



ÉTUDE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL,
LES ATTITUDES ET LES CONNAISSANCES
EN LIEN AVEC LES INFECTIONS
TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE
SANG CHEZ LES JEUNES ET LES ADULTES
DES PREMIÈRES NATIONS

RÉGION DU QUÉBEC



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Auteure

Zineb Laghdir, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Groupe de travail de recherche

Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec
Louise Tanguay, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Collaborateurs

Dr. Jean-Pierre Courteau, Santé Canada
Michèle Deschamps, Santé Canada
Thérèse Gagnon, Santé Canada
Francine Levac, Santé Canada
Suzie Matteau, sexologue
Nancy Gros-Louis McHugh, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Mathieu-Olivier Côté, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Marie-Noëlle Caron, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Page couverture et graphisme

Chantal Cleary, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Patricia Mathias, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Michelle Boisvert

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

Aucune reproduction n'est permise sans l'autorisation de la CSSSPNQL

Ce document est disponible en anglais.

Il est possible de consulter cette étude sur le site Internet de la CSSSPNQL à l'adresse suivante : www.cssspnql.com.

© CSSSPNQL – 2011

ISBN : 978-1-926553-43

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des figures	vii
I. INTRODUCTION ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	1
1. Introduction.....	1
2. Contexte de la recherche.....	1
3. État de connaissance	2
3.1 ITSS bactériennes les plus fréquentes.....	2
3.2 ITSS virales les plus fréquentes.....	4
3.3 Objectifs de la recherche	8
II. POPULATION ET MÉTHODES.....	11
1. Protocole de recherche.....	11
2. Population et type d'étude	11
2.1 Portrait des Premières Nations au Québec.....	11
2.2 Type d'étude.....	15
3. Plan d'échantillonnage.....	15
3.1 Sélection des communautés	15
3.2 Population cible	16
4. Cueillette de données	18
4.1 Recrutement des intervieweurs.....	18
4.2 Formation des intervieweurs.....	18
4.3 Appui aux intervieweurs.....	19
5. Source des données.....	19

5.1 Questionnaire s'adressant aux adultes	19
5.2 Questionnaire s'adressant aux jeunes	20
6. Analyse de données	20
7. Aspect éthique.....	20
III. LES JEUNES DES ÉCOLES SECONDAIRES DES PREMIÈRES NATIONS	23
1. Caractéristiques de la population.....	23
2. Comportements sexuels	25
2.1 Activité sexuelle	25
2.2 Pratiques sexuelles.....	27
2.3 Autres comportements à haut risque	29
3. Protection contre le VIH/sida et autres ITSS	29
3.1 Fréquence d'utilisation du condom	30
3.2 Raisons pour ne pas utiliser le condom	31
3.3 Utilisation du condom et le type de partenaire	33
3.4 Moyens de contraception.....	34
4. Connaissances et moyens d'information liés au VIH/sida et aux autres ITSS, aux mécanismes de transmission et aux moyens de prévention	35
4.1 Connaissance des différentes ITSS.....	36
4.2 Estimation du niveau de connaissance	37
4.3 Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de prévention.....	39
4.4 Connaissances liées au VIH/sida et d'autres ITSS	40
5. Sources d'informations	42
5.1 Les sources d'information utilisées par les jeunes	42
5.2 Les sources d'information préférées par les jeunes	43

6. Tests de dépistage	45
7. Attitudes et perceptions	47
7.1 Attitudes des jeunes envers le VIH/sida.....	47
7.2 Modes de protection	53
8. L'usage de substance et les relations sexuelles.....	53
8.1 Boissons alcoolisées	54
9. Utilisation de drogues	56
9.1 Drogues consommées par les jeunes	57
9.2 Drogues injectables utilisées par les jeunes.....	58
9.3 Consommation de drogues et relations sexuelles	58
9.4 Matériel utilisé pour s'injecter les drogues.....	59
10. Piercing ou tatouage.....	60
Discussion	62
IV. LES ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS.....	65
1. Caractéristiques de la population.....	65
2. Comportements sexuels	68
2.1 Activité sexuelle	68
2.2 Pratiques sexuelles.....	71
2.3 Autres comportements à risques	73
3. Protection contre le VIH/sida et autres ITSS	74
3.1 Fréquence d'utilisation du condom	74
3.2 Raisons pour ne pas utiliser le condom	77
3.3 Utilisation du condom et le type de partenaire	81
3.4 Moyens de contraception.....	82

4. Connaissances et moyens d'information liés au VIH/sida et aux autres ITSS, aux mécanismes de transmission et aux moyens de prévention	83
4.1 Connaissance des différentes ITSS	84
4.2 Estimation du niveau de connaissance	85
4.3 Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de prévention.....	87
4.4 Connaissances liées au VIH/sida et d'autres ITSS	88
5. Sources d'information	90
5.1 Les sources d'information utilisées par les participants à l'enquête.....	90
5.2 Les sources d'information préférées par les participants à l'enquête	92
6. Test de dépistage	93
7. Attitudes et perceptions envers le VIH/sida.....	98
8. Modes de protection contre le VIH et les autres ITSS	104
9. Consommation d'alcool et de drogues et les relations sexuelles.....	105
9.1 Boissons alcoolisées	106
9.2 Utilisation de drogues	108
10. Piercing ou tatouage.....	114
10.1 Vérification de l'état du matériel utilisé pour le tatouage ou le perçage	116
Discussion	117
Conclusion	123
Références	127
ANNEXES	131
ANNEXE 1	133
ANNEXE 2	135
ANNEXE 3	137

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques des communautés sélectionnées pour participer à l'étude.....	16
Tableau 2	Taille de l'échantillon dans chaque communauté sélectionnée	17
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques des 179 étudiants	24
Tableau 4	Distribution des répondants selon les catégories d'âge à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? » .	26
Tableau 5	Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les jeunes actifs sexuellement	27
Tableau 6	Effectif des jeunes ayant déclaré avoir pratiqué le sexe oral et le sexe anal.....	28
Tableau 7	Effectif des jeunes ayant déclaré avoir eu des comportements à haut risque pour la transmission des ITSS.....	29
Tableau 8	Fréquence de l'utilisation du condom parmi les jeunes sexuellement actifs, selon les catégories d'âge	31
Tableau 9	Caractéristiques sociodémographiques des 935 participants à l'enquête .	66
Tableau 10	Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? », selon les catégories d'âge.....	69
Tableau 11	Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les participants actifs sexuellement, selon le sexe	70
Tableau 12	Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les participants actifs sexuellement, selon l'âge.....	70
Tableau 13	Proportion des femmes et des hommes ayant déclaré avoir pratiqué le sexe anal ou le sexe oral	72
Tableau 14	Proportion des répondants ayant déclaré avoir pratiqué le sexe anal au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge.....	72
Tableau 15	Proportion des femmes et des hommes ayant eu des comportements à haut risque pour la transmission des ITSS.....	73
Tableau 16	Fréquence d'utilisation du condom parmi l'ensemble des répondants, selon l'âge	76

Tableau 17	Proportion des femmes et des hommes ayant déclaré avoir passé un test de dépistage pour le VIH, l'hépatite C ou les autres ITSS	96
Tableau 18	Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours, selon l'âge.....	107
Tableau 19	Fréquence de consommation d'une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge	108
Tableau 20	Proportion des répondants ayant déclaré avoir utilisé des drogues illicites durant les 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge	109
Tableau 21	Fréquence de consommation de drogue avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête.....	113

Liste des figures

Figure 1	Distribution des catégories d'exposition parmi les cas déclarés de sida chez les hommes autochtones du Canada, entre novembre 1979 et le 30 juin 2003.....	6
Figure 2	Distribution des catégories d'exposition parmi les cas déclarés de sida chez les femmes autochtones du Canada, entre novembre 1979 et le 30 juin 2003.....	7
Figure 3	Distribution des catégories d'exposition chez les hommes autochtones du Canada, qui ont obtenu des résultats positifs aux tests pour le VIH entre janvier 1978 et le 30 juin 2003.....	8
Figure 4	Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? »	25
Figure 5	Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? », selon le sexe.....	26
Figure 6	Distribution des adolescents sexuellement actifs selon la pratique de la pénétration anale.....	28
Figure 7	Distribution des adolescents sexuellement actifs selon la pratique du sexe oral.....	28
Figure 8	Fréquence de l'utilisation du condom parmi les jeunes sexuellement actifs, selon le sexe	30
Figure 9	Raisons pour lesquelles les jeunes n'utilisaient pas le condom.....	32
Figure 10	Attitudes face au refus du partenaire régulier d'utiliser le condom selon le sexe	33
Figure 11	Attitudes face au refus du partenaire occasionnel d'utiliser le condom selon le sexe.....	34
Figure 12	Moyens de contraception utilisés par les jeunes actifs sexuellement	35
Figure 13	Proportion des répondants qui ont entendu parler des différentes ITSS, selon le sexe.....	36
Figure 14	Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? »	37
Figure 15	Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? » selon le sexe	38

Figure 16	Connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida chez les adolescents selon le sexe (% de réponses exactes).....	39
Figure 17	Connaissances liées au VIH/sida chez les jeunes selon le sexe (% de réponses exactes)	40
Figure 18	Distribution des répondants à la question : « Quelles conséquences peuvent avoir les ITSS sur la santé d'une personne à long terme? », selon le sexe.....	41
Figure 19	Sources d'information utilisées par les jeunes selon le sexe	42
Figure 20	Sources d'information préférées par les jeunes selon le sexe	44
Figure 21	Proportion des cas d'ITSS diagnostiqués rapportés par les jeunes selon le sexe	45
Figure 22	Proportion des jeunes sexuellement actifs qui ont passé un test de dépistage pour une ITSS, l'hépatite C ou le VIH	46
Figure 23	Distribution des répondants à la question : « Connaissez-vous au moins une personne atteinte du VIH/sida? », selon le sexe	47
Figure 24	Groupes à risques pour le VIH identifiés par les jeunes, selon le sexe	48
Figure 25	Craintes des jeunes à l'égard du VIH/sida selon le sexe	49
Figure 26	Raisons pour lesquelles le VIH n'inquiétait pas les jeunes selon le sexe ..	49
Figure 27	Raisons pour lesquelles le VIH inquiétait les jeunes selon le sexe.....	50
Figure 28	Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur les pratiques sexuelles d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe.....	51
Figure 29	Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur la toxicomanie d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe.....	52
Figure 30	Modes de protection utilisés par les jeunes contre le VIH et les autres ITSS selon le sexe.....	53
Figure 31	Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours déclarée par les jeunes selon le sexe.....	54
Figure 32	Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours déclarée selon les catégories d'âge	55
Figure 33	Fréquence de la consommation d'une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle selon le sexe durant les 12 mois précédant l'enquête	56
Figure 34	Consommation ou injection de drogues selon le sexe au cours des 12 mois précédant l'enquête	57

Figure 35	Types de drogues consommées au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les consommateurs de drogues, selon le sexe	57
Figure 36	Fréquence de consommation de drogues avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe	58
Figure 37	Proportion des jeunes ayant rapporté avoir partagé le matériel d'injection de drogues durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe.....	59
Figure 38	Proportion des jeunes ayant rapporté avoir eu un tatouage ou un piercing au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe	60
Figure 39	Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous assuré que les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate? », selon le sexe	61
Figure 40	Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? », selon le sexe	68
Figure 41	Distribution des répondants selon la pratique de la pénétration anale	71
Figure 42	Distribution des répondants selon la pratique du sexe oral.....	71
Figure 43	Fréquence d'utilisation du condom selon le sexe parmi l'ensemble des répondants.....	75
Figure 44	Fréquence d'utilisation du condom selon le niveau de scolarité.....	77
Figure 45	Raisons pour lesquelles les participants n'utilisaient pas le condom.....	78
Figure 46	Raisons pour lesquelles les participants n'utilisaient pas le condom, selon le statut marital.....	80
Figure 47	Attitudes des répondants face au refus du partenaire régulier d'utiliser le condom, selon le sexe	81
Figure 48	Attitudes des répondants face au refus du partenaire occasionnel d'utiliser le condom, selon le sexe	81
Figure 49	Moyens de contraception rapportés par les participants à l'enquête.....	82
Figure 50	Proportion des répondants ayant entendu parler des différentes ITSS selon le sexe.....	84
Figure 51	Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? »	85
Figure 52	Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? », selon le sexe	86
Figure 53	Connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida selon le sexe (% de réponses exactes).....	87

Figure 54	Connaissances liées au VIH/sida selon le sexe (% de réponses exactes)	88
Figure 55	Distribution des répondants à la question : « Quelles conséquences peuvent avoir les ITSS sur la santé d'une personne à long terme? », selon le sexe.....	89
Figure 56	Sources d'information utilisées par les participants à l'enquête selon le sexe.....	90
Figure 57	Sources d'information préférées par les participants à l'enquête selon le sexe.....	92
Figure 58	Proportion des cas d'ITSS diagnostiqués rapportés par les participants à l'enquête selon le sexe	93
Figure 59	Proportion des cas d'ITSS diagnostiqués rapportés par les participants à l'enquête selon l'âge	95
Figure 60	Endroits où les participants ont passé le test de dépistage selon le sexe ..	97
Figure 61	Distribution des répondants à la question : « Connaissez-vous au moins une personne atteinte du VIH/sida? », selon le sexe	98
Figure 62	Groupes à risques pour le VIH identifiés par les participants à l'enquête selon le sexe.....	99
Figure 63	Distribution des répondants à la question : « Est-ce que le VIH vous inquiète? », selon le sexe	100
Figure 64	Raisons pour lesquelles le VIH n'inquiétait pas les femmes et les hommes.....	101
Figure 65	Raisons pour lesquelles le VIH inquiétait les femmes et les hommes	102
Figure 66	Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur les pratiques sexuelles d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe.....	102
Figure 67	Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur la toxicomanie d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe.....	103
Figure 68	Modes de protection utilisés par les répondants contre le VIH et les autres ITSS.....	104
Figure 69	Modes de protection utilisés contre le VIH et les autres ITSS selon l'âge.....	105
Figure 70	Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe	106
Figure 71	Fréquences de consommation d'une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe ..	107

Figure 72	Proportion des répondants ayant déclaré avoir utilisé des drogues illicites durant les 12 mois précédant l'enquête selon le sexe.....	109
Figure 73	Types de drogues consommées au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les consommateurs de drogues, selon le sexe	110
Figure 74	Types de drogues injectables consommées au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les consommateurs de drogues, selon le sexe.....	111
Figure 75	Fréquence de consommation de drogue avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe	112
Figure 76	Proportion des femmes et des hommes ayant partagé le matériel d'injection de drogues durant les 12 mois précédant l'enquête	114
Figure 77	Proportion des femmes et des hommes ayant eu un tatouage ou un piercing au cours des 12 mois précédant l'enquête	115
Figure 78	Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous assuré que les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate? », selon le sexe	116

I. INTRODUCTION ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

1. Introduction

Une infection transmise sexuellement et par le sang (ITSS) est une maladie infectieuse qui, comme son nom l'indique, peut être transmise lors de relations sexuelles non protégées ou d'une exposition à du sang ou à des liquides organiques contaminés. Il est bien connu que les ITSS constituent une importante problématique de santé publique. Au Québec, selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1), les données actuelles sur les ITSS montrent soit une situation explosive (syphilis, lymphogranulomatose vénérienne), soit l'amorce d'un nouveau cycle haussier (infection gonococcique), soit une stabilisation à un niveau élevé (chlamydieuse, infection au VIH) ou encore dans le cas de l'hépatite C, une tendance à la baisse (1). Une seule ITSS, l'hépatite B aiguë, affiche une diminution constante. Chez les Autochtones, les cas de VIH/sida continuent de compter pour une proportion démesurée au Canada (1). En 2005, les Autochtones représentaient environ 9 % des nouvelles infections au VIH au Canada, une statistique alarmante compte tenu que les Autochtones ne constituent que 3,3 % de la population canadienne (2). Quant au taux de déclaration de cas de chlamydieuse génitale chez les Premières Nations du Canada, il est presque sept fois plus élevé que celui de l'ensemble du pays (3).

Il est essentiel de connaître les facteurs qui exposent les membres des Premières Nations de la région de Québec au risque de contracter des ITSS et des pathogènes transmissibles par le sang afin d'identifier les types d'interventions utiles et d'établir des mesures de réduction des méfaits qui profiteront à ces communautés et réduiront leur risque de contracter des ITSS.

2. Contexte de la recherche

À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les décisions en matière d'activité sexuelle et de reproduction prennent une importance décisive. Ces décisions sont généralement à l'origine des comportements sexuels subséquents, lesquels influent sur les risques de contracter des ITSS et des pathogènes transmissibles par le sang. D'ailleurs, ce risque augmente durant l'adolescence et au début de l'âge adulte, en raison du début de l'activité sexuelle ainsi que la consommation de drogues (4). En effet, d'autres études ont révélé qu'un début précoce de l'activité sexuelle est lié à un risque accru d'ITSS, et serait associé à des taux d'ITSS plus élevés (4).



Les individus font des choix plus éclairés s'ils peuvent s'appuyer sur une base solide de ressources personnelles édiflée dès leur plus jeune âge et s'il existe des moyens d'information, d'éducation, de prévention et de soutien en matière de santé sexuelle. L'ensemble de ces données met en lumière l'importance d'assurer des programmes de prévention adaptés culturellement et répondant aux besoins.

Dans cette perspective, pour tenter d'améliorer la performance des initiatives de prévention des communautés des Premières Nations de la région de Québec, cette étude a pour objectif global d'approfondir la compréhension des facteurs qui contribuent à la santé sexuelle des jeunes et des adultes. Ceci, en sondant les déterminants socioculturels, socio-environnementaux et interpersonnels de leurs activités sexuelles ainsi que leurs perceptions et connaissances en lien avec les ITSS. Cette étude fait également une large place au contexte des risques que prennent ces jeunes et adultes en matière de sexualité en ce qui concerne, particulièrement la prévention des ITSS. Ensuite, les conclusions serviront à dégager les approches les plus susceptibles de contribuer à une réduction des risques de transmission des ITSS à l'intention des preneurs de décisions, des intervenants, des professionnels de la santé et membres de ces communautés.

Par ailleurs, à notre connaissance, il n'y a pas eu d'études sur le comportement sexuel et les connaissances en lien avec les ITSS dans les communautés des Premières Nations de la région du Québec. Dans ce contexte, notre enquête comblera un vide important en permettant de dresser un portrait général de la situation des ITSS de la population en question. Autrement dit, l'absence de données sur cette problématique constitue une contrainte dans l'élaboration d'outils de prévention et d'intervention adaptés aux besoins. Ainsi, l'enquête permettra non seulement de saisir l'ampleur de la problématique abordée, mais également de mieux cerner les principaux éléments dynamiques des ITSS afin de mieux orienter les interventions et tenter de les adapter adéquatement aux besoins.

3. État de connaissance

3.1 ITSS bactériennes les plus fréquentes

La chlamydie : est une ITSS causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elle peut être transmise lors d'un contact sexuel vaginal, oral ou anal avec un partenaire infecté. Cette infection peut entraîner des problèmes graves comme l'infertilité; elle peut également provoquer une pneumonie, de même que d'autres maladies, chez les nouveaux-nés de mères infectées (5). La chlamydie génitale est la plus fréquemment signalée au Québec. En 2005, elle compte pour 49,4 % des 25 611 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO). En 2010, environ 15 000 nouveaux cas seront déclarés (1). Au Québec, le groupe d'âge le plus atteint se situe entre 15 et 24 ans, même si les

augmentations les plus marquées entre 2001 et 2005 ont été observées chez les 30-34 ans (1,6).

Quant aux Premières Nations du Canada, le taux de cas déclarés de chlamydia génitale en 2000 était très élevé, soit 1 071,5 cas par 100 000 habitants. Ce taux est presque six fois plus élevé que l'ensemble du Canada en 2001 (178,9 cas par 100 000 habitants). On note aussi que ce taux demeure plus élevé chez les femmes que chez les hommes, particulièrement celles âgées entre 15-24 ans, soit 53,5 % (7).

L'infection gonococcique : est une ITSS causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Elle se transmet principalement lors d'un contact sexuel. En revanche, les femmes enceintes qui présentent cette infection peuvent également la transmettre au nouveau-né lors de l'accouchement. Souvent l'infection demeurera silencieuse et ne sera traitée qu'après une certaine période, car souvent les personnes peuvent ne montrer aucun symptôme. En conséquence, de graves problèmes de santé, comme une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), peut survenir plus tard dans la vie (5).

En 2006, au Québec, le taux d'incidence de cette infection a augmenté de 37 % comparé à l'année 2005. Par ailleurs, ce taux est nettement plus élevé chez les hommes (23,3 par 100 000) que chez les femmes (9,3 par 100 000), contrairement à ce qu'on observe dans d'autres provinces canadiennes (1,6). Les personnes atteintes étaient, en majorité, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSH), bien que l'infection touche également une proportion significative d'hommes hétérosexuels et de femmes (6).

La syphilis infectieuse : est causée par la bactérie *Treponema pallidum*. L'infection est presque toujours transmise lors d'un contact sexuel (y compris les relations sexuelles orales) avec une personne infectée, sauf dans le cas de la syphilis congénitale, transmise généralement de la mère au fœtus. Non soignée, la syphilis évolue en quatre stades, soit primaire, secondaire, latent et tertiaire et chacun a ses propres signes et symptômes (8).

En 2008, au Québec, le nombre de cas déclarés s'élevait à 369 (1). Ce sont en très grande majorité des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui sont atteints. En 2005, pour la première fois depuis le début de l'épidémie le groupe des 15-19 ans a aussi été touché par l'infection (1). En 2005, on constate que Montréal demeure la région où sont déclarés la majorité des cas. En effet, le taux d'incidence y est de 9,3 par 100 000, alors qu'il est de 2,7 par 100 000 dans la région de Québec (6).



3.2 ITSS virales les plus fréquentes

Virus du papillome humain (VPH) : Selon Santé Canada, le VPH serait l'une des ITSS les plus courantes au Canada. Il se transmet pendant les relations sexuelles, mais aussi par contact de peau à peau. Il infecte la surface de la peau, la muqueuse de la bouche, la langue, la gorge, les amygdales, le vagin, le pénis, le col de l'utérus et l'anus. Le VPH est associé à des cancers de la région anogénitale (col utérin, vulve, vagin, pénis, anus) et à l'apparition de condylomes (1). Les pratiques sexuelles protégées grâce au condom et la réduction du nombre de partenaires peuvent aider à réduire les risques de contracter une infection au VPH ou une autre ITSS (9).

Deux études québécoises donnent une estimation de la prévalence de l'infection au VPH dans la province. La première fut réalisée entre 1992 et 1993 auprès de 375 étudiantes universitaires de Montréal. Dans ce groupe de jeunes femmes, la prévalence totale de l'infection au VPH, était de 22,7 % (10). La deuxième fut menée auprès de 621 étudiantes universitaires, toujours à Montréal, selon laquelle la prévalence de l'infection au VPH dans une population était de 29 % en 1996 (11).

Virus de l'herpès simplex (VHS) : L'herpès génital est une infection virale courante et frappe un Canadien sur cinq (12). L'herpès génital est provoqué par le virus herpès simplex (VHS) qui est de la même souche que le virus qui cause les feux sauvages. Ces boutons sont généralement causés par un type de virus de l'herpès simplex appelé VHS-1 et l'herpès génital est habituellement causé par le type VHS-2. Toutefois, les deux types peuvent infecter les zones génitales entraînant des vésicules douloureuses (5). L'herpès génital se propage par contact cutané avec une région infectée, essentiellement durant les rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux. Dans de rares cas, l'herpès peut se propager de la mère au nourrisson au cours de l'accouchement. Les infections actives au VHS-1 peuvent également se transmettre par le baiser. Pendant les contacts sexuels oraux, l'herpès peut se transmettre de la bouche à la zone génitale et vice versa.

Virus de l'hépatite C (VHC) : Il se transmet principalement par contact avec du sang infecté. Il peut être aussi transmis par une mère infectée à son bébé. Au sein de la population québécoise, la proportion de personnes infectées serait d'environ 0,5 % (13). Toutefois, selon l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), l'étendue exacte de l'épidémie reste difficile à mesurer étant donné qu'un bon nombre de personnes infectées ne connaissent pas encore leur statut sérologique (14). Depuis 1992, ce sont majoritairement des utilisateurs de drogues par injection (UDI) qui s'infectent par le partage de matériel d'injection non stérile (14). En effet, selon le rapport national de l'état de santé de la population au Québec 2010 (1), près des deux tiers des personnes qui font usage de drogues par injection seraient infectées par le virus de l'hépatite C. Des taux également élevés d'infection sont observés chez les

personnes vivant en itinérance (15,16). Ces sous-populations montrent des taux de prévalence nettement plus élevés que dans la population en général.

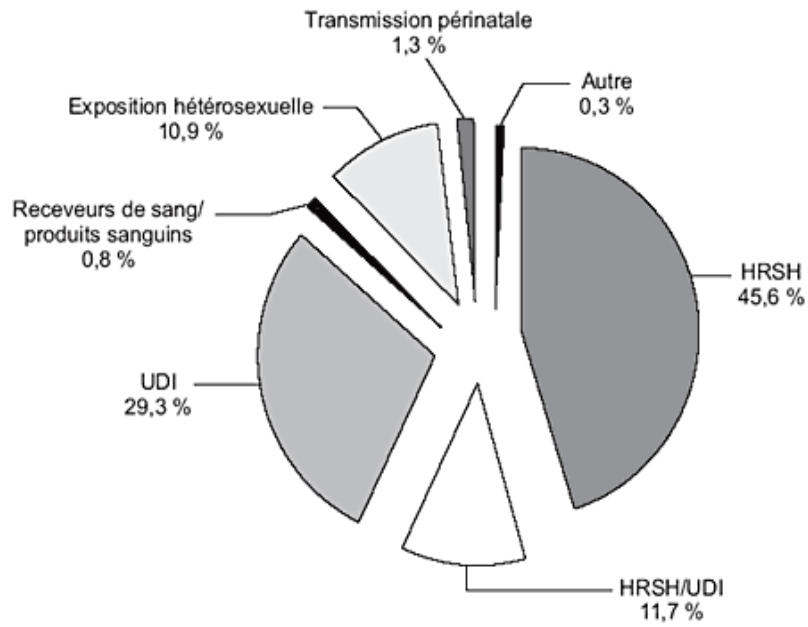
Virus de l'hépatite B aiguë (VHB) : c'est un virus qui se transmet par le sang lors de contact sexuel avec une personne infectée, lors de l'utilisation de drogues par injection ou par exposition à des liquides organiques infectés. Le virus peut être transmis de la mère à son nouveau-né. Le VHB peut causer une infection permanente, une cirrhose (nécrose) du foie, un cancer du foie, une insuffisance hépatique et le décès.

Virus du VIH-SIDA : La proportion de cas de SIDA chez les Autochtones a augmenté, passant de 1,7 % de l'ensemble des cas au Canada en 1992 à 7,2 % en 2001. Il convient de noter que l'appartenance ethnique n'est pas indiquée sur tous les formulaires de déclaration du VIH/SIDA, ce qui peut avoir une incidence sur les résultats déclarés (7).

Selon le recensement de 2001, la population autochtone du Canada se divise comme suit : 62 % sont des membres des Premières Nations, 30 % sont des Métis, 5 % sont des Inuits et 3 % ont une origine mixte (17). Parmi les 509 cas déclarés de sida chez les Autochtones du Canada en date du 30 juin 2003, 72,3 % (368) étaient des membres des Premières Nations, 8,3 % (42) des Métis, 4,1 % (21) des Inuits et 15,3 % (78) ont été classés dans la catégorie « Autochtones d'origine non précisée ». Parmi ces 509 cas, on compte 383 hommes, 125 femmes et 1 transgenre (18). Les figures 1 et 2 montrent la distribution de ces cas par catégorie d'exposition. En raison de sa faible influence, l'unique sujet transgenre n'a pas été pris en considération (18).



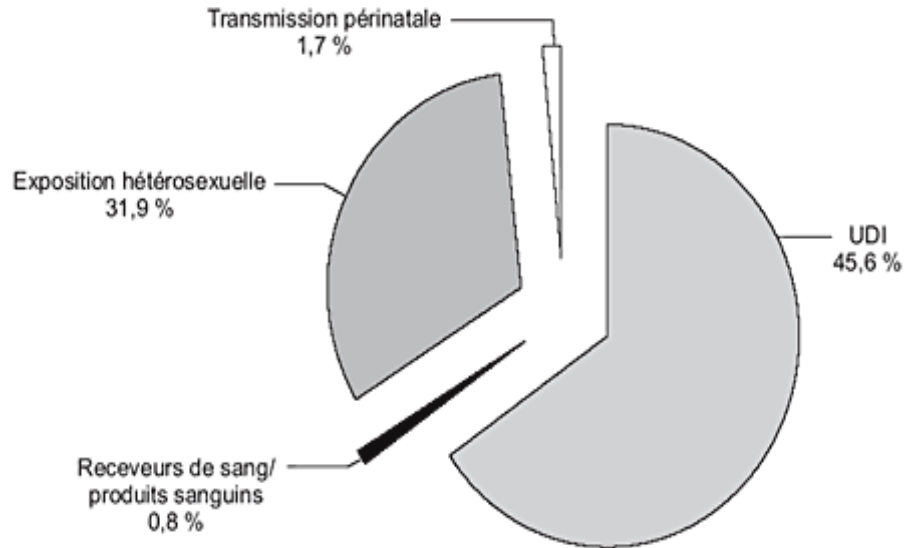
Figure 1 Distribution des catégories d'exposition parmi les cas déclarés de sida chez les hommes autochtones du Canada, entre novembre 1979 et le 30 juin 2003



UDI : Utilisateurs de drogues injectables

HRSH : Hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes

Figure 2 Distribution des catégories d'exposition parmi les cas déclarés de sida chez les femmes autochtones du Canada, entre novembre 1979 et le 30 juin 2003



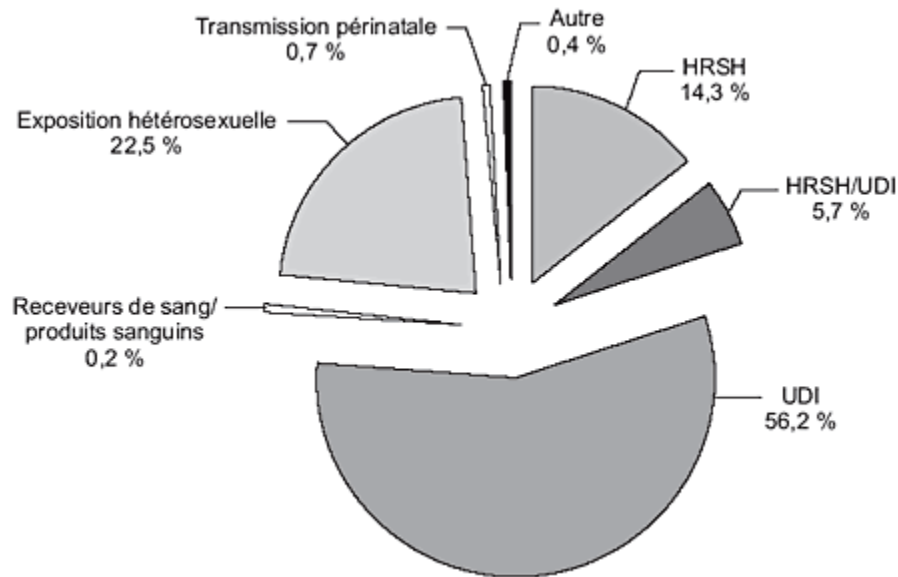
UDI : Utilisateurs de drogues injectables

En se référant aux figures 1 et 2, on constate que les utilisateurs de drogues par injection (UDI) constituent un groupe à risques important pour le sida chez les Autochtones du Canada aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Les données récentes confirment ces tendances observées dans les données de surveillance, selon lesquelles l'injection de drogues constitue un facteur de risque particulièrement important pour la transmission de VIH chez les Autochtones. En effet, la surveillance des tests positifs pour le VIH entre 1998 et 2003 montre également que l'injection de drogues constitue la principale voie de transmission chez les Autochtones (figure 3). Parmi les cas d'origine autochtone dont on connaissait la catégorie d'exposition, 61,1 % ont été associés à l'injection de drogues (18).



Figure 3 Distribution des catégories d'exposition chez les hommes autochtones du Canada, qui ont obtenu des résultats positifs aux tests pour le VIH entre janvier 1978 et le 30 juin 2003



UDI : Utilisateurs de drogues injectables

HRSH : Hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes

Dans une étude publiée en 2001 sur le traitement antirétroviral dans une cohorte de femmes enceintes séropositives recrutées dans sept centres de santé en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan, des chercheurs ont constaté que 20 % des femmes étaient d'origine autochtone (19).

3.3 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette étude est de formuler des recommandations qui serviront à identifier les approches les plus susceptibles à contribuer à une réduction des risques de transmission des ITSS à l'intention des preneurs de décisions, des intervenants et des professionnels de la santé des communautés des Premières Nations de la région du Québec. Cet objectif sera atteint au travers de deux objectifs spécifiques :

- 1) Dresser le portrait général du comportement sexuel, dans une approche holistique, chez les jeunes et les adultes des communautés des Premières Nations de la région de Québec;

- 2) Dresser le portrait général des attitudes, des perceptions et des connaissances en lien avec le VIH et les ITSS chez les jeunes et les adultes des communautés des Premières Nations de la région du Québec.



II. POPULATION ET MÉTHODES

1. Protocole de recherche

Dans le but de formuler sa position au sujet de la recherche réalisée chez les Premières Nations, l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL) a entrepris le développement d'un protocole de recherche afin d'offrir aux communautés un guide de référence permettant de mieux encadrer les diverses activités et nombreuses demandes liées à la recherche se déroulant sur leurs territoires. Ce document se veut avant tout un outil de réflexion rassemblant les éléments ou les critères essentiels à l'élaboration d'une politique de recherche.

Les principes énoncés dans le présent protocole visent à favoriser l'établissement d'un esprit de coopération et de respect mutuel entre les chercheurs et les Premières Nations, ainsi que d'assurer un déroulement adéquat de la recherche en milieu autochtone et de servir à la promotion de toutes les facettes de la science autochtone.

2. Population et type d'étude

2.1 Portrait des Premières Nations au Québec

« Avant 1500, les sociétés autochtones des Amériques et les sociétés européennes ont évolué séparément, sans rien connaître les unes des autres. La diversité de leurs langues, de leurs cultures et de leurs traditions sociales était infinie. Pourtant, des deux côtés de l'Atlantique, des peuples différents dotés de systèmes de gouvernement qui évoluaient - bien que plus modestes et plus simples que les nations et les gouvernements que nous connaissons aujourd'hui - étaient en pleine expansion. »

« Les Amériques n'étaient donc pas, comme l'avaient cru les Européens à leur arrivée, terra nullius - un territoire sans maître. »

- Extraits du *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, 1996 (20).

Au Canada, tel que stipulé dans la constitution canadienne, la population autochtone est divisée en trois groupes qui se distinguent entre autres sur les plans culturels, linguistiques et géographiques soit les *Inuits*, les *Métis* et les *Premières Nations* (autrefois désignés comme les *Indiens*). Près de 4 % de la population canadienne s'identifie à l'un de ces trois groupes (21).

Les *Inuits* sont définis comme les autochtones qui vivent au-delà de la limite forestière dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut, au Nunavik (nord du Québec) et au Labrador. Les Inuits sont reconnus comme issus d'une vague de peuplement plus



tardive que les Indiens (22). Historiquement, le terme métis fait référence aux enfants nés d'une femme autochtone et d'un commerçant de fourrures français, anglais ou écossais. Au sens légal, l'arrêt Powley a défini trois critères pour l'identification des Métis : s'identifier comme membre de la communauté métisse, l'existence de liens ancestraux avec une communauté métisse et l'acceptation actuelle de l'individu par une communauté métisse (23). Au Québec, aucune donnée ne permet de confirmer l'existence de communauté métisse. L'usage du terme *Premières Nations* s'est quant à lui répandu au cours des années 1970 pour remplacer celui d'Indiens. Aucune définition officielle légale ne fait consensus (22).

Au Québec, les Inuits et les Premières Nations représentent un peu plus de 1 % de la population (24). En 2007, pour ce qui est des Premières Nations uniquement, près de 77 000 personnes étaient enregistrées comme tel sur une population totale de plus de 7 600 000 habitants (25).

Composées de 41 communautés présentes sur le territoire du Québec, les Premières Nations sont réparties en dix nations : les Abénaquis, les Algonquins, les Attikamekw, les Cris, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks, les Naskapis et les Wendat. Ces nations proviennent essentiellement de deux familles linguistiques. Les nations Mohawk et Wendat proviennent toutes deux de la famille linguistique iroquoienne, tandis que les autres nations sont issues de la famille linguistique algonquienne. Suite à l'arrivée des Européens aux XVI^e et XVII^e siècles et la mise en place de processus d'assimilation par le gouvernement fédéral, l'anglais et le français sont devenues des langues secondaires utilisées dans les communautés.

Chacune de ces dix nations compose avec une histoire, des croyances, un mode de vie et des savoir-faire et savoir-être qui leur est propre. De plus, entre les communautés d'une même nation des différences notables, notamment aux plans historique et culturel, peuvent être perçues. Les Premières Nations entretiennent cependant une relation spirituelle semblable avec l'environnement qui les entoure; elle se traduit par une vision holistique de la nature et une recherche d'équilibre et d'harmonie.

Sur le plan de la démographie, près de la moitié de la population des communautés des Premières Nations est âgée de moins de 30 ans (24). Le taux de natalité est en croissance et en 2000, il s'établissait à 23,4 naissances par tranche de 1000 habitants; ce qui est près de deux fois supérieur au taux canadien (26). Ainsi, on note depuis de nombreuses années une croissance démographique rapide de la population des Premières Nations au Québec. Par ailleurs, bien que le nombre de membres des Premières Nations qui vivent en milieu urbain soit en augmentation, plus de 70 % des individus résident toujours dans l'une des 41 communautés (25).

Le nord du territoire québécois est habité par les Inuits, un peuple distinct des Premières Nations. Les quelques 10 000 Inuits résidant au Québec sont dispersés au sein de 14 villages situés le long du littoral de la baie d'Hudson, du détroit d'Hudson et de la baie

d'Ungava (24). Ces derniers, ainsi que les nations crie et naskapie, se différencient des autres nations par leur statut de communautés conventionnées. Celles-ci ont en effet conclu des ententes avec le gouvernement québécois leur procurant une autonomie politique et administrative et l'accès à des services publics provinciaux. Pour ce qui est des Inuits, ceux-ci ont fait le choix d'être rattachés essentiellement aux institutions québécoises et de ne pas être soumis à une loi fédérale, contrairement aux Naskapis et aux Cris qui reçoivent en plus des services fédéraux.

Les membres des Premières Nations non conventionnées du Québec, comme ceux de l'ensemble du pays, sont assujettis à la *Loi sur les Indiens*. Cette loi, datant de 1876 et autrefois désignée comme la *Loi sur les sauvages* puis comme l'*Acte relatif aux sauvages*, définit certaines obligations du gouvernement fédéral et régit la gestion des ressources humaines et matérielles des Indiens. Quoique des modifications y aient été apportées, notamment en 1951 et en 1985, la loi est demeurée essentiellement inchangée. Pour être reconnus au sens de cette loi, les individus doivent répondre à certains critères et être inscrits au registre tenu par les Affaires indiennes et du Nord Canada. Pour ce qui est des communautés conventionnées, en 1984, le parlement canadien a adopté la *Loi sur les Cris et les Naskapis du Québec* qui encadre juridiquement ces deux nations (24).

Le mode organisationnel chez les Premières Nations de la région du Québec est semblable d'une communauté à l'autre. Le Conseil de bande, composé d'un chef et de conseillers élus selon les coutumes locales ou les règles établies par la *Loi sur les Indiens*, représente l'organisation politique et administrative de la communauté. Chacun des Conseils de bande régit les services offerts localement, notamment les soins de santé, les services sociaux, l'éducation, la protection contre les incendies et la sécurité publique. Chez les Inuits, le mode organisationnel est différent. En effet, chacun des 14 villages, considérés comme des municipalités, est dirigé par un maire et des conseillers élus selon un mode d'élection similaire à celui des autres municipalités québécoises. Chacun des villages a ainsi les mêmes compétences et pouvoirs que les autres municipalités tels la sécurité publique, les loisirs et l'urbanisme (27).

Au niveau régional, les membres des Premières Nations sont représentés par diverses organisations qui veillent à défendre leurs droits et à les représenter au sein des gouvernements. Ainsi, l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL) regroupe l'ensemble des communautés et constitue une instance politique où les Chefs du Québec et du Labrador délibèrent sur toutes questions concernant les Premières Nations. Son Chef régional représente le porte-parole officiel des Premières Nations face aux différents paliers gouvernementaux et à la population non autochtone. Différents organismes régionaux relèvent d'ailleurs de l'APNQL, tels que la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) (28).



Les Nations The Nations



2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Elle consiste à interroger un échantillon représentatif de la population sous forme d'entrevue dirigée au moyen d'un questionnaire. Dans le cadre de cette enquête, la population cible comprend tous les jeunes fréquentant l'école secondaire au sein de la communauté et les adultes de 18 à 60 ans des Premières Nations vivant dans une communauté de la région du Québec.

3. Plan d'échantillonnage

La procédure pour sélectionner les participants s'est appuyée sur une méthode d'échantillonnage à deux degrés : la sélection des communautés et celle des répondants. Cela garantit que chaque individu de la population en question a les mêmes chances d'être sélectionné pour participer à l'enquête.

3.1 Sélection des communautés

Compte tenu du temps et des coûts que représentait le déploiement d'une telle étude dans l'ensemble des communautés des Premières Nations de la région du Québec, il est apparu justifié d'orienter l'enquête sur un échantillon de communautés. Toutefois, pour des raisons de représentativité, nous avons planifié une démarche en tenant compte de la plus grande diversité possible des communautés. Pour ce faire, nous avons procédé à une sélection de communautés selon quatre critères d'inclusion : la nation, la langue, la taille de la population et la zone géographique. Nous avons également établi une liste secondaire de communautés pouvant remplacer les communautés qui déclinaient l'invitation à participer à l'étude.



Tableau 1 Caractéristiques des communautés sélectionnées pour participer à l'étude

Communauté	Nation	Langue	Taille	Zone
Natashquan		Français	478	3
Matimekush	Innus	Français	301	4
Pakua Shipi		Français	120	4
Kitigan Zibi	Algonquins	Anglais	872	1
Eagle Village		Anglais	120	2
Kawawachikamach	Naskapis	Anglais	231	4
Opiticiwan	Atikamekw	Français	1301	3
Manawan		Français	930	2
Wendake	Hurons-Wendat	Français	657	1
Listuguj	Mi'gmaqs	Anglais	860	1

L'autorisation de la communauté à participer à l'enquête a été obtenue en envoyant une lettre d'information ainsi qu'un formulaire de consentement à tous les chefs et les directeurs de la santé des communautés. Ces formulaires ont été signés par ces derniers et réacheminés à la CSSSPNQL.

3.2 Population cible

L'enquête portait sur les jeunes fréquentant les écoles secondaires au sein de la communauté et les adultes de 18 à 60 ans vivant dans la communauté.

3.2.1 Adultes

La première tâche à accomplir était de procéder à l'identification des membres de la communauté qui sont éligibles à participer à l'étude. En d'autres mots, identifier les hommes et les femmes de 18 à 60 ans vivant dans la communauté.

Afin de s'assurer que chaque personne a la possibilité de participer, on a sélectionné des participants potentiels à partir d'une liste. Au Canada, les communautés des

Premières Nations ont des « listes de bande » administrées par la communauté. La liste de bande est une liste des membres de la communauté, légalement tenue par l'agent à l'inscription, et qui comprend la liste des Indiens inscrits au Registre du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) ainsi que les autres membres admissibles en vertu de la loi. Cette liste inclut tous les enfants, les adolescents et les adultes de la communauté. De plus, elle fournit des informations importantes, notamment le nom, la détermination de la résidence actuelle (dans la communauté et hors de la communauté), l'âge et le sexe de chaque membre de la communauté. Par la suite, pour chaque communauté sélectionnée, la liste de bande nous a servi de base de sondage après n'avoir conservé que les adultes de 18 à 60 ans et vivant dans la communauté. Puis, pour chaque communauté, on a sélectionné au hasard les participants potentiels (un échantillon). Ceci afin d'assurer une probabilité de sélection égale à chaque personne.

Tableau 2 Taille de l'échantillon dans chaque communauté sélectionnée

Communauté	Taille de l'échantillon
Natashquan	82
Matimekush	52
Pakua Shipi	20
Kitigan Zibi	149
Eagle Village	20
Kawawachikamach	40
Opitciwan	222
Manawan	158
Wendake	112
Listuguj	146

Notons qu'en échange de leur participation, la CSSSPNQL leur offre la possibilité de participer à un tirage. Le prix remis est une télévision de 42 pouces et un certificat cadeau.



