7.2 Fréquence du test de dépistage du VIH

7.2.1 Cliniques

Dans les cliniques 331 (66,3 %) répondants ayant déjà une relation sexuelle avec pénétration ont déclaré avoir eu recours au test de dépistage du VIH au moins une fois au cours leur vie. La proportion de femmes ayant passé le test est légèrement plus élevée que celle des hommes (69,6 % contre 61,1 %; $p=0,05$). La proportion de répondants ayant eu recours au test de dépistage est plus élevée chez ceux âgés de 30 à 39 ans, ceux qui ont moins de cinq ans de résidence au Canada, ceux qui sont nés en Haïti et ceux qui sont mariés ou ayant un conjoint de fait (tableau 21).

7.2.2 JROC

Parmi les JROC, 38 (32,2 %) répondants ayant déjà une relation sexuelle avec pénétration ont déclaré avoir eu recours au test de dépistage du VIH au cours leur vie. La proportion de femmes ayant passé le test est plus élevée que celle des hommes (65,4 % contre 22,8 %) (tableau 21).

Tableau 21

Proportion (%) des répondants ayant déjà eu une relation sexuelle avec pénétration qui ont déclaré avoir déjà passé le test de dépistage du VIH au cours de leur vie selon le site de recrutement et selon certaines caractéristiques individuelles

| | Cliniques | | JROC | |
|---|-----------|-----|-------|-----|
| | % | N | % | N |
| Sexe^a | | | | |
| Femme | 69,6 | 306 | 65,4 | 26 |
| Homme | 61,1 | 193 | 22,8 | 92 |
| Âge^b | | | | |
| 15-19 ans | 21,1 | 38 | 26,8 | 56 |
| 20-24 ans | 61,0 | 100 | 31,1 | 45 |
| 25-29 ans | 61,0 | 105 | 50,0 | 10 |
| 30-34 ans | 80,4 | 97 | 60,0 | 5 |
| 35-39 ans | 81,1 | 74 | 100,0 | 1 |
| 40-44 ans | 72,5 | 51 | 0 | 1 |
| 45-49 ans | 67,6 | 34 | 0 | 0 |
| État civil | | | | |
| Célibataire | 59,8 | 254 | 34,0 | 100 |
| Marié(e)/conjoint(e) de fait | 72,6 | 179 | 30,0 | 10 |
| Autre | 78,3 | 60 | 0,0 | 3 |
| Lieu de naissance | | | | |
| Canada | 48,7 | 152 | 32,8 | 61 |
| Haïti | 74,8 | 337 | 32,1 | 53 |
| Autre | 55,6 | 9 | 75,0 | 4 |
| Durée de résidence | | | | |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 56,6 | 244 | 34,8 | 92 |
| 5 ans et - | 87,3 | 71 | 66,7 | 3 |
| Plus de 5 ans | 69,8 | 159 | 16,7 | 18 |

^a p <0,05 (cliniques) et p <0,001(JROC)

^b p <0,001 (cliniques) et p >0,05(JROC)

7.3 Prise de décision pour passer le test de VIH

La décision de passer le test dépend généralement d'une démarche personnelle. Elle peut aussi être liée à d'autres raisons comme une demande faite par un médecin ou par une compagnie d'assurance, etc. Dans cette partie du rapport, nous analysons les raisons qui motivent la population de l'étude à avoir recours au test de dépistage.

Les répondants de l'étude, incluant ceux qui n'ont pas eu de relation sexuelle et indépendamment du type de site, ont été plus nombreux à mentionner qu'ils ont passé le test de leur propre initiative. Dans les cliniques, les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes à avoir passé le test sur la base d'une décision personnelle alors que l'observation inverse est faite dans les sites non cliniques (tableau 22).