3.2.2 Jeunes

Quant aux jeunes, l'enquête a été orientée vers les communautés ayant des écoles secondaires, notamment Natashquan, Matimekush, Kitigan Zibi, Kawawachikamach, Opitciwan et Manawan. Tous les jeunes de ces communautés inscrits dans une école secondaire ont été sélectionnés pour participer à l'enquête.

4. Cueillette de données

4.1 Recrutement des intervieweurs

L'accent a été mis sur le recrutement d'intervieweurs locaux qui connaissent bien la communauté, les résidents, la culture locale et qui étaient capables de communiquer en langue locale et en français ou en anglais.

Des acteurs clés du personnel des centres de santé, des services sociaux et des conseils de bande des communautés sélectionnées pour l'enquête ont participé au recrutement des intervieweurs en référant les noms de personnes disponibles et compétentes pour effectuer ce travail.

Les noms des candidats référés ont été soumis à l'agent de recherche responsable du projet. Celui-ci a contacté chacun des candidats, lui a décrit d'une manière détaillée la nature de l'étude ainsi que le rôle et les responsabilités des intervieweurs. Ensuite, l'agent a déterminé si le candidat répondait aux critères de l'emploi et s'il était intéressé à collaborer à l'étude. Les personnes répondant aux critères étaient ensuite invitées à participer à une séance de formation.

4.2 Formation des intervieweurs

Les intervieweurs sélectionnés devaient participer à une séance de formation d'une journée. Les séances de formation étaient animées par l'agent de recherche responsable du projet soit dans la communauté ou via une visioconférence. Un manuel de formation a été rédigé pour soutenir le travail des intervieweurs. Les séances de formation comportaient des discussions sur les sujets suivants :

- Le but de l'enquête;
- La manière de repérer et d'inscrire les membres de la communauté sélectionnés pour participer à l'enquête et s'assurer de leur coopération;
- La manière de procéder à l'administration des questionnaires;
- La manière d'agir face aux confidences de certaines personnes en lien avec leurs vécus personnels (ex. : abus sexuel, violence, etc.);
- Des suggestions pour gérer les situations difficiles;

- Les considérations éthiques;
- La protection des renseignements personnels des répondants, l'anonymat et la confidentialité;
- La tenue des dossiers.

4.3 Appui aux intervieweurs

L'agent de recherche entretenait une communication régulière avec les intervieweurs, afin de veiller à ce que le travail évolue et à ce que les problèmes éventuels soient cernés et réglés à mesure qu'ils se présentaient. En effet, sur une base hebdomadaire, l'intervieweur téléphonait à l'agent de recherche pour lui faire part du déroulement de l'administration des questionnaires ainsi que d'une description sommaire du degré de réceptivité de la communauté à l'égard de l'enquête. Également, chaque semaine l'intervieweur devait acheminer séparément les formulaires de consentement signés et les questionnaires remplis (sous pli cacheté). Des enveloppes pré-adressées et préaffranchies ont été fournies aux intervieweurs, pour expédier les formulaires de consentement et les questionnaires directement à l'agent de recherche à la CSSSPNQL.

L'intervieweur était payé par questionnaire et formulaire de consentement remplis en bonne et due forme et retournés à la CSSSPNQL.

5. Source des données

Il s'agit d'une enquête à participation volontaire. Les données étaient obtenues directement auprès des répondants, moyennant un questionnaire auto-administré qui s'articule autour des thèmes suivants :

- Les données sociodémographiques;
- Les données socio-environnementales et interpersonnelles de leur activité sexuelle;
- Les comportements sexuels;
- Les perceptions et les connaissances en lien avec les ITSS;
- Les connaissances concernant les facteurs ou les comportements à risques;
- Les antécédents d'ITSS;
- La connaissance des moyens de protection;
- Le dépistage.

5.1 Questionnaire s'adressant aux adultes

Le questionnaire destiné aux adultes est un questionnaire anonyme auto-administré. Si le répondant éprouvait de la difficulté à comprendre ou à répondre à des questions, l'intervieweur pouvait lui expliquer les questions ou les réponses suggérées. Après avoir



répondu au questionnaire, le répondant mettait le questionnaire dans une enveloppe scellée afin que l'intervieweur ne puisse pas lire les réponses.

5.2 Questionnaire s'adressant aux jeunes

Le questionnaire destiné aux jeunes des écoles secondaires est un questionnaire anonyme auto-administré. Cependant, son administration s'est faite par un agent de recherche dans les classes, après avoir obtenu le consentement des étudiants de +18 ans et le consentement parental pour les étudiants mineurs (12-17 ans). Lorsque le questionnaire était rempli, il était inséré par la suite dans une enveloppe scellée pour qu'on ne puisse pas lire les réponses. Le questionnaire est totalement anonyme : les élèves n'inscrivaient pas leur nom sur le questionnaire. L'agent de recherche recueillait les enveloppes scellées classe par classe.

6. Analyse de données

Une fois la collecte des données terminée, l'ensemble des informations recueillies a été regroupé et structuré dans une base de données pour la réalisation des analyses descriptives. Dans un premier temps, l'analyse univariée a permis de décrire les principales caractéristiques des participants et les distributions de fréquences des différentes variables. Par la suite, une analyse bivariée a permis d'examiner les relations entre les différentes variables et leurs tendances. L'utilisation du chi-carré a servi à comparer les distributions selon les différents facteurs démographiques. Un seuil alpha de 5 % a été retenu pour déterminer si les valeurs étaient statistiquement significatives aux fins d'analyse à une variable. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SAS, version 9.2.

7. Aspect éthique

Cette enquête a été menée conformément aux principes éthiques, qui prévoient que chaque personne pressentie pour la recherche doit donner son consentement volontaire de manière libre et éclairée. Dans cette perspective, un formulaire de consentement a été élaboré pour les personnes adultes (adultes et les jeunes étudiants de +18 ans) et un autre pour les adolescents. En effet, pour la participation à l'enquête des élèves mineurs des écoles secondaires, le consentement a été demandé aux parents.

Ces formulaires informent sur le but de l'étude, les attentes à l'égard du participant (remplir le questionnaire), la période et la durée auxquelles les participants s'engagent, la déclaration de participation volontaire, la liberté de se retirer sans préjudice, la confidentialité, la disponibilité pour répondre aux questions, l'information sur les risques et les avantages ainsi que sur le degré de responsabilité.

Notons également que l'autorisation de la communauté à participer à l'enquête a été obtenue en envoyant une lettre informative ainsi qu'un formulaire de consentement à tous les chefs et les directeurs de la santé des communautés. Ces formulaires nous ont été remis signés par les chefs et les directeurs de la santé.

L'obligation d'assurer la protection des renseignements personnels, l'anonymat et le maintien du secret ou de la confidentialité des informations s'appliquent à toutes les personnes associées à cette enquête, y compris les intervieweurs. À cette fin, les intervieweurs ont signé un « Serment de silence ». Ce serment établit la responsabilité confiée aux intervieweurs de préserver, en tout temps, le caractère confidentiel des informations recueillies, l'anonymat des participants ainsi que les conséquences découlant de la divulgation de renseignements confidentiels.

Pour protéger l'anonymat des participants et la confidentialité des données de même que leur utilisation, des mesures ont été mises en place :

- Le questionnaire rempli est scellé dans une enveloppe par le répondant.
- Toutes les personnes travaillant à la réalisation de cette enquête doivent prêter le serment de silence.
- L'information sur document-papier est entreposée dans des pièces fermées à clé ou des classeurs verrouillés.
- Les données informatisées sont protégées par un mot de passe.
- Les données électroniques sont enregistrées sur copie de sécurité/de sauvegarde et conservées en lieu sûr.
- Les renseignements personnels ne sont pas entreposés avec les réponses du questionnaire d'enquête.
- Si un répondant retire son consentement, les données recueillies auprès de cette personne sont détruites.
- Chaque questionnaire est identifié par un code unique.

Il faut noter également que les adultes et les jeunes ont eu :

- Le droit de refuser de répondre à des questions.
- Une présentation sur l'objet de l'enquête par l'intervieweur leur permettant ainsi (jeunes et adultes) d'exprimer en toute liberté leur acceptation ou leur refus.
- Le droit de ne pas être jugés, ni notés sur leurs réponses, que celles-ci sont totalement confidentielles et ne seront connues ni de leurs familles ni de leurs enseignants (pour les élèves), et qu'enfin ils peuvent s'arrêter à tout moment ou refuser de répondre à certaines questions.

III. LES JEUNES DES ÉCOLES SECONDAIRES DES PREMIÈRES NATIONS

1. Caractéristiques de la population

Les analyses ont porté sur 179 répondants, dont 75 garçons et 104 filles (tableau 3). Le taux de participation des filles est plus élevé que celui des garçons. L'âge moyen des participants à l'enquête était de 15,5 ans avec un écart-type de 1,9 an. L'âge moyen des filles (15,4 ans) et des garçons (15,5 ans) était relativement semblable, aucune différence significative n'a été observée entre les deux sexes. Parmi ces jeunes répondants, 33,9 % étaient âgés de 12 à 14 ans, 49 % de 15 à 17 ans et 16,7 % de 18 à 20 ans (tableau 3).

La majorité des élèves étaient célibataires (91 %), seulement 16 adolescents (9 %) vivaient en couple (mariées ou en union libre). Environ 77 % des élèves ont indiqué qu'ils ont fait leurs études dans une communauté des Premières Nations et 21 % ont indiqué avoir fait une partie de leurs études dans une communauté et une autre partie hors de la communauté. Environ soixante-dix-huit (78 %) des jeunes ont affirmé que la spiritualité tient une place très importante dans leur vie (40,5 %) ou importante (38 %).



Tableau 3 Caractéristiques sociodémographiques des 179 étudiants

Variables sociodémographiques	N (*)	%
Sexe		
Féminin	103	58,2
Masculin	74	41,8
Âge		
12-14 ans	59	33,9
15-17 ans	86	49,4
18-20 ans	29	16,7
Langue(s) parlée(s) quotidiennement		
Français	18	10,1
Anglais	18	10,1
Langue Premières Nations (LPN)	48	26,8
Français-Anglais	2	1,0
Français-LPN	72	40,2
Anglais-LPN	15	8,4
Français-Anglais-LPN	6	3,4
Lieu de scolarité		
Dans une communauté des Premières Nations	139	77,2
Une partie dans une communauté et une autre hors communauté	38	21,1
Hors de la communauté pour toutes les études	1	0,6
Un pensionnat indien	2	1,1
Statut matrimonial		
Célibataire	163	91,0
Conjoint de fait	15	8,40
Marié	1	0,60
Place de la spiritualité dans la vie		
Très importante	47	40,5
Importante	44	37,9
Peu importante	24	20,7
Pas du tout importante	1	0,9

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

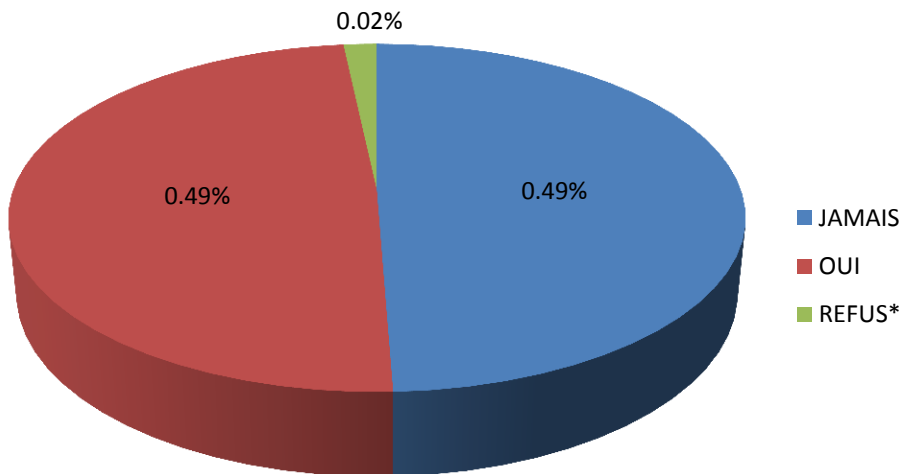
2. Comportements sexuels

2.1 Activité sexuelle

L'examen de ces données permet de décrire les caractéristiques des jeunes qui ont une vie sexuelle active, y compris les comportements à risques.

Les données montrent que l'âge moyen des garçons à la première relation sexuelle était légèrement inférieur à celui des filles; 13,4 ans ($\pm 1,93$) contre 13,6 ans ($\pm 1,33$). La différence était significative ($p < 0,001$).

Figure 4 Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? »

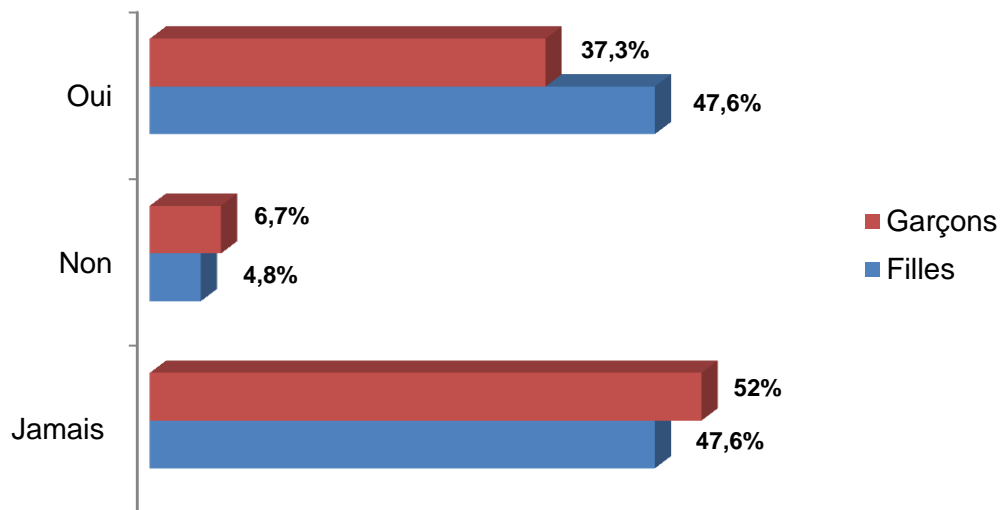


*Les personnes qui ont refusé de répondre si elles ont déjà eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête

Sur 179 répondants, 49 % des répondants ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles, autant ont rapporté n'avoir jamais eu de relations sexuelles, et 1,7 % ont refusé de répondre. Parmi les 49 % des élèves qui ont rapporté avoir été sexuellement actifs, 80 % ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête.



Figure 5 Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? », selon le sexe



Parmi les 103 filles, 47,6 % indiquaient avoir été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, tandis que 37,3 % des garçons rapportaient avoir été actifs sexuellement. On note que 6,7 % des garçons comparé à 4,8 % des filles ont déclaré ne pas avoir eu de relations sexuelles au cours des 12 derniers mois. Quant aux jeunes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles leur proportion est de 47,6 % chez les filles contre 52 % chez les garçons. Parmi l'ensemble des répondants, les filles étaient légèrement plus susceptibles que les garçons de déclarer leur activité sexuelle au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Tableau 4 Distribution des répondants selon les catégories d'âge à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? »

Activité sexuelle	Âge (années)					
	12-14		15-17		18-20	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Oui	6	11,3	46	51,7	25	75,7
Non¹	2	3,8	6	6,7	2	6,1
Jamais²	45	84,9	37	41,6	6	18,2

* Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

¹ Les jeunes qui n'ont pas eu de relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête

² Les jeunes les jeunes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles

D'après les résultats découlant du tableau précédent, on constate que l'activité sexuelle augmente en fonction de l'âge. Environ 11 % des jeunes de 12-14 ans et la moitié des jeunes de 15-17 ans ont déclaré avoir eu des relations sexuelles, contre à peu près les trois quarts des jeunes de 18-20 ans.

Tableau 5 Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les jeunes actifs sexuellement

Sexe	Nombre de partenaires									
	1		2		3		4		Refus	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Filles (N=49)	27	55,1	15	33,6	5	10,2	0	0,0	2	4,1
Garçons (N=28)	15	53,6	3	10,7	6	21,4	3	10,7	1	3,6
Total	42		18		11		3		3	

* Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Le nombre de partenaires est un important indicateur du comportement sexuel à risques, surtout dans le cas des ITSS. Les adolescents qui se sont dits sexuellement actifs étaient invités à préciser non seulement le nombre de partenaires sexuels, mais également leurs orientations et préférences sexuelles en répondant à la même question.

Le nombre moyen de partenaires sexuels chez les filles est de 1,5 comparé à 1,9 chez les garçons. Un peu plus de la moitié (54,5 %) des jeunes qui se sont dits sexuellement actifs ont affirmé n'avoir eu qu'un(e) seul(e) partenaire : 55,1 % chez les filles comparativement à 53,6 % chez les garçons. Environ 33,6 % des filles ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels comparé à 10,7 % chez les garçons (tableau 5). En revanche, seulement les garçons ont répondu en avoir eu quatre ou plus. En règle générale, les garçons font état d'un plus grand nombre de partenaires que les filles.

2.2 Pratiques sexuelles

Les jeunes se disant actifs sexuellement étaient priés de dire plus précisément s'ils avaient eu ou non des relations sexuelles orales ou anales.

Parmi les jeunes sexuellement actifs, 25 % ont déclaré avoir pratiqué la pénétration anale. Sur ces répondants 41 % étaient des filles et 59 % étaient des garçons (figure 6). Par ailleurs, 63 % ont indiqué qu'ils n'avaient pas expérimenté cette pratique et 12 % ont répondu par « ne sais pas ».



Figure 6 Distribution des adolescents sexuellement actifs selon la pratique de la pénétration anale

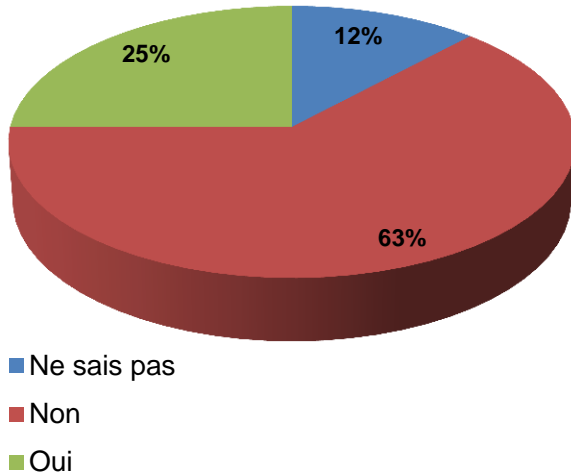
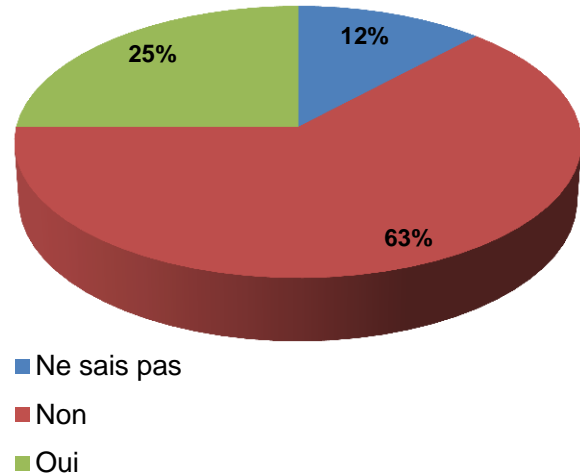


Figure 7 Distribution des adolescents sexuellement actifs selon la pratique du sexe oral



D'un point de vue de la santé sexuelle, la pratique du sexe oral ne comporte aucun risque de grossesse non désirée et les risques de contracter une infection transmissible sexuellement sont faibles comparativement à la pénétration vaginale ou anale. Toutefois, le sexe oral n'est pas sans risques et sa pratique chez les jeunes fait l'objet de questionnement par les professionnels de la santé. Environ 33 % des jeunes se disant actifs sexuellement ont indiqué qu'ils ont expérimenté le sexe oral (figure 7), 52 % ne l'ont jamais pratiqué et 15 % ont répondu par « ne sais pas ».

Tableau 6 Effectif des jeunes ayant déclaré avoir pratiqué le sexe oral et le sexe anal

Sexe anal	Sexe oral			Total
	Oui	Non	Ne sais pas	
Oui	17	5	5	27
Non	15	46	6	67
Ne sais pas	3	4	5	12
Total	35	55	16	106

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Par ailleurs, parmi les 27 jeunes ayant expérimenté la pénétration anale, 63 % ont indiqué qu'ils ont également pratiqué le sexe oral. Alors que presque la moitié des 35 jeunes déclarant avoir pratiqué le sexe oral ont également eu des relations sexuelles anales (tableau 6).

2.3 Autres comportements à haut risque

Tableau 7 Effectif des jeunes ayant déclaré avoir eu des comportements à haut risque pour la transmission des ITSS

	Oui	Non	Ne sais pas
Accepter de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle	2	104	2
Avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne qui a le VIH/sida	0	90	19
Avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITSS	6	86	17

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

D'après les résultats découlant du tableau ci-dessus (tableau 7), la majorité des jeunes (95,5 %) ont indiqué n'avoir jamais accepté de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle. Toutefois, il y avait deux personnes (une fille et un garçon) qui ont avoué avoir accepté ce type d'échange. On constate également que 82,6 % des répondants ont confirmé n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne atteinte du VIH/Sida, alors que plus de 17 % des répondants ne savaient pas s'ils ont déjà eu une relation sexuelle avec une personne infectée. De même, 79 % ont rapporté n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITSS et 15,6 % ne savaient pas s'ils en avaient déjà eu, et 6 jeunes (5,5 %), dont cinq filles et un garçon, ont confirmé avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne atteinte par une ITSS.

3. Protection contre le VIH/sida et les autres ITSS

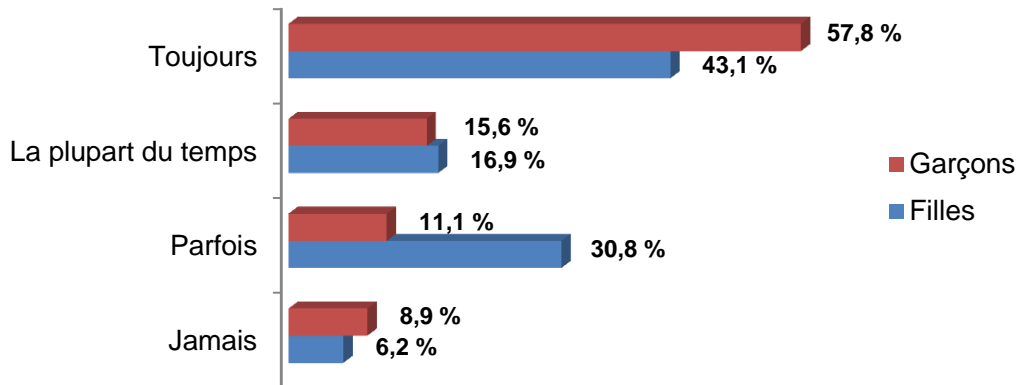
Les attributs physiques, psychologiques et sociaux de l'adolescence rendent les jeunes particulièrement vulnérables au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement (ITSS). Souvent, les jeunes ne sont pas à même de comprendre entièrement l'ampleur des risques auxquels ils s'exposent. Pour cela, il est important de comprendre les habitudes et les attitudes des jeunes envers la protection et la contraception pour



évaluer leur risque de contracter une ITSS, le VIH/sida ainsi que le risque de grossesse non souhaitée chez les adolescents.

3.1 Fréquence d'utilisation du condom

Figure 8 Fréquence de l'utilisation du condom parmi les jeunes sexuellement actifs, selon le sexe



La proportion des répondants ayant déclaré avoir utilisé toujours le condom lors des relations sexuelles est légèrement plus élevée chez les garçons comparativement aux filles; soit environ 58 % contre 43 %. En revanche, il est à noter qu'environ 54 % des filles et ce comparé à 36 % des garçons ne l'utilisaient pas toujours.

Tableau 8 Fréquence de l'utilisation du condom parmi les jeunes sexuellement actifs, selon les catégories d'âge

Fréquence d'utilisation du condom	12-14 ans		15-17 ans		18-20 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Toujours	8	44,4	28	45,9	18	69,2
La plupart du temps	2	11,1	11	18,0	5	19,3
Parfois	5	27,8	17	27,0	3	11,5
Jamais	3	16,7	5	8,2	0	-
Total	18	100	61	100	26	100

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

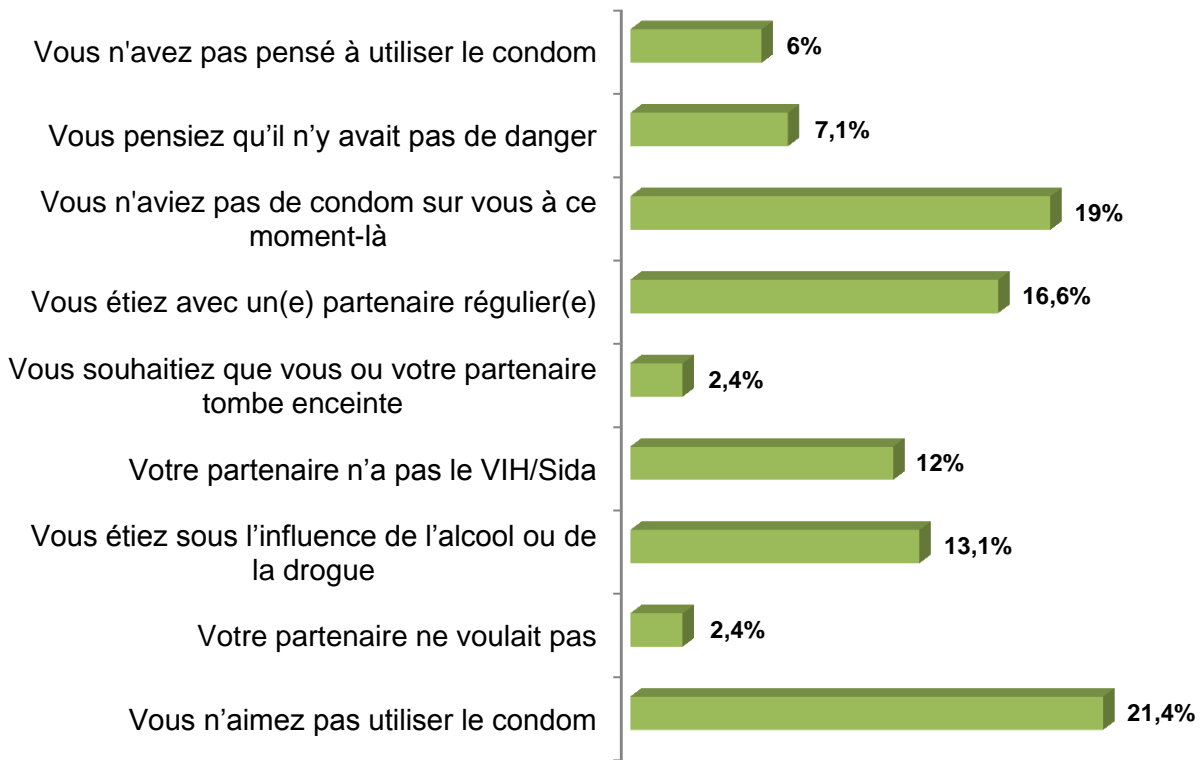
Les données du tableau précédent (tableau 8) indiquent clairement que le recours au condom augmente avec l'âge chez les jeunes. En effet, plus de 88 % des jeunes de 18-20 ans ont déclaré utiliser des condoms « toujours » ou « la plupart du temps », et ce, comparé à 64 % chez les 15-17 ans et 55,5 % chez les 12-14 ans.

3.2 Raisons pour ne pas utiliser le condom

Il est essentiel de déterminer pourquoi les jeunes n'utilisent pas le condom. Ceci nous permettra d'orienter les programmes de prévention afin de mieux répondre aux besoins.



Figure 9 Raisons pour lesquelles les jeunes n'utilisaient pas le condom



Lorsqu'on a demandé aux jeunes « pour quelle raison principale n'avez-vous pas utilisé le condom », trois raisons prédominent (figure 9) :

- Parce qu'ils n'aiment pas utiliser le condom (21,4 %);
- Parce qu'ils n'avaient pas de condom sur eux au moment de la relation sexuelle (19,1 %);
- Parce qu'ils ont un partenaire régulier (16,7 %).

Ensuite, deux autres raisons ressortent (figure 9) :

- Parce qu'ils étaient sous l'influence de l'alcool ou de la drogue (13,1 %);
- Parce que leur partenaire n'a pas le VIH/sida (12 %).

En revanche, on note seulement 2 % des répondants évoquant le risque d'une grossesse non désirée.

3.3 Utilisation du condom et le type de partenaire

Figure 10 Attitudes face au refus du partenaire régulier d'utiliser le condom selon le sexe

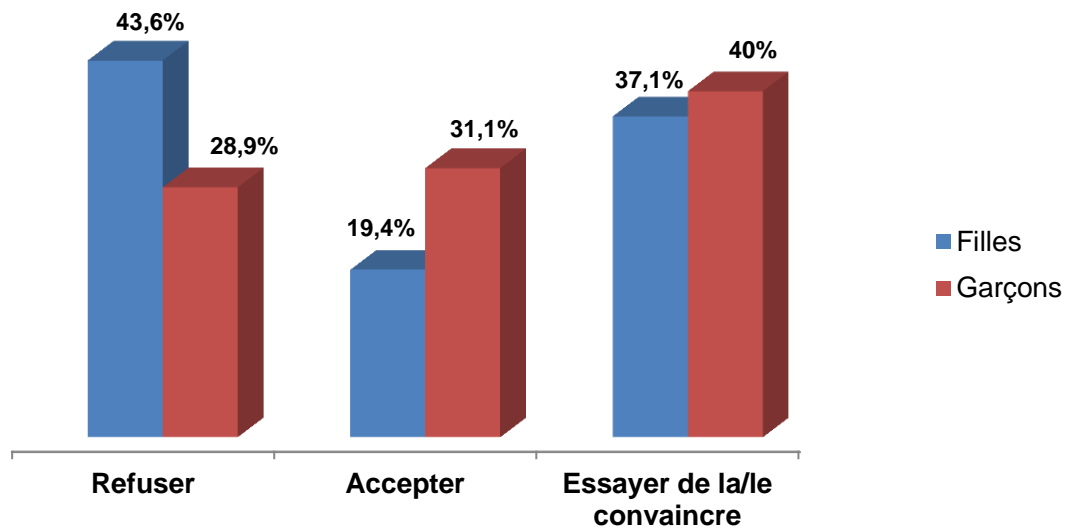
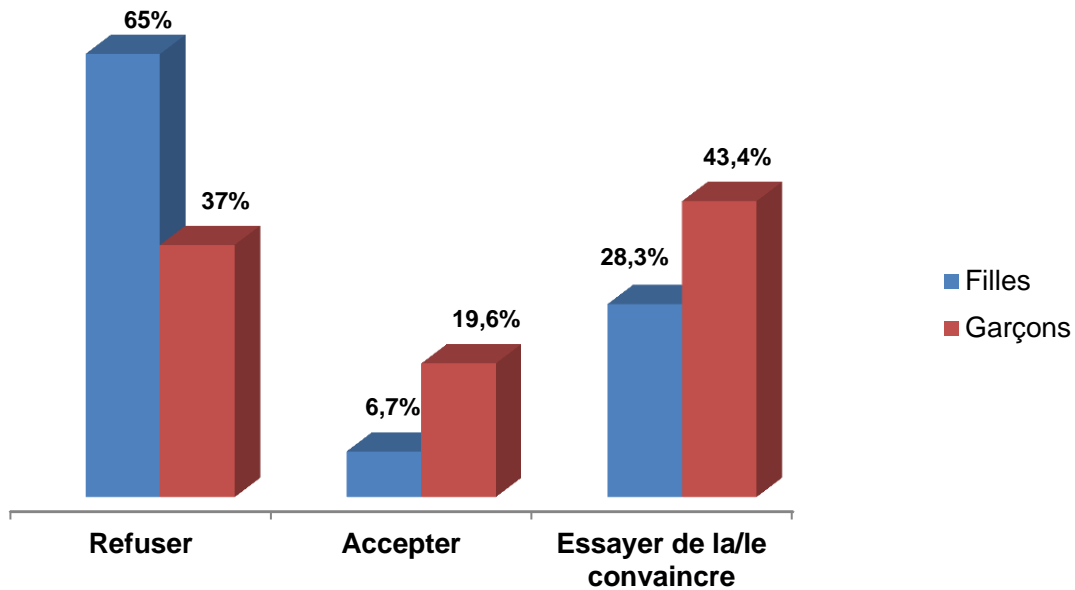




Figure 11 Attitudes face au refus du partenaire occasionnel d'utiliser le condom selon le sexe

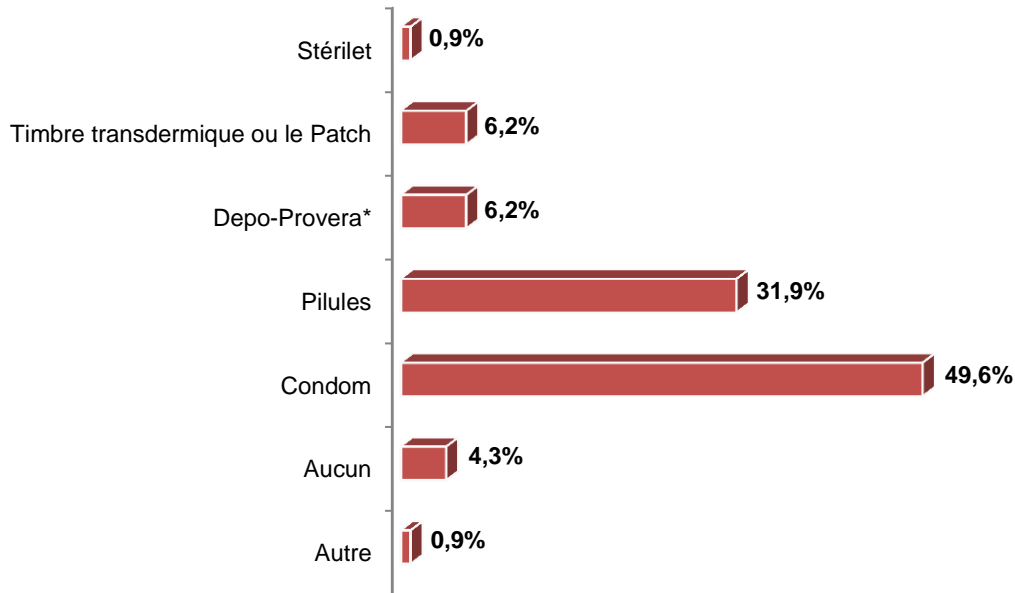


Suivant les données présentées aux deux figures 10 et 11, il apparaît que les garçons sont plus nombreux que les filles à répondre qu'ils accepteraient des relations sexuelles avec un ou une partenaire régulier(e) (31,1 % contre 19,4 %) ou occasionnel(le) (19,6 % contre 6,7 %) qui refuserait l'usage du condom. De même, les garçons sont plus nombreux que les filles à répondre qu'ils essaieraient de convaincre leur partenaire d'utiliser le condom.

3.4 Moyens de contraception

La capacité des adolescents de communiquer avec leurs partenaires sur l'usage et le type de moyens de contraception et de prévention influent sur l'adoption d'habitudes plus sécuritaires en matière de sexualité.

Figure 12 Moyens de contraception utilisés par les jeunes actifs sexuellement



*Appelé aussi contraceptif injectable

Selon le graphique 12, on constate que le condom, la pilule contraceptive, le Depo-Provera (une injection reçue aux trois mois) et le timbre transdermique sont utilisés plus fréquemment par les jeunes actifs sexuellement.

4. Connaissances et moyens d'information liés au VIH/sida et aux autres ITSS, aux mécanismes de transmission et aux moyens de prévention

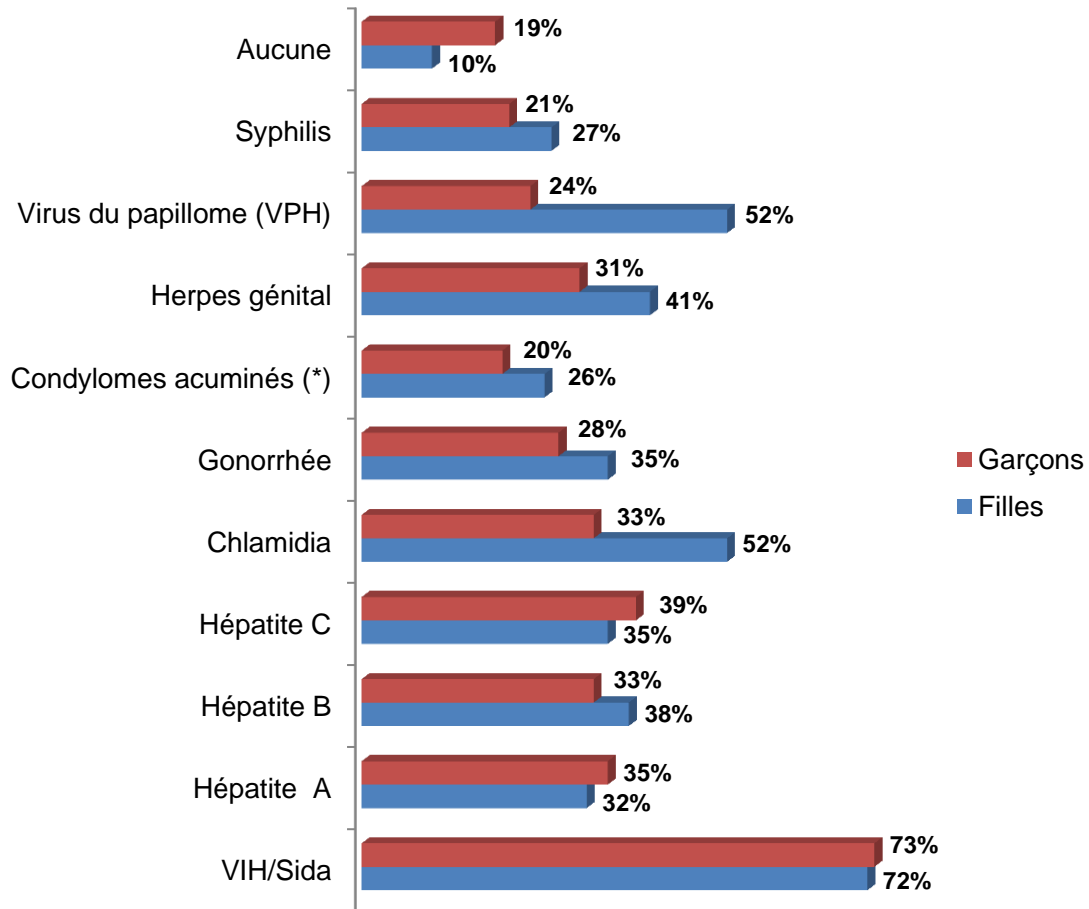
La promotion de la santé sexuelle chez les jeunes passe impérativement par l'information sur les risques, tels le VIH et le sida et les autres infections transmissibles sexuellement, et sur la façon d'éviter leurs effets négatifs sur la santé sexuelle. En effet, la connaissance s'est avérée déterminante dans les comportements sexuels des jeunes, puisque pour bien se protéger du VIH, du sida et des autres ITSS, il faut comprendre les mécanismes de transmission et les moyens de prévention.

Dans ce but, on s'intéresse, dans cette section, à évaluer les connaissances en matière de santé sexuelle ainsi que des ITSS chez les jeunes. On s'intéresse également à déterminer les sources d'information et les lacunes dans les connaissances en santé sexuelle chez les adolescents.



4.1 Connaissance des différentes ITSS

Figure 13 Proportion des répondants qui ont entendu parler des différentes ITSS, selon le sexe



* Ou verrues génitales

À l'examen du graphique ci-dessus, un constat s'impose : si approximativement 73 % des filles ou des garçons ont indiqué connaître le VIH/sida, environ 27 % ont confirmé ne pas le connaître. En outre, les jeunes des écoles secondaires sont moins nombreux à connaître les autres infections. En revanche, pour le VPH et la chlamydia, plus de la moitié des filles (52 %) connaissaient ces deux infections comparativement à seulement 24 % et 33 % respectivement chez les garçons. Dans le même sens, la syphilis (27 % contre 21 %), l'herpès génital (41 % contre 31 %), les condylomes acuminés (26 % contre 20 %), la gonorrhée (33,5 % contre 28 %) et l'hépatite B (38 % contre 33 %) sont

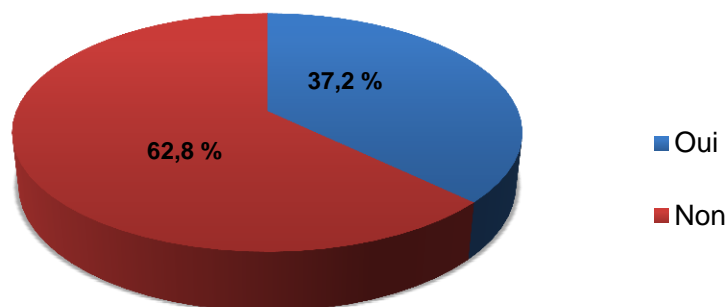
aussi plus connus des filles que des garçons. Quant aux hépatites A et C on constate une légère différence en faveur des garçons ; soit 35 % contre 32 % et 39 % contre 35 % respectivement.

Autrement dit, les filles semblent connaître plus d'ITSS que les garçons, en particulier le virus du papillome humain, l'herpès génital et la chlamydia.

4.2 Estimation du niveau de connaissance

Dans cette section les adolescents ont fourni, également, une estimation de leur niveau de connaissance à propos du VIH/sida et des autres ITSS.

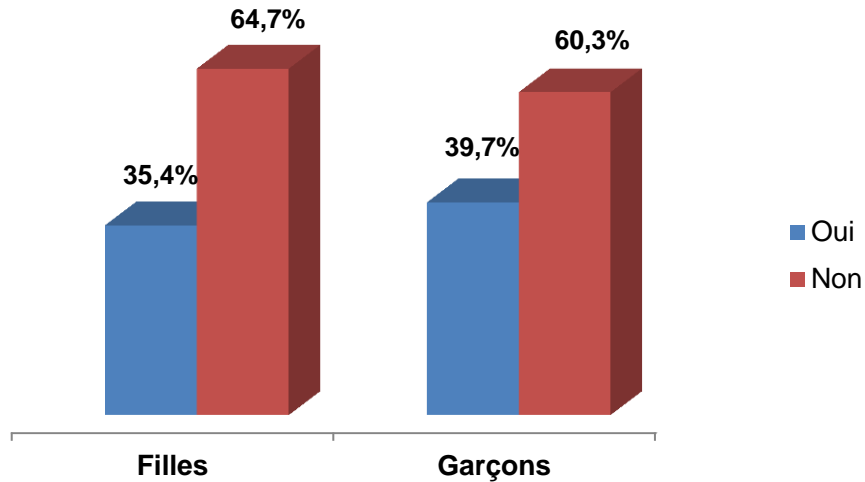
Figure 14 Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? »



On constate que 37 % seulement des adolescents se disent suffisamment informés sur le VIH/sida et les autres ITSS. En revanche, presque 63 % estiment ne pas être suffisamment informés.



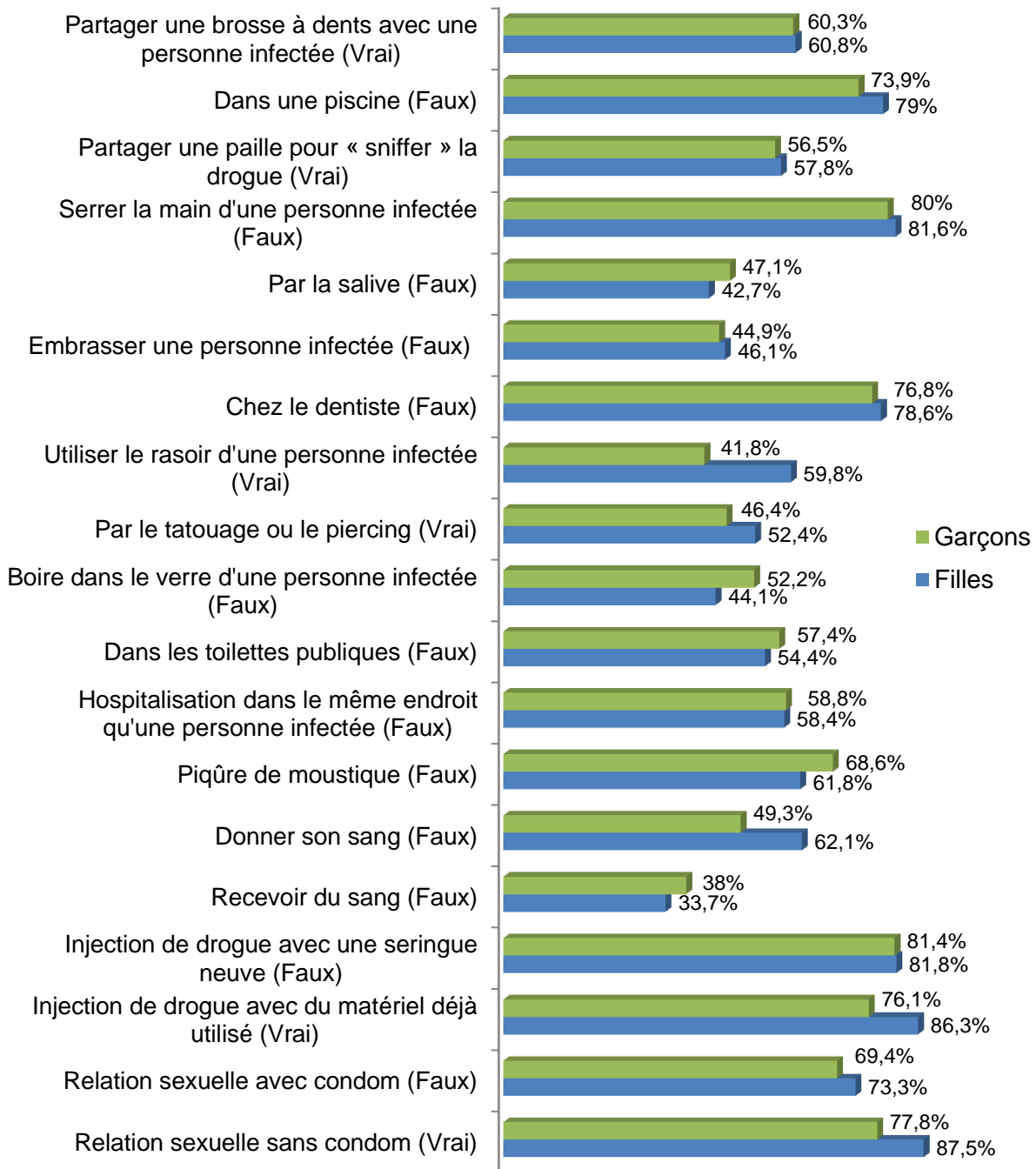
Figure 15 Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? » selon le sexe



Le graphique précédent (figure 15) nous indique l'estimation des jeunes de leur propre niveau de connaissance lié au VIH/sida et aux autres ITSS selon leur sexe. En comparant les filles aux garçons, on constate que 35,4 % contre 39,7 % s'estiment suffisamment informées alors que 64,7 % contre 60,3 % ne se considèrent pas suffisamment informées. Selon le sexe, on constate que la différence est très légère.

4.3 Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de prévention

Figure 16 Connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida chez les adolescents selon le sexe (% de réponses exactes)

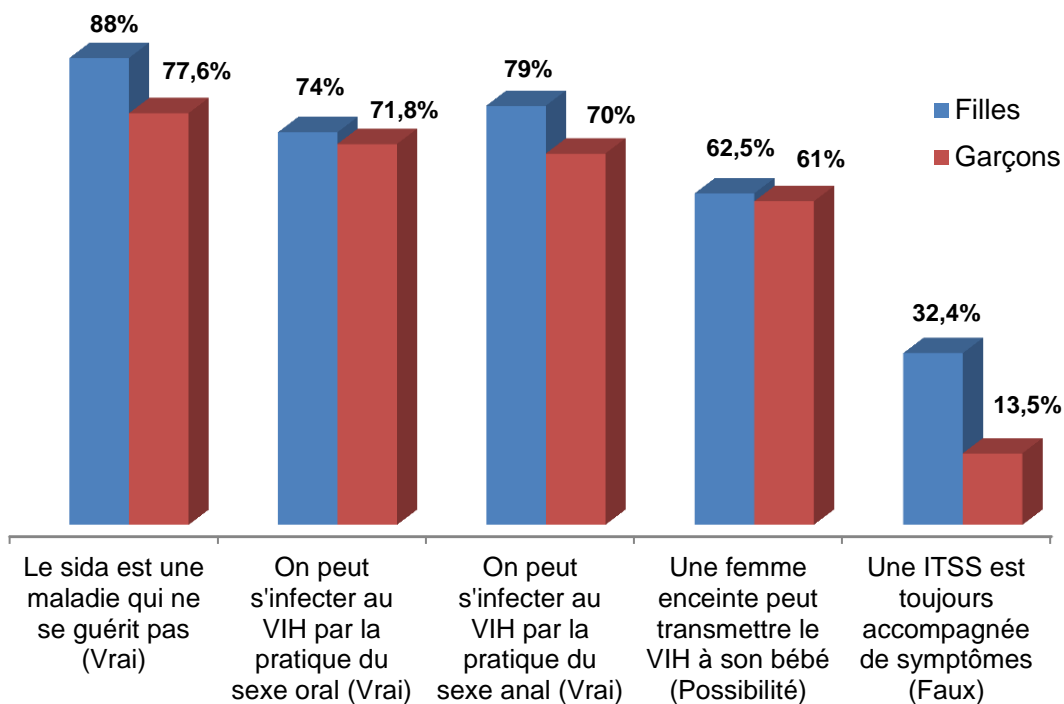




La plupart des jeunes ont identifié certains mécanismes de transmission du VIH, notamment les relations sexuelles sans protection et le partage du matériel déjà utilisé pour l'injection de drogue (figure 16). En revanche, ils sont moins nombreux à identifier l'utilisation de rasoir d'une personne infectée, le tatouage ou le piercing et le partage de paille pour priser de la drogue. Les filles ont obtenu des taux de bonnes réponses légèrement supérieurs à ceux des garçons.

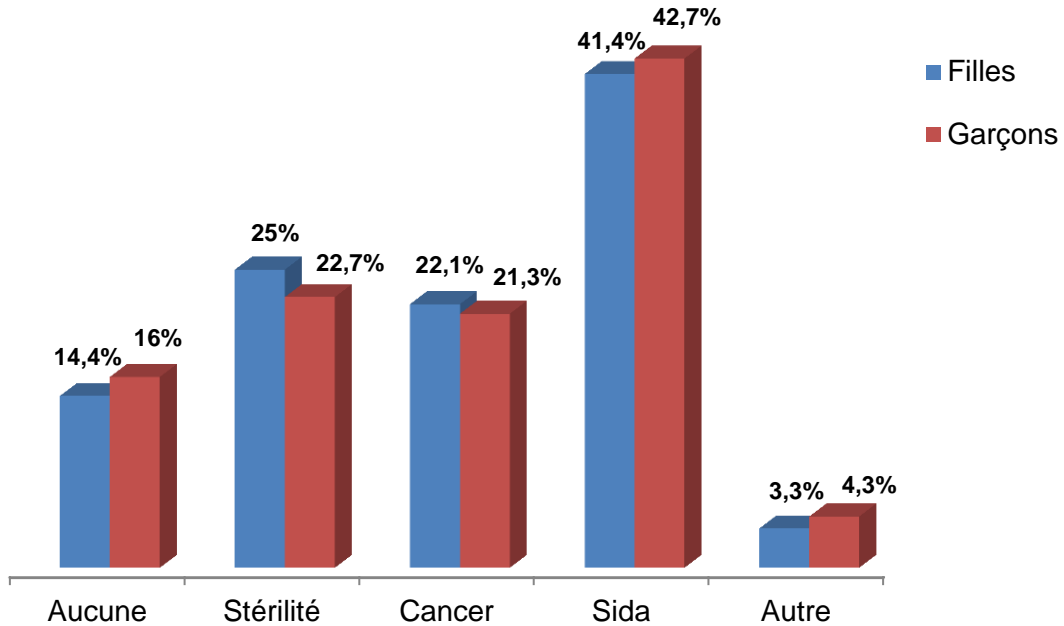
4.4 Connaissances liées au VIH/sida et aux autres ITSS

Figure 17 Connaissances liées au VIH/sida chez les jeunes selon le sexe (% de réponses exactes)



La majorité des jeunes savent que le sida est une maladie qui ne se guérit pas, qu'on peut contracter le VIH par la pratique du sexe oral ou anal et que la transmission du VIH d'une mère à son fœtus est une possibilité. Toutefois, ils ne sont pas nombreux à savoir qu'une ITSS ne manifeste pas toujours des symptômes (figure 17).

Figure 18 Distribution des répondants à la question : « Quelles conséquences peuvent avoir les ITSS sur la santé d'une personne à long terme? », selon le sexe



Sur le plan des connaissances vis-à-vis les conséquences possibles que peut avoir une ITSS sur la santé d'une personne à long terme, les répondants de sexes masculin et féminin semblent avoir presque le même niveau de connaissances. Environ 42 % seulement des adolescents ont identifié le sida comme conséquence et 21 % ont identifié le cancer. Quant à la stérilité, 25 % des filles et 22,7 % des garçons l'ont identifiée comme conséquence à long terme. Cependant, 16 % des garçons et 14,4 % des filles pensent que les ITSS ne peuvent pas avoir des conséquences sur la santé d'une personne à long terme.

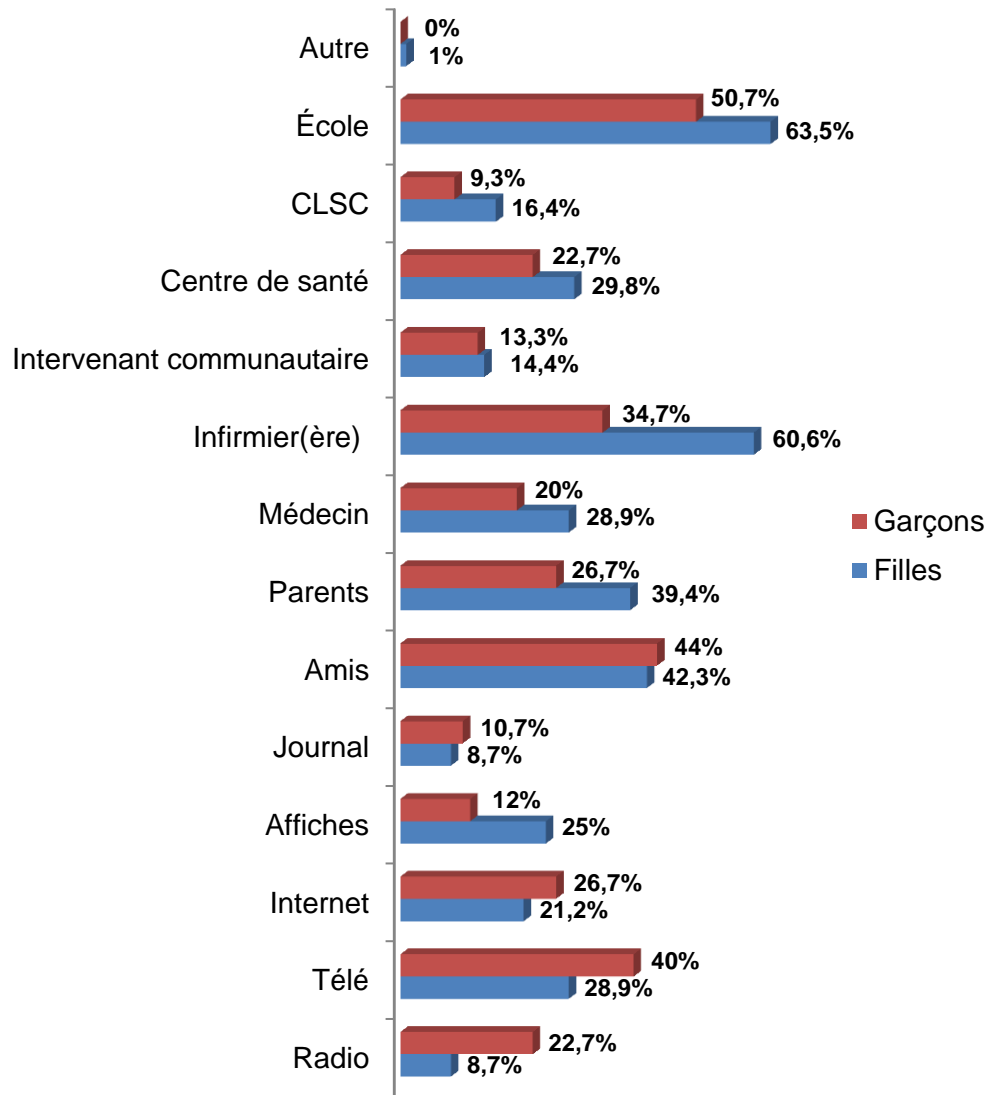


5. Sources d'informations

5.1 Les sources d'information utilisées par les jeunes

La figure ci-dessous dresse la liste des principales sources d'information des jeunes sur le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Figure 19 Sources d'information utilisées par les jeunes selon le sexe



Pour la plupart des répondants, l'école est la principale source d'information aussi bien pour les filles que pour les garçons (60,5 % contre 50,7 % respectivement). Quant aux

autres sources d'information le plus fréquemment citées par les filles, ce sont l'infirmière (60,6 %), les amis (42,3 %), les parents (39,4 %) et le centre de santé (29,8 %). Moins de trois filles sur dix ont mentionné les nouvelles à la télévision ou le médecin. Une fille sur quatre mentionnait les affiches et environ une fille sur cinq l'Internet. Les garçons indiquaient avoir obtenu de l'information sur le VIH/sida et les autres ITSS auprès de leurs amis (44 %), alors que quatre garçons sur dix en ont obtenu à la télévision (40 %), auprès d'une infirmière (34,7 %), sur internet ou auprès de leurs parents (26,7 %), 22,7 % ont mentionné le centre de santé ou la radio et deux garçons sur dix le médecin (20 %). Toutefois, il faut noter que les médias (télévision et radio) sont plus souvent cités comme source d'information chez les garçons que chez les filles.

En revanche les sources d'information les moins fréquentes aussi bien chez les filles que chez les garçons sont le journal, l'intervenant communautaire et le CLSC.

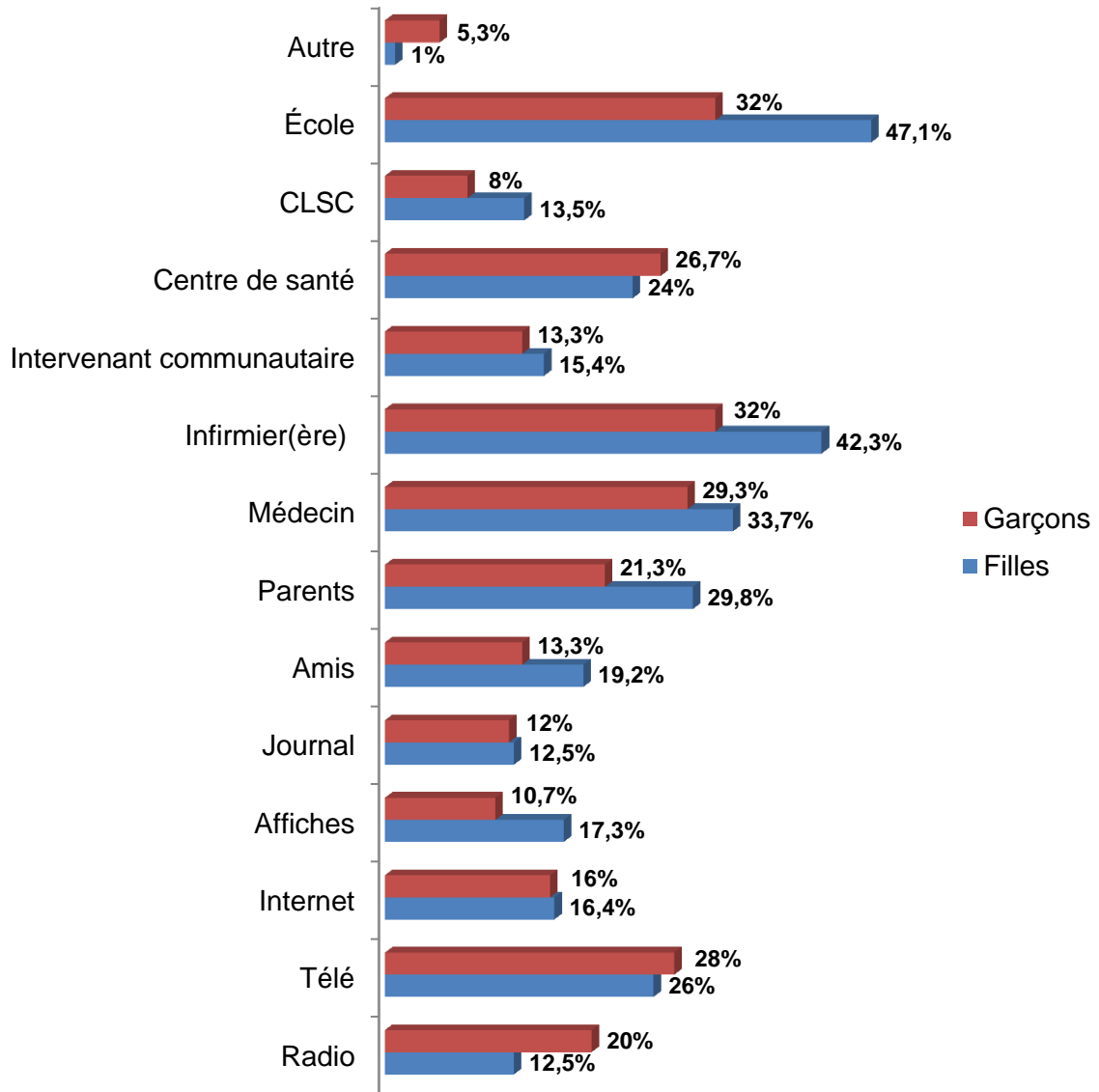
5.2 Les sources d'information préférées par les jeunes

Dans cette section, on a aussi demandé aux jeunes les sources d'information qu'ils préféreraient utiliser pour obtenir de l'information sur le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Selon les résultats de l'analyse (figure 20, page suivante), l'école est plus souvent citée comme source d'information par les filles (47 %) et par les garçons (32 %). Quant aux autres sources d'information les plus fréquemment citées aussi bien chez les filles que chez les garçons, ce sont l'infirmier(ère), le médecin, les parents, la télévision et le centre de santé.

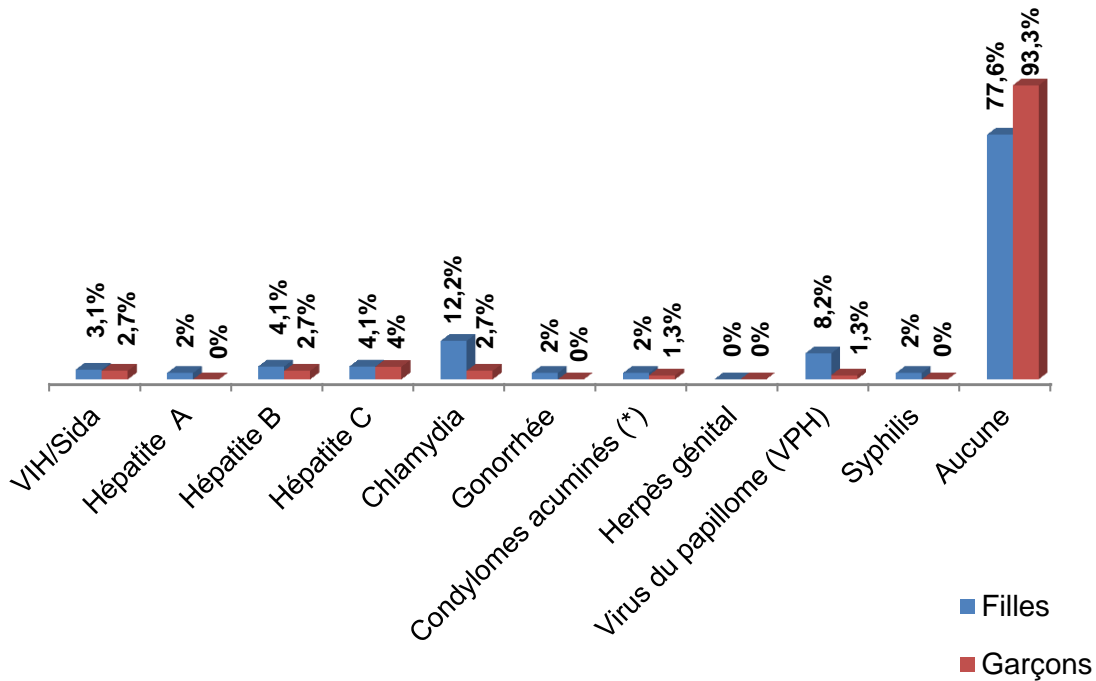


Figure 20 Sources d'information préférées par les jeunes selon le sexe



6. Tests de dépistage

Figure 21 Proportion des cas d'ITSS diagnostiqués rapportés par les jeunes selon le sexe



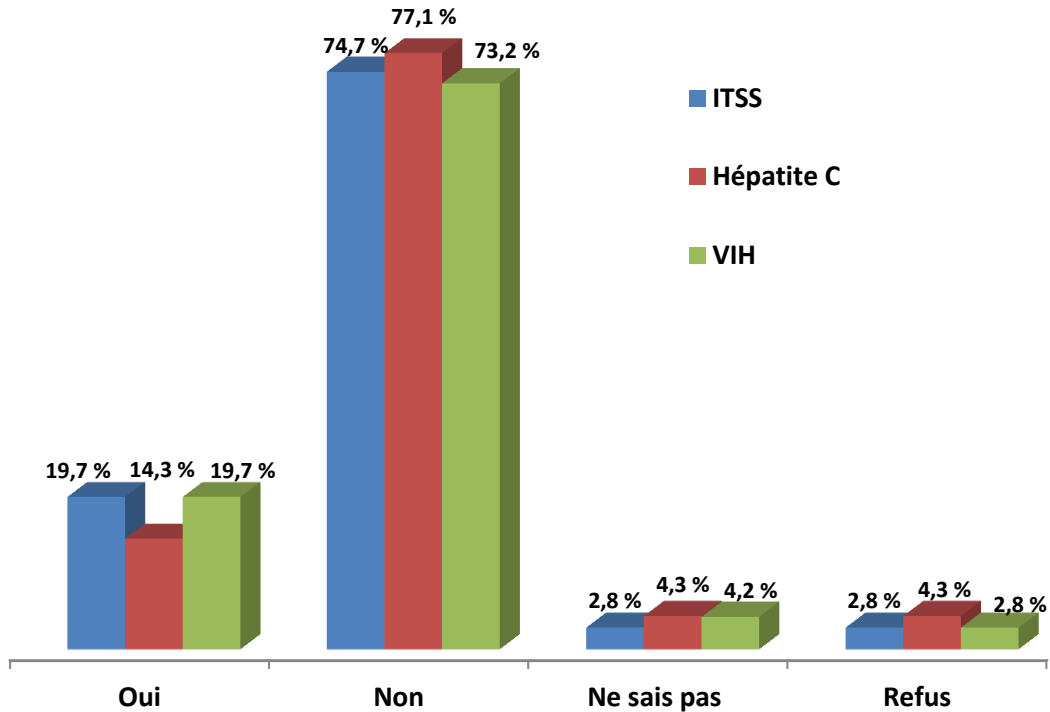
*Verrues génitales

Les proportions sont basées sur l'auto-déclaration des jeunes.

La plupart des jeunes, particulièrement les garçons, ont déclaré n'avoir jamais été diagnostiqués avec l'une des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS). Toutefois, 12,2 % des filles ont indiqué avoir eu un diagnostic de chlamydia, et ce, comparé à seulement 2,7 % chez les garçons, et pour le virus du papillome 8,2 % contre 1,3 % respectivement. La proportion des cas diagnostiqués d'hépatite B, les cas de VIH/sida et de condylomes acuminés est presque deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons. Pour l'hépatite C, la proportion est similaire chez les filles et chez les garçons (4 %). Quant à l'hépatite A, la gonorrhée et la syphilis, seules les filles ont déclaré avoir été diagnostiquées pour l'une de ces infections (2 %). En d'autres termes, les filles sont plus susceptibles de déclarer avoir reçu un diagnostic d'une ITSS comparativement aux garçons.



Figure 22 Proportion des jeunes sexuellement actifs qui ont passé un test de dépistage pour une ITSS, l'hépatite C ou le VIH



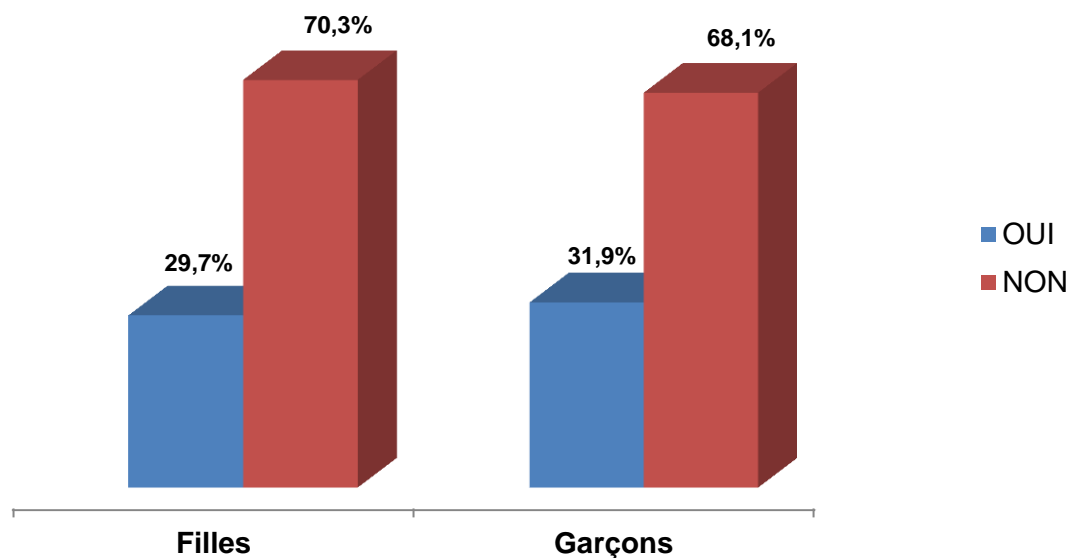
Il est remarquable de constater que la majorité des jeunes sexuellement actifs ont déclaré n'avoir jamais subi un test de dépistage pour une ITSS, l'hépatite C ou le VIH (figure 22). Toutefois, environ 20 % ont déclaré avoir passé un test de dépistage pour une ITSS ou le VIH et 18 % ont déclaré avoir reçu le résultat pour une ITSS et 17 % pour le VIH, quant à l'hépatite C, 14 % l'ont passé et 11 % ont indiqué avoir reçu le résultat. Toutefois, il faut noter que la plupart de ces jeunes ayant subi ces tests de dépistage sont des filles. Par ailleurs, certains jeunes ont déclaré n'avoir pas reçu de résultat après avoir passé un test de dépistage ; soit environ 3 % pour le VIH ou l'hépatite C et 1,4 % pour une ITSS.

7. Attitudes et perceptions

Les informations que reçoivent les jeunes sur le VIH et le sida ainsi que leurs expériences influenceront sans doute sur leur crainte de la maladie, leurs sentiments à l'égard des personnes qui en souffrent et leurs perceptions à l'égard de certains aspects de la sexualité.

7.1 Attitudes des jeunes envers le VIH/sida

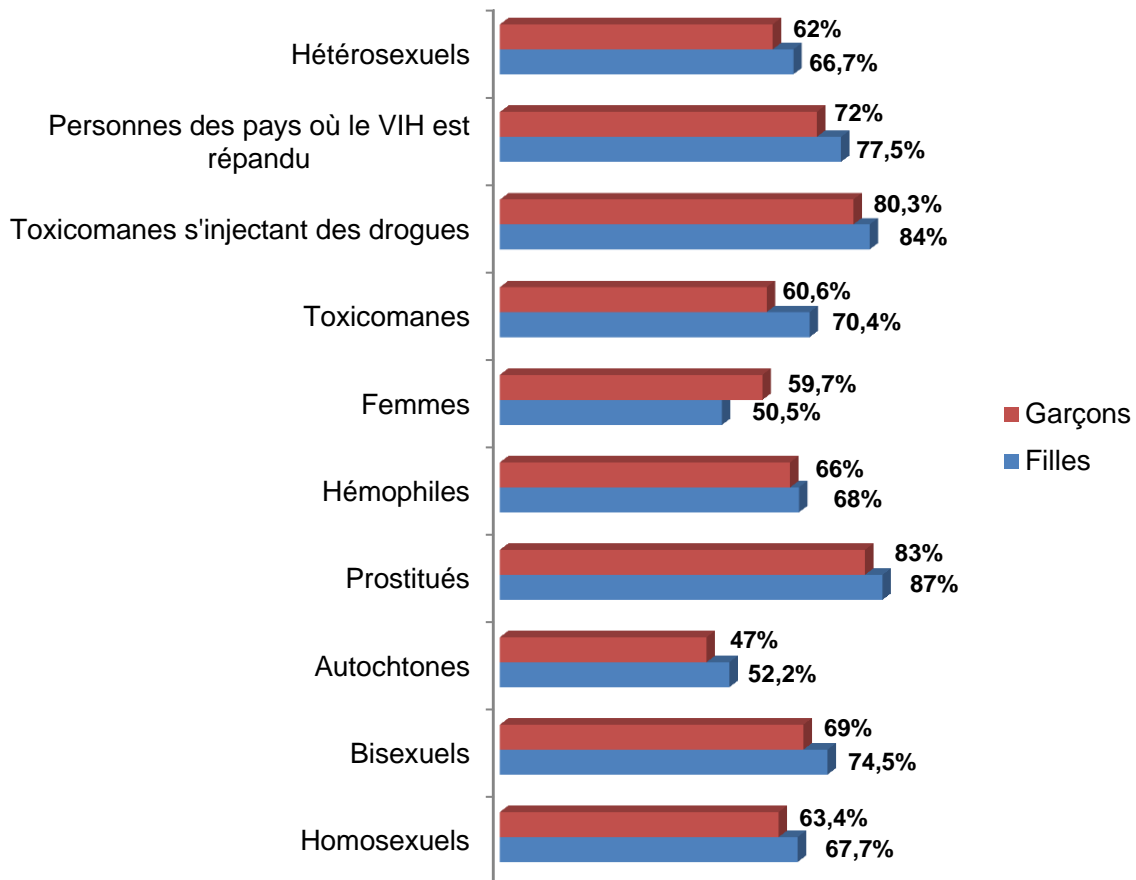
Figure 23 Distribution des répondants à la question : « Connaissez-vous au moins une personne atteinte du VIH/sida? », selon le sexe



Selon la lecture du graphique (figure 23), on constate que selon le sexe, la proportion des personnes connaissant au moins une personne atteinte du VIH/sida est sensiblement la même.

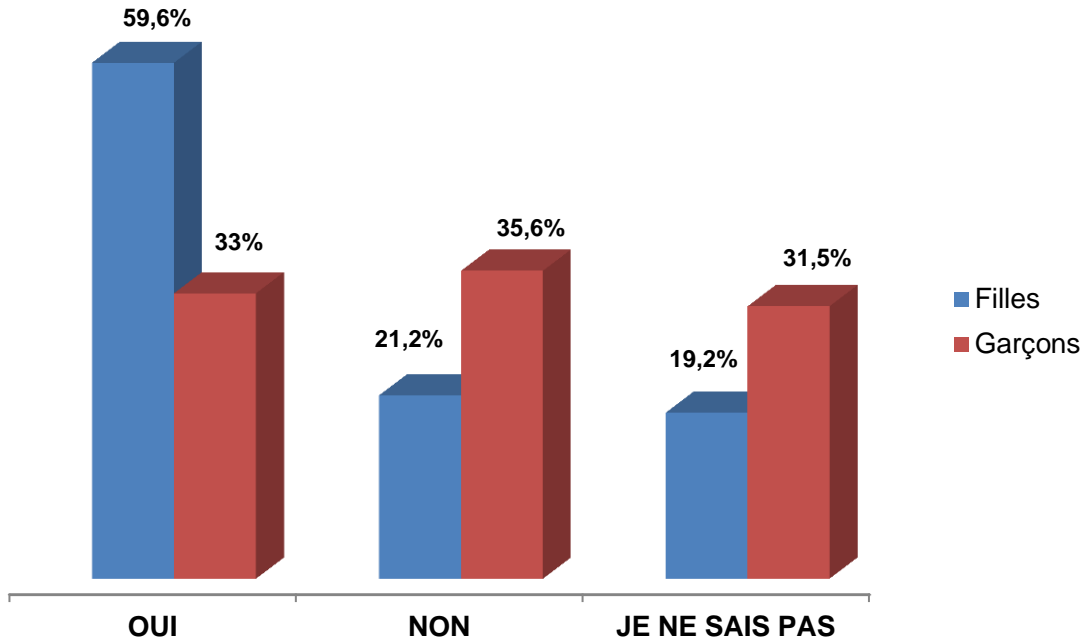


Figure 24 Groupes à risques pour le VIH identifiés par les jeunes, selon le sexe



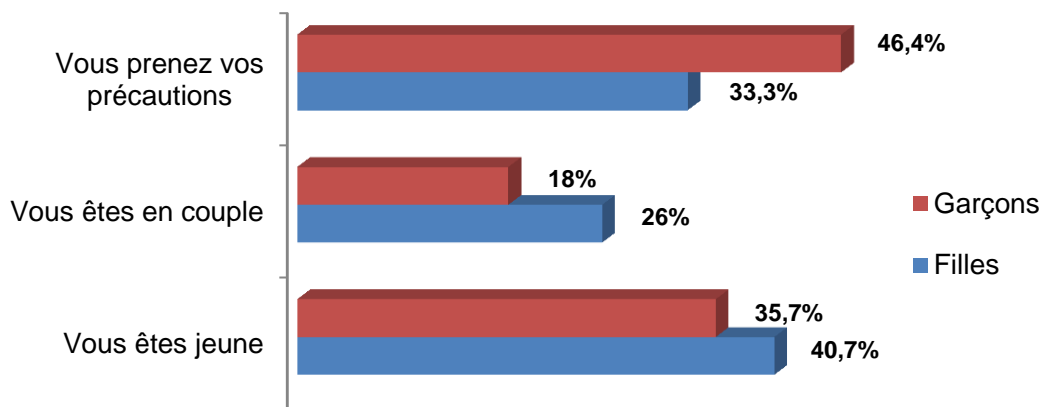
Toujours dans la section attitudes et perceptions, les jeunes ont été invités à identifier les groupes à risques (figure 24). La majorité des répondants a identifié les prostitués, les toxicomanes qui s'injectent des drogues et les personnes qui viennent des pays où le VIH est répandu comme des groupes à risques. Un constat s'impose : 52,2 % des filles et 47 % des garçons ont classé les Autochtones comme un groupe à risques. De même, 50,5 % des filles et 59,7 % des garçons ont considéré les femmes en tant que groupe à risques.

Figure 25 Craintes des jeunes à l'égard du VIH/sida selon le sexe



Les jeunes ont été évalués également au plan de leurs craintes à l'égard de leur propre vulnérabilité au VIH et au sida. D'après le graphique (figure 25), on constate que les filles étaient deux fois plus nombreuses à exprimer leurs inquiétudes sur le VIH/Sida, et ce, comparé aux garçons; soit environ 60 % contre 33 %. En revanche, on note que 31,5 % chez les garçons et 19,2 % chez les filles ont répondu par « je ne sais pas ».

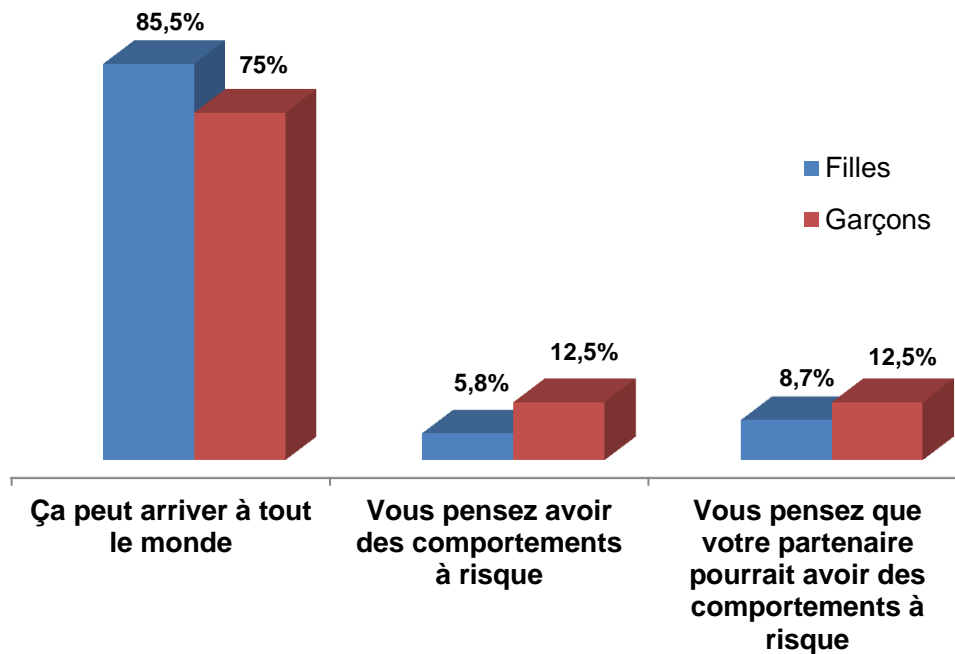
Figure 26 Raisons pour lesquelles le VIH n'inquiétait pas les jeunes selon le sexe





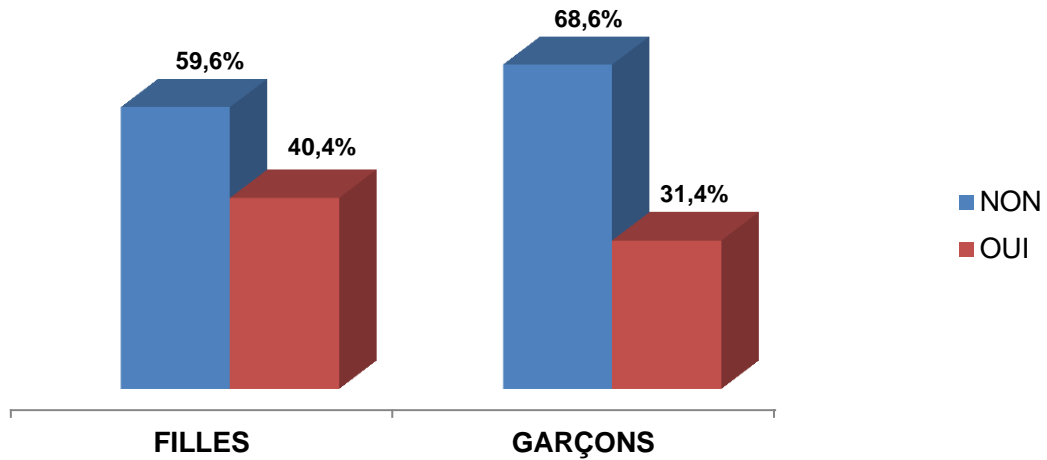
Parmi les jeunes qui n'exprimaient aucune inquiétude à l'égard du VIH, 38 % traduisaient cette attitude par le fait qu'ils sont jeunes et 22 % par le fait qu'ils sont en couple. Selon le sexe, les filles semblent légèrement plus susceptibles d'avancer ce genre d'argument que les garçons. Ces derniers ont traduit cette attitude par le fait qu'ils prennent leurs précautions : soit 46,4 % comparé à 33,3 % respectivement.

Figure 27 Raisons pour lesquelles le VIH inquiétait les jeunes selon le sexe



La majorité des jeunes qui ont exprimé leurs inquiétudes à l'égard du VIH/sida associaient cette attitude au fait que ça pouvait arriver à tout le monde. Quant aux autres, soit parce qu'ils pensaient avoir des comportements à risques (6,5 %) soit parce qu'ils pensaient que leurs partenaires pouvaient avoir des comportements à risques (6,5 %). D'après le graphique (figure 27), on constate que selon le sexe la proportion des personnes dans les différentes catégories est sensiblement la même.

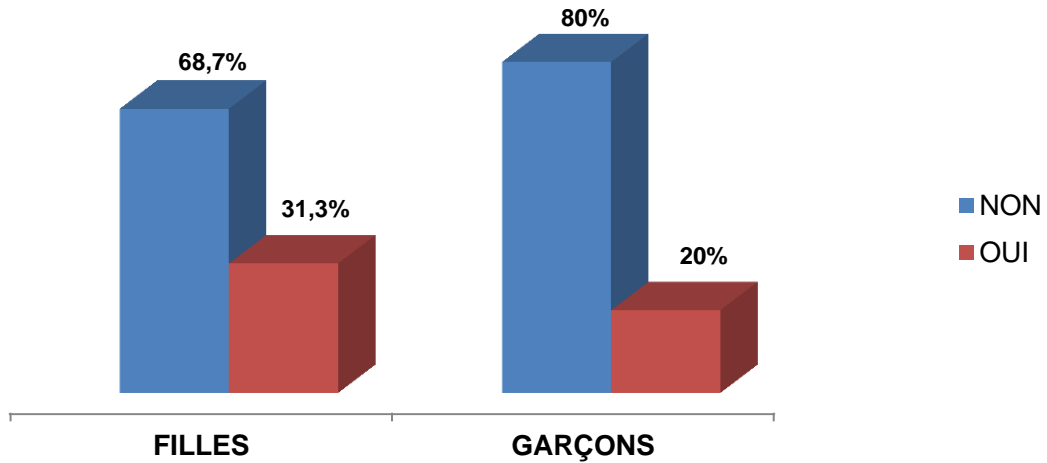
Figure 28 Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur les pratiques sexuelles d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe



Parmi les jeunes sexuellement actifs, environ 40 % chez les filles comparé à 31 % chez les garçons se sont déjà posé des questions sur la pratique sexuelle d'un(e) de leurs partenaires. En revanche, environ 60 % chez les filles versus 69 % chez les garçons ont répondu par la négation. On note une très légère différence selon le sexe.



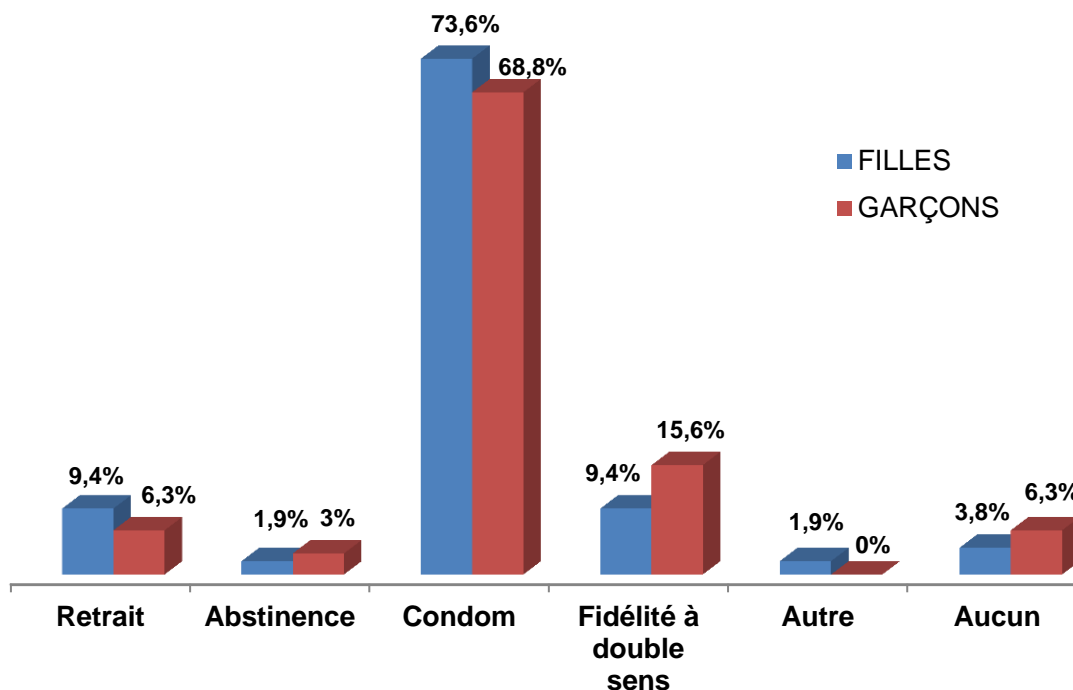
Figure 29 Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur la toxicomanie d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe



À la question de savoir s'ils se sont déjà posé des questions sur la toxicomanie d'un(e) de vos partenaires, la majorité des adolescents actifs sexuellement ont répondu par la négative. Toutefois, 31 % chez les filles comparé à 20 % chez les garçons ont répondu à cette question par l'affirmative. On note également une très légère différence selon le sexe.