Tableau 22
Distribution (%) des répondants selon la manière dont la décision de passer le test de dépistage du VIH a été prise, selon le sexe et le type de site

| | Cliniques | | JROC | |
|--|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| | Femme (n= 202) | Homme (n= 112) | Femme (n= 15) | Homme (n= 20) |
| Initiative propre | 35,6 | 41,1 | 66,7 | 55,0 |
| Demande du partenaire | 0,5 | 2,7 | 0,0 | 10,0 |
| Décision commune avec le partenaire | 2,5 | 0,0 | 6,7 | 5,0 |
| Prescription du médecin | 17,8 | 9,8 | 26,7 | 10,0 |
| Compagnie d'assurance | 6,9 | 10,7 | 0,0 | 5,0 |
| Immigration | 16,8 | 17,9 | 0,0 | 10,0 |
| A su que le test avait été fait lorsque le résultat a été obtenu | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 5,0 |
| Le test a été fait lors d'un examen de routine | 5,9 | 3,6 | 0,0 | 0,0 |
| Autre | 11,9 | 14,3 | 0,0 | 0,0 |

Nous voulons trouver les facteurs associés à n'avoir jamais passé un test de dépistage du VIH. Nous allons comparer les personnes qui n'ont jamais été testées à celles qui ont pris l'initiative de passer le test (initiative propre et décision commune avec le partenaire). Les participants n'ayant pas pris l'initiative de passer le test (demande du partenaire, prescription d'un médecin, compagnie d'assurance, pour immigrer, lors d'un examen de routine ou ont su que le test a été fait seulement après avoir reçu le résultat) sont exclus de cette analyse.

Les résultats de la régression logistique présentés au tableau 23 montrent que : avoir moins de 30 ans, être marié ou avoir un conjoint de fait et ne pas avoir un très bon niveau d'information sur le test de dépistage du VIH sont significativement associés au fait de n'avoir jamais passé un test de dépistage du VIH.

Tableau 23
Facteurs associés au fait de n'avoir jamais passé un test de dépistage pour le VIH des
répondants des cliniques

| Variable | Analyse uni variée | | Régression logistique (n=297) | |
|---|--------------------|-----|----------------------------------|----------------------|
| | % | N | RC ajusté ^a | IC 95 % ^b |
| Sexe | | | | |
| Femme | 54,7 | 172 | | |
| Homme | 60,0 | 125 | | |
| Âge^c | | | | |
| 15-29 ans | 62,5 | 176 | 1,9 | (1,1 - 3,3) |
| 30-49 ans | 48,8 | 121 | | |
| État civil | | | | |
| Célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf (ve) | 53,5 | 115 | | |
| Marié(e)/conjoint(e) de fait | 64,1 | 78 | 2,1 | (1,2 – 3,9) |
| Éducation | | | | |
| Primaire/secondaire | 62,3 | 106 | | |
| Programme non universitaire et universitaire | 54,0 | 187 | | |
| Durée résidence au Canada | | | | |
| Immigrant de 1 ^{ère} génération | 56,3 | 103 | | |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 57,6 | 184 | | |
| Nombre de partenaires réguliers au cours des 12 derniers mois | | | | |
| Aucun | 67,6 | 37 | | |
| Au moins un | 54,0 | 237 | | |
| Nombre de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois | | | | |
| Aucun | 55,3 | 188 | | |
| Au moins un | 59,8 | 92 | | |
| Type de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois | | | | |
| Au moins un occasionnel | 59,8 | 87 | | |
| Réguliers seulement | 53,5 | 159 | | |
| Niveau d'information sur le test de dépistage VIH^d | | | | |
| Très bien | 48,7 | 119 | | |
| Bien, moyen, mal, très mal | 62,6 | 174 | 1,7 | (1,0 – 2,7) |

^a RC = rapport de côtes

^b IC = intervalle de confiance

^c p < 0,01

^d p < 0,05

Une série de raisons non mutuellement exclusives et généralement évoquées pour ne pas avoir eu recours au test de dépistage du VIH ont été proposées aux répondants qui n'ont pas été testés au cours des deux dernières années précédant l'étude. Le tableau 24 présente la fréquence des raisons et nous constatons que la perception de ne pas être à risque est celle la plus évoquée (48 %) pour ne pas avoir recours au test de dépistage.