7.2 Modes de protection

Figure 30 Modes de protection utilisés par les jeunes contre le VIH et les autres ITSS selon le sexe



Au sujet des modes de protection qu'on utilise contre les ITSS et le VIH, la majorité des jeunes ont opté pour le choix du condom aussi bien chez les filles que chez les garçons, soit environ 74 % contre 69 % respectivement. Toutefois, 15,6 % des garçons comparé à 9,4 % des filles ont choisi la fidélité à double sens comme moyen de protection, et 9,4 % contre 6,3 % respectivement ont opté pour le retrait. Quant à la protection moyennant l'abstinence, elle a été choisie par 3 % des garçons comparé à 2 % des filles.

8. L'usage de substance et les relations sexuelles

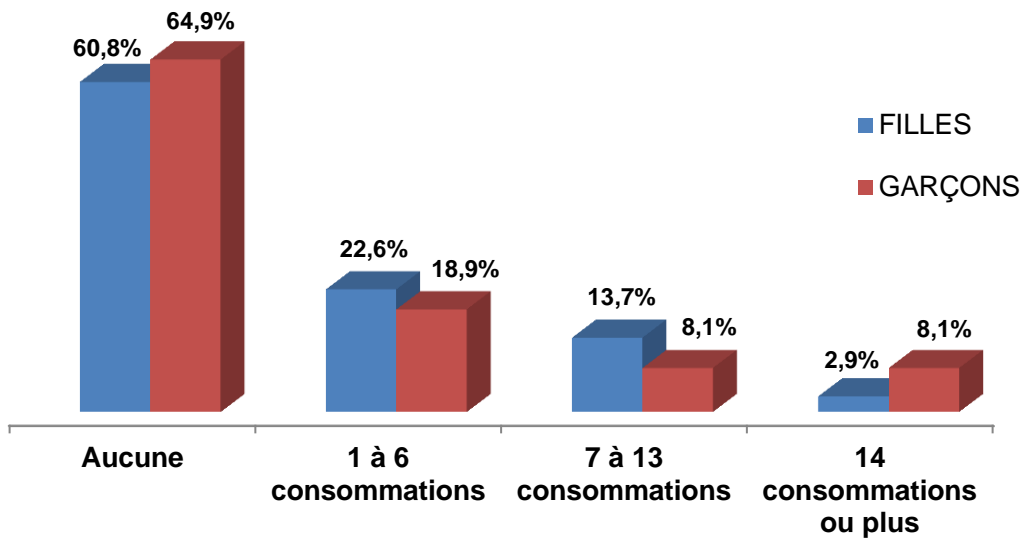
D'une part, la consommation d'alcool et/ou de drogues est reconnue pour altérer le jugement; d'autre part, elle est considérée comme un comportement dangereux pour la santé sexuelle. Pour toutes ces raisons et pour évaluer leurs comportements sexuels ainsi que leur consommation, les jeunes ont été invités à répondre à des questions portant sur leurs habitudes liées à la consommation d'alcool et/ou de drogues.



8.1 Boissons alcoolisées

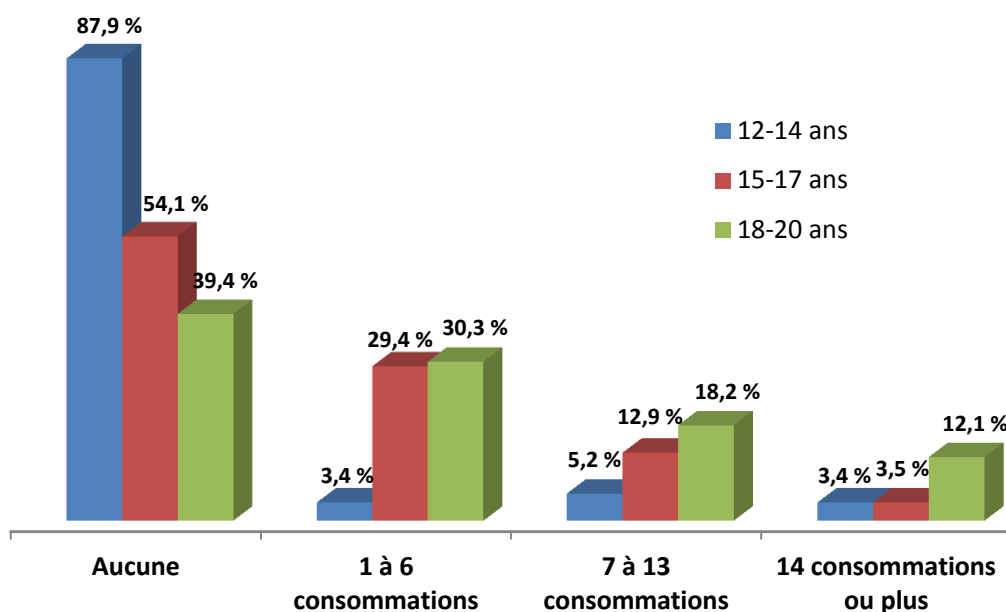
8.1.1 Fréquence de consommation

Figure 31 Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours déclarée par les jeunes selon le sexe



D'après le graphique ci-dessus (figure 31), la majorité des jeunes ont déclaré n'avoir eu aucune consommation au cours d'une période de sept jours. Quant aux jeunes déclarant avoir bu 1 à 6 consommations ou 7 à 13 consommations, la majorité sont des filles, soit 36,3 % des filles comparé à 27 %. En revanche, la consommation régulière d'alcool (14 consommations et plus) est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Figure 32 Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours déclarée selon les catégories d'âge



En examinant ces résultats selon les différentes catégories d'âge (Figure 32), il semble que la consommation d'alcool au cours de cette période de sept jours, peu importe la fréquence, est très répandue parmi les 18-20 ans (60,6 %) comparativement aux 15-17 ans (45,8 %) et aux 12-14 ans (12 %). Ceux-ci sont d'ailleurs nettement plus nombreux (12 %) que les 12-17 (6,9 %) à déclarer 14 consommations ou plus au cours de cette période. Il convient toutefois de souligner que 8,6 % des 12-14 ans ont déclaré avoir consommé plus de 7 consommations au cours de cette période.

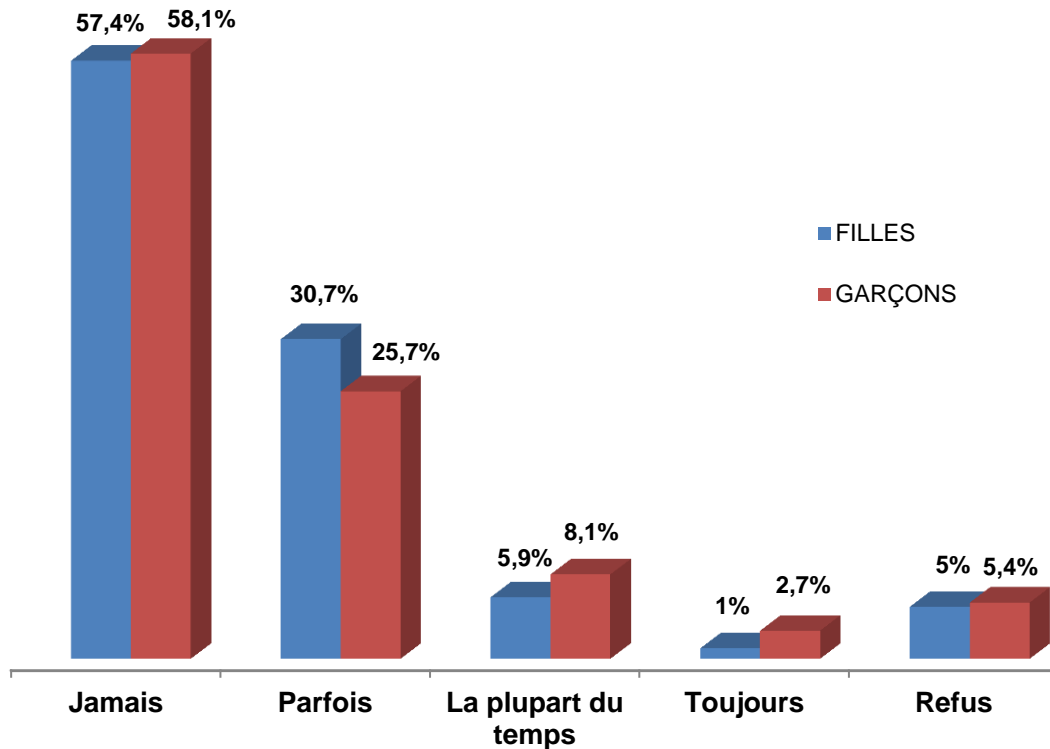
8.1.2 Consommation d'alcool et relations sexuelles

Au cours des douze mois précédant l'enquête, 37,6 % des filles comparé à 36,5 % chez les garçons ont déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle (figure 33). Une proportion assez similaire selon le sexe.

En revanche, on note que les garçons étaient plus nombreux que les filles à déclarer « toujours » ou « la plupart du temps » avoir consommé une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle au cours des douze derniers mois avant l'enquête (figure 33).



Figure 33 Fréquence de la consommation d'une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle selon le sexe durant les 12 mois précédant l'enquête

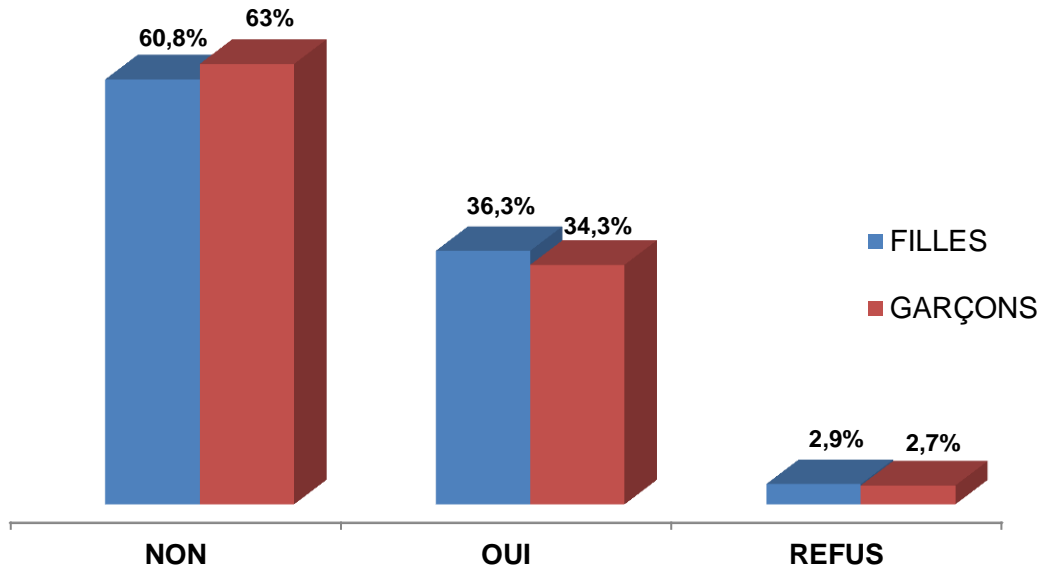


9. Utilisation de drogues

Même lors d'une consommation modérée de drogues, un maximum de vigilance est de mise. Les risques associés à la consommation de drogues et les impacts sur la santé en général et la santé sexuelle en particulier sont très nombreux.

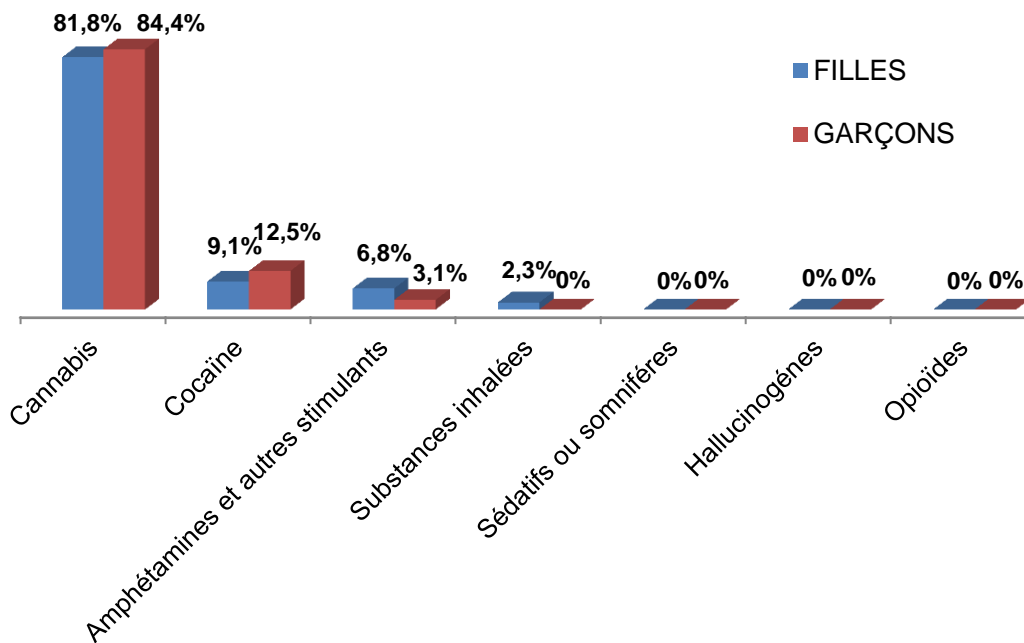
Pendant les douze mois précédant l'enquête, environ 36 % chez les filles comparé à 34 % chez les garçons ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au moins une fois (figure 34). Toutefois, presque 58 % des jeunes ont déclaré n'avoir jamais utilisé des drogues au cours de la même période. Par ailleurs, on note que la consommation ou l'injection de drogues s'accroît avec l'âge.

Figure 34 Consommation ou injection de drogues selon le sexe au cours des 12 mois précédant l'enquête



9.1 Drogues consommées par les jeunes

Figure 35 Types de drogues consommées au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les consommateurs de drogues, selon le sexe





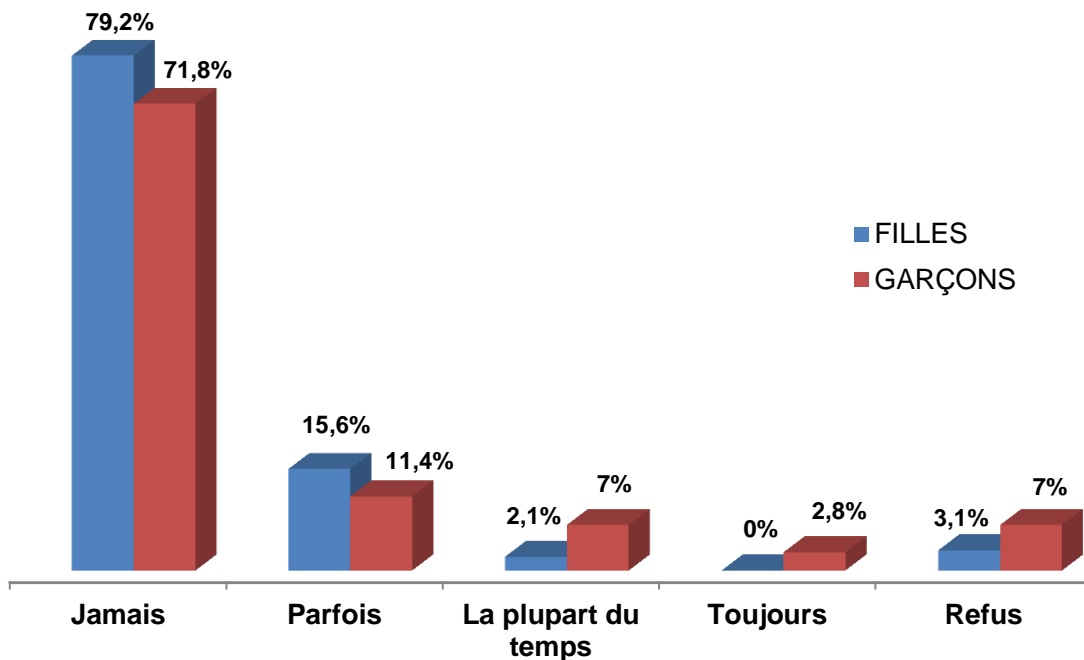
Selon le graphique précédent (figure 35), le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment consommée : 84,4 % des garçons comparé à environ 82 % chez les filles ont consommé au moins une fois du cannabis au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Après le cannabis, les drogues illicites les plus fréquemment consommées sont la cocaïne et les amphétamines.

9.2 Drogues injectables utilisées par les jeunes

Quant aux drogues injectées, seulement 8 personnes (5 garçons et 3 filles) ont déclaré avoir utilisé des drogues par injection au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Ceci signifie que les drogues injectées sont peu répandues parmi les jeunes vivant dans la communauté.

9.3 Consommation de drogues et relations sexuelles

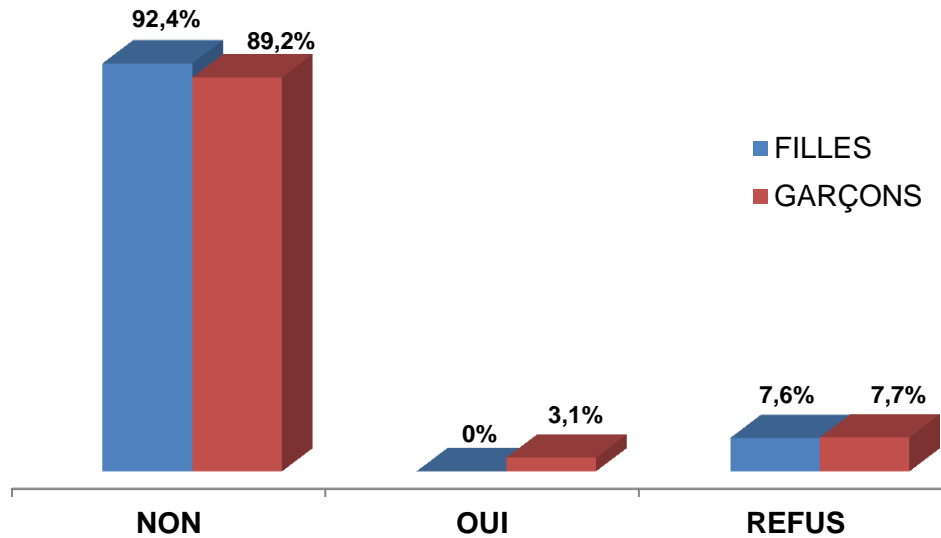
Figure 36 Fréquence de consommation de drogues avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe



La majorité des jeunes n'ont jamais consommé de drogues avant une relation sexuelle dans la période de douze mois avant l'enquête. En revanche, 21,2 % chez les garçons comparativement à 17,7 % chez les filles ont déclaré avoir déjà consommé de la drogue avant une relation sexuelle au cours de cette période (figure 36).

9.4 Matériel utilisé pour s'injecter les drogues

Figure 37 Proportion des jeunes ayant rapporté avoir partagé le matériel d'injection de drogues durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe

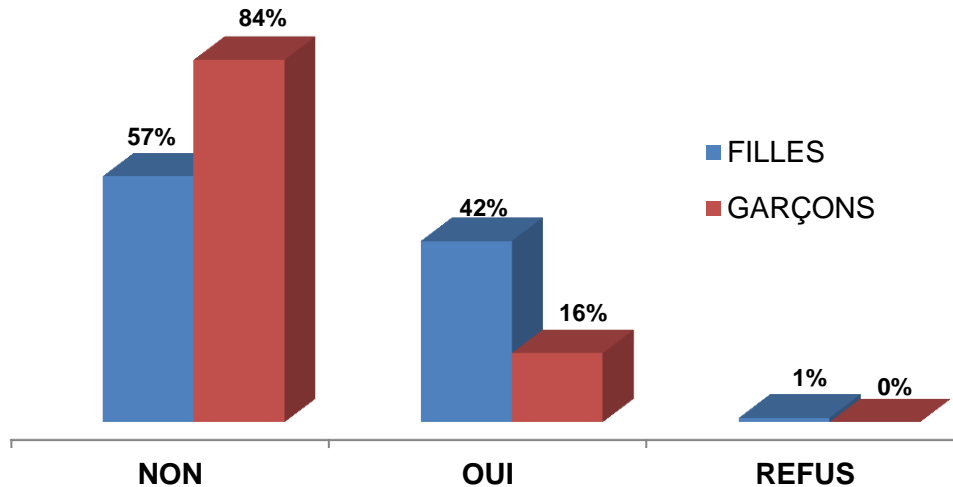


La majorité a répondu par la négative pour le partage du matériel d'injection au cours des 12 mois avant l'étude (figure 37). Toutefois, 3,1 % des garçons ont déclaré avoir déjà utilisé du matériel d'injection déjà utilisé au moins une fois par d'autres personnes (y compris leur partenaire sexuel) durant cette période.



10. Piercing ou tatouage

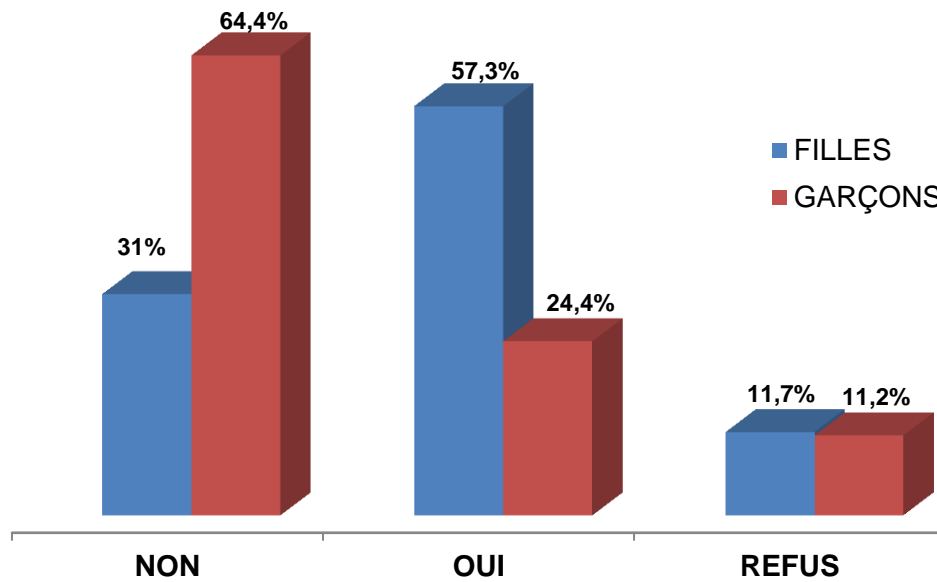
Figure 38 Proportion des jeunes ayant rapporté avoir eu un tatouage ou un piercing au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe



Le perçage corporel et le tatouage font partie des comportements dangereux, pouvant provoquer une infection ou faciliter la transmission des maladies véhiculées par le sang; 42 % des filles comparé à 16 % des garçons ont déclaré s'être fait tatouer ou percer une partie du corps au cours des 12 mois avant l'enquête. En effet, le perçage est plus courant chez les filles que chez les garçons.

D'après le graphique ci-dessus (figure 39), 64,4 % des garçons comparé à 31 % des filles ont déclaré ne pas avoir vérifié si les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate.

Figure 39 Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous assuré que les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate? », selon le sexe





Discussion

Cette enquête a révélé la précocité sexuelle des jeunes des Premières Nations comparativement aux jeunes Canadiens. En effet, les données ont montré que l'âge moyen des garçons était de 13,4 ans et de 13,6 ans chez les filles. Alors que, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 (29), l'âge moyen des jeunes Canadiens lors de la première relation sexuelle était de 16,5 ans à la fois chez les garçons et chez les filles. Cette précocité pourrait exposer les jeunes à un plus grand risque de contracter des ITSS. En effet, certaines études ont révélé qu'un début précoce de l'activité sexuelle est lié à un risque accru d'ITSS, et serait associé à des taux d'ITSS plus élevés (4).

Quant à l'activité sexuelle, on demandait simplement aux jeunes s'ils ont déjà eu des relations sexuelles. Ceux qui répondaient par l'affirmative ont instantanément été classés comme étant « actifs sur le plan sexuel » peu importe la fréquence de leur comportement. Environ la moitié des répondants se sont déclarés actifs sexuellement. Les résultats ont démontré que l'activité sexuelle augmente en fonction de l'âge. Seulement les garçons ont répondu avoir eu quatre partenaires ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette disparité pourrait s'expliquer par ce qu'on appelle le *double standard sexuel*, selon lequel un même comportement sexuel serait évalué différemment s'il est adopté par un homme ou une femme (30). Ainsi, un nombre élevé de partenaires sexuels pourrait apporter fierté et respect à un garçon alors que, chez la fille, ce comportement entraînerait une mauvaise réputation. Ce double standard à l'égard des comportements sexuels pourrait pousser les garçons à déclarer un nombre de partenaires sexuels faussement à la hausse. Ces mêmes raisons pourraient agir de façon contraire chez les filles, leur faisant diminuer le nombre de partenaires sexuels divulgués.

Les résultats des analyses révèlent que la pratique du sexe oral est plus courante comparativement à celle du sexe anal chez les jeunes. En effet, parmi les jeunes sexuellement actifs, 33 % ont rapporté avoir pratiqué le sexe oral, 25 % ont indiqué avoir expérimenté le sexe anal et 16 % ont indiqué avoir pratiqué les deux. Bien que, d'un point de vue de la santé sexuelle, le risque de contracter une infection transmissible sexuellement ou par le sang par la pratique du sexe oral est faible comparé à la pénétration anale ou vaginale, le sexe oral n'est pas sans risque (31). Effectivement, plusieurs ITSS sont présentes dans le sperme, les sécrétions vaginales, la salive ou d'autres liquides organiques. Ainsi, pratiquer ou recevoir le sexe oral augmente le risque d'exposition à certaines ITSS. Par ailleurs, 82,6 % des répondants ont confirmé n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne atteinte du VIH /Sida et 79 % ont rapporté n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITSS. Ceci pourrait être attribuable à la méconnaissance des jeunes du caractère majoritairement asymptomatique des ITSS.

Environ 54 % des filles comparé à 36 % des garçons n'utilisaient pas toujours le condom. En examinant les raisons principales pour lesquelles les filles n'utilisent pas le condom, une raison prédomine, 71 % ont indiqué qu'elles étaient avec un partenaire régulier. Cette confiance envers le partenaire pourrait être un obstacle à la prévention. Les résultats de cette enquête indiquent également que le recours au condom chez les jeunes augmente avec l'âge. Autrement dit, les jeunes de moins de 18 ans sont moins enclins à utiliser le condom comparativement aux jeunes de 18-20 ans. Ce constat laisse entendre que les adolescents pourraient encourir des risques plus élevés de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quant à l'attitude des jeunes face au refus du partenaire d'utiliser le condom, les garçons sont plus nombreux que les filles à répondre qu'ils accepteraient des relations sexuelles avec un ou une partenaire régulier(e) (31,1 % contre 19,4 %) ou occasionnel(le) (19,6 % contre 6,7 %) sans condom. D'une part, ces résultats soulignent l'incompréhension des jeunes de l'ampleur des risques auxquels ils s'exposent en ayant des relations sexuelles non protégées; d'autre part, de l'utilité d'un condom face aux différentes ITSS.

Ainsi, la connaissance s'est avérée déterminante dans les comportements sexuels des jeunes, puisque pour bien se protéger des ITSS, il faut connaître et comprendre les mécanismes de transmission et les moyens de prévention. Dans ce sens, on a évalué les connaissances des jeunes. En examinant les résultats, on constate qu'ils sont peu nombreux à connaître les ITSS, à identifier certains mécanismes de transmission du VIH, à connaître les conséquences des ITSS sur la santé d'une personne à long terme. Ils sont également nombreux à penser que le retrait au moment de l'éjaculation est un moyen de protection contre le VIH et les autres ITSS. Ces résultats viennent appuyer notre constat sur la méconnaissance des jeunes des ITSS et leurs dangers.

Pour la majorité, l'école est la principale source d'information aussi bien pour les filles que pour les garçons (60,5 % contre 50,7 % respectivement). Quant aux autres sources d'information, les plus fréquemment citées pour les garçons ce sont leurs amis (44 %). Les dangers d'un tel cadre d'apprentissage sont évidents. On note également l'absence d'éducation sexuelle au sein de la cellule familiale, un autre facteur favorisant la vulnérabilité des jeunes. Et, parmi les sources d'information les moins fréquentes aussi bien chez les filles que chez les garçons on a identifié l'intervenant en santé communautaire. Pourtant présente dans plusieurs communautés, cette ressource ne semble pas être une option pour les jeunes afin d'obtenir de l'information. On pourrait donc penser que cette ressource n'est pas en contact régulier avec les jeunes au même titre que les amis, les professeurs ou les parents.

Quant à la question sur le test de dépistage, environ 75% des jeunes n'ont jamais subi de test de dépistage. Toutefois, deux constats s'imposent; environ 3 % des jeunes ont indiqué avoir eu un diagnostic de VIH/sida et ce sont les filles les plus susceptibles à déclarer avoir reçu un diagnostic comparativement aux garçons. Ce dernier constat pourrait être attribuable au fait qu'il est plus facile de rejoindre les filles de façon



confidentielle lors d'un examen médical annuel (test Pap) ou lors d'une consultation pour une méthode contraceptive. Ces consultations peuvent être l'occasion de proposer un test de dépistage. Le suivi médical des garçons sur le plan de la santé sexuelle étant moins régulier, il est donc plus difficile de les rejoindre et moins fréquent de les voir consulter en absence de symptômes.

Par ailleurs, l'information reçue par les jeunes sur le VIH et le sida ainsi que leurs expériences influenceront sans doute sur leurs craintes et leurs perceptions à l'égard de la maladie et à certains aspects de la sexualité. Concernant la question sur les groupes à risques pour le VIH/sida, plus de la moitié ont classé les Autochtones et les femmes comme des groupes à risques. De même, les filles étaient deux fois plus nombreuses à exprimer leurs inquiétudes sur le VIH/sida comparativement aux garçons qui pensaient qu'ils ne sont pas à risques puisqu'ils prennent leurs précautions. Le questionnaire ne présentant pas d'information sur les précautions que semblent prendre les garçons, il est difficile de savoir si ces précautions sont bonnes ou si elles sont fondées sur des méconnaissances.

Les résultats des analyses ont démontré que la consommation des boissons alcoolisées et la consommation de drogues, peu importe la fréquence, sont très répandues parmi les jeunes même chez les jeunes adolescents. En effet, les résultats ont démontré que le cannabis est une drogue d'usage largement répandue parmi les jeunes. Il semble également que la consommation de drogues et l'importance de la consommation d'alcool augmentent avec l'âge. De même, autant de filles que de garçons ont déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée ou une drogue avant une relation sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête. Selon une étude, la consommation d'alcool et de drogues peut nuire considérablement aux conduites préventives (32). Autrement dit, ces substances altèrent le jugement, amplifient le désir, réduisent les inhibitions sexuelles et donc détournent de la prévention.

IV. LES ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS

1. Caractéristiques de la population

Les analyses ont porté sur 935 répondants dont 493 femmes et 440 hommes (le sexe n'était pas précisé pour 2 participants). L'âge moyen des participants à l'étude était de 38,2 ans avec un écart-type de 11,2 ans. L'âge moyen des femmes (38,1 ans) et celui des hommes (38,3 ans) étaient semblables. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux sexes. Parmi ces répondants, 24 % étaient âgés de 18 à 28 ans, 31,4 % de 29 à 39 ans et 18,4 % de 50 ans et plus (tableau 10). Environ 27 % des participants ont indiqué qu'ils ont fait leurs études dans une communauté des Premières Nations, 37,5 % ont indiqué avoir étudié dans une communauté des Premières Nations et en dehors de la communauté, 30 % hors de la communauté et 9,4 % dans un pensionnat indien. Seulement 54 % ont indiqué avoir une activité rémunérée. Quant au revenu personnel annuel au cours de l'année se terminant le 31 décembre 2007, environ 5 % ont déclaré n'avoir eu aucun revenu, 41 % ont un revenu situé entre 1 \$ et 19 999 \$, 38 % entre 20 000 \$ et 39 999 et environ 15 % plus de 40 000 \$. Pour le niveau de scolarité, environ la moitié des participants ont fait quelques années d'école secondaire (33 %) ou les ont terminées (16,1 %). La formation professionnelle (14,5 %) et l'école des métiers (9,5 %) ont été rapportées du quart des répondants. Toutefois, environ 14 % des participants ont étudié à l'université et 6,6 % ont obtenu un diplôme universitaire. Plus de 60 % sont en couple, 31,6 % sont célibataires et 8 % sont divorcés ou veufs. Soixante-douze pourcent des participants ont affirmé que la spiritualité tient une place très importante (31 %) ou importante (41 %) dans leur vie.



Tableau 9 Caractéristiques sociodémographiques des 935 participants à l'enquête

Variables sociodémographiques	N(*)	%
Sexe		
Féminin	493	52,8
Masculin	440	47,2
Âge (années)		
18-28 ans	225	24,1
29-39 ans	294	31,4
40-49 ans	244	26,1
50 ans et plus	172	18,4
Langue(s) parlée(s) quotidiennement		
Français	126	13,6
Anglais	170	18,3
Langue Premières Nations (LPN)	303	32,6
Français-Anglais	58	6,2
Français-LPN	156	16,8
Anglais-LPN	77	8,3
Français-Anglais-LPN	39	4,2
Lieu de scolarité		
Dans une communauté des Premières Nations	250	26,7
Une partie dans une communauté et une autre hors communauté	349	37,3
Hors de la communauté pour toutes les études	280	30,0
Un pensionnat indien	88	9,4

Variables sociodémographiques	N(*)	%
Niveau de scolarité		
Jamais	3	0,3
Quelques années d'école primaire	16	1,7
École primaire terminée	31	3,4
Quelques années d'école secondaire	305	33,0
École secondaire terminée	149	16,1
Quelques années d'études collégiales ou d'écoles de métiers	76	8,2
Collège ou écoles de métiers terminés	88	9,5
Quelques années d'études universitaires	65	7,0
Études universitaires terminées	61	6,6
Formation professionnelle	133	14,4
Activité rémunérée		
Oui	495	54
Non	423	46
Revenu annuel (dollars)		
Aucun	41	5,4
1-19 999	314	41,3
20 000-39 999	289	38,0
40 000-59 999	81	10,7
60 000 et plus	35	4,6
Statut matrimonial		
Célibataire	292	31,6
Conjoint de fait	257	27,8
Marié	301	32,6
Divorcé	65	7,0
Veuf	9	1,0
Place de la spiritualité dans la vie		
Très importante	249	30,9
Importante	331	41,1
Peu importante	191	23,7
Pas du tout importante	34	4,3

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes



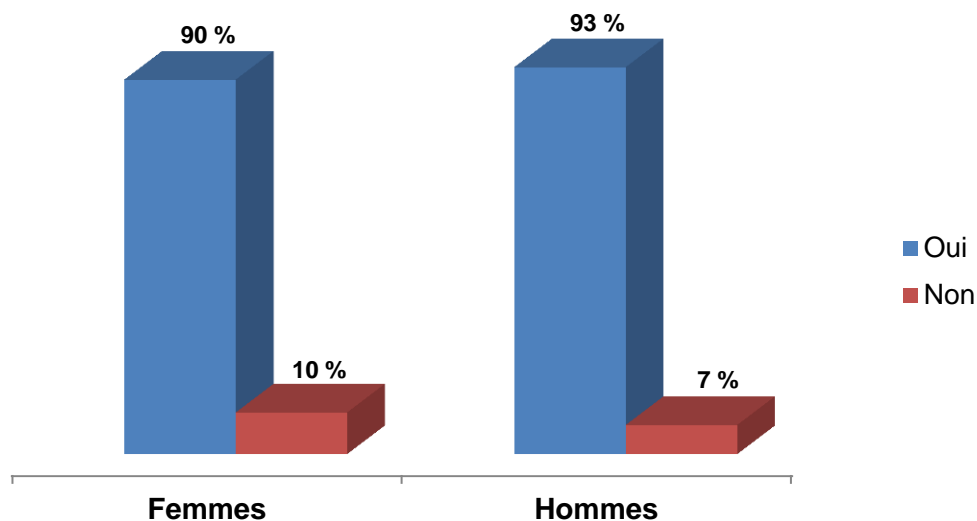
2. Comportements sexuels

Une analyse spécifique a été réalisée auprès des répondants qui ont rapporté avoir été actifs sexuellement au cours des 12 mois précédant l'enquête.

2.1 Activité sexuelle

Dans l'ensemble, 90 % des participantes et 93 % des participants ont été actifs sexuellement au cours des 12 mois précédant l'enquête (figure 40). L'âge moyen des hommes à la première relation sexuelle est légèrement inférieur à celui des femmes; soit 15,3 ans ($\pm 0,14$) contre 15,7 ans ($\pm 0,11$). Cette différence était significative statistiquement ($p=0,009$).

Figure 40 Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? », selon le sexe



Toutefois, si l'écart entre l'âge moyen des hommes et des femmes à la première relation sexuelle n'est pas si important, il se creuse en comparant les différentes catégories d'âge. Alors que l'âge moyen à la première relation sexuelle des hommes de 50 à 60 ans est de 16 ans il s'abaisse à 14,5 ans pour les jeunes de 18 à 28 ans. Chez les femmes, la même tendance s'observe avec un âge moyen de 17,2 ans à la première relation sexuelle chez les 50-60 ans et de 14,3 ans chez celles âgées de 18 à 29 ans. L'écart observé entre les générations est de 1,5 an chez les hommes et de 3 ans chez les femmes.

Tableau 10 Distribution des répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? », selon les catégories d'âge

Activité sexuelle	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50 ans et plus	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Oui	191	93,6	267	95,7	214	93,5	126	77,8
Non	13	6,4	12	4,3	15	6,6	36	22,2

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

D'après les résultats découlant des analyses (tableau 10), on constate globalement que la proportion des répondants qui rapportent être actifs sexuellement tend à diminuer chez les adultes de 50 ans et plus.. Par ailleurs, près de 95 % des répondants âgés de 18 à 49 ans sont actifs sexuellement.

Le nombre de partenaires est un des indicateurs du comportement sexuel pouvant exposer aux risques de transmission des ITSS. En effet, selon les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, avoir plus de deux partenaires sexuels au cours de 12 mois est un facteur de risque associé à une incidence accrue des ITSS (33).

Le nombre moyen de partenaires sexuels des femmes et des hommes au cours des douze mois précédant l'enquête s'élève respectivement à 1,2 et 1,5 partenaire sexuel.

Les données du tableau 11 montrent clairement que la proportion des hommes ayant déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête était significativement supérieure à celle des femmes (30,3 % versus 16 %). De plus, les hommes rapportent plus de partenaires sexuels que les femmes; les réponses varient de 2 à 8 partenaires chez les hommes contre 2 à 6 partenaires chez les femmes. En général, les hommes font état d'un plus grand nombre de partenaires que les femmes. On note également que la proportion des femmes monopartenaires est supérieure à celle des hommes; soit 77,2 % comparé à 58,8 %.



Tableau 11 Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les participants actifs sexuellement, selon le sexe

Nombre de partenaires	Sexe			
	Femmes		Hommes	
	N(*)	%	N(*)	%
0	29	6,9	41	10,8
1	322	77,2	223	58,8
2	32	7,7	69	18,2
3 et plus	34	8,2	46	12,1

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Selon les données du tableau 12, la proportion des répondants sexuellement actifs ayant eu des partenaires sexuels multiples (3 et plus) décroît progressivement avec l'âge de façon significative ($< 0,0001$); 20,6 % chez les 18-28 ans comparativement à 10,6 % chez les 29-39 ans, 4,2 % chez les 40-49 ans et 4 % chez les 50-60 ans.

Tableau 12 Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les participants actifs sexuellement, selon l'âge

Nombre de partenaires	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50-60 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
	0	8	4,23	25	9,43	20	9,22	17
1	117	61,90	182	68,68	159	73,27	88	69,29
2	25	13,23	30	11,32	29	13,36	17	13,39
3 et plus	39	20,63	28	10,57	9	4,15	5	3,94

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu au moins 3 partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête: 8,2 % des femmes contre 12,1 % des hommes. La proportion des participants ayant rapporté au moins 3 partenaires

atteint son maximum aussi bien chez les femmes (40 %) que chez les hommes (60 %) à l'âge de 19 ans.

Par ailleurs, parmi les participants sexuellement actifs, 65 participants ont déclaré avoir déjà eu des partenaires sexuels du même sexe au cours des 12 mois précédant l'enquête (14 femmes et 51 hommes). Au cours de cette période, environ 27,5 % de ces hommes ont affirmé avoir eu plus d'un partenaire sexuel comparativement à 14,3 % chez les femmes.

2.2 Pratiques sexuelles

Parmi les répondants, 28 % ont déclaré avoir pratiqué la pénétration anale (figure 41). Cette proportion est plus importante chez les hommes (39 %) que chez les femmes (21 %) (tableau 13). Cette différence est statistiquement significative ($< 0,0001$). Par ailleurs, environ 66 % ont indiqué qu'ils n'avaient pas expérimenté cette pratique et 6 % ont répondu par « ne sais pas ».

Figure 41 Distribution des répondants selon la pratique de la pénétration anale

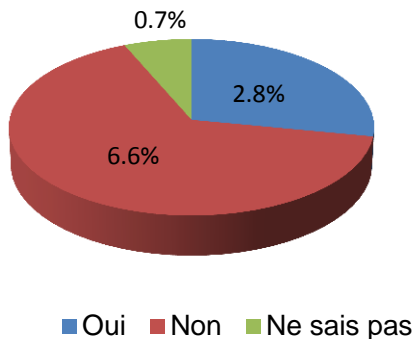
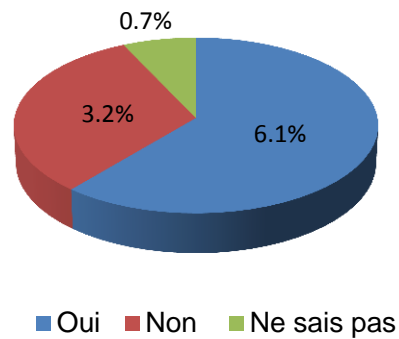


Figure 42 Distribution des répondants selon la pratique du sexe oral



En termes de degré de risques, la pratique du sexe oral non protégé est considérée à faible risque (31). En effet, la muqueuse de la bouche est plus épaisse et plus résistante que celle du vagin ou de l'anus et la pratique du sexe oral risque moins de causer des lésions dans la bouche, lesquelles facilitent l'infiltration du VIH dans le sang. Toutefois, même si le risque de transmission du VIH est faible lors de relations sexuelles orales avec une personne séropositive par le VIH ou dont l'état sérologique est inconnu, beaucoup d'autres infections transmises sexuellement (ITSS), dont la gonorrhée, la chlamydia et l'herpès peuvent se propager lors des relations sexuelles orales non



protégées. Autrement dit, le sexe oral n'est pas sans risque et sa pratique, particulièrement chez les jeunes adultes, fait l'objet de questionnement par les professionnels de la santé. Environ 61 % des répondants ont indiqué qu'ils ont expérimenté le sexe oral (61 % chez les femmes et 71 % chez les hommes), environ 32 % ne l'ont jamais pratiqué et 7 % ont répondu « ne sais pas » (tableau 13 et figure 42). Cette différence entre les deux sexes est statistiquement significative ($p = 0,0031$).

Tableau 13 Proportion des femmes et des hommes ayant déclaré avoir pratiqué le sexe anal ou le sexe oral

	Sexe anal				Sexe oral			
	Oui		Non		Oui		Non	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Femmes	90	21,13	336	78,87	253	60,96	162	39,04
Hommes	155	39,44	238	60,56	273	70,91	112	29,09

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Par ailleurs, selon les données du tableau 14, l'expérience de la pratique du sexe anal est significativement ($p = 0,0001$) plus fréquente chez les participants âgés entre 29 et 39 ans comparativement aux autres tranches d'âge.

Tableau 14 Proportion des répondants ayant déclaré avoir pratiqué le sexe anal au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge

	Âge (années)							
	18-28		29-39		40-49		50-60	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Oui	48	25,9	103	40,7	55	25,5	40	23,9
Non	137	74,1	150	59,3	161	74,5	127	76,1

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Quant à la pratique du sexe oral, la proportion des jeunes âgés entre 18 et 28 ans est légèrement inférieure, de façon non significative ($p = 0,72$), comparativement aux autres tranches d'âge (63 % contre 67,5 %, 67,3 % et 65,2 %).

Par ailleurs, parmi les 240 jeunes de 18-28 ans ayant expérimenté la pénétration anale, 43,5 % ont indiqué qu'ils ont également pratiqué le sexe oral. Alors que plus de la moitié des 517 répondants déclarant avoir pratiqué le sexe oral ont également eu des relations anales.