Tableau 24
Distribution (%) des répondants selon les raisons fréquemment évoquées pour n'avoir pas fait un test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années (tous sites inclus)

| | N | % |
|--|-----|------|
| Je ne suis pas à risque d'être infecté(e) | 189 | 48,0 |
| Je n'ai pas eu de relations sexuelles avec une personne infectée | 95 | 24,1 |
| Je pense que je ne suis pas infecté(e) | 81 | 20,6 |
| J'utilise toujours le condom | 79 | 20,1 |
| On ne m'a jamais offert le test quand je consulte le médecin ou l'infirmière | 73 | 18,5 |
| Je n'y ai jamais pensé avant | 47 | 11,9 |
| Je ne pense pas que je peux attraper le virus | 47 | 11,9 |
| Je ne pourrai pas supporter d'apprendre que je suis infecté(e) | 43 | 10,9 |
| Je suis en bonne santé | 40 | 10,2 |
| J'ai peur de l'impact des résultats sur ma vie familiale | 36 | 9,1 |
| Je n'ai pas de médecin | 34 | 8,6 |
| Je ne sais pas où aller pour me faire tester | 28 | 7,1 |

8. EXPOSITION AUX ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU VIH ET AUTRES ITSS AU QUÉBEC

Points saillants

Cliniques

- 85,4 % des répondants ont dit n'avoir pas participé à une activité sur le VIH au Québec.
- Très peu de répondants (15,3 %) ont dit qu'ils connaissent l'organisme GAP-VIES.

JROC

- 78,9 % des répondants ont dit n'avoir pas participé à une activité sur le VIH au Québec.
- Un peu moins du quart ont dit qu'ils connaissent l'organisme GAP-VIES.

L'objectif de cette section est de déterminer si les répondants ont été exposés à des activités de prévention du VIH et aussi de regarder le niveau de visibilité de GAP-VIES³ dans la population de l'étude. Pour ce, trois questions ont été posées aux répondants :

- Avez-vous déjà participé à une activité/événement social sur le VIH ici au Québec ?
- Connaissez-vous un organisme qui s'appelle GAP-VIES ?
- Avez-vous déjà participé à une activité/événement social organisé par GAP-VIES ?

8.1 Cliniques

Dans les cliniques, 88 (14,6 %) des répondants ont dit avoir déjà participé à une activité sur le VIH au Québec. Les répondants âgés de moins de 25 ans et les immigrants de deuxième génération sont plus nombreux à avoir déjà participé à une activité sur le VIH (tableau 25).

³ GAP-VIES est un organisme communautaire dont le mandat est de prévenir la transmission du VIH chez les QOH et de soutenir les personnes atteintes.

Tableau 25

Proportion (%) des répondants des cliniques qui ont déclaré avoir déjà participé à une activité sur le VIH au Québec selon le sexe, le groupe d'âge et la durée de résidence au Canada

| | % | N |
|---|------|-----|
| Sexe | | |
| Femme | 14,5 | 379 |
| Homme | 14,8 | 223 |
| Âge | | |
| 15-19 ans | 18,9 | 74 |
| 20-24 ans | 19,8 | 121 |
| 25-29 ans | 11,7 | 111 |
| 30-34 ans | 14,2 | 106 |
| 35-39 ans | 15,5 | 84 |
| 40-44 ans | 8,3 | 60 |
| 45-49 ans | 8,7 | 46 |
| Durée de résidence | | |
| Immigrant de 1 ^{ère} génération | 11,9 | 268 |
| Immigrant de 2 ^{ième} génération | 17,3 | 307 |

Peu de répondants (15,3 %) ont dit connaître GAP-VIES. La proportion de répondants connaissant GAP-VIES ne varie pas selon le sexe. Les répondants âgés de 30 à 49 ans sont plus nombreux à rapporter connaître cet organisme comparativement à ceux plus jeunes (15-29 ans : 9,7 %, 30-49 ans : 21,1 %, $p < 0.001$). Parmi les répondants qui ont dit connaître GAP-VIES, 15 (16,5 %) ont participé à une activité sur le VIH organisée par cet organisme.