2.3 Autres comportements à risques

Le comportement sexuel à risque se rapporte à l'ensemble de conduites et pratiques en rapport avec les activités sexuelles. Les comportements sexuels à risque font référence ici à un ensemble d'actes sexuels qui ont la particularité de soumettre l'individu au risque de contracter une ITSS.

Tableau 15 Proportion des femmes et des hommes ayant eu des comportements à haut risque pour la transmission des ITSS

	Femmes			Hommes		
	Oui (%)	Non (%)	Ne sais pas (%)	Oui (%)	Non (%)	Ne sais pas (%)
Accepter de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle	2,5	97	0,5	4,1	94,7	1,2
Avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne qui a le VIH/sida	0,2	96,3	3,5	0,5	92,6	6,9
Avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITSS	20,3	73,5	6,2	12,2	73,2	14,6

D'après les résultats découlant des analyses (tableau 15), la majorité des participants (97 % chez les femmes contre 95 % chez les hommes) ont indiqué n'avoir jamais accepté de l'argent ou de drogues en échange d'une relation sexuelle. En revanche, 12 femmes (2,5 %) et 17 hommes (4,1 %) ont déclaré avoir accepté ce type d'échange. Ces proportions atteignent leur maximum chez les femmes de 18 à 39 ans et chez les hommes de 50 à 60 ans. On constate également que 96,3 % des femmes contre 92,6 % des hommes ont confirmé n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne atteinte du VIH /Sida, alors que 46 participants (3,5 % des femmes contre 6,9 % des hommes) ne savaient pas s'ils avaient déjà eu une relation sexuelle avec une personne infectée, particulièrement les femmes de 18 à 28 ans et les hommes de 29 à 39 ans. Toutefois, il y avait trois personnes (une femme et deux hommes) qui ont déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne atteinte du VIH/sida. De même, environ



73 % ont rapporté n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITSS et 10 % ne savaient pas s'ils en ont déjà eu. En revanche, 146 participants ont confirmé avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne atteinte d'une ITSS. Les femmes (20 %) rapportent plus que les hommes (14,6 %) avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne atteinte par une ITSS (différence significative $p < ,0001$). Ces proportions atteignent leur maximum à 19 ans aussi bien chez les femmes (25 %) que chez les hommes (17 %).

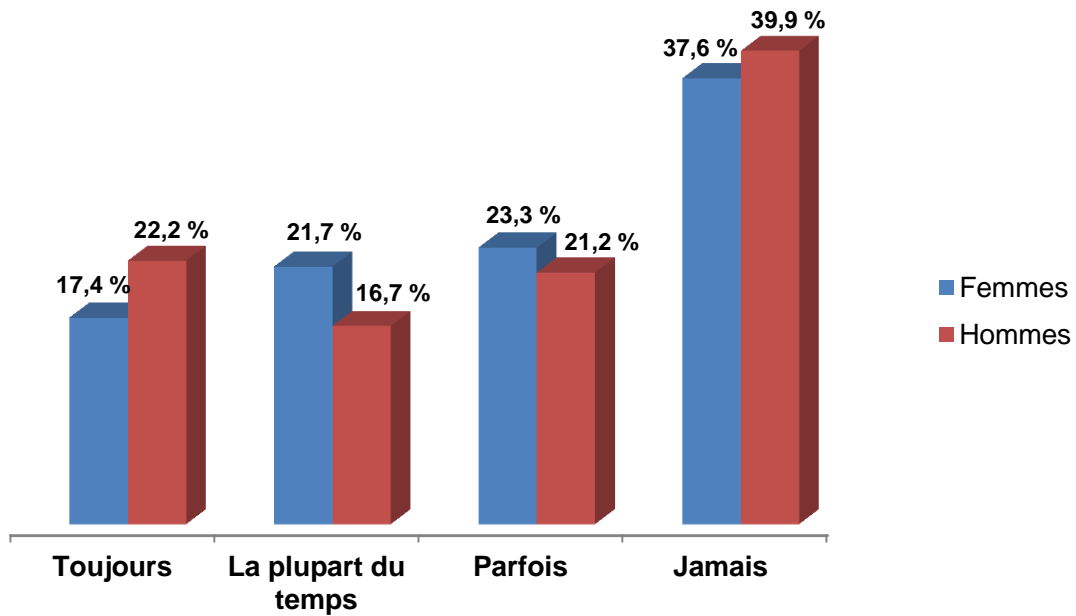
3. Protection contre le VIH/sida et les autres ITSS

Parce que l'utilisation systématique et appropriée du condom est une méthode de contraception efficace et qu'elle réduit le risque de transmission d'infections transmissibles sexuellement, dont le VIH, la chlamydie, le VPH, l'herpès, l'hépatite B, et la gonorrhée (34), les niveaux et l'utilisation systématique du condom chez les personnes actives sur le plan sexuel sont des indicateurs essentiels d'une bonne santé sexuelle.

3.1 Fréquence d'utilisation du condom

Notons que les personnes, monopartenaires mariées ou en union libre, qui avaient eu un partenaire sexuel au cours des 12 mois avant l'enquête ont été exclues de l'analyse (figures 43, 44, 45), puisqu'elles ne s'exposent pas directement au risque de contracter une ITSS. Les personnes peuvent être exposées par des comportements non sécurisés.

Figure 43 Fréquence d'utilisation du condom selon le sexe parmi l'ensemble des répondants



Examinant le graphique (figure 43), on constate qu'environ 2 répondants sur 5 ont rapporté n'avoir jamais utilisé de condom lors des relations sexuelles. La proportion des répondants ayant déclaré avoir utilisé toujours le condom lors des relations sexuelles est légèrement plus élevée chez les hommes comparativement aux femmes (différence non significative $p = 0.44$); soit environ 22,2 % contre 17,4 %. En revanche, il est à noter qu'environ 82,6 % des femmes comparé à 77,8 % des hommes ne l'utilisaient pas toujours (figure 43).



Tableau 16 Fréquence d'utilisation du condom parmi l'ensemble des répondants, selon l'âge

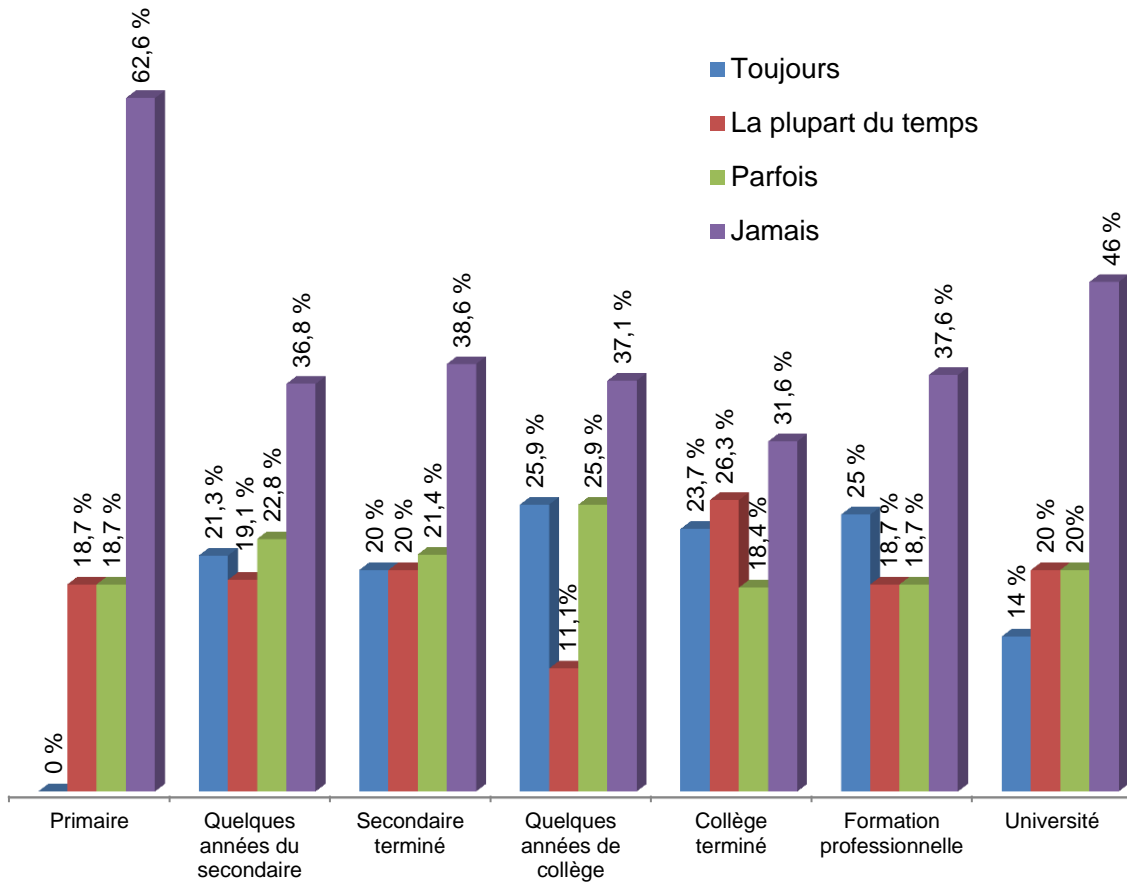
Fréquence d'utilisation du condom	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50-60 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Toujours	32	26,7	23	20,0	11	12,8	12	16,4
La plupart du temps	29	24,2	26	22,6	16	18,6	4	5,5
Parfois	37	30,8	25	21,7	13	15,1	12	16,4
Jamais	22	18,3	41	35,7	46	53,5	45	61,6
Total	120	100	115	100	86	100	73	100

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

Suivant les résultats des analyses au tableau 16, on constate qu'en général le recours au condom diminue avec l'âge. En effet, environ 22 % des participants de 50 à 60 ans ont déclaré utiliser des condoms « toujours » ou « la plupart du temps » comparé à 31,4 % chez les 40-49 ans, 42,6 % chez les 29-39 ans et 60 % chez les 18-28 ans. Cette tendance est davantage marquée dans la catégorie « jamais » comptant une proportion trois fois plus élevée de personnes de 50 à 60 ans comparativement aux jeunes de 18 à 28 ans.

La figure 44 nous permet d'analyser la fréquence de l'utilisation du condom chez les participants à l'enquête selon leur niveau de scolarité.

Figure 44 Fréquence d'utilisation du condom selon le niveau de scolarité



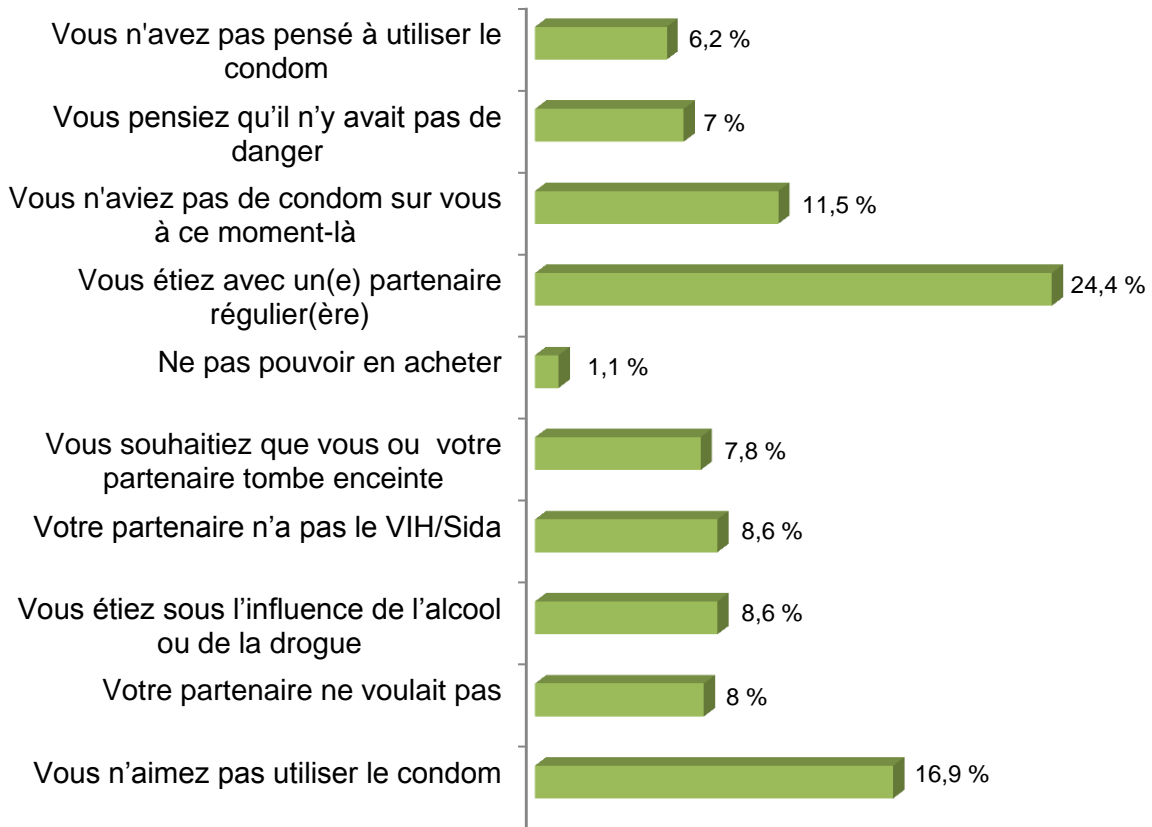
En examinant les résultats de la figure 44, il semble que les différents niveaux de scolarité comptent des proportions très élevées de personnes ayant déclaré n'avoir jamais utilisé de condom lors d'une relation sexuelle, principalement chez les répondants ayant un niveau de scolarité primaire. Analysant ces résultats selon l'âge, on remarque que ce constat est attribuable principalement aux personnes âgées de 50 à 60 ans.

3.2 Raisons pour ne pas utiliser le condom

Il est essentiel de déterminer pourquoi les répondants n'utilisent pas le condom. Ceci nous permettra d'orienter les programmes de prévention afin de mieux répondre aux besoins des membres des communautés des Premières Nations. Rappelons que l'analyse ne prenait pas en considération les personnes monopartenaires mariées ou en union libre qui avait un partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête.



Figure 45 Raisons pour lesquelles les participants n'utilisaient pas le condom



Lorsqu'on a demandé aux répondants « pour quelle raison principale n'avez-vous pas utilisé le condom », on note trois raisons prédominantes chez les répondants (figure 45) :

- Parce qu'ils ont un partenaire régulier (24,4 %);
- Parce qu'ils n'aiment pas utiliser le condom (17 %);
- Parce qu'ils n'avaient pas de condom sur eux au moment de la relation sexuelle (11,5 %);

Ensuite, trois autres raisons ressortent en deuxième position (figure 45) :

- Parce qu'ils étaient sous l'influence de l'alcool ou de la drogue (8,6 %);
- Parce que leur partenaire n'a pas le VIH/sida (8,6 %);
- Parce que leur partenaire ne voulait pas (8 %).

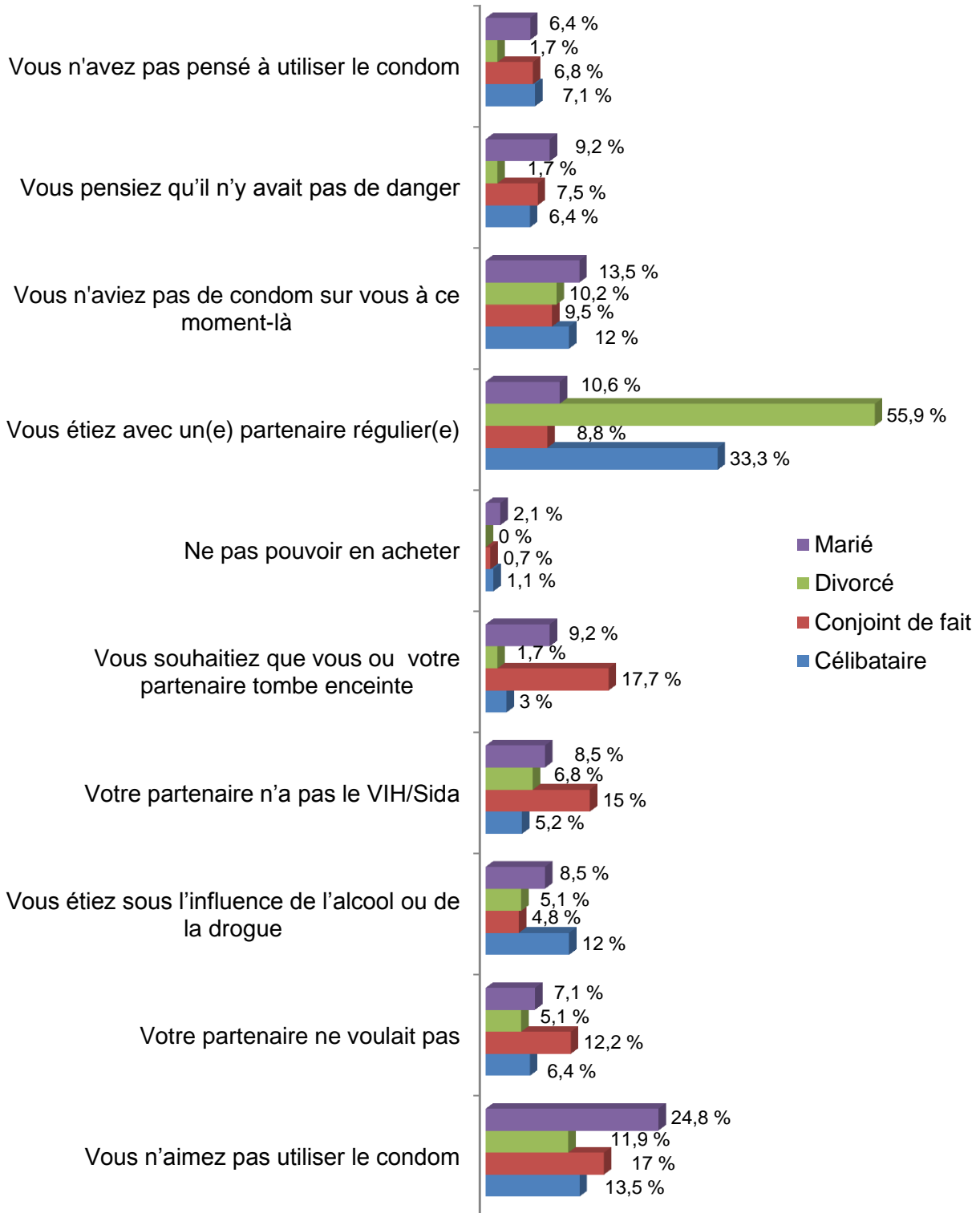
Examinant ces raisons prédominantes selon le statut marital (figure 46), on constate que généralement ces proportions atteignent leur maximum chez les participants mariés,

notamment « vous n'aimez pas utiliser le condom » (24,8 %) et « vous n'aviez pas de condom sur vous à ce moment-là » (13,5 %). Il convient toutefois de souligner que ces deux raisons prédominent également chez 13,5 % et 12 % respectivement des célibataires. En revanche, on trouve la proportion la plus importante de ceux ayant déclaré parce « qu'ils ont un partenaire régulier » chez les répondants divorcés (55,9 %).

Quant aux raisons ressortant en deuxième position, la proportion la plus élevée de personnes ayant déclaré parce « qu'ils étaient sous l'influence de l'alcool ou de la drogue » a été observée chez les célibataires (12 %). En revanche, pour les deux autres raisons « votre partenaire n'a pas le VIH/sida » et « votre partenaire ne voulait pas » le maximum a été observé chez les participants en union libre (15 % et 12,2%).



Figure 46 Raisons pour lesquelles les participants n'utilisaient pas le condom, selon le statut marital



3.3 Utilisation du condom et le type de partenaire

Figure 47 Attitudes des répondants face au refus du partenaire régulier d'utiliser le condom, selon le sexe

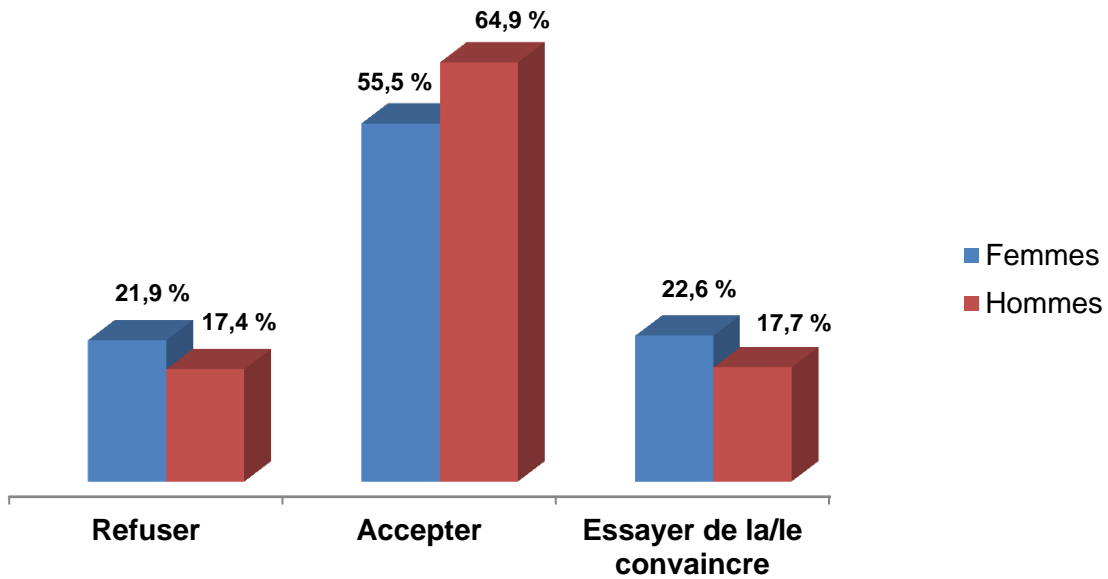
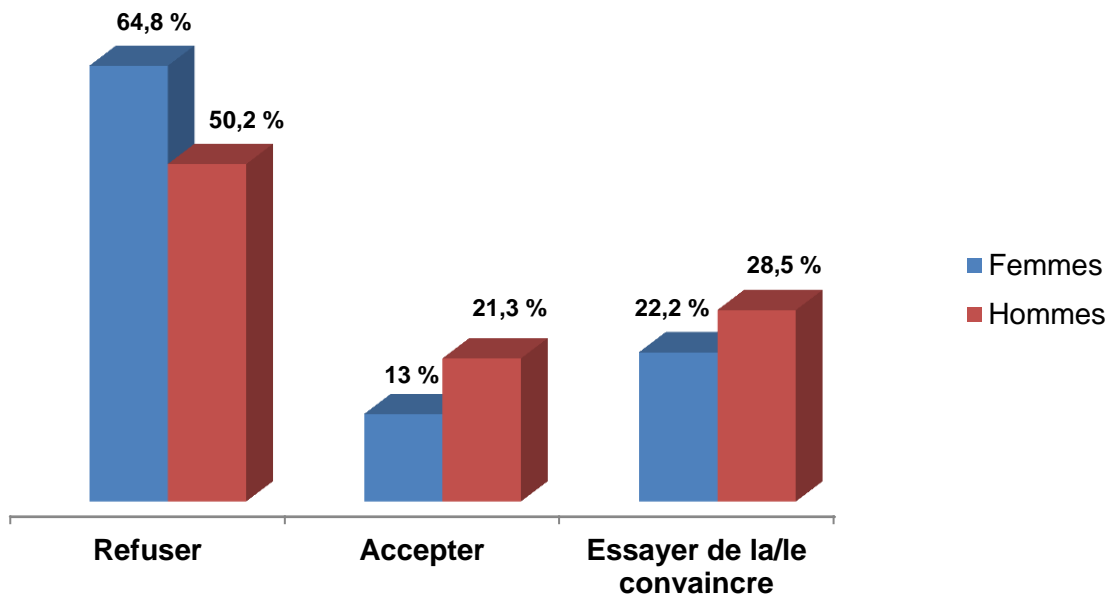


Figure 48 Attitudes des répondants face au refus du partenaire occasionnel d'utiliser le condom, selon le sexe



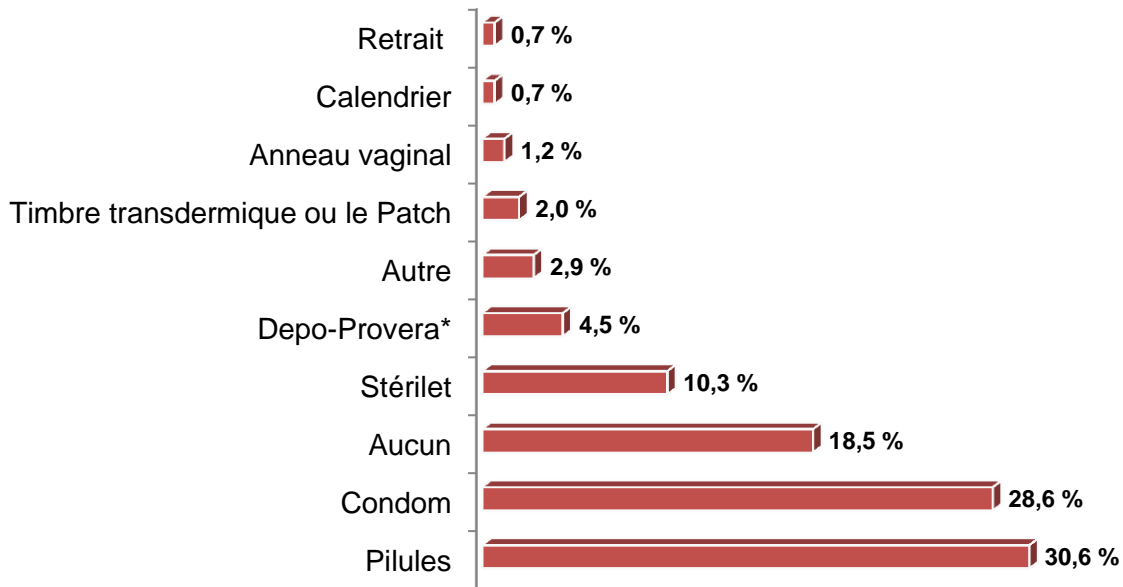


Suivant les données présentées aux deux figures 47 et 48, il apparaît que les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à répondre qu'ils accepteraient des relations sexuelles avec un ou une partenaire régulier(ère) ($p= 0,02$) (65 % contre 55,5 %) ou occasionnel(le) ($p= 0,0005$) (21,3 % contre 13 %) qui refuserait l'usage du condom. Chez les femmes comme chez les hommes la tendance à refuser une relation non protégée par un condom est plus importante lorsqu'il s'agit d'un partenaire occasionnel (57,7 %) comparativement à un partenaire régulier (19,8 %).

3.4 Moyens de contraception

La contraception, qu'on appelle aussi le contrôle des naissances, est utilisée pour prévenir une grossesse lors d'une relation sexuelle entre un homme et une femme. Le choix de la méthode est une décision personnelle, tandis que ce sont les partenaires qui en partagent la responsabilité. En effet, les hommes sont également responsables de la prévention des grossesses non planifiées et des ITSS. L'usage et le type de moyens de contraception et de prévention influent l'adoption d'habitudes plus sécuritaires en matière de sexualité.

Figure 49 Moyens de contraception rapportés par les participants à l'enquête



*Appelé aussi contraceptif injectable

À l'examen du précédent graphique (figure 49), on constate que la pilule contraceptive, le condom et le stérilet sont utilisés plus fréquemment par les participants comme

moyens de contraception. Toutefois, il faut noter qu'environ un répondant sur cinq n'utilise aucun moyen de contraception.

4. Connaissances et moyens d'information liés au VIH/sida et aux autres ITSS, aux mécanismes de transmission et aux moyens de prévention

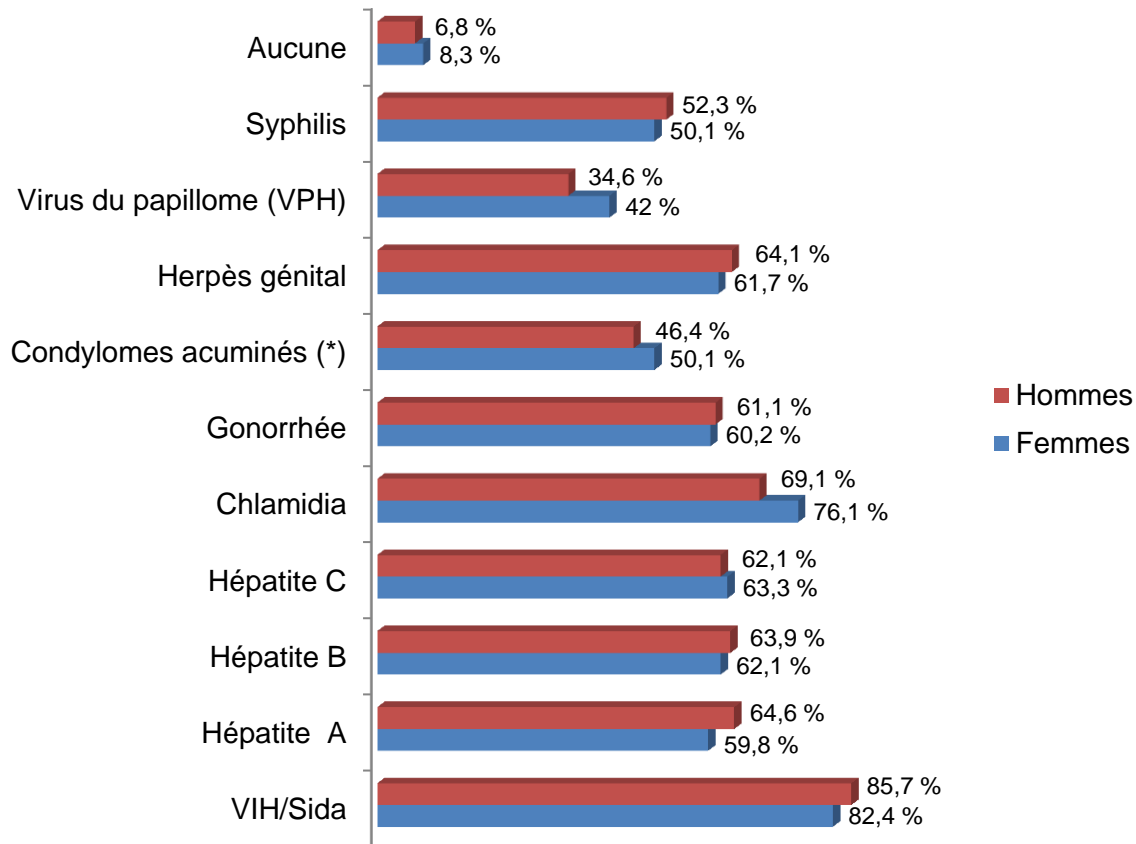
Les infections transmises sexuellement (ITSS) peuvent affecter la santé en général, le bien-être et la capacité reproductrice des personnes affectées. Certains comportements sexuels à risque peuvent augmenter le risque d'attraper une ITSS. Ainsi, pour promouvoir la santé sexuelle il est impératif d'informer la population des risques de VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et sur la façon d'éviter leurs effets négatifs sur la santé sexuelle. Autrement dit, la connaissance est un facteur déterminant dans les comportements sexuels, puisque pour bien se protéger du VIH, du sida et des autres ITSS, il faut comprendre les mécanismes de transmission et connaître les moyens de prévention.

Dans la section qui suit, les connaissances en matière de santé sexuelle ainsi que des ITSS des répondants ont été évaluées à l'aide d'une série d'indicateurs. On s'intéresse également à identifier les sources d'information et les lacunes dans les connaissances en santé sexuelle qui exposent les membres des Premières Nations de la région du Québec au risque de contracter des ITSS afin d'identifier les types d'interventions qui profiteront le plus à ces communautés.



4.1 Connaissance des différentes ITSS

Figure 50 Proportion des répondants ayant entendu parler des différentes ITSS selon le sexe



* Ou verrues génitales

À l'examen des données du graphique (figure 50), il semble que la plupart des participants disent connaître l'existence du VIH/sida alors que 16 % n'en ont jamais entendu parler. Quant aux autres ITSS, on constate qu'environ quatre personnes sur dix ont rapporté n'avoir jamais entendu parler des hépatites, de la gonorrhée ou de l'herpès génital. Quant à la syphilis, le virus du papillome humain (VPH) et les condylomes acuminés, ce sont les ITSS les moins connues par les répondants.

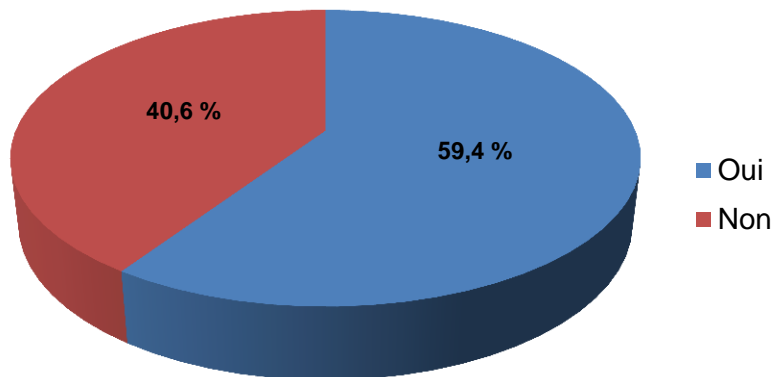
Toutefois, pour la chlamydia, le VPH et les condylomes acuminés, on constate que les hommes ont une moins bonne connaissance (69 %, 34,6 % et 46 %) que les femmes (76 %, 42 % et 50 %). Cette différence selon le sexe est statistiquement significative. Quant à la syphilis, l'herpès génital et l'hépatite A, on constate une légère différence en

faveur des hommes ; soit 52 % contre 50 %, 64 % contre 62 % et 65 % contre 60 % respectivement.

4.2 Estimation du niveau de connaissance

Ce n'est pas tout d'avoir entendu parler des ITSS pour être en mesure de se protéger adéquatement. Aussi, le niveau de connaissance à propos du VIH/sida et des autres ITSS peut aider à orienter les interventions. Pour cette raison, l'estimation du niveau de connaissance à partir d'une grille de collecte élaborée en tenant compte des connaissances actuelles sur ces ITSS a été sondée.

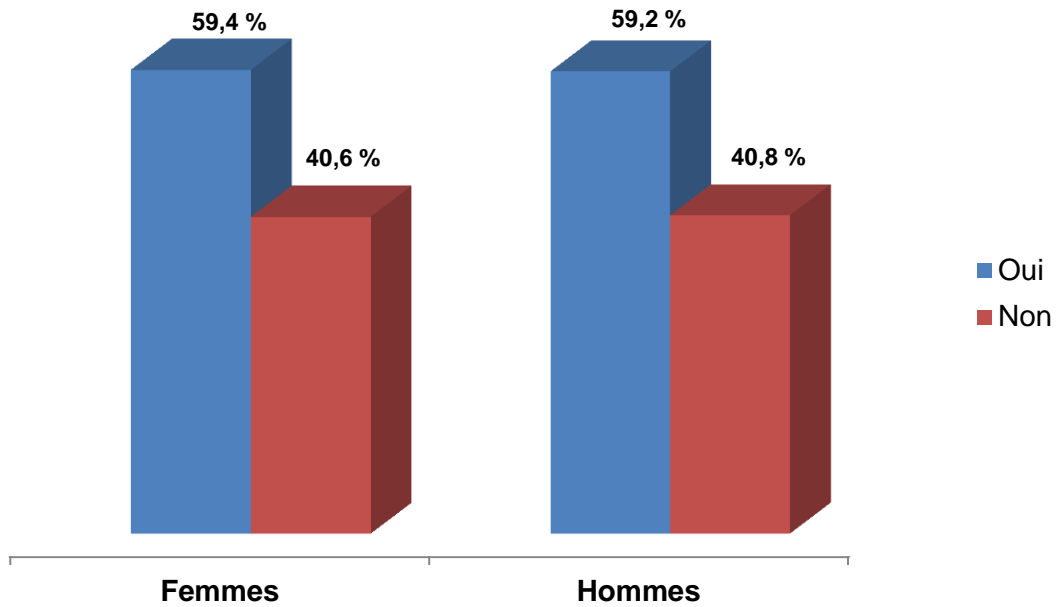
Figure 51 Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites ? »



L'estimation personnelle du degré de satisfaction par rapport à l'information détenue sur le VIH/sida et les autres ITSS (figure 51) montre que (59 %) des répondants se disent suffisamment informés sur le VIH/sida et les ITSS et les hépatites. Par ailleurs, deux personnes sur cinq affirment n'être pas suffisamment informées à ce sujet.



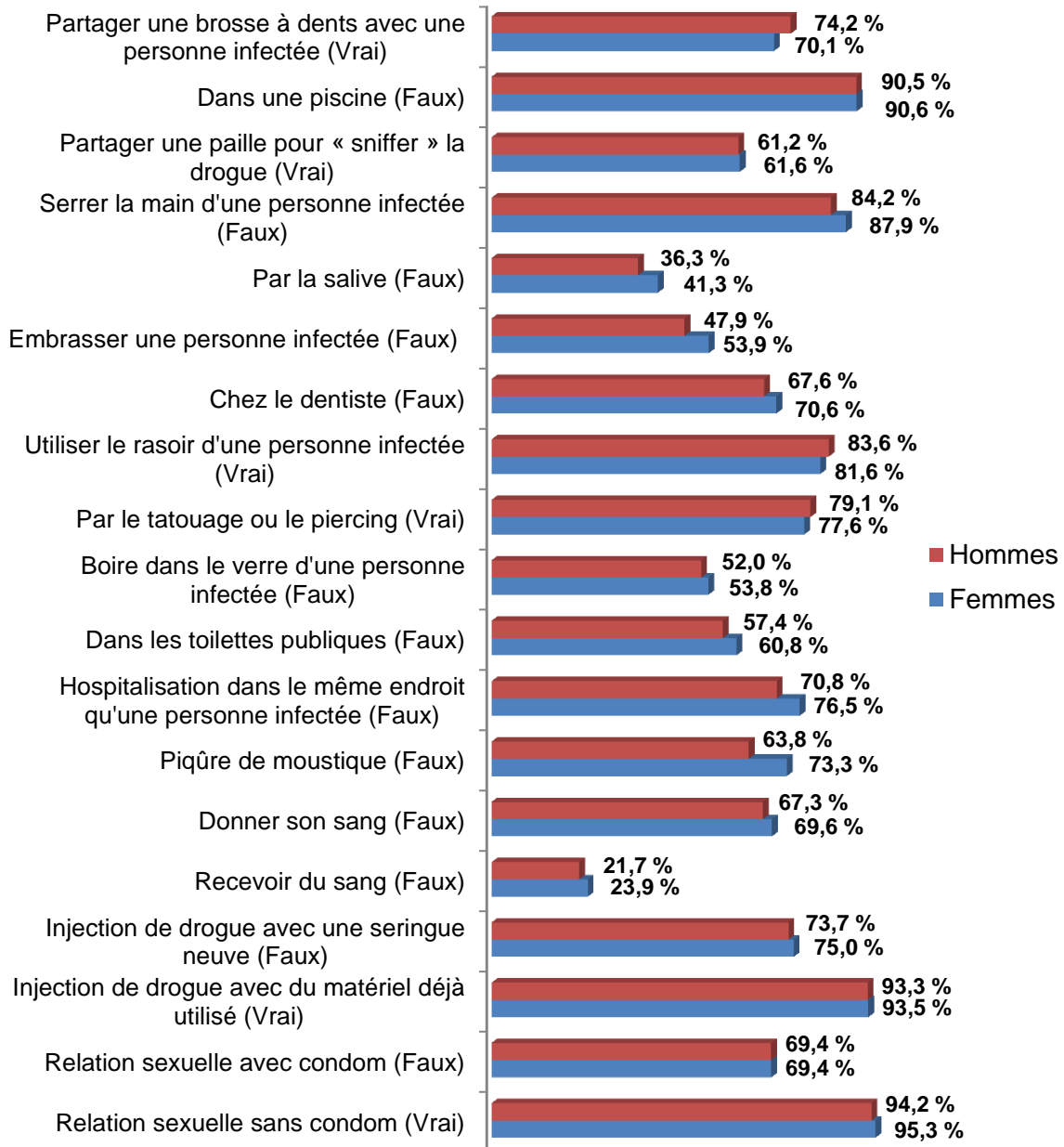
Figure 52 Distribution des répondants à la question : « Êtes-vous suffisamment informés sur le VIH/sida, les ITSS et les hépatites? », selon le sexe



Le graphique ci-dessus (figure 52) nous indique l'estimation des participants face à leur propre niveau de connaissance lié au VIH/sida et aux autres ITSS selon leur sexe. En comparant les femmes aux hommes, la proportion des répondants qui s'estimaient suffisamment ou insuffisamment informés est similaire.

4.3 Connaissance des mécanismes de transmission et des moyens de prévention

Figure 53 Connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida selon le sexe (% de réponses exactes)

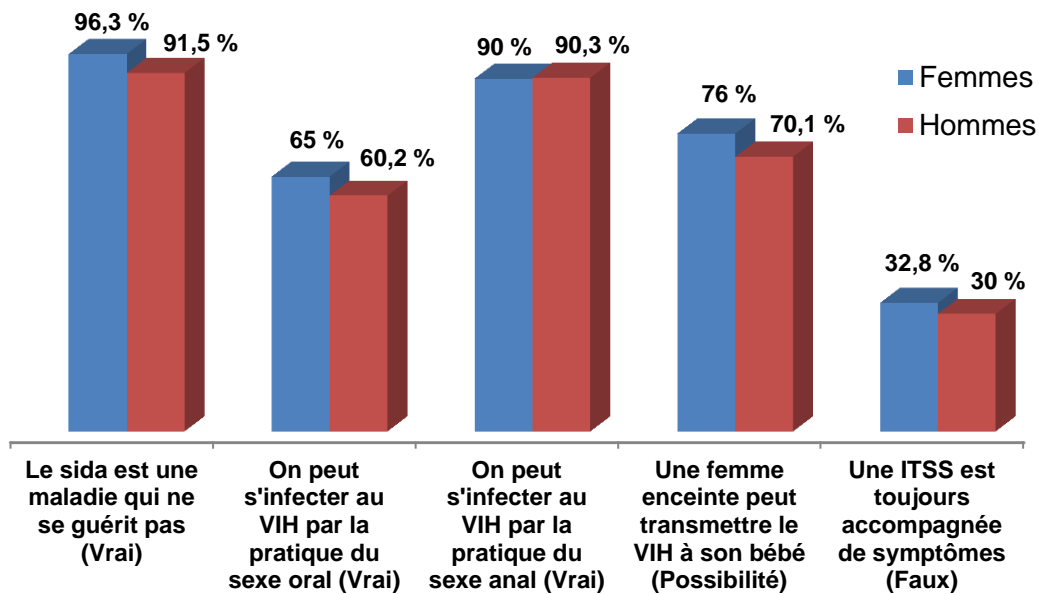




La plupart des répondants ont identifié les bons mécanismes de transmission du VIH (figure 53), notamment les relations sexuelles sans protection, le partage du matériel déjà utilisé pour l'injection de drogue, l'utilisation de rasoir d'une personne infectée et le tatouage ou le piercing. Toutefois, ils sont moins nombreux à identifier le partage de paille pour priser de la drogue. En revanche, nombreuses sont les fausses croyances liées aux facteurs favorisant la transmission du VIH/ Sida. En effet, une forte proportion des répondants pensent que le VIH peut être transmis en recevant du sang ou par la salive. La moitié des répondants croient qu'on peut attraper le VIH en embrassant une personne infectée, en buvant dans son verre ou en utilisant les toilettes publiques. Finalement, le tiers des répondants pensent qu'on peut contracter le VIH en donnant du sang ou par piqûre de moustique. En général, ces proportions étaient sensiblement les mêmes chez les hommes et chez les femmes.