8.2 JROC

Parmi les JROC, 30 (21,1 %) répondants ont dit avoir déjà participé à une activité sur le VIH au Québec. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir déjà participé à une activité sur le VIH (tableau 26). Un cinquième des répondants (21,4 %) a dit connaître GAP-VIES. Parmi les répondants qui ont dit connaître GAP-VIES, 43,3 % ont déjà participé à une activité sur le VIH organisée par cet organisme.

Tableau 26
Proportion (%) des répondants JROC qui ont déclaré avoir déjà participé à une
activité sur le VIH au Québec selon le sexe et le groupe d'âge.

| | % | N |
|-------------------------|------|-----|
| Sexe^a | | |
| Femme | 30,6 | 36 |
| Homme | 17,9 | 106 |
| Âge | | |
| 15-19 ans | 14,7 | 75 |
| 20-24 ans | 22,0 | 50 |
| 25-29 ans | 25,0 | 12 |
| 30-49 ans | 75,0 | 8 |

^a valeur- $p < 0,05$

9. DISCUSSION

Malgré la disponibilité des antirétroviraux, la lutte contre le VIH/SIDA est loin d'être gagnée au Québec ou ailleurs dans le monde. L'infection au VIH demeure une maladie incurable. D'énormes efforts restent à faire pour encourager les individus à adopter des comportements à moindre risque et aussi à avoir des attitudes plus positives envers les personnes infectées et affectées.

Cette section du rapport fait ressortir les points importants à prendre en considération tant dans le développement ou le renforcement de stratégies d'intervention auprès de la population des Québécois d'origine haïtienne que dans la prospection de nouvelles pistes de recherche.

Nous considérons qu'il n'est pas approprié de comparer statistiquement les résultats de cette étude avec ceux de 1994. En effet, les populations rejointes par les deux études sont différentes. Notamment, environ 90% des répondants de l'étude de 1994 étaient nés en Haïti alors qu'en 2007 c'est le cas pour un peu moins des deux-tiers.

9.1 Prévalence du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis

Deux participants ont été trouvés positifs pour le VIH. L'infection au VIH reste donc un problème de santé publique dans cette communauté. Il est cependant difficile de comparer ces données avec celles de l'étude de 1994 à cause des changements observés dans la population haïtienne de Montréal. En effet, depuis l'étude précédente, il y a eu une importante progression du pourcentage de QOH nés au Canada. Cependant, les données de l'étude actuelle comme celles de 1994 permettent d'arriver à une conclusion semblable, soit que ce sont les populations récemment immigrées qui sont les plus susceptibles d'être infectées par le VIH.

Nous pensons que la prévalence du VIH observée dans cette étude pourrait être une sous estimation de celle chez l'ensemble des QOH de Montréal. En effet, il est possible que les personnes qui se savent infectées par le VIH aient plus tendance à visiter leur médecin traitant dans une clinique spécialisée pour tous leurs problèmes de santé; elles seraient donc moins susceptibles d'avoir été recrutées dans le cadre de l'étude.

Il y a peu d'études faites en Haïti sur la prévalence de l'hépatite C rendant toute comparaison entre les deux groupes de population hasardeuse. Par ailleurs, l'utilisation de drogues injectables serait très faible dans la population de l'étude; comme l'injection est l'un des principaux facteurs de risque pour l'hépatite C, on s'attend à un faible taux de prévalence faible.

Il est difficile de commenter les résultats sur la syphilis car ceux-ci incluent à la fois les cas de syphilis aiguë et ceux de syphilis plus ancienne. On peut quand même faire remarquer que, contrairement à l'épidémiologie de la syphilis au Québec, tous les hommes chez qui on a trouvé un résultat positif sont hétérosexuels. On note également que les prévalences observées ne sont pas supérieures aux taux de syphilis observés en Haïti et que les caractéristiques individuelles associées sont les mêmes¹². En effet, la prévalence de syphilis la plus faible se retrouve chez les moins de 24 ans.

9.2 Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH

La proportion des répondants qui se sont dits très bien ou bien informés sur le test de dépistage du VIH est élevée indépendamment du type de site de recrutement. Cependant, la proportion de répondants qui ont eu recours au test de dépistage est environ deux fois plus élevée chez les répondants recrutés dans les cliniques que dans les JROC (66,3 % contre 32,2 %). Il devient donc évident qu'il faudra renforcer les messages sur les bénéfices du test de dépistage auprès des jeunes.

La raison la plus fréquemment évoquée pour n'avoir jamais eu recours au test de dépistage par les répondants ayant déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration est qu'ils ne considèrent pas être à risque d'être infectés. Cela soulève un questionnement sur la perception des risques chez les répondants. Sachant que cette perception pourrait aussi bien être erronée, une étude qualitative incluant cet aspect pourrait s'avérer essentielle pour mieux guider les interventions.

9.3 Comportements sexuels

Les résultats de l'étude révèlent des indices préoccupants en lien avec le comportement sexuel des QOH. Ces indices concernent surtout les répondants qui ont eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois et aussi ceux qui n'ont pas utilisé systématiquement le condom lors d'une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel.

Le risque de transmission du VIH et d'autres ITS augmente avec le nombre de partenaires sexuels. Il devient encore plus important quand l'usage du condom avec ces partenaires n'est pas systématique.

Cependant, on constate que presque la moitié des répondants dans les cliniques et plus des trois quarts des JROC ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Une proportion élevée des répondants ayant un partenaire régulier cohabitant ou pas ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'étude. Or, non seulement une proportion élevée de répondants ayant au moins un partenaire occasionnel n'utilisent pas systématiquement le condom avec ce partenaire occasionnel mais encore très peu de répondants utilisent le condom avec leur partenaire régulier, dès lors ces derniers deviennent indirectement à risque de contracter une ITSS.

A la lumière de ces informations, il est donc nécessaire de trouver des stratégies pour conscientiser les personnes qui pratiquent le multi partenariat sur l'importance de protéger tous les partenaires sexuels contre une ITSS sans toutefois porter de jugement moral.

9.4 Exposition aux activités de VIH

Pour que les individus adoptent des comportements à moindre risque, ils doivent être exposés à une série d'informations y référant. Or une proportion très élevée de répondants dit n'avoir jamais participé à une activité ou un événement social sur le VIH. Il faut convenir qu'il s'agit là d'un indice inquiétant.

Ces informations soulèvent encore la question de l'accessibilité à une information claire, compréhensible et incitant à l'action. Il est donc important pour les différents organismes œuvrant dans la prévention de trouver des stratégies rendant accessibles des informations pertinentes sur un comportement sexuel responsable. De plus, il serait important de toujours évaluer l'impact des campagnes de prévention dans un souci d'ajustement.

9.5 Vulnérabilité des femmes

Nous avons jugé important de porter une attention particulière sur des facteurs pouvant confirmer ou infirmer la vulnérabilité des femmes. Nous avons considéré le port du condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel, la personne qui a fourni le condom lors de cette relation et la place de l'initiative individuelle dans la prise de décision de passer un test de dépistage du VIH. Les résultats montrent que parmi les répondants n'ayant pas utilisé un condom lors de la

dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (46,3 % contre 21,1 %).

De plus, les hommes sont plus nombreux à avoir fourni le condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel (78,3 % contre 25,0 %). Par contre, le sexe n'est pas significativement associé à la prise de décision pour passer le test chez les répondants qui ont déjà eu une relation sexuelle avec pénétration.

Ces données à elles seules ne peuvent pas expliquer la vulnérabilité des femmes face au VIH, mais elles soulignent le manque de pouvoir de négociation de celles de la population de l'étude pour ce qui est d'adopter des comportements sexuels à moindre risque.

9.6 Limites des données

L'étude étant basée sur une participation volontaire, les risques de biais de sélection sont considérables. Ce biais a été minimisé car tout au long de l'enquête, nous avons surveillé le profil démographique des répondants selon les sites de recrutement et nous avons concentré nos activités dans des cliniques dont le profil sociodémographique de la clientèle QOH est plus comparable à celui de la population d'origine haïtienne de la région métropolitaine de Montréal lors du recensement de 2001 vu que les données de 2006 n'étaient pas disponibles.