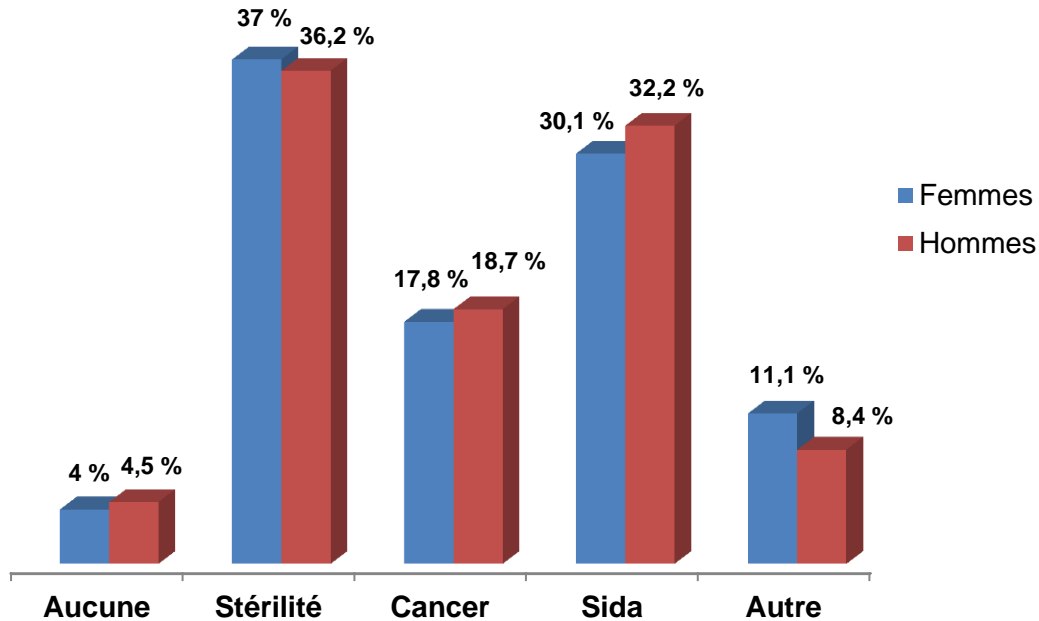
4.4 Connaissances liées au VIH/sida et aux autres ITSS

Figure 54 Connaissances liées au VIH/sida selon le sexe (% de réponses exactes)



La majorité des participants à l'enquête savent que le sida est une maladie qui ne se guérit pas et qu'on peut contracter le VIH par la pratique du sexe anal sans condom (figure 54). La possibilité de transmission du VIH d'une mère à son fœtus est connue par les trois quarts des répondants. Toutefois, les répondants sont peu nombreux à savoir qu'une ITSS ne manifeste pas toujours des symptômes et qu'on peut contracter le VIH par la pratique du sexe oral (figure 54).

Figure 55 Distribution des répondants à la question : « Quelles conséquences peuvent avoir les ITSS sur la santé d'une personne à long terme? », selon le sexe



Au sujet des connaissances sur les conséquences possibles que peut avoir une ITSS sur la santé d'une personne à long terme (figure 55), les répondants de sexes masculin et féminin semblent avoir presque le même niveau de connaissance. Seulement 37 % des femmes et 36,2 % des hommes ont identifié la stérilité comme conséquence à long terme d'une ITSS. Environ 31 % seulement des participants ont identifié le sida comme conséquence et 18 % ont identifié le cancer. En revanche, 4,5 % des hommes et 4 % des femmes pensent que les ITSS ne peuvent pas avoir des conséquences sur la santé d'une personne à long terme.

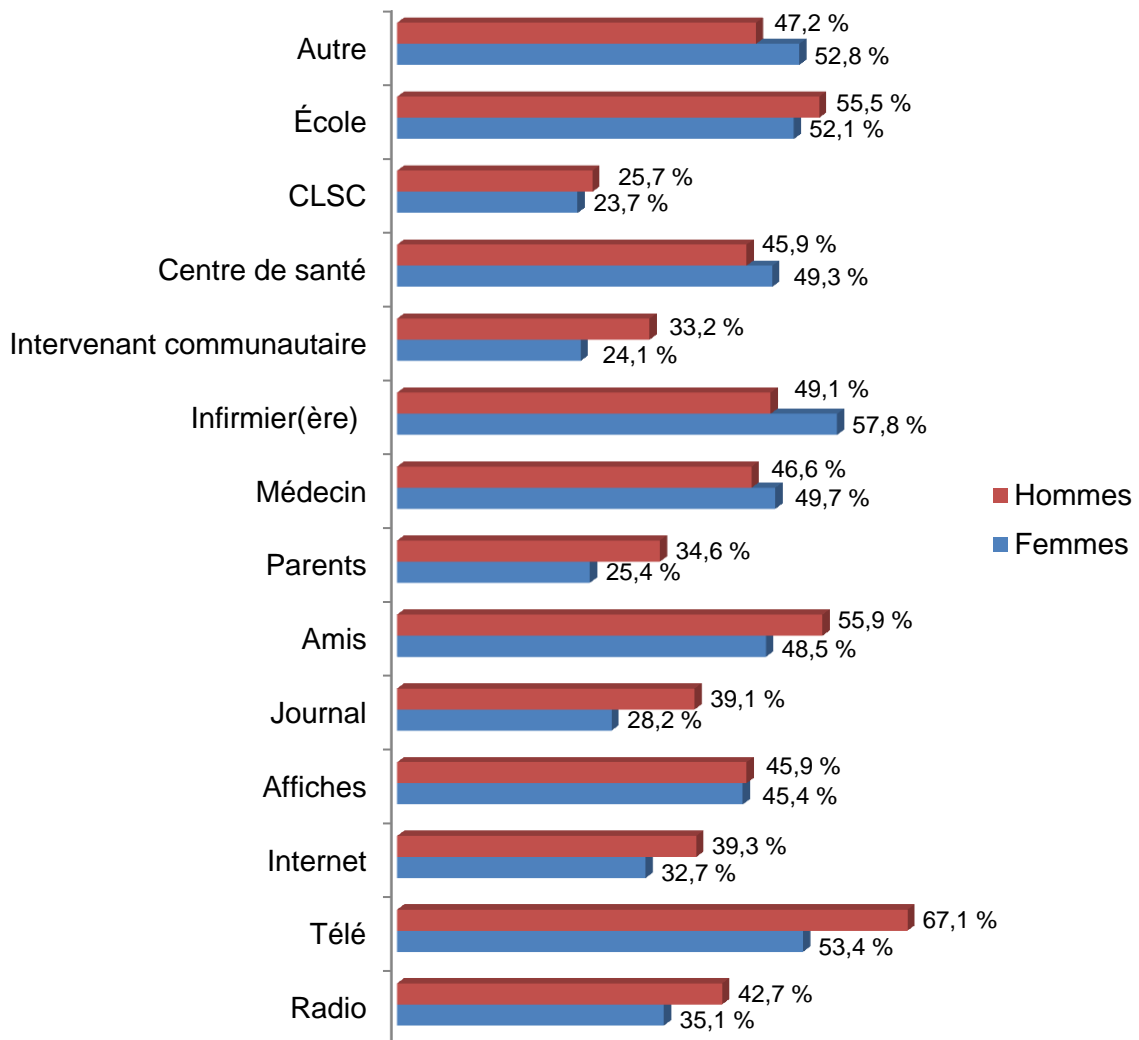


5. Sources d'information

5.1 Les sources d'information utilisées par les participants à l'enquête

La figure ci-dessous dresse la liste des principales sources d'information des participants à l'enquête sur le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Figure 56 Sources d'information utilisées par les participants à l'enquête selon le sexe

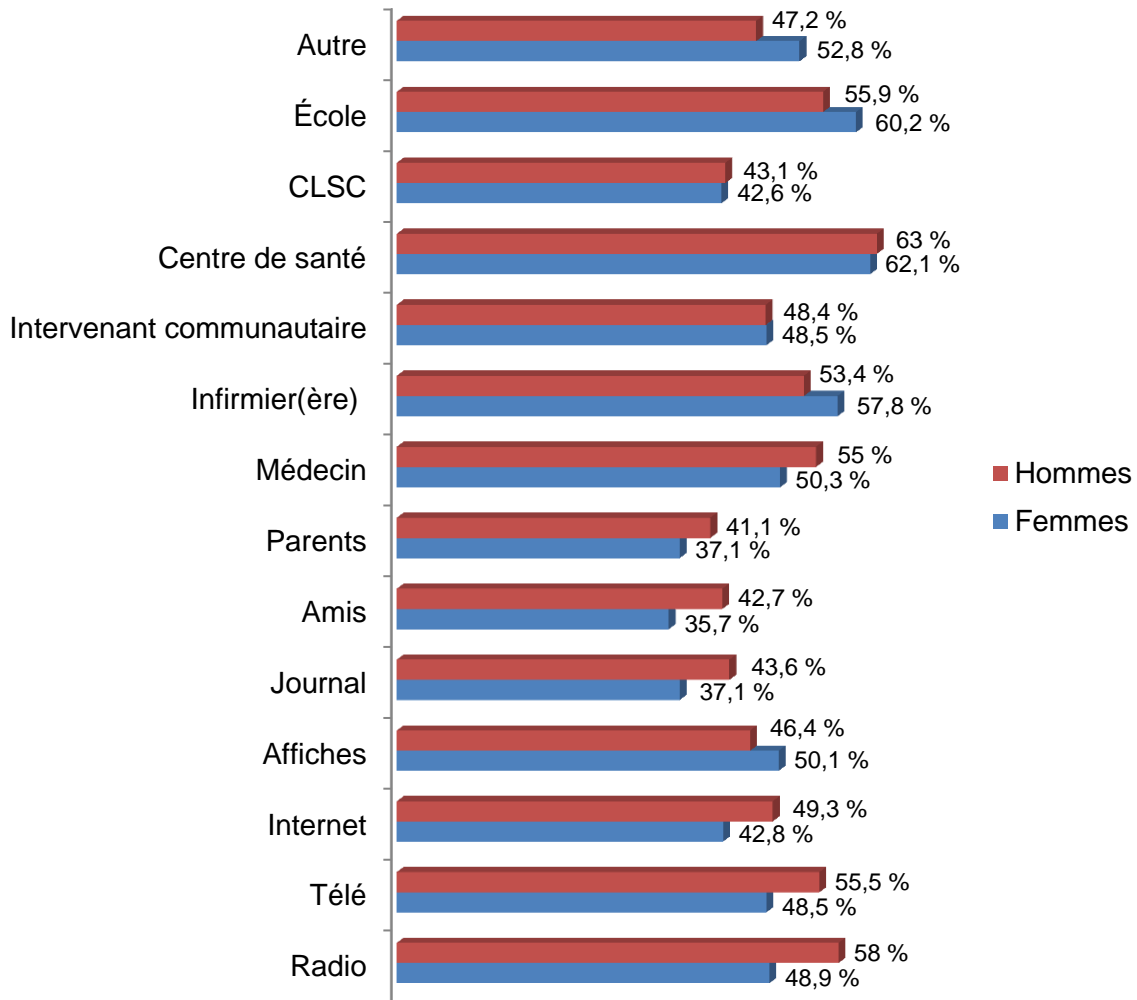


Selon les données du graphique (figure 56), la principale source d'information pour les femmes (57,8 %) est l'infirmier(ère), alors que pour les hommes c'est la télévision (67,1 %). Quant aux autres sources d'information les plus fréquemment citées par les femmes, ce sont la télévision (53,4 %), l'école (52 %), le médecin (49,7 %), le centre de santé (49,3 %), les amis (48,5 %) et les affiches (45,4 %). Environ une femme sur trois a mentionné les nouvelles à la radio ou l'Internet. Moins de trois femmes sur dix ont indiqué le journal comme source d'information alors qu'environ une femme sur quatre a cité les parents. Plus de la moitié des hommes indiquaient avoir obtenu de l'information sur le VIH/sida et les autres ITSS auprès de leurs amis ou à l'école, alors qu'environ la moitié des hommes en ont obtenu auprès de l'infirmier(ère). Environ 46 % ont obtenu des informations auprès du médecin, du centre de santé ou encore via les affiches. La radio, l'Internet ou le journal sont mentionnés par quatre hommes sur dix, alors que 34,6 % indiquent avoir obtenu des informations auprès de leurs parents. En revanche les sources d'information les moins fréquentes aussi bien chez les femmes que chez les hommes sont l'intervenant communautaire et le CLSC. On note aussi que les médias (télévision et radio) sont plus souvent cités comme source d'information chez les hommes que chez les femmes.



5.2 Les sources d'information préférées par les participants à l'enquête

Figure 57 Sources d'information préférées par les participants à l'enquête selon le sexe



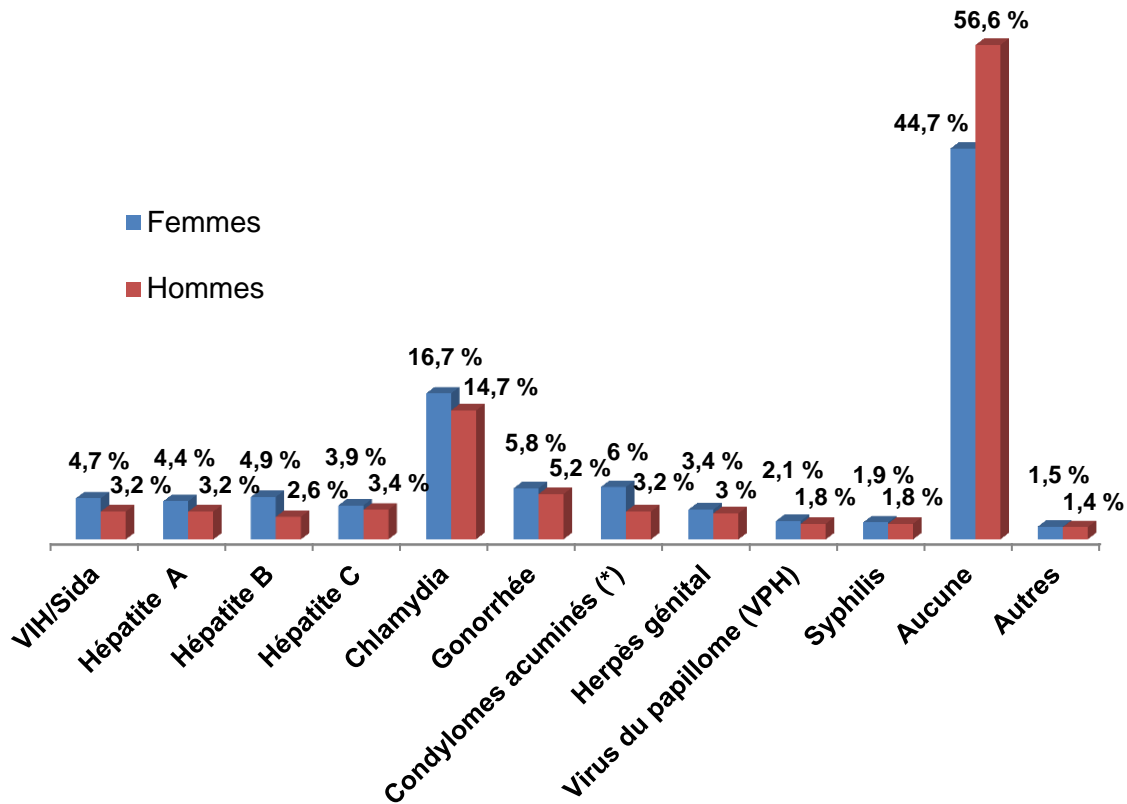
Dans cette section, on a aussi demandé aux participants les sources d'information qu'ils préféreraient utiliser pour obtenir de l'information sur le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Selon les résultats de l'analyse (figure 57), le centre de santé est plus souvent cité comme source d'information aussi bien par les femmes (62,1 %) que par les hommes (63 %). Quant aux autres sources d'information les plus fréquemment citées aussi bien

chez les femmes que chez les hommes, ce sont l'école, l'infirmier(ère), le médecin, l'intervenant communautaire ainsi que les médias (télévision et radio).

6. Test de dépistage

Figure 58 Proportion des cas d'ITSS diagnostiqués rapportés par les participants à l'enquête selon le sexe



*Verrues génitales

+Les proportions sont basées sur l'auto-déclaration des participants

Environ la moitié des participants (figure 58), particulièrement les hommes (56,6 %), ont déclaré n'avoir jamais été diagnostiqués avec l'une des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS). Toutefois, 16,7 % des femmes ont indiqué avoir eu un diagnostic de chlamydia comparé à seulement 14,7 % chez les hommes. La proportion des cas diagnostiqués de condylomes acuminés et de l'hépatite B est presque deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cet écart est statistiquement significatif ($p=0,01$). Pour les proportions de cas de VIH/sida (4,7 % contre 3,2 %) et d'hépatite A (4,4 % contre 3,2 %), leur comparaison par sexe nous a permis de trouver qu'elles sont légèrement supérieures chez les femmes comparées

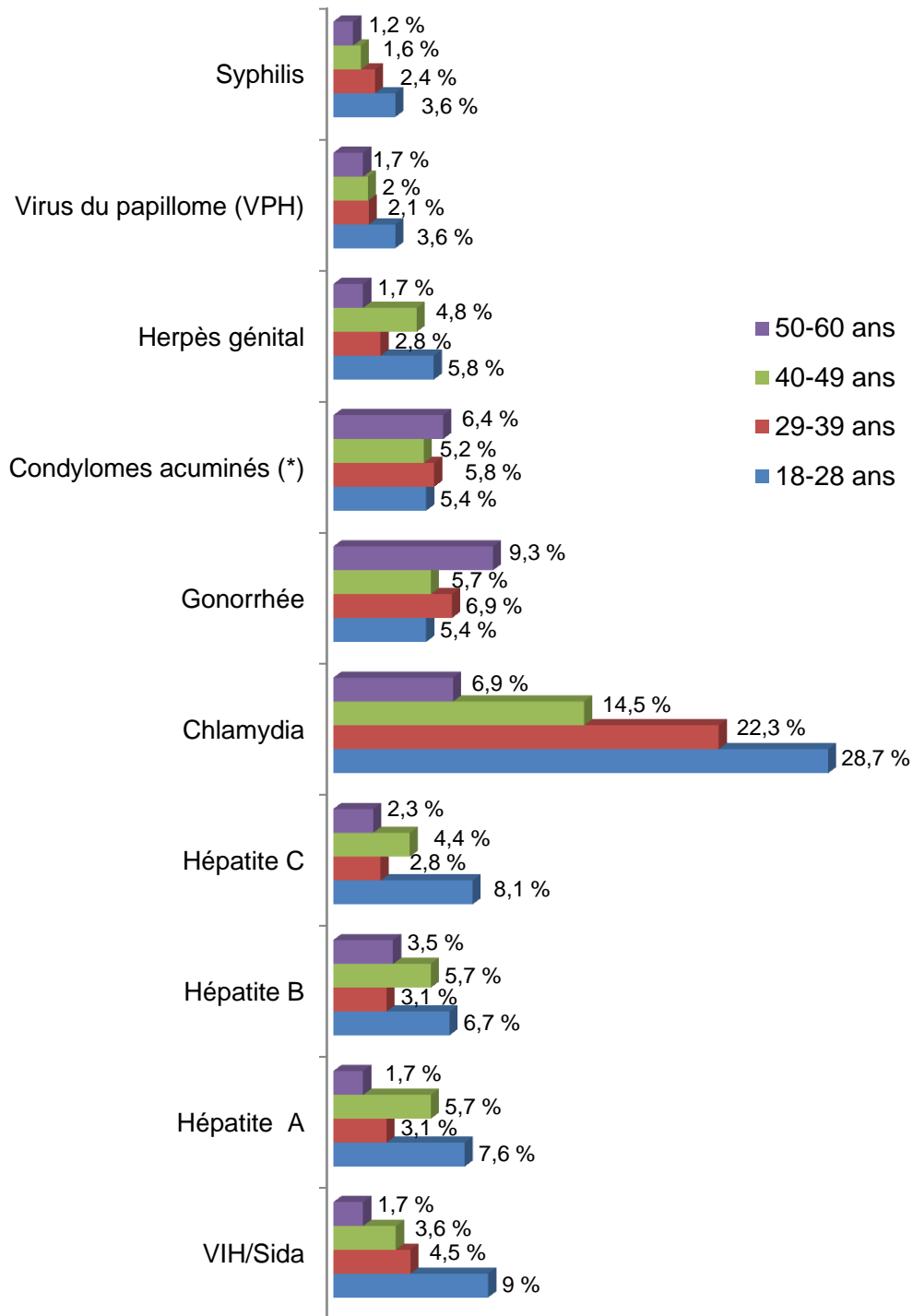


aux hommes, mais cette différence est non significative statistiquement. Pour ce qui est des autres ITSS (l'hépatite C, la gonorrhée, l'herpès génital, le VPH et la syphilis), les proportions des cas diagnostiqués chez les femmes et chez les hommes semblent assez similaires. Globalement, les femmes sont plus susceptibles de déclarer avoir reçu un diagnostic d'une ITSS comparativement aux hommes.

On note également que parmi les 45 participants ayant déclaré avoir été diagnostiqués avec le VIH, environ 56 % ont déclaré avoir été diagnostiqués avec le virus de l'hépatite C également.

En examinant ces résultats selon les différentes catégories d'âge (figure 59), on constate que ces proportions atteignent leur maximum chez les jeunes participants âgés de 18 à 28 ans, notamment la chlamydia (28,7%). En revanche, pour la gonorrhée et les condylomes acuminés le maximum a été observé chez les participants âgés entre 50 et 60 ans.

Figure 59 Proportion des cas d'ITSS diagnostiqués rapportés par les participants à l'enquête selon l'âge



*Verrues génitales

+Les proportions sont basées sur l'auto-déclaration des participants.



Tableau 17 Proportion des femmes et des hommes ayant déclaré avoir passé un test de dépistage pour le VIH, l'hépatite C ou les autres ITSS

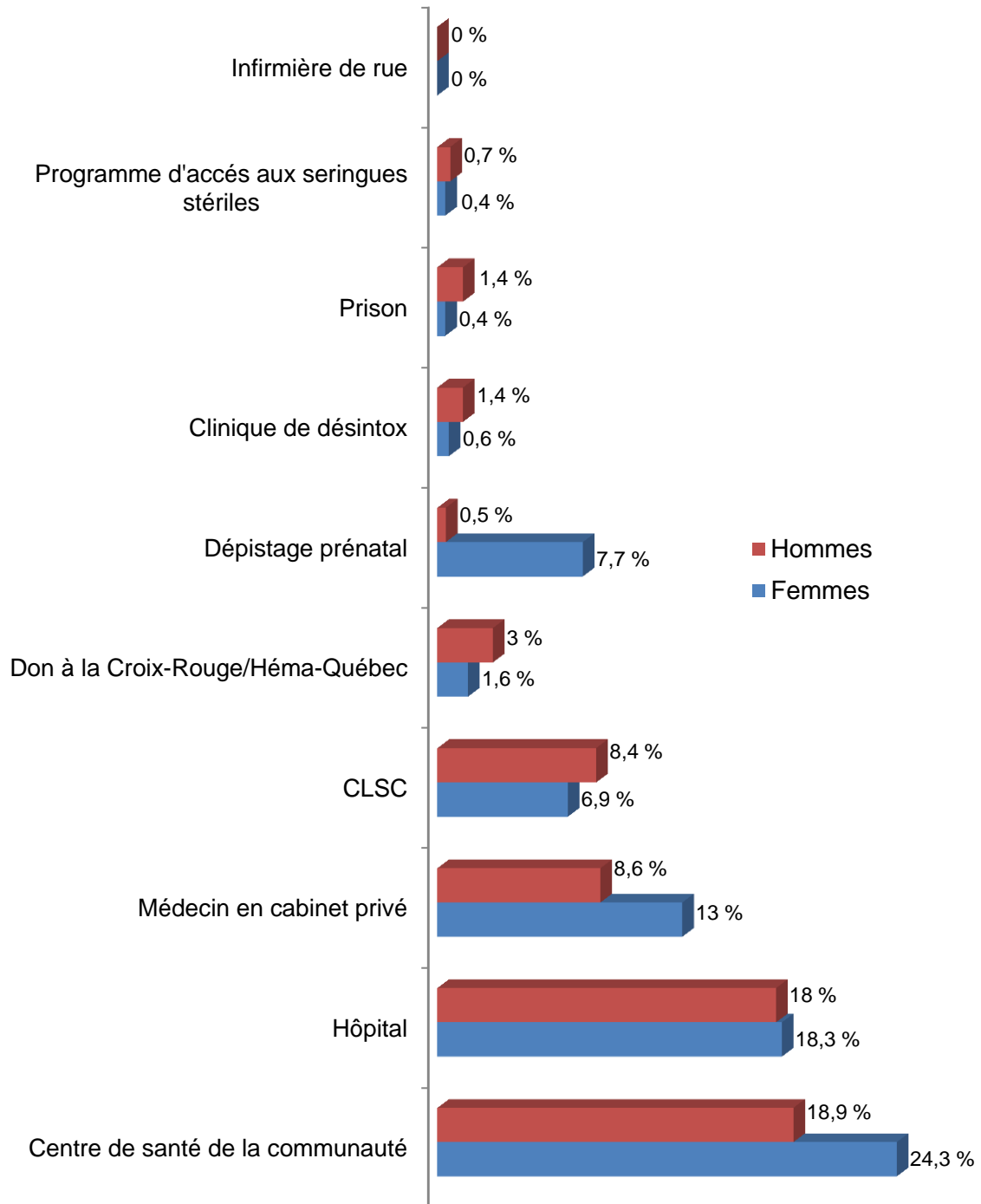
	Test de dépistage pour le VIH		Test de dépistage pour l'hépatite C		Test de dépistage pour les autres ITSS	
	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)
Oui et j'ai reçu mon résultat	44,7	35,8	38,8	30,2	46,7	33,1
Oui mais je n'ai pas reçu mon résultat	2,9	1,4	2,7	1,8	2,4	2
Oui et je ne suis pas retourné chercher mon résultat	1,6	1,2	2,2	1,2	1,9	1,1
Non*	50,8	61,6	56,4	66,9	49,1	63,7

*Les personnes qui n'ont jamais passé aucun test du genre

Il ressort de l'analyse des données présentées au tableau 17 que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir passé un test de dépistage pour le VIH l'hépatite C ou les autres ITSS. Cette différence selon le sexe est significative statistiquement ($p = 0,02$, $p = 0,001$ et $p = 0,03$ respectivement). En revanche, les hommes sont significativement plus susceptibles que les femmes de déclarer n'avoir jamais passé aucun des trois types de test. Par ailleurs, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir passé un test de dépistage sans avoir reçu le résultat ou être retournées le chercher.

Quant aux endroits où les participants se sont fait dépister, selon les résultats de l'analyse (figure 60), le centre de santé de la communauté est plus souvent cité comme endroit de dépistage par les femmes (24,3 %) et par les hommes (20 %). Quant aux autres endroits de dépistage les plus fréquemment cités aussi bien chez les femmes que chez les hommes, ce sont l'hôpital, le médecin en cabinet privé et le CLSC. Par ailleurs, seulement 7,7 % des femmes ont cité le dépistage prénatal.

Figure 60 Endroits où les participants ont passé le test de dépistage selon le sexe

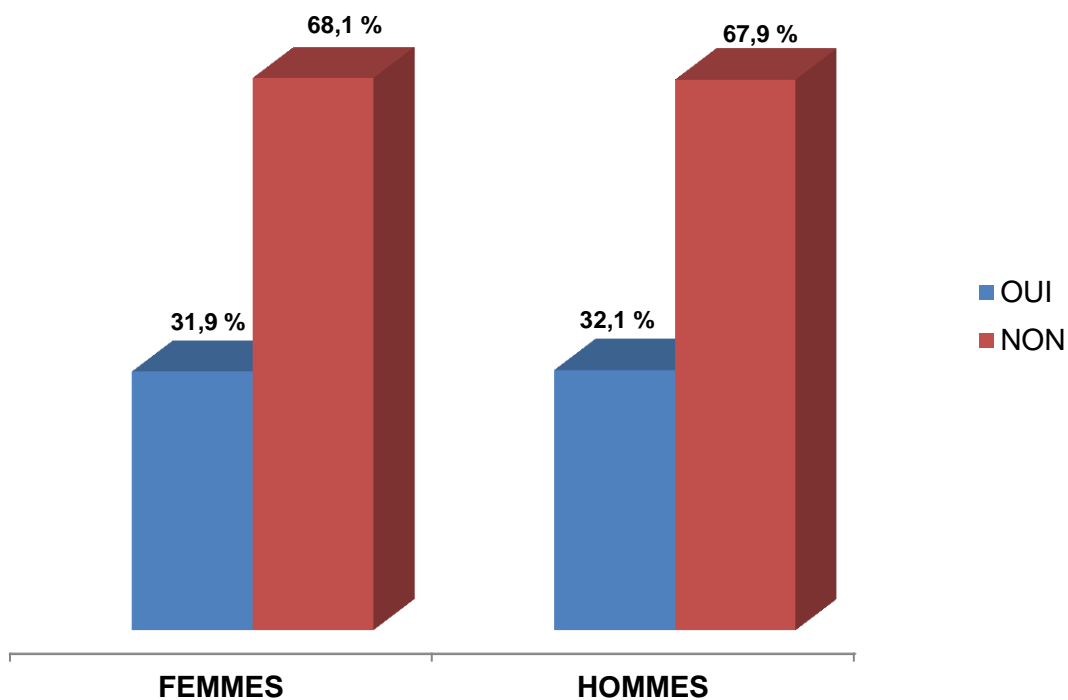




7. Attitudes et perceptions envers le VIH/sida

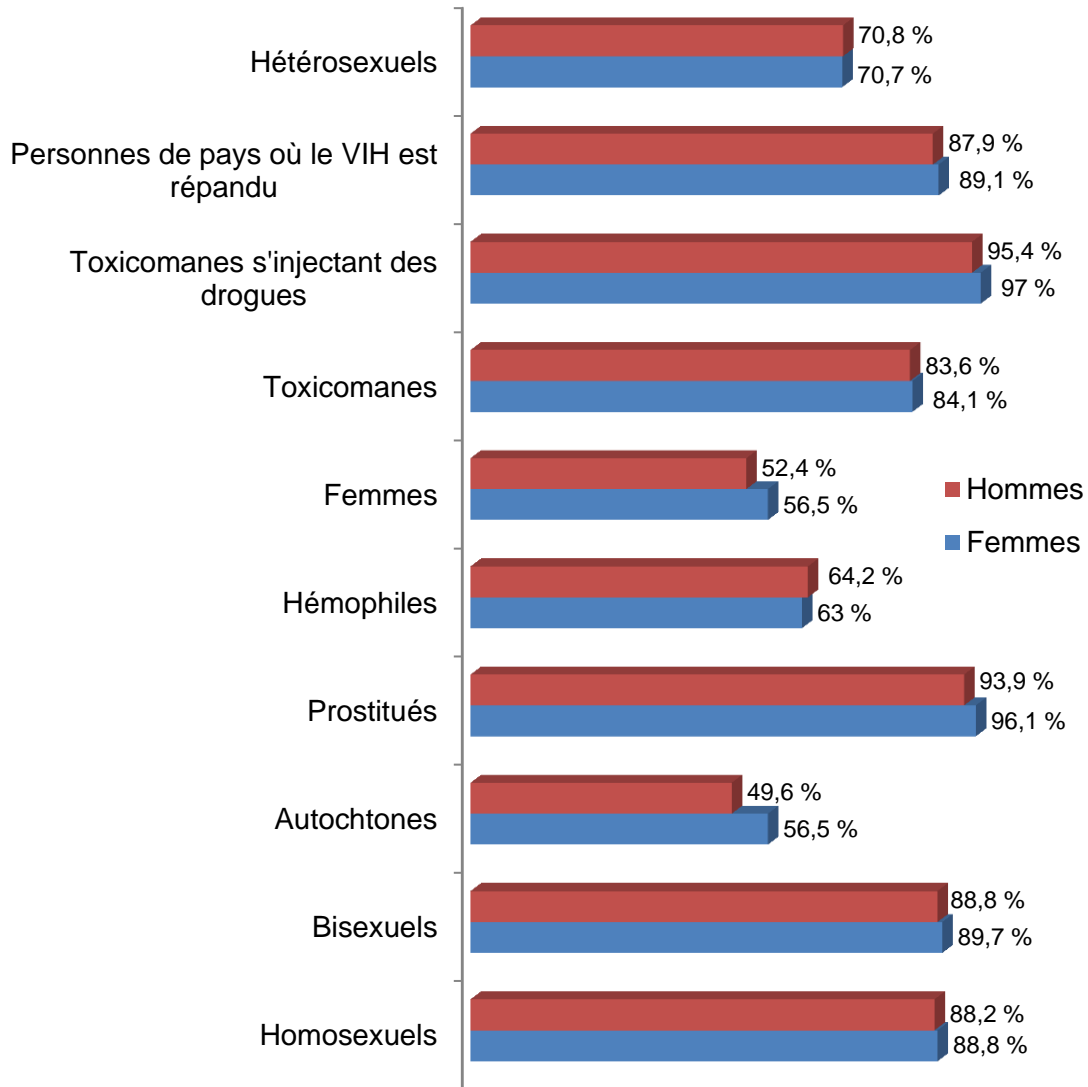
Les informations que reçoivent les personnes sur le VIH et le sida ainsi que leurs expériences vécues influenceront sans doute sur leur crainte de la maladie, leurs sentiments à l'égard des personnes qui en souffrent et leurs perceptions à l'égard de certains aspects de la sexualité. Ainsi, les participants à l'enquête ont été évalués au niveau de leurs attitudes ou leurs perceptions touchant le VIH/sida par l'entremise de toute une série de questions.

Figure 61 Distribution des répondants à la question : « Connaissez-vous au moins une personne atteinte du VIH/sida? », selon le sexe



Parmi les répondants, au moins le tiers indique (32 % des femmes et 32 % des hommes) connaître au moins une personne atteinte du VIH/sida (figure 61).

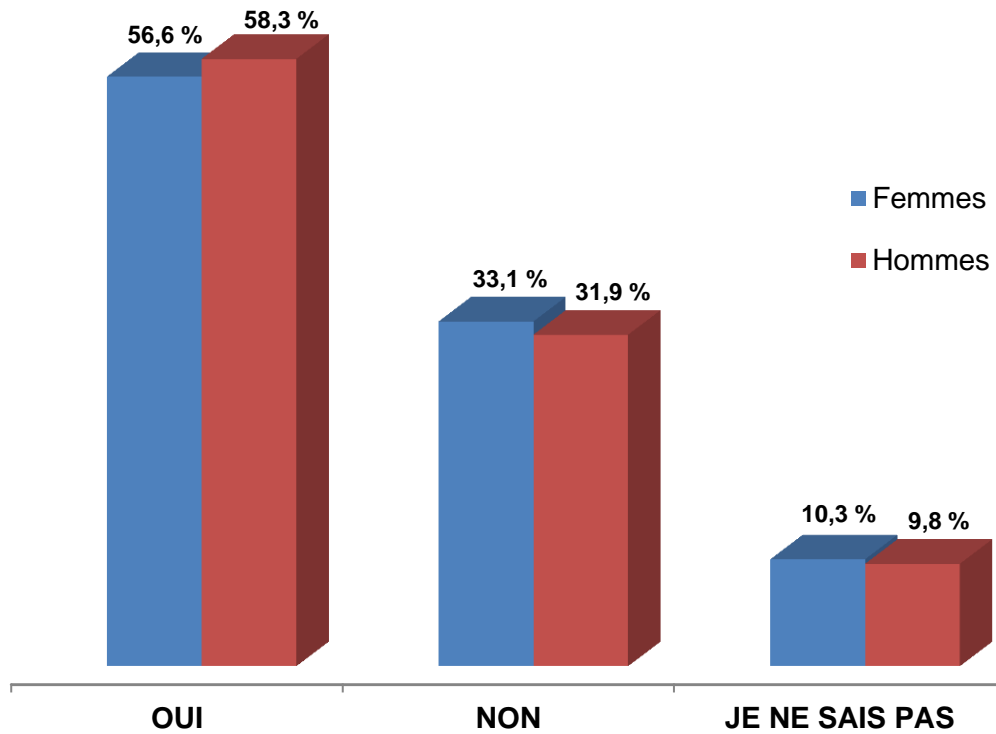
Figure 62 Groupes à risques pour le VIH identifiés par les participants à l'enquête selon le sexe



Les participants à l'enquête ont été invités à identifier les groupes à risques pour le VIH (figure 62). La majorité des répondants ont identifié les toxicomanes qui s'injectent des drogues, les prostitués, les bisexuels, les homosexuels et les personnes qui viennent des pays où le VIH est répandu comme des groupes à risques. Comme chez les jeunes, un constat s'impose : 56,5 % des femmes et 49,6 % des hommes ont classé les Autochtones comme un groupe à risques. De même, 56,5 % des femmes et 52,4 % des hommes ont considéré les femmes en tant que groupe à risques. On note également qu'environ 71 % ont identifié les hétérosexuels comme groupe à risques.

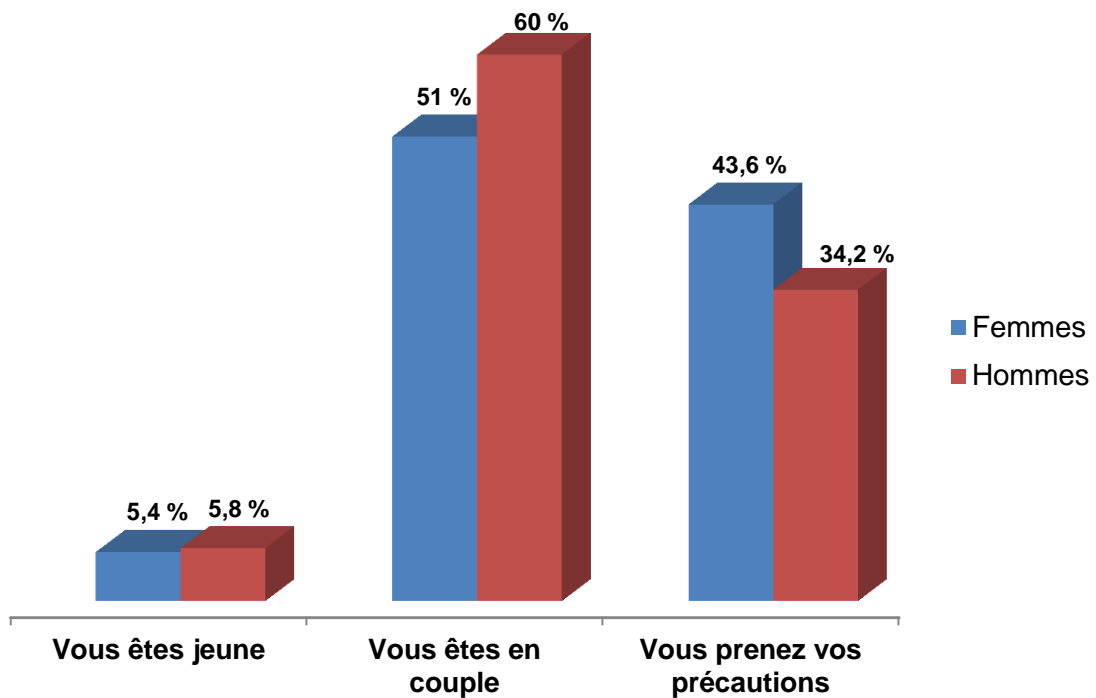


Figure 63 Distribution des répondants à la question : « Est-ce que le VIH vous inquiète? », selon le sexe



Interrogés quant à leur niveau de préoccupation à l'égard de leur propre vulnérabilité au VIH et au sida, plus de la moitié (figure 63) des répondants ont exprimé leurs inquiétudes (56,6 % chez les femmes contre 58,3 % chez les hommes). En revanche, on note que le tiers des répondants (33,1 % des femmes et 31,9 % des hommes) a choisi la catégorie « non ».

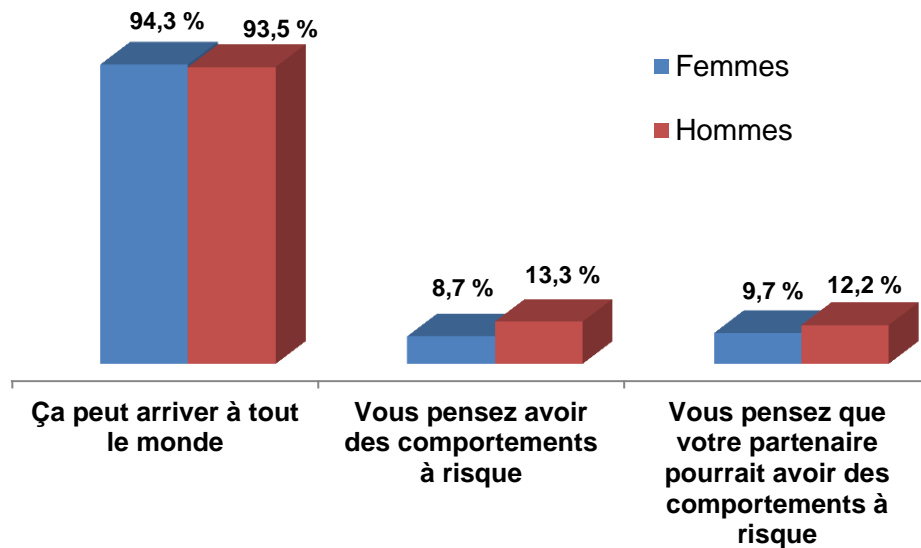
Figure 64 Raisons pour lesquelles le VIH n'inquiétait pas les femmes et les hommes



Parmi les répondants qui n'exprimaient aucune inquiétude à l'égard du VIH (figure 64), 55 % traduisaient cette attitude par le fait qu'ils sont en couple et 5,6 % par le fait qu'ils sont jeunes. Sous l'angle du sexe des répondants, les hommes semblent légèrement plus susceptibles d'avancer ce genre d'argument que les femmes. Les femmes traduisent cette attitude par le fait qu'elles prenaient leurs précautions : soit 43,6 % des femmes comparé à 34,2 % des hommes.

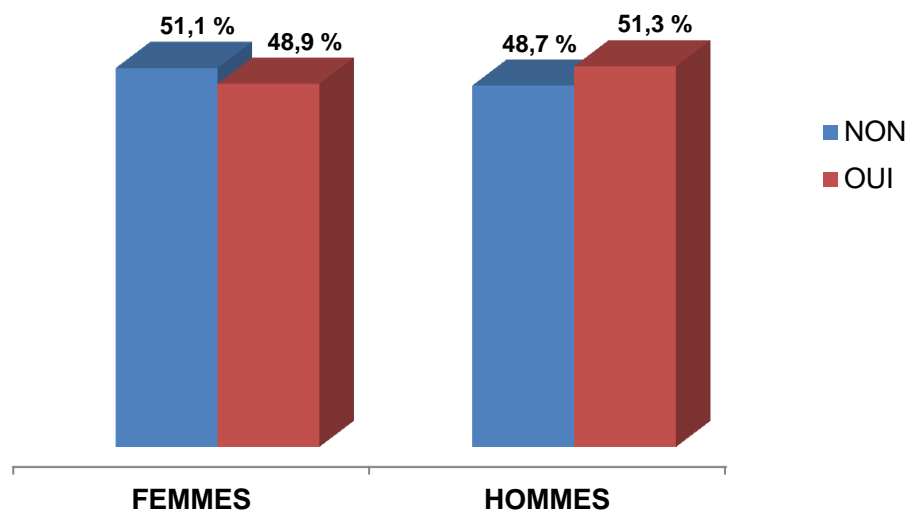


Figure 65 Raisons pour lesquelles le VIH inquiétait les femmes et les hommes



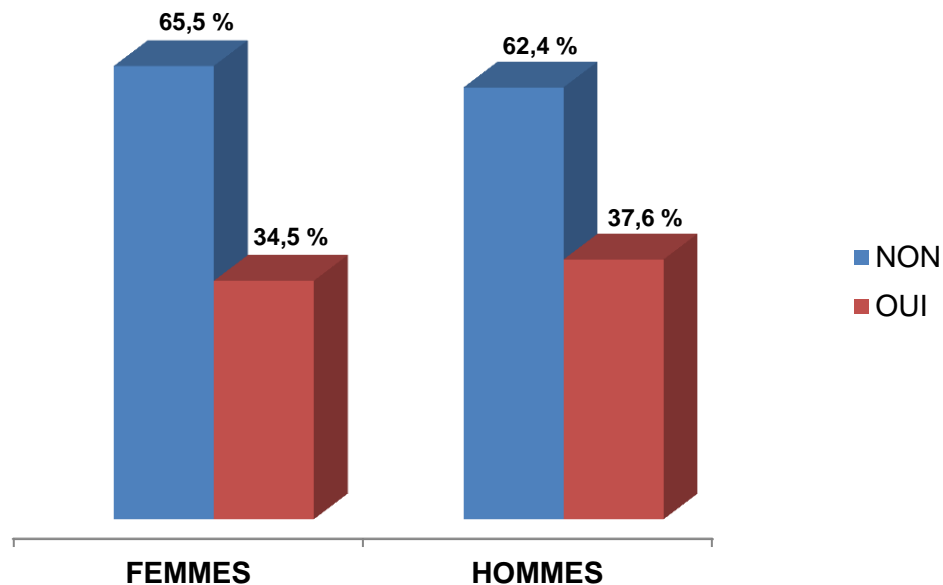
La majorité (94 %) des répondants qui ont exprimé leurs inquiétudes à l'égard du VIH/sida associaient cette attitude au fait que ça pouvait arriver à tout le monde (figure 65). Toutefois, 13,3 % des hommes et 8,7 % des femmes pensaient avoir eu des comportements à risques. D'après le graphique, on constate que selon le sexe la proportion des personnes dans les différentes catégories est sensiblement la même.