Le biais de désirabilité sociale est aussi à considérer dans cette étude puisque les comportements sont auto rapportés. Cependant, la cohérence des données obtenues lors de l'enquête réalisée dans cette même population en 1994-1996 montrait que ce biais est faible. Par ailleurs, l'entraînement des interviewers était un élément important pour minimiser ce biais.

10. CONCLUSION

Cette étude est la seconde depuis 1994 à suivre l'évolution de l'épidémie et les comportements s'y rattachant au sein des QOH. Les résultats sont à la fois encourageants et préoccupants. Ils constituent une bonne référence pour toutes les organisations qui veulent mener des actions visant à prévenir le VIH, promouvoir des comportements sexuels responsables et la compassion pour les personnes vivant avec le VIH dans la communauté haïtienne du Québec.

Les QOH de Montréal continuent la mobilisation contre l'épidémie du VIH. C'est encore l'une des rares communautés à s'organiser pour trouver des stratégies de lutte contre des problèmes socio-sanitaires. L'enthousiasme des organisations partenaires et la participation active de la population dans les études de 1994 et 2007 témoignent d'une volonté de se prendre en charge.

Nous espérons que les informations issues de ce rapport circuleront dans la communauté haïtienne de Montréal et qu'une bonne utilisation en sera faite pour accompagner les QOH dans la prise en charge de leur santé.

11. BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA/07.27F / JC1322F (version française, décembre 2007).
- ² Ville de Montréal. Division des affaires économiques et institutionnelles. Montréal en statistiques (Janvier 2010). Portraits démographiques – Coup d'œil sur les immigrants nés en Haïti (Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2006).
- ³ Institut national de santé publique du Québec : Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec - Cas cumulatifs avril 2002 à juin 2006. Avril 2007.
- ⁴ Ministère de la santé et des services sociaux (2004) : Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) .Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour #2003-2.
- ⁵ *Adrien Alix, Boivin Jean-François, Tousignant Yves, Hankins Catherine : Le sida et les Montréalais d'origine haïtienne : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la communauté.* 1991.
- ⁶ *Cohen Jon.* The Overlooked Epidemic. 2006. Science. Vol. 13 no.5786, pp.468-469.
- ⁷ *Gaillard E. M., Boulos L.-M., Cayemittes M. P. André et al.* Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. Sexually Transmitted Infections 2006;82(suppl_1):i14-i20; doi:10.1136/sti.2005.018051 Copyright © 2006 by the BMJ Publishing Group Ltd.
- ⁸ Institut Haïtien de l'enfance et Demographic and Health survey, ORC MACRO. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services. EMMUS IV. Juillet 2006.
- ⁹ *Worobey M. et coll.* The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond 2007. National Academy of Sciences of the USA.
- ¹⁰ Ministère de la santé publique et de la population, Institut haïtien de l'enfance, Les centres GHESKIO, Center for disease control : Étude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, la syphilis, l'hépatite B, l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti. (2006/2007).
- ¹¹ *Fitzgerald Daniel W., Behets Frieda, Preval Johanne, Schulwolf Lauren, Bommi Vidya, MSW and Chaillet Pascal.* Decreased Congenital Syphilis Incidence in Haiti's Rural Artibonite Region Following Decentralized Prenatal Screening. March 2003, Vol 93, No. 3. American Journal of Public Health 444-446.
- ¹² *Hepburn Matthew J, and Lawitz Eric J.:* seroprevalence of hepatitis C and associated risk factors among an urban population in Haiti. BMC Gastroenterology 2004, 4:31 doi:10.1186/1471-230X-4-31.