Figure 66 Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur les pratiques sexuelles d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe



Interrogés quant à leur préoccupation à l'égard des pratiques sexuelles d'un(e) de leurs partenaires (figure 66), 51,3 % des hommes comparé à 49 % des femmes se sont déjà posé des questions. En revanche, environ 51 % chez les femmes contre 49 % chez les hommes ont répondu par la négation. On note une très légère différence selon le sexe mais non significative statistiquement.

Figure 67 Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous déjà posé des questions sur la toxicomanie d'un(e) de vos partenaires? », selon le sexe

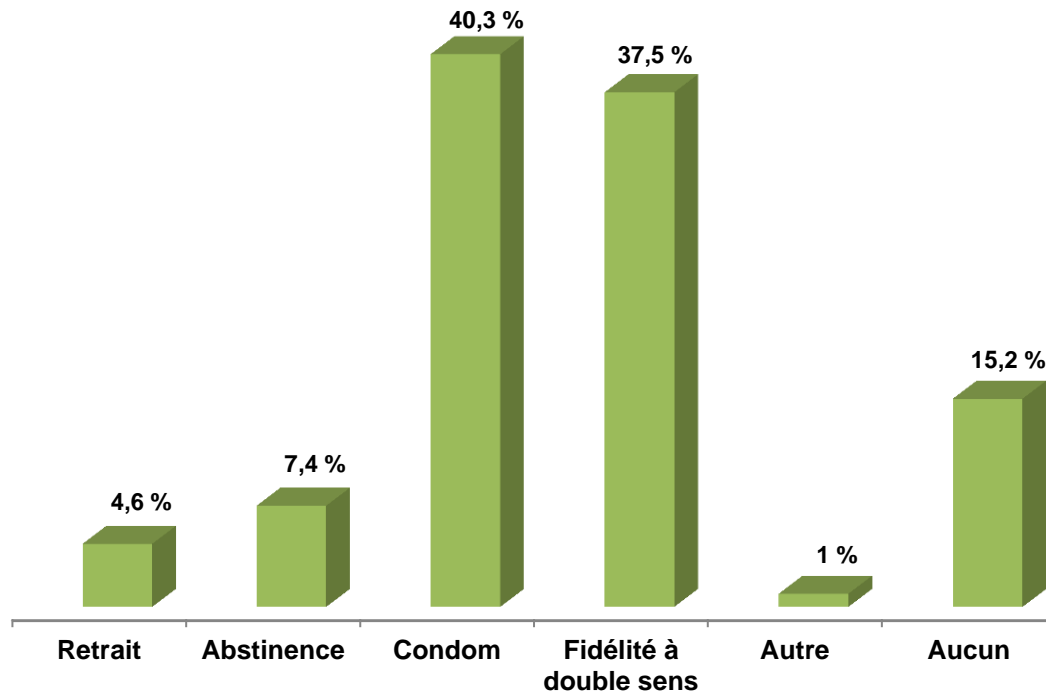


À la question de savoir s'ils se sont déjà posé des questions sur la toxicomanie d'un(e) de leurs partenaires (figure 67), plus de la moitié des participants ont répondu par la négative. Toutefois, 34,5 % chez les femmes comparativement à 37,6 % chez les hommes ont répondu à cette question par l'affirmative. On note également une très légère différence selon le sexe mais non significative statistiquement.



8. Modes de protection contre le VIH et les autres ITSS

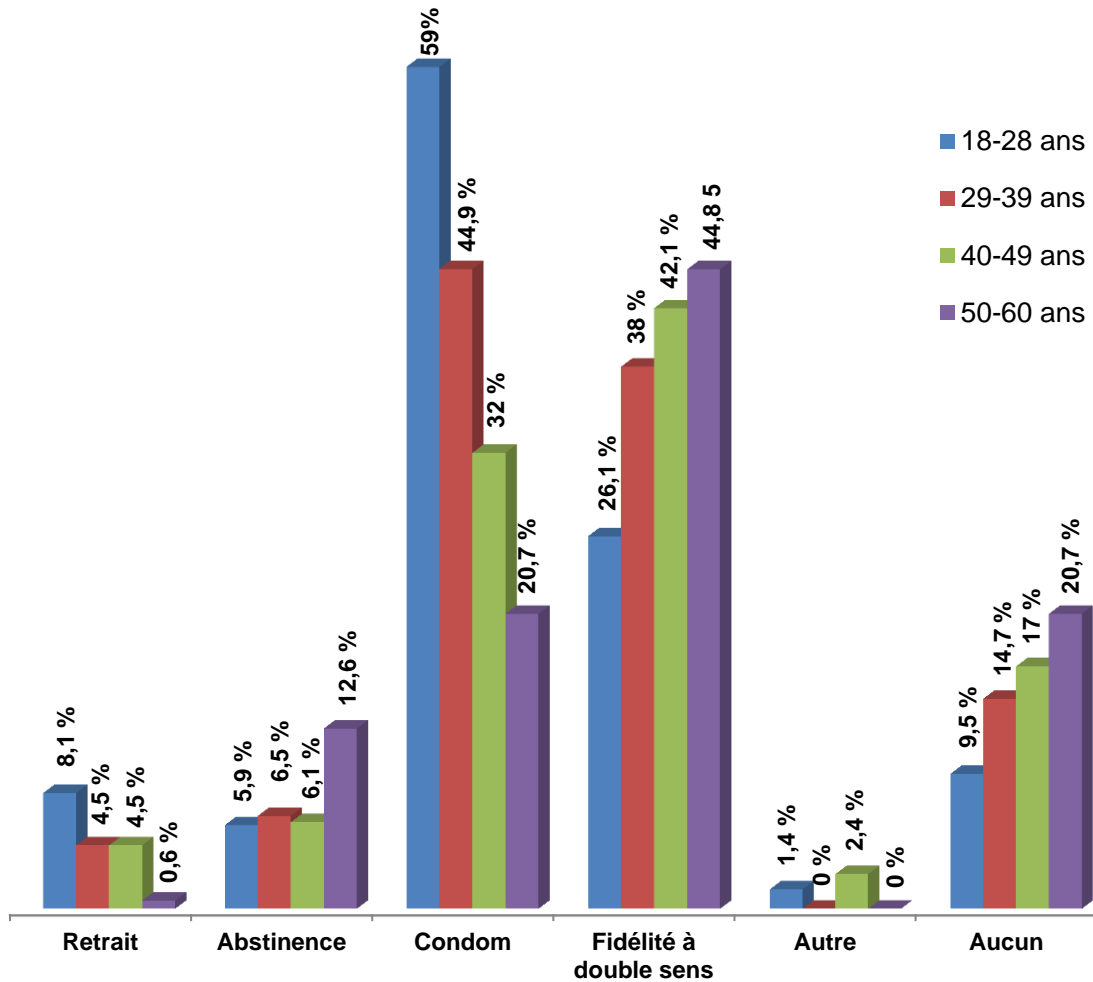
Figure 68 Modes de protection utilisés par les répondants contre le VIH et les autres ITSS



Parmi les modes de protection utilisés pour prévenir les ITSS et le VIH (figure 68), 40 % des participants mentionnent le condom comme premier choix, et ce, aussi bien chez les femmes (35 %) que chez les hommes (46 %). Le second choix s'avère être la fidélité à double sens comme moyen de protection (37,5 %). L'abstinence est le troisième choix avec seulement 7,4 % des répondants qui ont opté pour ce moyen. Quant à la protection moyennant le retrait, on compte deux fois plus de femmes que d'hommes optant pour ce choix. En revanche, 15,2 % n'utilisaient aucun moyen de protection contre le VIH et les autres ITSS.

Analysant ces données selon les différentes catégories d'âge (figure 69), on constate que les participants de 18 à 28 ans sont deux fois plus nombreux à opter pour le choix du retrait avant l'éjaculation comme moyen de protection comparativement à ceux âgés de 29 à 39 ans et 40 à 49 ans. Quant à la protection par l'abstinence, ce sont les personnes âgées de 50-60 ans qui ont été deux fois plus nombreuses à le choisir comme mode de protection comparativement aux autres catégories d'âge. Toutefois, parmi les 15,2 % n'utilisant aucun moyen de protection on remarque que plus l'âge des répondants augmente, plus ceux-ci affirment n'utiliser aucun moyen de protection (10% 18-28 ans, 14,7 % 29-39 ans, 17 % 40-49 ans, 20,7 % 50-60 ans).

Figure 69 Modes de protection utilisés contre le VIH et les autres ITSS selon l'âge



9. Consommation d'alcool et de drogues et les relations sexuelles

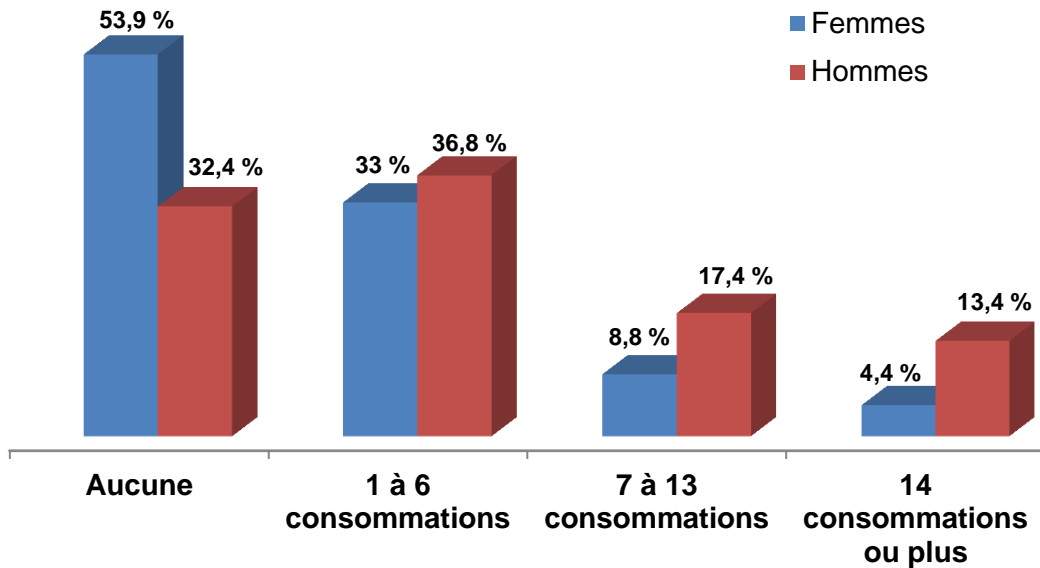
D'une part, la consommation d'alcool et/ou de drogues est reconnue pour altérer le jugement; d'autre part, elle est considérée comme un comportement à risque pour la santé sexuelle. Pour toutes ces raisons et pour évaluer leurs comportements sexuels ainsi que leur consommation, les participants à l'enquête ont été invités à répondre à des questions portant sur leurs habitudes liées à la consommation d'alcool et/ou de drogues.



9.1 Boissons alcoolisées

9.1.1 Fréquence de consommation

Figure 70 Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe



D'après le graphique ci-dessus (figure 70), environ 54 % des femmes comparé à 32,4 % des hommes ont déclaré n'avoir eu aucune consommation au cours d'une période de sept jours. En revanche, la consommation d'alcool, peu importe la fréquence, est très répandue parmi les hommes comparativement aux femmes. En effet, les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à déclarer avoir bu plus de 7 consommations au cours d'une période de sept jours (13,1 % chez les femmes comparé à 30,8 % chez les hommes). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$). En examinant ces résultats selon les différentes catégories d'âge (Tableau 18), il semble que la proportion des participants ayant déclaré 14 consommations et plus d'alcool au cours de la même période baisse avec l'âge de manière statistiquement significative ($p < 0,05$). En revanche, alors que la prévalence de la consommation régulière connaît une hausse non significative statistiquement ($p > 0,05$) tant chez les femmes que chez les hommes à 18 et 28 ans, on observe une baisse du taux de consommation chez les femmes âgées de 29 à 60 ans. Ce phénomène ne s'observe pas chez les hommes. En effet, une autre hausse significative se produit dans la prévalence de consommation régulière d'alcool chez les hommes âgés de 50 à 60 ans durant la même période.

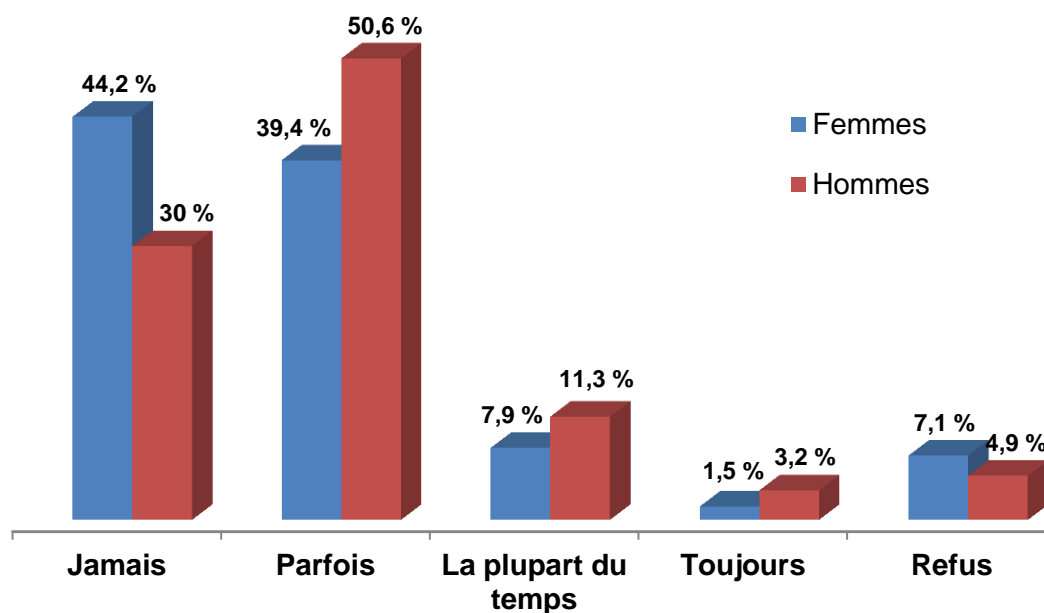
Tableau 18 Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours, selon l'âge

	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50-60 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Aucune	86	40,2	115	41,1	109	45,0	88	49,7
1 à 6 consommations	67	31,3	112	40,0	87	36,0	52	29,4
7 à 13 consommations	34	15,9	27	9,6	31	12,8	25	14,1
14 consommations ou plus	27	12,6	26	9,3	15	6,2	12	6,8

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

9.1.2 Consommation d'alcool et relations sexuelles

Figure 71 Fréquences de consommation d'une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe



À la lecture du graphique (figure 71), 44,2 % des femmes comparé à 30 % des hommes ont déclaré n'avoir jamais consommé une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle



au cours des douze mois précédant l'enquête. En revanche, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer avoir consommé une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle au cours des douze derniers mois avant l'enquête (figure 71) une différence statistiquement significative ($< 0,0001$).

Tableau 19 Fréquence de consommation d'une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge

	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50-60 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Toujours	8	3,7	7	2,5	5	2	1	0,6
La plupart du temps	36	16,5	26	9,2	16	6,5	10	5,9
Parfois	99	45,4	151	53,2	107	43,5	52	30,8
Jamais	57	26,2	85	29,9	103	41,9	99	58,6
Refus	18	8,3	15	5,3	15	6,1	7	4,1

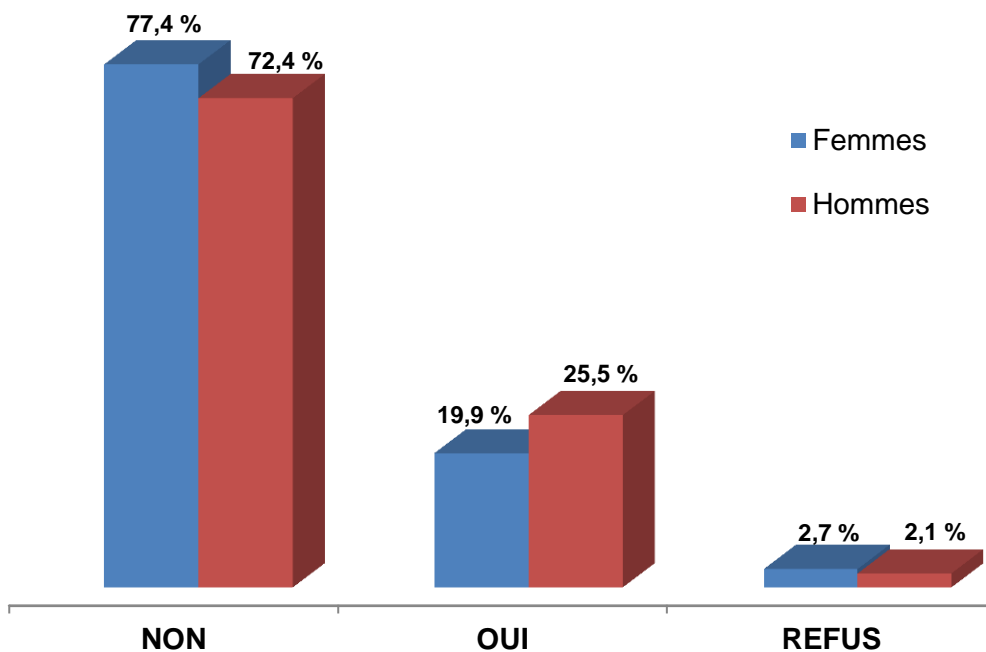
*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes

À l'analyse de ces résultats selon les différentes catégories d'âge (tableau 19), il semble que généralement la consommation de boisson alcoolisée avant une relation sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête diminue significativement avec l'âge ($< 0,0001$). Cette tendance est davantage observée par ceux qui ont déclaré « toujours » ou « la plupart du temps » avoir consommé une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

9.2 Utilisation de drogues

Même lors d'une consommation modérée de drogues, un maximum de vigilance est de mise. Les risques associés à la consommation de drogues et les impacts sur la santé en général et la santé sexuelle en particulier peuvent être très nombreux.

Figure 72 Proportion des répondants ayant déclaré avoir utilisé des drogues illicites durant les 12 mois précédant l'enquête selon le sexe



Selon la lecture du graphique (figure 72), on constate qu'environ un quart (25,5 %) des hommes comparativement à une femme sur cinq (20 %) ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête (différence non significative). Néanmoins, environ 75 % ont déclaré n'avoir jamais utilisé des drogues au cours de la même période.

Tableau 20 Proportion des répondants ayant déclaré avoir utilisé des drogues illicites durant les 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge

	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50-60 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Oui	74	36,6	76	27,0	40	16,6	16	9,5
Non	128	63,4	26	73,0	16	83,4	10	90,5

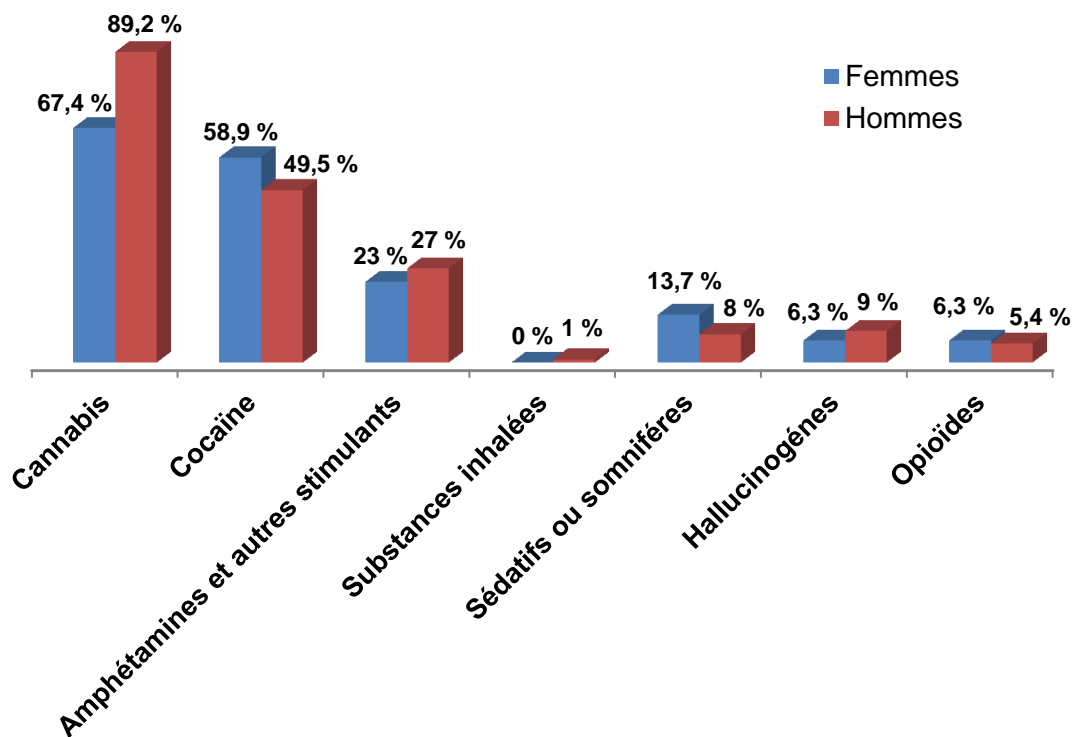
*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes



Analysant les résultats présentés au tableau 20, la consommation de drogue au cours des 12 mois précédant l'enquête diminue généralement à mesure que l'âge augmente, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, de manière significative statistiquement ($< 0,0001$). Toutefois, sous l'angle du sexe des répondants, alors que la prévalence de la consommation connaît une hausse significative tant chez les femmes que les hommes de 18 à 28 ans, on observe une baisse significative du taux de consommation chez les femmes âgées de 29 à 60 ans. Ce phénomène ne s'observe pas chez les hommes. Une autre augmentation significative se produit dans la prévalence de la consommation chez les hommes âgés de 29 à 39 ans avant de voir une chute significative de la consommation.

9.2.1 Drogues consommées par les participants à l'enquête

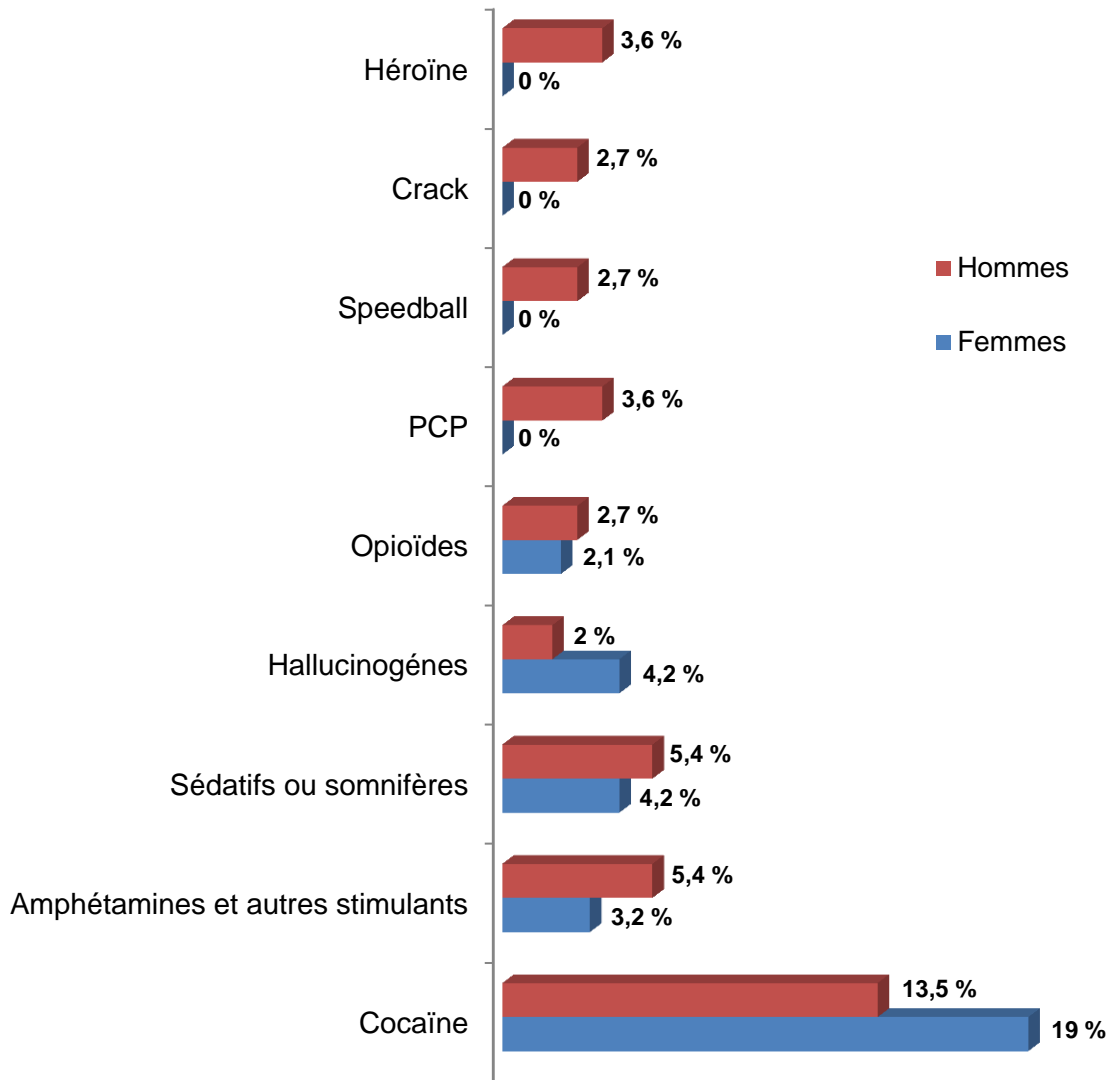
Figure 73 Types de drogues consommées au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les consommateurs de drogues, selon le sexe



Selon le graphique ci-dessus (figure 73), on constate que parmi les répondants ayant déclaré avoir utilisé des drogues, tant pour les femmes que pour les hommes, le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment consommée : environ 89 % chez les hommes comparativement à 67,4 % chez les femmes ont consommé au moins une fois du cannabis au cours des douze mois précédant l'enquête. Quant aux autres drogues illicites les plus souvent consommées, on trouve la cocaïne (59 % chez les femmes

contre 49,5 % chez les hommes) les amphétamines (23 % contre 27 %), suivi des sédatifs (14 % contre 8 %), des hallucinogènes (6,3 % contre 9 %) et des opioïdes (6,3 % contre 5,4 %).

Figure 74 Types de drogues injectables consommées au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les consommateurs de drogues, selon le sexe



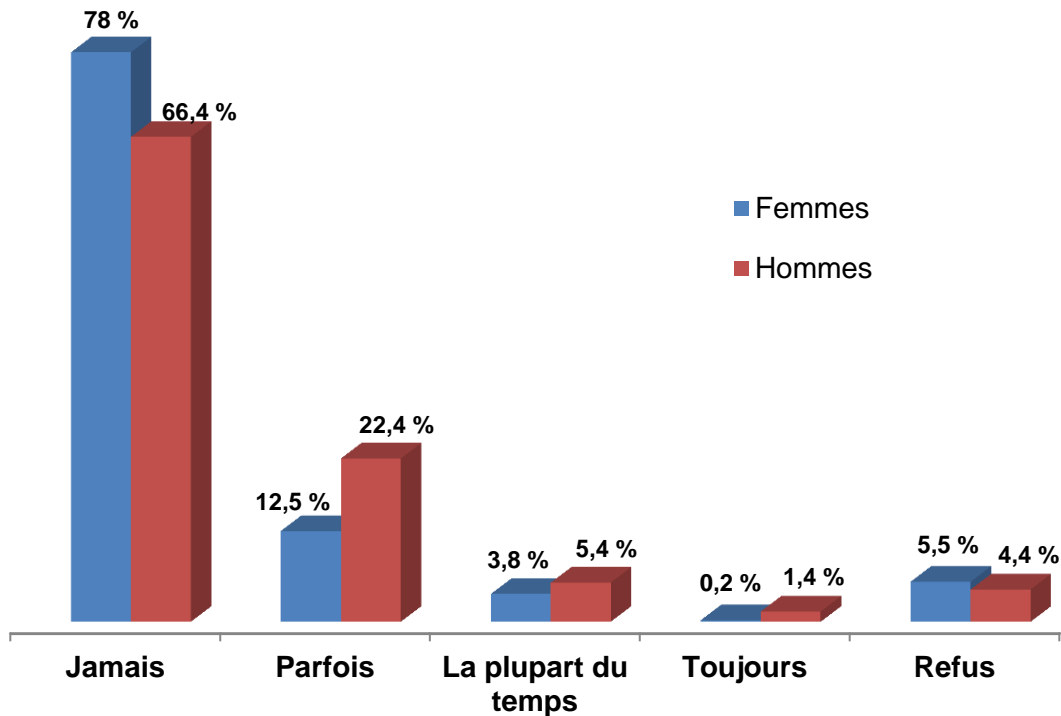
Le graphique ci-dessus (figure 74) illustre la prévalence de l'injection de différentes drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi les drogues illicites les plus souvent utilisées tant chez les femmes que les hommes, on retrouve la cocaïne (19 % contre 13,5 % respectivement), les sédatifs (4,2 % contre 5,4 %), des amphétamines (3,2 % et 5,4 %) suivis des hallucinogènes (4,2 % contre 2 %) et des



opioïdes (2,7 % contre 2,1 %). En revanche, seulement les hommes ont déclaré avoir utilisé du PCP et de l'héroïne (3,6 %) suivis du speedball (2,7 %) et du crack (2,7 %).

9.2.2 Consommation de drogues et relations sexuelles

Figure 75 Fréquence de consommation de drogue avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe



La majorité des participants n'ont jamais utilisé de drogues avant une relation sexuelle dans la période de douze mois avant l'enquête (figure 75). En revanche, 29,2 % des hommes comparativement à 16,5 % des femmes ont déclaré avoir déjà consommé de la drogue avant une relation sexuelle au cours de cette période (figure 75). Analysant ces résultats selon l'âge (tableau 21), on constate que la fréquence de consommation de drogues avant une relation sexuelle au cours des 12 mois précédant l'enquête diminue significativement à mesure que l'âge augmente ($p < 0,0001$). Toutefois, alors que la fréquence de consommation de drogues avant une relation sexuelle au cours de cette période connaît une hausse significative tant chez les femmes que les hommes de 18 à 28 ans, on observe une baisse significative de cette fréquence chez les femmes âgées de 29 à 60 ans. En revanche, ce phénomène ne s'observe pas chez les hommes. En effet, une autre augmentation significative se produit dans la fréquence de consommation de drogue avant une relation sexuelle chez les hommes âgés de 29 à 39

ans avant de voir une baisse significative de cette fréquence au cours de la même période.

Tableau 21 Fréquence de consommation de drogue avant une relation sexuelle durant les 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge

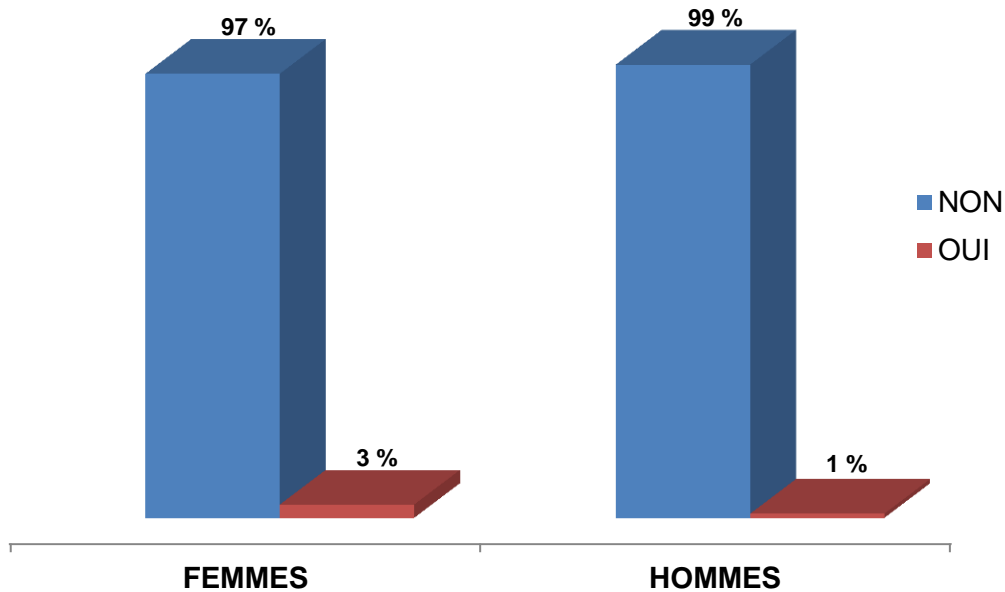
Fréquence de consommation	18-28 ans		29-39 ans		40-49 ans		50-60 ans	
	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%	N(*)	%
Toujours	4	2,0	3	1,1	0	0,0	0	0,0
La plupart du temps	17	8,5	16	5,9	6	2,6	2	1,3
Parfois	55	27,5	58	21,5	31	13,4	12	7,6
Jamais	125	62,0	193	71,5	194	84,0	144	91,1
Total	201	100	270	100	231	100	158	100

*Les taux peuvent varier en raison des valeurs manquantes



9.2.3 Matériel utilisé pour s'injecter des drogues

Figure 76 Proportion des femmes et des hommes ayant partagé le matériel d'injection de drogues durant les 12 mois précédant l'enquête



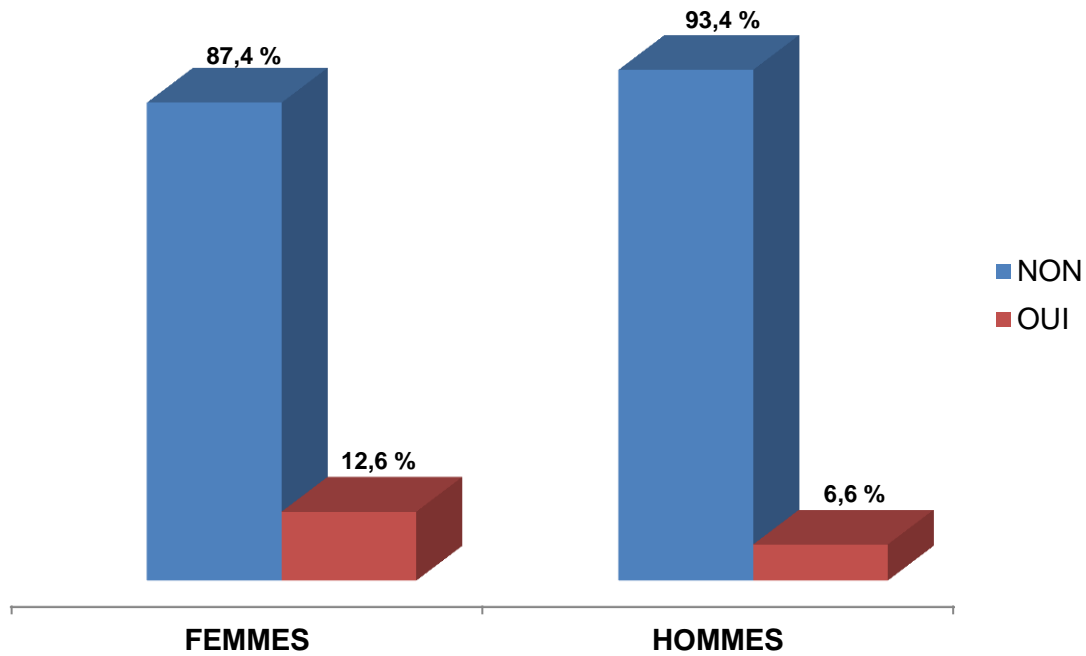
La majorité des participants ont rapporté ne pas avoir partagé de matériel d'injection au cours des 12 mois précédant l'enquête (figure 76). Toutefois, 3 % des femmes comparativement à 1 % des hommes ont déclaré avoir déjà utilisé du matériel d'injection déjà utilisé au moins une fois par d'autres personnes (y compris leur partenaire sexuel) durant cette période.

En examinant ces résultats chez les personnes qui ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête, on constate que 10,5 % des femmes et 7,5 % des hommes ont déclaré avoir déjà utilisé du matériel d'injection déjà utilisé au moins une fois par d'autres personnes durant cette période.

10. Piercing ou tatouage

Le perçage corporel et le tatouage font partie des comportements dangereux, pouvant provoquer une infection ou faciliter la transmission des maladies véhiculées par le sang, notamment les ITSS.

Figure 77 Proportion des femmes et des hommes ayant eu un tatouage ou un piercing au cours des 12 mois précédant l'enquête

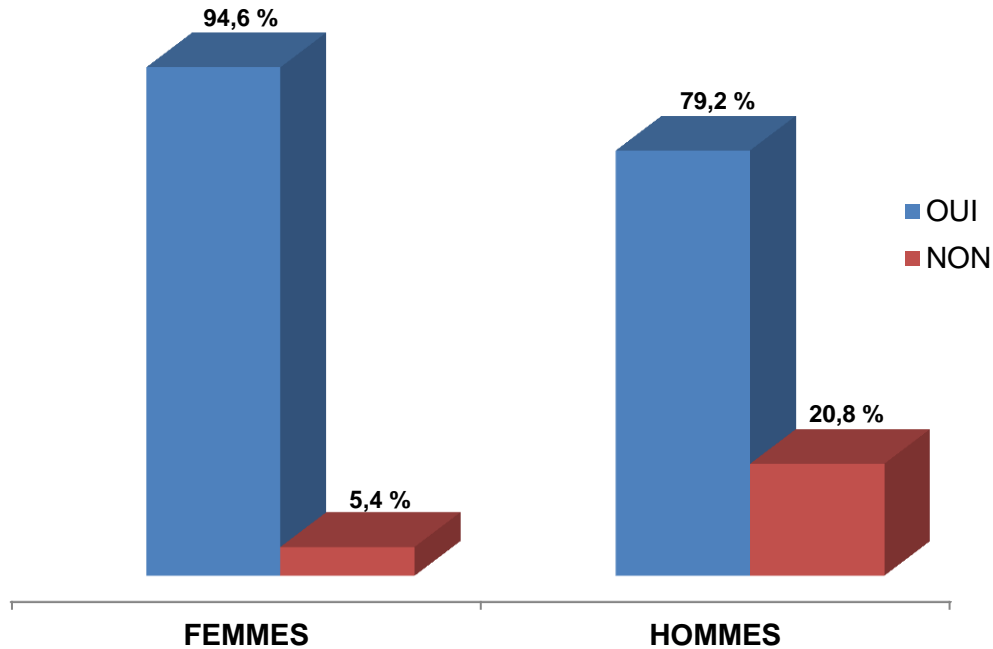


À la lecture du graphique ci-dessus (figure 77), la majorité des participants ont rapporté ne pas s'être fait tatouer ou percer une partie du corps au cours des 12 mois avant l'enquête. Toutefois, 12 % des femmes comparativement à 6,6 % ont déclaré l'avoir déjà fait.



10.1 Vérification de l'état du matériel utilisé pour le tatouage ou le perçage

Figure 78 Distribution des répondants à la question : « Vous êtes-vous assuré que les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate? », selon le sexe



Parmi les personnes ayant déclaré s'être fait tatouer ou percer une partie du corps au cours des 12 mois avant l'enquête, environ 21 % des hommes comparativement à 5,4 % des femmes ont déclaré ne pas avoir vérifié si les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate.

Discussion

L'âge moyen des hommes (15,3 ans) à la première relation sexuelle est significativement légèrement inférieur à celui des femmes (15,7 ans). En revanche, une analyse selon les générations dévoile une tendance des jeunes à connaître leur première relation sexuelle de plus en plus tôt par rapport à leurs aînés, particulièrement chez les jeunes femmes. En effet, on constate que l'écart observé entre les générations est de 1,5 an chez les hommes et de 3 ans chez les femmes. Ainsi, l'analyse de ces résultats révèle que les femmes paraissent sexuellement actives de plus en plus précocement que les hommes. Cette précocité pourrait exposer les jeunes, notamment les jeunes femmes, à un plus grand risque de contracter des ITSS. Certaines études ont révélé qu'un début précoce de l'activité sexuelle est lié à un risque accru d'ITSS, et serait associé à des taux d'ITSS plus élevés (4).

L'activité sexuelle expose à plusieurs risques qui sont la procréation non désirée, la contamination d'une ITSS ou l'infection au VIH/sida. Toutefois, le niveau de risque d'exposition varie suivant la fréquence des rapports sexuels, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de moyens préventifs. De manière générale, il n'apparaît pas de différence significative entre les proportions des hommes et des femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête : la majorité (91,3 %) des hommes et des femmes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles. Toutefois, les hommes rapportent plus de partenaires sexuels que les femmes au cours de cette période. En général, les hommes actifs sur le plan sexuel sont plus susceptibles que les femmes de déclarer qu'ils ont eu de multiples partenaires sexuels.

Cette disparité pourrait s'expliquer par ce qu'on appelle le *double standard sexuel*, selon lequel un même comportement sexuel serait évalué différemment s'il est adopté par un homme ou une femme (30). Ainsi, un nombre élevé de partenaires sexuels serait source de fierté et de respect pour un homme alors que, chez la femme, ce comportement entraînerait une mauvaise réputation. Ce double standard à l'égard des comportements sexuels pourrait pousser les hommes à déclarer un nombre de partenaires sexuels faussement à la hausse, alors que ce serait l'inverse chez les femmes. Du point de vue de l'âge des répondants, le recours au multipartenariat est relativement plus fréquent parmi les jeunes générations que parmi les générations plus âgées. En effet, ce sont les jeunes de 19 ans aussi bien chez les femmes que chez les hommes qui sont beaucoup plus susceptibles que leurs aînés d'avoir plusieurs partenaires. Ceci pourrait ainsi exposer ces jeunes adultes à un plus grand risque de contracter des ITSS. Concernant les rapports homosexuels, 14 femmes et 51 hommes ont déclaré avoir déjà eu des partenaires du même sexe au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces répondants, 28 % des hommes comparativement à 14 % des femmes ont affirmé avoir eu plus d'un partenaire au cours de cette période.



Les résultats des analyses révèlent que le sexe oral est une pratique sexuelle plus courante comparativement au sexe anal. En effet, l'expérience de la pratique du sexe oral (61 %) est deux fois plus fréquente que celle du sexe anal (30 %). Comparativement aux femmes, les hommes sont significativement plus nombreux à faire état de pratiques sexuelles orales (71 % contre 61 %) ou anales (39 % contre 21 %). Sous l'angle de la santé sexuelle, les spécialistes s'accordent sur le fait que les risques de transmission du VIH liés à la pratique du sexe oral non protégé sont faibles (31). En revanche, les risques de transmission de plusieurs autres ITSS (gonorrhée, syphilis, herpès, etc.) sont réels. Effectivement, plusieurs ITSS sont présentes dans le sperme, les sécrétions vaginales, la salive ou d'autres liquides organiques. Ainsi, pratiquer ou recevoir le sexe oral augmente le risque d'exposition à certaines ITSS.

Par ailleurs, 3,3 % des répondants ont indiqué avoir accepté de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle (4,1 % des hommes et 2,5 % des femmes). Chez les hommes, ces proportions atteignent leur maximum chez ceux âgés de 50 à 60 ans. Ceci pourrait être expliqué par leur incompréhension du sens de la question posée. Autrement dit, ils ont pu compter les fois où eux même avaient donné de l'argent ou de la drogue en échange d'une relation sexuelle.

Quatre-vingt-quinze pour cent (95 %) des répondants ont confirmé n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne atteinte du VIH /Sida et 73 % ont rapporté n'avoir jamais eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITSS. Ceci pourrait être attribuable à la méconnaissance des ITSS, notamment leur caractère majoritairement asymptomatique. Il existe cependant 16,4 % des répondants rapportant avoir déjà eu une relation sexuelle avec une personne atteinte d'une ITSS, particulièrement les jeunes de 19 ans.