- ¹³ *Holschneider, Silvia O. M. Alexander, Cheryl S.*, Social and psychological influences on HIV preventive behaviors of youth in Haiti. *Journal of Adolescent Health*. 33(1):31-40, 2003 Jul.
- ¹⁴ Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA/06.29F (version française, décembre 2006).
- ¹⁵ *Gomez M. Perry; Bain Rosa Mae *; Major Carol ++; Gray Hannah +; Read Stanley E.* Characteristics of HIV-Infected Pregnant Women in the Bahamas. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*. 12(4):400-405, August 1, 1996.
- ¹⁶ Ministère de la santé et de la protection sociale, France (2004) : Programme de lutte contre le VIH/SIDA en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006. Disponible sur <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/sida/lutte-contre-sida/lutte-contre-sida.html>.
- ¹⁷ *Cabié André, Georger-Sow Marie-Thérèse, Nacher Mathieu.* Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004. *BEH*, 2005, n° 46-47.
- ¹⁸ *Lot Florence.* Place des étrangers dans l'Épidémie de VIH-sida en France. *Maux d'exil*. Déc.2006. No 17.
- ¹⁹ *Bouillon K., Lert F., Michelot F., Schmauss A., Spire B., Dray-Spira R.* Les patients vivant avec le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. *BEH*, 2005, n° 46-47.
- ²⁰ *Masse Virginie, Dray-Spiral Rosemary, Spire Bruno, Schmaus Annie, Lert France.* Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH-sida aux Antilles et en Guyane. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003. *BEH*, 2005, n° 46-47.
- ²¹ United States Census 2000, Foreign-Born Profiles (STP-159) at <http://www.census.gov/population/www/socdemo/foreign/STP-159-2000tl.html>.
- ²² *Ayasha Richardson*, Florida A&M University MPH Candidate. HIV/AIDS among Haitians: Epidemiological profile. Florida 2003.
- ²³ HIV/AIDS in Florida's Haitian Population, 2004. Florida Department of Health, Bureau of HIV/AIDS.
- ²⁴ HIV/AIDS in Florida's Haitian Population, 2004. Florida Department of Health, Bureau of HIV/AIDS.
- ²⁵ Broward County HIV Health Services Planning Council (BCHHSPC). Report of findings: Epidemiology (2006). Fort Lauderdale, FL : Author. (Federal Ryan White CARE).
- ²⁶ *Madison A., Hung R., Jean-Louis E.* The Boston Haitian Prevention Coalition Formative Evaluation: A participatory Approach to Community Self-Assessment. *Ethnicity & Disease*, vol 14, summer 2004.

- ²⁷ Barsky, A. E. & Albertini V. L. Facilitators and barriers to care for Haitian Americans with HIV or AIDS. *Journal of HIV and Social services* 2006, 5 (3/4), 63-86.
- ²⁸ Malow R. M.; Cassagnol T.; McMahon R.; Jennings T.E.; Roatta V.G. Relationship of psychosocial factors to HIV risk among Haitian women. *AIDS Educ Prev.* 2000 Feb; 12(1):79-92.
- ²⁹ Augustin Y.-G. M., AIDS risk behavior among Haitian-Americans : An empirical test of the Information-Motivation-Behavioral skills model. 2002. (Dissertation for a partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of psychology).
- ³⁰ Ministère de l'immigration et des Communautés culturelles : Portrait statistique de la population d'origine ethnique haïtienne, recensée en 2001 disponible sur <http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/fr/diversite-ethnoculturelle/stats-groupes-ethno.html>.
- ³¹ Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Surveillance de deuxième génération du VIH : Les dix prochaines années. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5; UNAIDS/00.03F.
- ³² Mills S., Saidel T., Magnani R., Brown T. Surveillance and modelling of HIV, STI, and risk behaviours in concentrated epidemics. *Sex. Transm. Inf.* 2004;80:57-62.
- ³³ Direction de la santé Publique de Montréal : Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH : Prévalence de l'infection au VIH; situations et comportements associés. Rapport publié en Mai 1998.

BON DE COMMANDE

| QUANTITÉ | TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée) | PRIX UNITAIRE (tous frais inclus) | TOTAL |
|----------|--|--------------------------------------|-------|
| | Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale – 2^e édition | 5,00\$ | |
| | NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) ISBN 978-2-89494-928-3 (2 ^e édition, 2010, version imprimée) | | |

Nom _____

Adresse _____
No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 