Parmi les répondants non mariés ni en union libre qui avaient eu au moins deux partenaires au cours des 12 mois avant l'enquête, 80 % (83 % des femmes et 78 % des hommes) n'utilisaient pas toujours le condom. Les hommes semblent légèrement plus enclins à utiliser le condom comparativement aux femmes. Même si en général le recours au condom diminue avec l'âge, il n'en demeure pas moins que près de 73 % des jeunes de 18 à 28 ans affirmaient n'avoir pas utilisé toujours le condom (18,3 % ont déclaré ne l'avoir jamais utilisé). Trois raisons principales prédominent chez ces derniers; parce qu'ils ont un partenaire régulier (35 %); parce qu'ils n'avaient pas de condom lors de la relation sexuelle (13 %) et parce qu'ils étaient sous l'influence de l'alcool ou de la drogue. Ces raisons pourraient laisser supposer une attitude insouciante en matière de santé sexuelle favorisant ainsi l'exposition des jeunes de 18 à 28 ans à un risque plus élevé de contracter une ITSS. Quant à l'attitude des participants face au refus du partenaire d'utiliser le condom, les hommes (21,3 %) sont significativement plus nombreux que les femmes (13 %) à répondre qu'ils accepteraient des relations sexuelles avec un ou une partenaire occasionnel(le) qui refuserait l'usage du condom. D'une part, ces résultats soulignent l'incompréhension aussi bien des

hommes que des femmes de l'ampleur des risques auxquels ils s'exposent en ayant des relations sexuelles non protégées; d'autre part, de l'utilité d'un condom comme moyen de prévention face aux différentes ITSS.

Ainsi, la connaissance semblait un facteur déterminant dans les comportements sexuels des personnes, puisque pour bien se protéger du VIH, du sida et des autres ITSS, il faut comprendre les mécanismes de transmission et connaître les moyens de prévention. Pour cela, on a évalué les connaissances en matière de santé sexuelle ainsi que des ITSS chez les participants, de même que les sources d'information et les lacunes dans leurs connaissances en santé sexuelle. À l'examen des résultats découlant des analyses, les répondants ne sont pas très nombreux à connaître les ITSS, particulièrement le virus du papillome humain (VPH), les condylomes acuminés et la syphilis. Aussi, nombreuses sont les fausses croyances liées aux facteurs favorisant la transmission du VIH/sida. Ils sont peu nombreux également à savoir qu'une ITSS ne manifeste pas toujours des symptômes et qu'on peut contracter le VIH par la pratique du sexe oral. De même, certains pensent que le retrait au moment de l'éjaculation est un moyen de protection contre le VIH et les autres ITSS.

La principale source d'information pour les femmes est l'infirmier(ère), alors que pour les hommes c'est la télévision. Quant aux autres sources d'information les plus fréquemment citées par les femmes, ce sont la télévision, l'école, le médecin, le centre de santé et les amis. Quant aux hommes, ce sont les amis, l'école, l'infirmier(ère), le médecin et le centre de santé. En revanche les sources d'information les moins fréquentes aussi bien chez les femmes que chez les hommes sont l'intervenant communautaire et le CLSC. L'isolement géographique et la distance à parcourir de certaines communautés ne sont pas propices pour accéder aux services offerts par le CLSC. Ceci pourrait donc expliquer l'identification du CLSC comme source moins fréquente. Quant à l'intervenant en santé communautaire, pourtant présent dans plusieurs communautés, on pourrait donc penser que cette ressource n'est pas en contact régulier avec les membres des communautés. Il convient toutefois de souligner que 40 % des hommes et des femmes ne se sentent pas assez informés.

Il ressort de l'analyse des données de l'enquête que les femmes sont plus susceptibles de déclarer avoir reçu un diagnostic d'une ITSS comparativement aux hommes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir passé un test de dépistage. Ceci pourra être également attribuable au fait qu'il est plus facile de rejoindre les femmes de façon confidentielle lors d'un examen médical annuel (test Pap) ou lors d'une consultation pour une méthode contraceptive. En outre, étant donné le caractère asymptomatique de la majorité des ITSS et le fait que les hommes ont moins tendance à se présenter pour un dépistage, ceci augmente le risque d'exposition à une ITSS de leurs partenaires sexuels. Toutefois, il peut être particulièrement important d'étudier les raisons pour lesquelles les hommes sont moins nombreux que les femmes à se faire dépister.



Parmi les ITSS rapportées, la chlamydia (19 %) et la gonorrhée (6,6 %) sont les plus répandues parmi les participants. Des constats qui concordent avec ceux du quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec (1). Analysant les proportions des cas rapportés des différentes ITSS selon l'âge, on constate que ces proportions atteignent leur maximum chez les jeunes de 18 à 28 ans, particulièrement les jeunes femmes. Notamment, la proportion des cas rapportés de VIH/sida est de 9 % parmi ce groupe d'âge; soit 12 % des femmes et 6 % des hommes. Sachant qu'au Canada, en 2008, on estimait la prévalence du VIH chez les Autochtones à environ 0,5 % (35), il faut donc interpréter avec prudence les résultats obtenus dans notre étude. En effet, il est fort probable qu'un biais d'information ait influencé les résultats. Par exemple, les répondants ont peut-être mal interprété le terme « diagnostic » en le confondant avec le mot « dépistage », ce qui surestimerait le nombre de cas diagnostiqués parmi les participants.

Ce constat peut aussi s'expliquer en partie par les résultats des analyses. En effet, les analyses ont révélé chez les jeunes une activité sexuelle précoce, un recours au multipartenariat et un refus d'utilisation régulière du condom qui sont des comportements sexuels qui augmentent la vulnérabilité des jeunes au VIH et aux autres ITSS. En outre, l'infection par le VIH est favorisée par la présence d'autres ITSS. À cela s'ajoute l'insouciance des jeunes face au VIH à un âge où le risque constitue un attrait. En effet, interrogés quant à leur niveau de préoccupation à l'égard de leur propre vulnérabilité au VIH et au sida, environ 38 % ont répondu par « non » ou « je ne sais pas ». Parmi ceux n'exprimant aucune inquiétude, 16 % traduisent cette attitude par le fait qu'ils sont encore jeunes. De plus, les jeunes femmes sont souvent plus susceptibles d'être abusées ou agressées sexuelle dans les communautés (36), ceci les rend plus vulnérables pour exiger des pratiques sexuelles protégées. La femme peut ainsi souffrir des conséquences de ce comportement à haut risque, l'exposant à contracter le VIH et les autres ITSS ou au risque de grossesse non désirée. Il importe également de noter que parmi les 45 cas diagnostiqués de VIH rapportés, 8 cas ont indiqué avoir eu des rapports homosexuels, 20 cas avoir utilisé des drogues illicites au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête, dont 6 ont utilisé des drogues injectables.

La co-infection par le virus de l'hépatite C et par le VIH signifie qu'une personne a contracté et le virus de l'hépatite C et le VIH. Il n'est pas rare que les personnes qui ont contracté le VIH souffrent aussi d'hépatite C. En effet, parmi les 45 participants ayant déclaré avoir été diagnostiqués avec le VIH, plus de la moitié (56 %) ont déclaré avoir été diagnostiqués avec le virus de l'hépatite C également. Parmi ces personnes 52 % ont rapporté avoir consommé de la drogue.

Concernant la question sur les groupes à risques pour le VIH/sida, plus de la moitié ont classé les Autochtones et les femmes comme des groupes à risque.

Il ressort de l'analyse de données que la consommation de boissons alcoolisées, peu importe la fréquence, est significativement (< 0.0001) plus répandue parmi les hommes comparativement aux femmes. Quant à la consommation de drogues illicites, 26 % des hommes comparativement à 20 % des femmes ont déclaré en avoir consommé au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. De même, les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir consommé une boisson alcoolisée, 65 % contre 49 % ($p < .0001$) ou une drogue 29 % contre 16,6 % ($p = 0.0001$) avant une relation sexuelle. Ces constats sont davantage marqués chez les jeunes de 18 à 28 ans. Selon une étude, la consommation d'alcool et de drogues peut nuire considérablement aux conduites préventives (26). Autrement dit, ces substances altèrent le jugement, amplifient le désir, réduisent les inhibitions sexuelles et donc elles détournent de la prévention. Ainsi, ceci pourrait être qualifié de comportement à risque qui augmenterait le risque de contracter le VIH et les autres ITSS. Par ailleurs, la cocaïne est la substance psychotrope la plus consommée après le cannabis. Elle reste également la drogue dont l'utilisation est la plus répandue parmi les répondants.

Les limites de l'enquête

Dans le premier volet concernant les jeunes des écoles secondaires, le recrutement des participants s'est fait, pour raison de commodité, seulement dans les écoles secondaires des communautés des Premières Nations. Ainsi, la procédure de sélection des étudiants ne donnait pas à toutes les unités les mêmes chances de figurer dans l'échantillon. Ceux-ci pourraient induire un biais de sélection. Il convient de souligner également que certaines difficultés à recruter des participants ont limité la taille de l'échantillon des jeunes en milieu scolaire. Certaines analyses donc n'ont pas pu être réalisées en raison du petit nombre de répondants à certaines questions. Ainsi, cela limite la portée scientifique des résultats et ces résultats ne fournissent donc que des indications et des ordres de grandeur susceptibles d'aider à affiner des hypothèses et élaborer des recommandations.

La présente étude est fondée sur le comportement sexuel autodéclaré, un sujet qui peut être considéré comme délicat par les Premières Nations. Ceci peut entraîner un biais de désirabilité sociale dans leurs réponses en faveur de comportements sains. Autrement, les participants pourraient percevoir la vérité comme étant socialement inacceptable ou indésirable, et ce, surtout lorsqu'on vit dans un milieu social où tout le monde se connaît. Un biais de mémoire peut être également évoqué, notamment pour les quelques questions comportant des repères temporels tels que le nombre de partenaire, la fréquence de consommation de boissons alcoolisées ou de drogue.

Conclusion

L'ensemble de ces données met en lumière des comportements sexuels à risque, notamment la précocité sexuelle, le multipartenariat, la non utilisation systématique du condom et un intérêt des jeunes envers la pratique du sexe oral comparativement à celle du sexe anal. Les résultats d'analyses ont révélé également le manque de connaissances aussi bien chez les jeunes que chez les adultes des Premières Nations par rapport aux différentes infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des sources d'information. Ceci rend les membres des communautés des Premières Nations plus vulnérables à l'exposition au risque de contracter des ITSS et des pathogènes transmissibles par le sang, particulièrement les adolescents, les jeunes adultes et les femmes.

Dans cette perspective, pour tenter d'améliorer la performance des initiatives de prévention pour les communautés des Premières Nations de la région de Québec, il est évident que certaines recommandations pourront guider les intervenants à améliorer leurs démarches de prévention et d'éducation.

Recommandations :

Améliorer les connaissances des jeunes, des adultes et des intervenants

- En raison de l'âge précoce des premières relations sexuelles, les jeunes feraient des choix plus éclairés s'ils pouvaient s'appuyer sur une solide base de ressources personnelles édifiée dès leur plus jeune âge et s'il existait des moyens d'information, d'éducation, de prévention et de soutien en matière de santé sexuelle aussi tôt que la 5^e ou 6^e année du primaire.
- L'éducation sexuelle à l'école devrait se faire de façon plus soutenue tout au cours du secondaire dans une période horaire destinée à ce sujet. L'étude démontre que les jeunes ont un manque de connaissances des ITSS et de leurs moyens de transmission ainsi que de certains aspects de la sexualité. Il serait également souhaitable que les ITSS occupent une grande place dans le *curriculum* afin que chacun les connaissent bien et soit en mesure d'identifier les méthodes de prévention.
- Étant donné que les amis sont une source d'information relativement populaire chez les jeunes, la formation par les pairs serait une façon privilégiée de transmettre l'information, mais également de s'assurer que l'information transmise soit juste.
- Afin d'intégrer les parents à la discussion et de les sensibiliser à la précocité des comportements sexuels chez les jeunes, l'organisation de séances d'information ou



ateliers parent-enfant serait une façon d'amorcer la discussion et ainsi de mettre les jeunes et leurs parents sur la même longueur d'onde.

- L'étude a démontré également un manque de connaissances des ITSS et de leurs modes de transmissions chez les adultes. Il importe donc d'intensifier les actions d'information sous diverses formes (atelier, documentation, séances d'information, messages radio...), d'éducation et de communication sur le VIH/SIDA et les autres ITSS, notamment à l'occasion des événements communautaires. Aussi, initier des actions visant à promouvoir les comportements et les pratiques sexuelles à moindre risque et les moyens de prévention. Par conséquent, ils seront également en mesure de contribuer à l'acquisition des connaissances correctes des modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA chez leurs enfants.
- Les actions de prévention doivent viser également les personnes vivant avec le VIH/SIDA afin d'empêcher la transmission de l'infection à leurs partenaires.
- Enfin, il est aussi essentiel d'assurer la formation continue des intervenants susceptibles d'éduquer les individus afin qu'ils maîtrisent bien les messages à transmettre (ex. : personnel de la santé, professeurs).

Encourager le dépistage des ITSS et du VIH/sida

- Il faut encourager le dépistage des ITSS et du VIH/sida en rendant les sites de dépistage plus anonymes et accessibles afin de limiter les risques de propagation des ITSS et du VIH. De plus, le dépistage est l'occasion de rencontrer les individus un à un, de façon confidentielle, afin de faire le point sur leurs comportements sexuels à risque et de leur conseiller des pratiques plus sécuritaires pour leur santé et celle de leurs partenaires.

Réduire les comportements à risque

- Il faut responsabiliser les individus par rapport à leurs propres comportements sexuels et aux comportements des autres à travers des campagnes de sensibilisation et de conscientisation.
- La consommation des boissons alcoolisées et de drogues, peu importe la fréquence, est très répandue parmi les Premières Nations particulièrement les jeunes. Ces substances sont connues pour altérer le jugement et peuvent donc nuire considérablement aux conduites préventives en matière de santé sexuelle. Aussi, la consommation de drogues par voie intraveineuse est connue pour sa contribution à l'épidémie de VIH/SIDA. Ainsi, des activités d'information sur les conséquences de la consommation sur la santé sexuelle et sur le traitement des toxicomanies pourront aider à réduire les comportements à risque.

La présente enquête a permis dresser le portrait général du comportement sexuel, des perceptions, des attitudes et des connaissances en lien avec le VIH et les ITSS chez les jeunes et les adultes des communautés des Premières Nations de la région du Québec. Ceci, d'une part, a permis d'identifier les types d'interventions utiles qui profiteront à ces communautés et réduire leur risque de contracter des ITSS, d'autre part, d'attirer l'attention sur la situation des ITSS de la population en question. Par ailleurs, notre enquête comblera un vide important en permettant de dresser un portrait général de la situation des ITSS de la population en question.

Toutefois étant donné l'importance du sujet, d'autres investigations seraient nécessaires pour encore mieux cerner la problématique. Il peut être particulièrement important, par exemple, d'identifier des déterminants des comportements sexuels à risque dans une approche explicative, d'étudier les raisons pour lesquelles les hommes sont moins nombreux que les femmes à se faire dépister, de mettre en évidence les mécanismes par lesquels certains facteurs socioculturels et économiques peuvent influencer les comportements sexuels à risque.

Références

- (1) Alary, M., Allard, P.R, Bitera, R. et autres (2010). « Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang ». Direction du développement des individus et de l'environnement social du ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec.
- (2) <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/33398.html>
- (3) http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/gen/stats_profil_f.html
- (4) Conseil des ministres de l'Éducation (2003). « Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements ». Toronto, CMEC
- (5) Agence de santé publique du Canada (mars 2006). « Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada : Constations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003 ». Ottawa.
- (6) Institut de santé publique de Québec (2005). « Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec » Québec.
- (7) http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/diseases-maladies/2005-01_healthsante_indicat_f.html#chlamydirose
- (8) Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et autres (1999). « Sexually transmitted diseases ». 3^e édition.
- (9) http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/hpv-vph_f.html
- (10) Richardson, H., et autres. « The natural history of type-specific human papillomavirus infections in female university students ». Soumise à la publication.
- (11) Richardson, H., et autres. « Determinants of low-risk and high-risk cervical human papillomavirus infections in Montreal university students ». Sexually Transmitted Diseases, vol. 27, n°2, février 2000, p. 79-86.
- (12) <http://www.cliniquequartierlatin.ca/pages/problemesSante/lesITS.htm>
- (13) Remis, R. (2007). « Modeling the incidence and prevalence of Hepatitis C infection and its sequelae in Canada ». Public Health Agency of Canada, Final Report.



- (14) Allard, P.R., Noël, L. (2006) « Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004. Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C ». Institut national de santé publique du Québec.
- (15) Alary, M. et autres. « Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. » Unité de recherche en santé des populations, centre hospitalier affilié universitaire de Québec, février 2005, 70 p.
- (16) Moses S, Mestery K, Kaita KD, Munik GY (2002). « Viral hepatitis in a Canadian street-involved population ». Can J Public Health, Vol. 93, p.123-128.
- (17) Statistique Canada. « Population selon le groupe autochtone, Recensement de 2001, provinces et territoires ». http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/popula_f.htm#ori
- (18) Agence de la santé du Canada (mai 2004). « Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant »
- (19) King SM and the Motherisk-HIV Network Members. « Antiretroviral therapy (ART) in a cohort of HIV-positive pregnant women in Canada ». Can J Infect Dis 2001;12 Suppl B:26B (Résumé 203).
- (20) Canada (1996). Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport. 5 volumes. Ottawa : ministre des Approvisionnements et Services Canada.
- (21) Statistique Canada (2008). « Peuples autochtones du Canada : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 ». 59 pages.
- (22) Union des municipalités du Québec (2006). Guide terminologique autochtone, page 39.
- (23) Affaires indiennes et du Nord canadien (2009). Gestion des droits métis : L'arrêt Powley, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/ofi/mrm/index-fra.asp>
- (24) Secrétariat aux affaires autochtones (2009). « Amérindiens et Inuits – Portrait des nations autochtones du Québec ». 62 pages.
- (25) Affaires indiennes et du Nord canadien (2008). « Registre des Indiens, 31 décembre 2007 ».
- (26) Santé Canada (2005). « Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada ».

- (27) Affaires municipales, des Régions et de l'occupation du territoire (1990). Structure municipale-Affaires autochtones : Le régime municipal québécois au nord du 55e parallèle, http://www.mamrot.gouv.qc.ca/organisation/orga_stru_affa_.asp
- (28) Santé Canada (2005). Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada.
- (29) Rotermann, M. « Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes ». Rapports sur la santé, vol. 16, n° 3, 2005, p. 47-53.
- (30) Marks, M.J. et Fraley, R.C. (2006). « Confirmation Bias and the Sexual Double Standard », *Sex Roles*, Vol. 54, Nos. 1/2, January 2006.
- (31) <http://www.cpha.ca/fr/portals/hiv/transmission/faq05.aspx>, site consulté le 14 mars 2012
- (32) Fortin, C et Lévy, J. J. (2003). « Mourir à trop aimer. Sexualité, VIH/sida et prévention dans l'imaginaire des jeunes Québécois », Québec, Les Presses de l'Université Laval, 198 p.
- (33) Agence de santé publique du Canada : les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement », *édition 2010*, Ottawa, ON
- (34) Holmes, K.K., Levine, R., & Weaver, M. (2004). « Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections ».
- (35) CATIE (2010). « HIV in Canada : Trends and Issues that Affect HIV Prevention, Care, Treatment and Support »
- (36) Hylton, John H. et al. (2002). La délinquance sexuelle chez les autochtones au Canada, Collection recherche de la fondation autochtone de guérison.

ANNEXES

ANNEXE 1



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR
FIRST NATIONS OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION
CSSLSPNQL/FNQLHSSC • 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone : (418) 842 1540 Télécopieur/Fax: (418) 842 7045

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL

Enquête sur les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) chez les jeunes et les adultes des Premières Nations du Québec

Cher(s) parent(s) ou cher(ère) tuteur/tutrice :

Nous vous écrivons pour vous demander de permettre à votre enfant de participer à une enquête menée par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSLSPNQL) sur les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les adolescents des Premières Nations du Québec.

Notre enquête a pour objectif global de mieux connaître les facteurs qui exposent les jeunes des Premières Nations du Québec au risque de contracter des ITSS, afin d'identifier les types d'interventions utiles et d'établir des mesures de réduction des méfaits qui profiteront à ces jeunes.

Comme vous le savez, à l'adolescence, les décisions en matière d'activité sexuelle prennent une importance décisive entraînant des risques de contracter des ITSS. Les adolescents font des choix plus éclairés s'ils sont mieux informés dès leur plus jeune âge, grâce à des moyens d'information, d'éducation, de prévention et de soutien en matière de santé sexuelle. L'ensemble de ces données recueillies nous permettra d'améliorer les programmes de prévention adaptés culturellement et mieux répondre aux besoins.

Il s'agit d'une enquête par questionnaires auprès d'élèves des écoles secondaires. L'administration de ces questionnaires se fera en classe et la participation à l'enquête sera volontaire. Les questionnaires sont totalement anonymes: les élèves ne donnent pas leur nom. Toute information sera jugée confidentielle et les résultats individuels ne seront pas communiqués.



L'enquête se déroulera au printemps 2009 et nous sollicitons votre accord pour la participation de votre enfant. Pour ce faire, nous vous remercions de bien vouloir remplir le formulaire de consentement joint et de le retourner à l'établissement scolaire.

Si, après avoir reçu la présente lettre, vous avez des questions au sujet de cette enquête ou souhaitez recevoir des informations supplémentaires qui vous aideront à prendre une décision concernant la participation de votre enfant, n'hésitez pas à communiquer avec le directeur de l'établissement que fréquente votre enfant.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

J'ai bien compris que la participation de mon enfant à cette enquête est entièrement volontaire et que je suis libre de refuser sa participation à cette enquête, ou de retirer mon consentement à tout moment, sans préjudice.

Je, soussigné(e) (nom du parent / tuteur légal) :

Responsable légal de l'enfant (nom et prénom de l'enfant) :

- Je consens à ce que mon enfant participe à l'étude en répondant au questionnaire de l'Enquête sur les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) chez les jeunes et les adultes des Premières Nations du Québec.
- Je refuse la participation de mon enfant à cette enquête.

Date : _____ Signature : _____

Merci de remplir ce formulaire de consentement et de le retourner à l'école de votre enfant.

ANNEXE 2



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

FIRST NATIONS OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION

CSSSPNQL/FNQLHSSC • 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone : (418) 842 1540 Télécopieur/Fax: (418) 842 7045

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ADULTES

Enquête sur les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) chez les jeunes et les adultes des Premières Nations du Québec

Madame, Monsieur ;

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) sollicite votre participation à une enquête sur les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes et les adultes des Premières Nations du Québec.

Objectif de l'enquête

Notre enquête a pour objectif global de mieux comprendre les facteurs qui exposent les jeunes et les adultes des Premières Nations du Québec au risque de contracter des ITSS, afin d'identifier les types d'interventions utiles et d'établir des mesures de réduction des méfaits qui profiteront aux membres des Premières Nations. Ensuite, les conclusions nous aideront à réduire les risques de transmission des ITSS dans l'ensemble des communautés.

Avantages et impacts

Comme vous le savez, la santé sexuelle est un aspect important de la santé générale qui touche les gens de tous les âges et à toutes les étapes de la vie. En effet, à l'adolescence et au début de l'âge adulte viennent les décisions en matière d'activité sexuelle. Nombre de tendances comportementales s'établissent entraînant des risques de contracter des infections transmises sexuellement, d'infection au VIH et de sida. Cependant, les gens font des choix plus éclairés s'ils sont mieux informés dès leur plus jeune âge, grâce à des moyens d'information, d'éducation, de prévention et de soutien en matière de santé sexuelle. L'ensemble de ces données recueillies nous permettre,



donc, d'assurer des programmes de prévention adaptés culturellement et répondant aux besoins.

Protection des renseignements personnels

Il s'agit d'une enquête par questionnaires totalement anonymes. Elle se déroulera à l'été 2009 et nous sollicitons votre consentement pour participer. Votre participation à cette étude est volontaire et vous n'êtes en aucun cas obligé d'y prendre part. Toutefois, si vous décidez de prendre part à l'étude, nous vous remercions de bien vouloir remplir et signer le formulaire de consentement joint pour confirmer votre accord de participation.

Toute information personnelle vous concernant obtenue au cours de cette enquête sera traitée de manière confidentielle; les données recueillies au cours de l'enquête vous concernant seront identifiées par un numéro de code. Cette enquête est sous la propriété, le contrôle, l'accès et la possession exclusive des Premières Nations (Principes PCAP).

Questions

Si vous avez des questions au sujet de cette étude ou souhaitez recevoir des informations supplémentaires qui vous aideront à prendre une décision concernant la participation, n'hésitez pas à communiquer avec Mme Zineb Laghdir ou Mme Louise Tanguay de CSSSPNQL au 418-842-1540.

Déclaration de consentement

J'ai bien compris que ma participation à cette enquête est entièrement volontaire et que je suis libre de refuser d'y participer, ou de retirer mon consentement à tout moment, sans préjudice.

Je consens à participer à l'étude en répondant au questionnaire de l'Enquête sur les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) chez les jeunes et les adultes des Premières Nations du Québec.

Je ne veux pas participer à cette enquête.

Si vous désirez participer au tirage du prix de participation veuillez indiquer votre adresse :

Signature du participant à l'enquête : _____

Date : _____

Adresse du participant à l'enquête : _____

Signature de l'intervieweur: _____

Date : _____

ANNEXE 3

Nom de la communauté : _____

Nom de l'intervieweur : _____

Date : _____

Numéro de consentement : _____

Veillez prendre le temps nécessaire pour remplir ce présent questionnaire. Grâce à vos réponses, les Premières Nations auront accès à des renseignements importants qui leurs permettront d'adopter des solutions efficaces pour améliorer la santé et le bien-être des communautés des Premières Nations.

Quel est le but de cette enquête?

Cette enquête a pour objectif global la compréhension des facteurs qui exposent les communautés des Premières Nations de la région du Québec au risque de contracter des ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) pour identifier les types d'interventions utiles qui profiteront aux communautés et réduiront leur risque de contracter des ITSS. Ceci, en sondant les déterminants socioculturels, socio-environnementaux et interpersonnels entourant les activités sexuelles ainsi que les perceptions et les connaissances en lien avec les ITSS. Ensuite, les conclusions serviront à dégager les approches les plus susceptibles de contribuer à réduire les risques de transmission des ITSS à l'intention de l'ensemble des communautés. Cette enquête est sous la propriété, le contrôle, l'accès et la possession exclusive des Premières Nations (Principes PCAP).

Vous n'êtes pas obligé de remplir ce questionnaire. Toutefois, l'opinion de chaque personne est importante et si vous participez en grand nombre à cette enquête, les résultats seront plus précis. Soyez assuré que ce présent questionnaire est entièrement confidentiel.

1- N'écrivez pas votre nom sur le questionnaire.

2- Veuillez sceller votre questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe.

Par la suite, l'enveloppe sera ouverte par les membres de l'équipe de recherche qui effectueront la saisie des réponses que vous aurez fournies. Votre enveloppe sera ajoutée à d'autres; ainsi, il sera impossible d'identifier les répondants.



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Quelle est votre date de naissance?

Jour Mois Année

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. De quel sexe êtes-vous?

- Masculin
- Féminin

3. Quel est le nom de la communauté dans laquelle vous habitez actuellement?

4. Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent dans la vie de tous les jours? *Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.*

- Anglais
- Français
- Langue des Premières Nations
- Autre (préciser) : _____

5. Comprenez-vous ou parlez-vous une langue des Premières Nations?

- Oui
- Non → Dans la négative, passez directement à la question 7
- Refuse de répondre

6. Veuillez encercler la ou les langues des Premières Nations que vous comprenez ou que vous parlez,

Innu
Cri
Atikamekw
Algonquin
Micmac
Naskapi
Mohawk

7. Scolarité et formation à une profession

- 7.1 Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez terminé?

- Je n'ai jamais suivi de cours dans une école
- Quelques années d'école primaire
- École primaire terminée
- Quelques années d'école secondaire
- École secondaire terminée
- Quelques années d'études collégiales ou d'école de métiers
- Formation professionnelle. Veuillez préciser _____
- Collège ou école de métiers terminés (e)
- Quelques années d'études universitaires
- Études universitaires terminées
- Autre(s) (préciser) : _____

- 7.2 Lieux où vous avez fait vos études (choisissez la catégorie qui représente le mieux votre situation)

- Dans une communauté autochtone
- Une partie dans une communauté autochtone et une partie hors de la communauté
- Hors de la communauté pour toutes mes études
- Un pensionnat indien
- Refuse de répondre



8. Statut marital

- Célibataire (jamais marié(e))
- Marié(e)
- Divorcé(e) / séparé(e)
- Conjoint(e) de fait
- Veuf/Veuve
- Autre (préciser) : _____

9. Exercez-vous actuellement une activité rémunérée (vous recevez un salaire ou un revenu de travail indépendant)?

- Oui (passez à la question 12)
- Non
- Refuse de répondre

10. Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi?

- Oui (passez à la question 12)
- Non
- Refuse de répondre

11. Dans la négative, lequel des énoncés ci-dessous décrit le mieux votre situation?

- Maladie ou invalidité
- Travailleur saisonnier
- Retraité
- Parent au foyer
- Étudiant
- Congé de paternité ou maternité
- Bénéficiaire de la sécurité du revenu (aide sociale)
- Ne suis plus à la recherche d'un emploi par manque de motivation
- Autre (préciser) : _____

12. Quel était votre revenu personnel total avant impôts et déductions provenant de toutes les sources, au cours de l'année se terminant 31 décembre 2007?

Dans quelle catégorie se situe-t-il?

- Aucun revenu
- 1\$ - 4999\$
- 5 000\$ - 9 999\$
- 10 000\$ - 14 999\$
- 15 000\$ - 19 999\$
- 20 000\$ - 24 999\$
- 25 000\$ - 29 999\$
- 30 000\$ - 39 000\$
- 40 000\$ - 49 000\$
- 50 000\$ - 59 999\$
- 60 000\$ - 69 999\$
- 70 000\$ - 79 999\$
- 80 000\$ et plus
- Je ne sais pas
- Refuse de répondre
- Ne s'applique pas

13. Quelle place occupe la spiritualité dans votre vie?

- Très importante
- Importante
- Peu importante
- Pas du tout importante
- Je ne sais pas



COMPORTEMENTS SEXUELS

14. À quel âge vous avez eu votre première relation sexuelle?

(Pour cette étude, une relation sexuelle se définit comme étant une relation avec pénétration du pénis dans le vagin ou l'anus ou relation orale.)

_____ (Si la réponse est « Jamais » passez à la question 28)

15. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles?

- Oui
- Non → Dans ce cas, passez à la question 18
- Refuse de répondre

16. Avec combien de partenaires masculins avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?

- Aucun
- 1 partenaire
- 2 partenaires
- 3 partenaires
- 4 partenaires ou plus
- Refuse de répondre

17. Avec combien de partenaires féminins avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?

- Aucun
- 1 partenaire
- 2 partenaires
- 3 partenaires
- 4 partenaires ou plus
- Refuse de répondre

18. À quelle fréquence avez-vous utilisé le condom lors de vos relations sexuelles?

- Toujours → Dans ce cas, passez à la question 20
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais
- Refuse de répondre

19. Pour quelle raison principale n'avez-vous pas utilisé de condom?

Veillez indiquer la ou les réponses qui correspondent le mieux à votre situation

- Vous n'aimez pas utiliser le condom
- Votre partenaire ne voulait pas
- Vous étiez sous l'influence de l'alcool ou de la drogue
- Votre partenaire n'a pas le VIH/sida
- Vous souhaitez tomber enceinte ou vous souhaitez que votre partenaire tombe enceinte
- Vous ne pouviez vous permettre d'en acheter
- Vous étiez avec un(e) partenaire régulier/régulière
- Vous n'aviez pas de condom sur vous à ce moment-là
- Vous pensiez qu'il n'y avait pas de danger
- Vous n'avez pas pensé à utiliser le condom
- Autre (préciser) : _____

20. Si vous aviez un partenaire régulier, que feriez-vous s'il refusait l'usage des condoms?

- Vous refuseriez le rapport sexuel
- J'accepterais quand même
- Vous essaieriez de le convaincre d'utiliser le condom
- Autre (préciser) : _____



21. Si votre partenaire est occasionnel, que faites-vous s'il refuse l'usage des condoms?

- Vous refuseriez le rapport sexuel
- J'accepterais quand même
- Vous essaieriez de le convaincre d'utiliser le condom
- Autre (préciser) : _____

22. Quel (s) moyen (s) de contraception utilisez vous ou votre partenaire?

- La pilule
- Timbre transdermique ou le patch
- Anneau vaginal
- Contraceptif injectable ou Depo Provera
- Stérilet
- Éponge et spermicide
- Diaphragme
- Condom pour femme
- Condom pour homme
- Autre (préciser) : _____

23. Avez-vous déjà pratiqué la pénétration anale?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

24. Avez-vous déjà pratiqué le sexe oral?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

25. Avez-vous déjà accepté de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

26. Avez-vous déjà eu une relation sexuelle avec une personne qui a le VIH/sida?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

27. Avez-vous déjà eu une relation sexuelle avec une personne qui a une ITS (infection transmissible sexuellement : les hépatites, chlamydia, herpès...)?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre



CONNAISSANCES

28. Parmi les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) suivantes, quelles sont celles dont vous avez entendu parler? (Encerclez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- VIH/SIDA
- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- Chlamydia
- Gonorrhée
- Condylomes acuminés (verruës génitales)
- Herpès génital
- Virus du papillome humain (VPH)
- Syphilis
- Aucune

29. Par quel(s) moyen(s) en avez-vous entendu parler? (Encerclez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Radio
- Télé
- Internet
- Affiches
- Journal
- Amis
- Parents
- Médecin
- Infirmier(e)
- Intervenant communautaire
- Centre de santé
- CLSC
- École
- Autre (préciser) : _____

30. Par quel(s) moyen(s) souhaitez-vous en entendre parler? (Encerclez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Radio
- Télé
- Internet
- Affiches
- Journal
- Amis
- Parents
- Médecin
- Infirmier(e)
- Intervenant communautaire
- Centre de santé
- CLSC
- École
- Autre (préciser) : _____

31. Pensez-vous être suffisamment informé sur les ITS, VIH et hépatites?

- Oui
- Non

32. Indiquer, par oui ou par non, si le VIH/sida peut être transmis dans chacune des situations suivantes

Situations	Oui	Non
Lors de relations sexuelles sans condom		
Lors de relations sexuelles avec condom		
Lors d'une injection de drogue avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre (cuillère, seringue...)		
Lors d'une injection de drogue avec une seringue neuve		
En recevant du sang		
En donnant son sang		
Par une piqûre de moustique		
En étant hospitalisé dans le même endroit qu'une personne infectée		
Dans les toilettes publiques		
En buvant dans le verre d'une personne infectée		



Situations	Oui	Non
Par le tatouage ou le piercing		
En utilisant le rasoir d'une personne infectée		
Chez le dentiste (soins dentaires)		
En embrassant une personne infectée		
Par la salive		
En serrant la main d'une personne infectée		
En partageant une paille pour « sniffer » la drogue		
Dans une piscine		
En partageant une brosse à dents avec une personne infectée		

33. Le sida est une maladie qui ne se guérit pas

- Vrai
- Faux

34. On peut s'infecter au VIH par la pratique du sexe oral

- Vrai
- Faux

35. On peut s'infecter au VIH par la pratique du sexe anal

- Vrai
- Faux

36. Une femme enceinte peut-elle transmettre le VIH à son bébé?

- C'est une possibilité
- C'est automatique
- Jamais

37. Une ITSS est-elle toujours accompagnée de symptômes?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

38. Quelles conséquences peuvent avoir les ITSS sur la santé d'une personne à long terme?

- Aucune
- Stérilité
- Cancer
- Sida
- Autre (préciser) : _____

39. Avez-vous déjà été diagnostiqué avec l'une des conditions suivantes? (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.)

- VIH/SIDA
- Hépatite C
- Hépatite B
- Hépatite A
- Chlamydia
- Gonorrhée
- Condylomes acuminés (verruës génitales)
- Herpes génital
- Virus du papillome humain (VPH)
- Syphilis
- Autre (préciser) : _____
- Aucune



PERCEPTIONS

40. Connaissez-vous au moins une personne atteinte du VIH/sida?

- Oui
- Non

41. Parmi ces groupes de personnes indiquez lequel ou lesquels sont des groupes « à risque élevé » pour le VIH/sida:

Groupes de personnes	Oui	Non
Les homosexuels (personnes qui éprouvent de l'attraction sexuelle pour les personnes du même sexe)		
Les bisexuels (Individus qui sont à la fois hétérosexuels et homosexuels)		
Les autochtones		
Les travailleuses du sexe (prostituées)		
Les hémophiles (personnes atteintes d'hémophilie; maladie héréditaire qui se manifeste par une mauvaise coagulation du sang ce qui entraîne le risque de saignement prolongé)		
Les femmes		
Les toxicomanes		
Les toxicomanes qui s'injectent des drogues		
Les personnes qui viennent des pays où le VIH est répandu		
Les hétérosexuels (personnes qui sont attirées par le sexe opposé)		
Aucun de ces groupes		
Tous ces groupes		

42. Le VIH inquiète beaucoup de personnes. Est-ce que vous êtes inquiet vous-même?

- Oui (passez à la question 44)
- Non (passez à la question 43)
- Je ne sais pas (passez à la question 45)

43. Si non, pourquoi? (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Parce que vous êtes jeune
- Vous êtes en couple
- Vous prenez vos précautions
- Autre (préciser) : _____

44. Si oui, pourquoi? (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Ça peut arriver à tout le monde
- Vous pensez avoir des comportements à risques
- Vous pensez que votre partenaire pourrait avoir des comportements à risques
- Autre (préciser) : _____

45. Avez-vous déjà passé un test de dépistage pour une ITS, l'hépatite C ou le VIH?

	Oui et j'ai reçu mon résultat	Oui et je n'ai PAS reçu mon résultat	Oui et je ne suis PAS RETOURNÉ chercher mon résultat	Non	Refuse de répondre	Ne sais pas
ITS						
Hépatite C						
VIH						

46. Si vous avez déjà passé un test de dépistage pour une ITS, l'hépatite C ou le VIH, à quel endroit? (si non, passez à la question 47)

- Centre de santé de la communauté
- Programme d'accès aux seringues stériles
- Médecin en cabinet privé
- Hôpital
- CLSC
- Clinique de désintox
- Infirmière de rue
- Prison
- Don à la Croix-Rouge / Héma-Québec
- Dépistage prénatal
- Autre (préciser) : _____



- Ne sais pas
- Refuse de répondre

47. Vous êtes-vous déjà posé des questions sur les pratiques sexuelles d'un ou d'une de vos partenaires?

- Oui
- Non

48. Vous êtes-vous déjà posé des questions sur la toxicomanie éventuelle d'un ou d'une de vos partenaires?

- Oui
- Non

49. Quel mode de protection utilisez-vous contre les ITS et le VIH?

(Veuillez encercler la ou les réponses qui correspondent à votre situation).

- Retrait au moment de l'éjaculation
- Pilules contraceptives
- Abstinence
- Condom
- Fidélité à double sens
- Autre (préciser) : _____
- Aucun

HABITUDES DE VIE

50. À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées au cours d'une période de 7 jours? (Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à vos habitudes). (Une consommation correspond à une bière, un verre de vin ou une once de spiritueux.)

- Aucune
- Environ 1 à 6 consommations
- Environ 7 ou 13 consommations
- Environ 14 consommations ou plus

51. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de consommer une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais
- Refuse de répondre

52. Avez-vous consommé ou vous êtes-vous injecté des drogues au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non → Dans ce cas, passez à la question 55
- Refuse de répondre

53. Au cours des 12 derniers mois, laquelle ou lesquelles des drogues suivantes avez-vous consommées?

- Cannabis (marijuana, pot, herbe, hash, etc.)
- Cocaïne (coke, crack, etc.)
- Amphétamines et autres stimulants (cristal-méthamphétamine, speed, ecstasy, etc.)
- Substances inhalées (solvants, colle, pétrole, diluant à peinture, etc.)
- Sédatifs ou somnifères (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)



- Hallucinogènes (LSD, acides, champignons, PCP, kétamine, etc.)
- Opioides (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc)
- Autre précisez _____

54. Au cours des 12 derniers mois, laquelle ou lesquelles des drogues suivantes vous vous êtes injectées?

- Cocaïne (coke)
- Crack
- Héroïne
- Mélange héroïne et cocaïne (speedball)
- Opioides (dilaudid, oxycodone, morphine, méthadone, codéine, etc)
- Ritalin seul ou Talwin et Ritalin (T et R)
- PCP
- Timbre cutané de Fentanyl
- Amphétamines et autres stimulants (cristal-méthamphétamine, speed, ecstasy, etc.)
- Substances inhalées (solvants, colle, pétrole, diluant à peinture, etc.)
- Sédatifs ou somnifères (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)
- Hallucinogènes (LSD, acides, champignons, PCP, kétamine, etc.)
- Autre précisez _____

55. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de consommer de la drogue avant une relation sexuelle?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais
- Refuse de répondre

56. Au cours des 12 derniers mois, lorsque vous vous êtes injecté des drogues, avez-vous utilisé des seringues, des aiguilles et/ou d'autre matériel d'injection qui avaient déjà été utilisés au moins une fois par d'autres personnes (y compris votre (vos) partenaire(s) sexuel(s))?

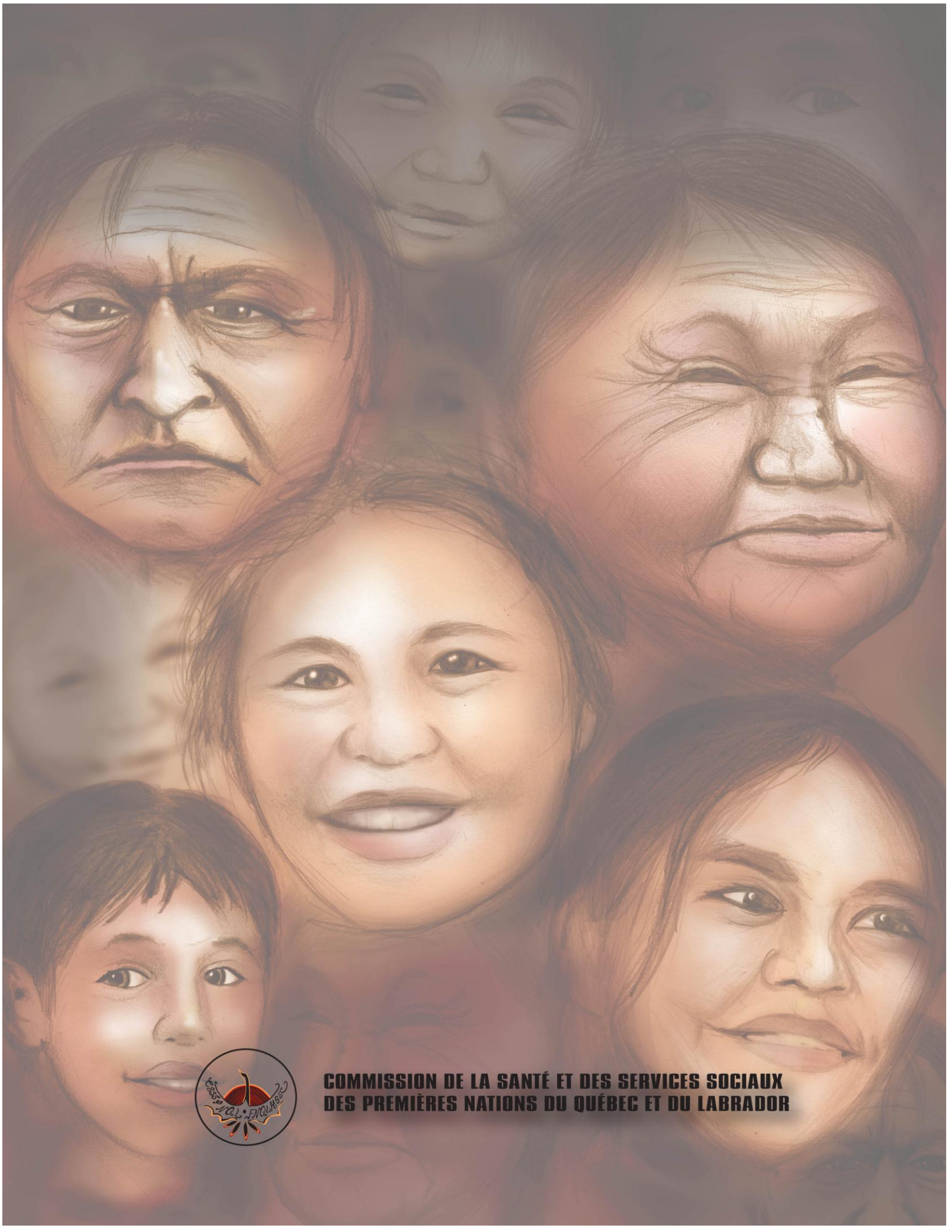
- Oui
- Non
- Refuse de répondre

57. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous fait tatouer, percer les oreilles ou la peau?

- Oui
- Non
- Refuse de répondre

58. Si oui, vous êtes-vous assuré que les aiguilles utilisées étaient neuves ou désinfectées de façon adéquate?

- Oui
- Non
- Refuse de répondre



**COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR**