



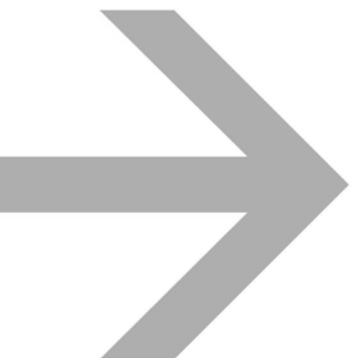
Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Attitudes de la population québécoise envers les personnes vivant avec le VIH

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Québec 



Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Attitudes de la population québécoise envers les personnes vivant avec le VIH

Marianne Beaulieu

Alix Adrien

2011

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

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

Québec 

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

Chercheurs

Alix Adrien, chercheur principal, DSP de l'ASSS de Montréal
Marianne Beaulieu, candidate au PhD Santé Publique, Université de Montréal

Collaboration (en ordre alphabétique)

Sylvain Beaudry, Jean Boulanger, Stéphanie Claivaz-Loranger, Richard Cloutier, Joseph Cox, Roseline Jolétus, René Légaré, Marie-Hélène Luly, Albert Martin, Doug McColeman

Remerciements

Clément Dassa (Université de Montréal), Chris Archibald (Agence de Santé Publique du Canada), Martin Blais (Université du Québec à Montréal), Liviana Calzavara (University of Toronto), José Côté (Université de Montréal), Laurie Edminston (CATIE), Gaston Godin (Université Laval), Joseph Lévy (Université du Québec à Montréal), Vinh Kim Nguyen (Université de Montréal), Ken Monteith (COCQ-sida), Ted Myers (University of Toronto), San Patten (Mount Allison University) et Catherine Worthington (University of Victoria) pour l'évaluation de la pertinence et de la clarté des nouveaux énoncés.

Enquête réalisée à la demande et grâce au soutien du Service de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-112-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-113-8 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 8.00 \$

À la mémoire d'Albert Martin, collègue estimé et militant engagé,
qui nous a quittés beaucoup trop tôt.

Mot du directeur

Comme le montre le rapport du Directeur de 2010, les infections transmissibles sexuellement et par le sang incluant le VIH demeurent une préoccupation importante de santé publique à Montréal, comme ailleurs au Québec. Pour plusieurs, le sida a maintenant le visage d'un ami, d'un collègue de travail, d'un parent et le tableau qui se dégage des résultats de cette enquête montre que la population québécoise fait montre en général d'attitudes positives envers les personnes vivant avec le VIH.

On sait maintenant que la stigmatisation liée au VIH est un obstacle aux efforts préventifs de santé publique. Or, l'enquête met par ailleurs en évidence des contextes et des sous-groupes qui demandent qu'on les considère avec plus d'attention. Cette constatation devrait entraîner des actions conséquentes, telles des campagnes de compassion et de soutien intensifiées.

C'est dans cet esprit que l'équipe responsable de l'étude offre le présent rapport, reflet des attitudes de la population québécoise face au VIH, à tous ceux et à toutes celles qui, dans les organisations communautaires comme dans les différentes instances régionales et provinciales de la santé publique, luttent jour après jour contre le VIH. Nous souhaitons que les résultats de cette enquête leur soient un soutien dans l'élaboration des différentes stratégies qu'ils mettent en oeuvre.

Cela nous laisse espérer que la stigmatisation sociale dont les personnes atteintes sont encore victimes, s'estompera avec le temps, favorisant à la fois un meilleur soutien vis-à-vis des malades, des échanges plus francs autour de la maladie et moins de réticences vis-à-vis du test de dépistage et des autres actions de prévention.

Le directeur de santé publique,

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

Richard Lessard, M.D.

Résumé

Le VIH est accompagné d'un stigma social important en raison de la peur qui entoure la transmission de l'infection et ses conséquences potentiellement létales. La stigmatisation liée au VIH engendrerait des conséquences néfastes à plusieurs niveaux, étant présentée comme un obstacle aux efforts préventifs de santé publique ou comme un catalyseur à la transmission du VIH au sein des populations vulnérables. Si les études sur la stigmatisation liée au VIH-sida étaient nombreuses au cours des années 1990 et au début des années 2000, elles le sont de moins en moins depuis les dernières années. Il devient donc difficile d'évaluer l'évolution du phénomène. La présente enquête vise à pallier cette lacune. La surveillance des attitudes populationnelles demeure un outil important pour mesurer leur évolution et orienter les campagnes de sensibilisation et de prévention plus efficacement. Les hommes, les personnes âgées de 50 ans et plus et celles ayant un niveau de scolarité inférieur à 14 ans apparaissent souvent comme étant associés à des attitudes défavorables aux PVVIH, les programmes de sensibilisation devraient donc les cibler spécifiquement. Le groupe des moins de 30 ans est le seul à connaître une régression des connaissances et une stagnation au plan des attitudes. Des interventions devraient donc le viser directement.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE	2
ÉCHELLE	2
SONDAGE.....	2
ANALYSES	5
RÉSULTATS	6
STRUCTURE DE L'ÉCHELLE EN 2002 ET DÉFINITION DES FACTEURS.....	7
ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE L'ÉCHELLE ENTRE 1996, 2002 ET 2010	8
CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH	12
Évolution des connaissances sur les modes de transmission du VIH 1996, 2002, 2010.....	12
Situation en 2010 : Connaissances sur les modes de transmission du VIH	13
Évolution des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH 1996, 2002, 2010	15
Situation en 2010 : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH	17
Évolution (1996, 2002, 2010) et situation en 2010 pour chaque facteur de l'échelle d'attitudes ...	19
• <i>Peur – Craintes d'être infecté (F1)</i>	19
• <i>Contact personnel (F2)</i>	19
• <i>Préjugés – Perceptions des groupes à risque (F3)</i>	19
• <i>Libéralisme (F4)</i>	20
• <i>Soutien social (F5)</i>	20
NOUVELLES DIMENSIONS : ENQUÊTE 2010.....	21
• <i>Soutien à la confidentialité du statut sérologique au VIH (NF6)</i>	21
• <i>Position face à la criminalisation de la transmission du virus (NF7)</i>	23
HOMOPHOBIE	25
Évolution de l'homophobie 1996, 2002, 2010.....	25
Situation en 2010 : Homophobie	27
CONCLUSION	29
SURVEILLANCE DES ATTITUDES ENVERS LES PVVIH ET L'HOMOSEXUALITÉ MASCULINE.....	29
CONNAISSANCES : DIMINUTION DEPUIS 1996.....	29

ATTITUDES : AMÉLIORATIONS DEPUIS 2002, MAIS AUSSI STAGNATION DEPUIS 1996.....	29
ATTITUDES : NOUVEAUX VISAGES EN 2010	30
HOMOPHOBIE : AMÉLIORATION RELATIVEMENT CONSTANTE	30
GROUPES À CIBLER.....	30
UTILISATION CONCRÈTE DES RÉSULTATS.....	31
RECOMMANDATIONS.....	32
POURSUITE DE LA SURVEILLANCE	32
THÈMES À CIBLER.....	32
Connaissances et prévention du VIH	32
Stigmatisation et prévention du VIH.....	32
Confidentialité du statut sérologique au VIH & Criminalisation des PVVIH.....	32
SOUS-GROUPES À CIBLER	33
Hommes, 50 ans et plus & niveau de scolarité inférieur à 14 ans	33
Moins de 30 ans	33

INTRODUCTION

Actuellement, au Canada, un phénomène épidémiologique particulier est observable. En effet, si l'incidence annuelle du VIH est relativement stable depuis les dernières années, le nombre estimé de cas prévalents de VIH-sida est en hausse (ASPC, 2006) atteignant environ 58 000 en 2005 (Boulos et al, 2006).

Ce phénomène s'explique par l'arrivée et l'accès généralisé aux traitements antirétroviraux qui ont allongé considérablement l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (Sendi et al, 2003; Sterne et al, 2005). Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) constituent désormais une population grandissante. Alors que plusieurs considèrent dorénavant l'infection par le VIH comme une maladie chronique, elle demeure néanmoins une infection transmissible (sexuellement ou par le sang). Comme de nombreuses autres infections, le VIH est accompagné d'un stigma social important en raison de la peur qui entoure la transmission et ses conséquences potentiellement létales (Herek, 1990; Herek, 1999; Malcolm et al, 1998). En effet, depuis l'apparition de l'infection au VIH, le stigma qui l'entoure repose sur un stigma social préexistant dans les groupes démesurément affectés (Herek et al, 1998; Malcolm et al, 1998) souvent nommés les « 4H » (Haïtiens, Homosexuels, Hémophiles et Héroïnomanes). Pour plusieurs dans la population générale, l'infection par le VIH est associée à un comportement socialement répréhensible (relations homosexuelles ou consommation de drogues) adopté par des groupes sociaux marginaux. Ces derniers sont donc souvent identifiés par la population générale comme responsables de l'épidémie du VIH (Herek & Capitanio, 1999; Herek, 1999; Herek et al, 2003). La stigmatisation liée au VIH engendrerait des conséquences néfastes à plusieurs niveaux, étant présentée comme un obstacle aux efforts préventifs de santé publique (Chesney & Smith, 1999; Herek et al, 2003; Klein et al, 2002; Malcolm et al, 1998) ou comme un catalyseur à la transmission du VIH au sein des populations vulnérables (Aggleton et al, 2005; Novick, 1997).

Si les études sur la stigmatisation liée au VIH-sida étaient nombreuses dans les pays industrialisés au cours des années 1990 et au début des années 2000, elles le sont de moins en moins depuis les dernières années. Ainsi, il devient difficile d'évaluer l'évolution de la stigmatisation en regard des changements survenus notamment dans le traitement et de l'apparition de phénomènes émergents associés au VIH (tels que la gestion de la confidentialité du statut VIH et la criminalisation des PVVIH). La présente enquête vise à pallier cette lacune. Elle est, en fait, la troisième enquête provinciale de ce genre. En effet, elle fait suite à une première enquête tenue en 1996 et une seconde menée en 2002. En plus de dresser un portrait des attitudes de la population du Québec envers les PVVIH, la présente enquête aura également comme objectif de mesurer les changements et les tendances quant aux attitudes envers les PVVIH entre 1996, 2002 et 2010. Menée selon une approche participative inclusive, elle permettra aussi de documenter les nouvelles dimensions des attitudes envers les PVVIH.

MÉTHODOLOGIE

ÉCHELLE

La toute première étape de la mise à jour de l'échelle d'attitudes envers les PVVIH a été la formation d'un comité consultatif composé de divers acteurs (n=11) (clinique, communautaire, décisionnel et universitaire) intéressés par la question de la stigmatisation des PVVIH au Québec. Ce comité avait pour mandat d'alimenter la réflexion sur les nouvelles dimensions de la stigmatisation des PVVIH et ainsi, assurer la pertinence des résultats produits par l'échelle mise à jour pour la pratique. Suite aux réunions du comité consultatif, plusieurs énoncés ont été formulés (en français puis traduits en anglais).

Un groupe d'experts (n=21) canadiens (francophones (n=13); anglophones (n=8); académique (n=9); pratique (n=12)) a ensuite été constitué pour juger de la clarté et de la pertinence (théorique pour les experts académiques; et pratique pour les experts pratiques) des énoncés proposés. Leurs réponses et commentaires ont été analysés et les énoncés ayant les meilleurs scores de pertinence et de clarté dans chaque sous-groupe d'experts (langue et type d'expertise) ont été conservés pour mettre l'échelle à jour.

SONDAGE

L'enquête a été réalisée au moyen d'un sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif de 1 500 Québécois de toutes les régions du Québec, âgés de 15 à 65 ans et pouvant s'exprimer en français ou en anglais. La collecte de données a été entièrement effectuée à partir du central téléphonique de Léger Marketing du 15 mars au 3 avril 2010. Les numéros de téléphone composant l'échantillon ont été aléatoirement sélectionnés et prélevés à l'aide du logiciel "Échantillonneur Canada".

Les entrevues téléphoniques d'une durée moyenne de 16 minutes ont été réalisées par des intervieweurs formés par l'équipe de la Direction de Santé Publique. La formation portait sur la compréhension des énoncés et sur les réponses adéquates à donner aux personnes interviewées si celles-ci exprimaient des réticences ou une mauvaise compréhension. La formation a été complétée juste avant le début des opérations de cueillette afin d'assurer l'uniformité des instructions données.

L'échantillon est de type stratifié, proportionnel a priori à la répartition de la population des régions administratives du Québec. Toutefois, de manière à accroître la fiabilité statistique des résultats portant sur la population anglophone, la taille de cette portion de l'échantillon a été suréchantillonnée; ainsi, la taille

échantillonnale des francophones et des anglophones a été fixée par voie de quota non proportionnel (francophones : 1040; nonfrancophones : 460).¹

Le répondant a été aléatoirement sélectionné, au sein du ménage, selon la méthode de la prochaine personne à fêter son anniversaire de naissance. Jusqu'à 12 appels ont été effectués pour rejoindre une unité échantillonnale. Le taux de réponse obtenu se situe à un niveau élevé : 73,5 %. Le tableau 1 présente de façon détaillée les résultats administratifs de la collecte des données.

Les résultats obtenus sont statistiquement fiables et peuvent être généralisés à l'ensemble de la population enquêtée. Calculée en tenant compte de l'effet de plan occasionné par les quotas, la marge d'erreur échantillonnale maximale s'appliquant aux résultats portant sur les 1 500 personnes sondées s'établit à $\pm 2,59$ % dans un intervalle de confiance de 95 %. Cette marge d'erreur se situe à $\pm 3,04$ % en ce qui concerne les résultats portant sur la portion de l'échantillon composée des francophones ($n = 1040$) et à $\pm 4,57$ % pour ce qui est des résultats portant sur la portion de l'échantillon composée des non-francophones ($n = 460$).

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

Tableau 1 : Résultats administratifs de la collecte des données, enquête 2010

	Total	Mtl.RMR	Qc. RMR	Autres régions
Échantillon total	4201	2201	312	1688
Numéros invalides	554	292	49	213
Téléphoniste	249	142	21	86
Abandon	265	124	25	116
Fax – Modem	25	18	2	5
Pas de signal (erreur sur la ligne)	0	0	0	0
Aucun résultat d'appel	6	3	1	2
Pas de service	1	0	0	1
Télécopieur / Modem	2	1	0	1
Non-résidentiel	4	3	0	1
Numéro en double	0	0	0	0
Téléphone cellulaire / Téléavertisseur	2	1	0	1
Non éligible (B)	1179	613	89	477
Non-éligible	238	114	21	103
Aucune personne du groupe d'âge	36	12	2	22
Barrière linguistique	32	29	1	2
Répondant incapable de compléter l'enquête	20	9	3	8
Quota atteint	853	449	62	342
Non complété (C)	968	516	74	378
Pas de réponse	216	105	16	95
Occupé	20	1	4	15
Répondeur	387	211	33	143
Rendez-vous	11	7	0	4
Rappel	65	40	4	21
Personne contacter n'est pas disponible	4	3	0	1
Ne plus rappeler	13	8	1	4
Refus	170	92	12	66
Refus catégorique	44	26	3	15
Incomplet AVEC rendez-vous fixé	2	1	0	1
Incomplet SANS possibilité de rappel	36	22	1	13
Complété (A)	1500	780	100	620
Taux de réponse²	73,5%	73,0%	71,9%	74,4%

² Calculé selon la méthode de Wiseman et Billington (1984) : $A / (A + (A / A + B) \times C)$

ANALYSES

Les principales analyses statistiques avaient pour but :

- 1) De vérifier les qualités psychométriques de l'échelle mesurant les attitudes envers les PVVIH validée en 1996 et 2002 et celle sur l'homophobie (échelle validée par Herek, 1988) à partir des données de l'enquête 2010. Il s'agissait de :
 - vérifier la stabilité de la structure de l'échelle mesurant les attitudes envers les PVVIH (16 items) validée en 1996 et en 2002 par rapport aux données de l'enquête de 2010;
 - établir les qualités psychométriques de la version 2010 de l'échelle validée en 1996 et en 2002 et décrire les caractéristiques de ses scores factoriels;
 - décrire et tester les corrélations entre les nouveaux scores factoriels de l'échelle sur les attitudes envers les PVVIH et de celle sur l'homophobie pour l'ensemble de la population et pour les francophones et les anglophones séparément.
- 2) De mesurer les changements dans les scores factoriels entre 1996, 2002 et 2010 et examiner les différences dans les scores factoriels selon certaines caractéristiques individuelles. Il s'agissait de comparer les scores factoriels de l'échelle des attitudes envers les PVVIH et celle sur l'homophobie pour les catégories de répondants suivants : la région de résidence, la langue parlée à la maison, le pays de naissance, le sexe, l'âge, le fait de connaître une personne vivant avec le VIH, le recours au test de dépistage, l'orientation sexuelle comportementale, l'état civil et le niveau de scolarité à l'aide d'analyses de variances univariées et de test-t.

RÉSULTATS

FAITS SAILLANTS

- **CONNAISSANCES SUR LES MODES DE TRANSMISSION DU VIH :**
En général, les connaissances quant aux modes de transmission du VIH ont régressé entre 1996 et 2010 dans plusieurs sous-groupes, cette régression étant particulièrement importante chez les répondants âgés de 15 à 29 ans.
- **ATTITUDES ENVERS LES PVVIH :**
Dans l'ensemble, la population continue à avoir des attitudes positives envers les PVVIH sur le plan général, mais aussi sur chaque facteur. Dans certains cas, une amélioration est même observable.

Cependant, en 2010, certains groupes persistent à avoir des attitudes moins favorables envers les PVVIH:

- o Hommes
 - o Répondants âgés de 50 ans et plus
 - o Hétérosexuel
 - o Niveau de scolarité inférieur à 14 ans
- **HOMOPHOBIE :**
Dans l'ensemble, la population continue à avoir des attitudes positives envers l'homosexualité masculine. Dans certains cas, une amélioration est même observable. Malgré ces améliorations, certains groupes continuent d'être plus homophobes. C'est notamment le cas des hommes et des personnes nées à l'extérieur du Canada.

STRUCTURE DE L'ÉCHELLE EN 2002 ET DÉFINITION DES FACTEURS

La structure en 2002, identique pour les anglophones et les francophones, comportait cinq facteurs:

peur – crainte d'être infecté
contact personnel
préjugés – perceptions des groupes à risques
libéralisme
soutien social

Les facteurs ont été définis de la façon suivante :

- Le premier facteur nommé³ *peur-crainte d'être infecté* tend à traduire la peur de toute proximité avec une personne qui vit avec le VIH. Un score élevé à ce facteur indique l'absence ou une très faible crainte d'être infecté.
- Le deuxième facteur nommé *contact personnel* comprend des items qui reflètent la peur de tout contact avec quelqu'un perçu comme vivant avec le VIH. Un score élevé à ce facteur indique l'absence ou une très faible peur d'être en contact avec une PVVIH.
- Le troisième facteur nommé *préjugés négatifs – perceptions des groupes à risques*, regroupe des items qui reflètent des sentiments négatifs envers les groupes désignés comme étant à risque. Un score élevé à ce facteur indique l'absence ou un faible niveau de préjugés envers ces groupes.
- Le quatrième facteur nommé *libéralisme ou rigidité des valeurs touchant à la sexualité*, regroupe des items portant sur le respect ou l'absence (déclin) de normes plus strictes (rigides) en matière de sexualité. Un score élevé rend compte d'attitudes moins rigides et donc plus tolérantes.
- Le cinquième facteur nommé *soutien social*, regroupe des items qui portent sur la qualité du soutien social aux personnes vivant avec le VIH. Un score élevé à ce facteur indique un soutien à l'intégration des personnes vivant avec le VIH aux différentes activités sociales et professionnelles.

³ Les auteurs du rapport sont responsables de l'interprétation (la définition) à donner au regroupement des items qui constitue chacun des facteurs.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE L'ÉCHELLE ENTRE 1996, 2002 ET 2010

En 2002 et en 2010, la structure identique entre les francophones et les anglophones demeure. De plus, la structure de l'échelle en 2002 et en 2010 présente cinq facteurs au lieu des quatre de 1996. En effet, les items qui constituent les deux premiers facteurs (F1 et F2) étaient regroupés en 1996 dans un seul facteur, *peur-crainte d'être infecté* (pour les francophones; Leane, 1998).

En 2010, les facteurs sont définis, tout comme en 2002, selon la nomenclature suivante (voir tableaux 2 et 3) :

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

La structure de l'échelle d'attitudes (16 items) établie en 1996 s'est donc maintenue en 2002 et en 2010; les regroupements conceptuels à l'intérieur des facteurs *peur* et *préjugés* de 1996 sont maintenus et constituent de véritables facteurs pour les deux années suivantes.

Les légères différences structurales entre francophones et les anglophones observées en 1996, ont disparu en 2002 et 2010; l'échelle de 16 items a la même structure pour les deux groupes. Les Tableaux 2 et 3 décrivent les solutions factorielles des francophones et des anglophones de l'enquête de 2010. Les deux groupes ont exactement la même structure de cinq facteurs faiblement à modérément corrélés (de 0,18 à 0,56 pour les francophones et de 0,23 à 0,60 pour les anglophones).

Les qualités métrologiques (validité factorielle et fidélité) de l'échelle d'attitude (16 items) sont demeurées satisfaisantes de 2002 à 2010. Les cinq facteurs expliquent 46,3 % de la variance totale chez les francophones (pour un maximum possible pour cinq composantes de 62,1 %) et 54,2 % chez les anglophones (pour un maximum possible pour cinq composantes de 68,3 %). Les coefficients de fidélité (alpha de Cronbach) de l'ensemble de l'échelle indiquent une fidélité élevée (0,85 pour les francophones et 0,88 pour les anglophones). Compte tenu du nombre relativement faible d'items par facteurs (3 ou 4 items par facteur), les coefficients de fidélités des facteurs sont relativement élevés (de 0,69 à 0,79 pour les francophones et de 0,69 à 0,81 pour les anglophones).

Les structures factorielles des francophones et des anglophones de 2010 sont identiques à celles de 2002 et s'avèrent comparables à celles de 1996. La nouvelle structure à cinq facteurs obtenue en 2002 et en 2010 peut être considérée comme une clarification des structures de 1996; elle est constituée soit de facteurs

identiques à ceux de 1996 soit de facteurs qui confirment les subdivisions des trois regroupements définis à partir des facteurs *peur* et *préjugés* de 1996. La structure de 2002 et 2010 est optimale pour évaluer les changements d'attitude survenus depuis 1996.

Tableau 2 : Échelle d'attitudes des francophones (16 items) – Échantillon 2010 (N=1143)

# questions*	FACTEURS (Corrélations de Pearson, 16 items, méthode PAF, rotation OBLIMIN)	Saturations (coefficients Béta > 0,3)					communauté s	α (# items)
		F1	F2	F3	F4	F5		
	F1: PEUR - CRAINTES D'ÊTRE INFECTÉ							
1-1-16	(+) Être près d'une personne qui a le sida ne me dérangerait pas.	,609					,500	,711 (3)
2-2-6	(+) Je ne serais pas inquiet pour ma santé si un collègue de travail avait le sida.	,873					,758	
3-3-51	(+) Ça ne me dérangerait pas qu'il y ait une maison d'hébergement pour personnes sidéennes sur ma rue.	,325					,293	
	F2: CONTACT PERSONNEL							
4-4-41	(-) Je ne pourrais pas être l'ami d'une personne qui a le sida.		,673				,488	,791 (3)
5-5-33	(-) Je limiterais mes contacts avec une personne que je sais infectée par le sida.		,694				,563	
6-6-15	(-) Je ne prendrais pas dans mes bras une personne qui a le sida.		,797				,684	
	F3 : PRÉJUGÉS - PERCEPTIONS DES GROUPES À RISQUES							
7-7-35	(-) Les personnes qui consomment des drogues injectables méritent d'attraper le sida.			,582			,384	,679 (3)
8-8-39	(-) Mon soutien à une personne infectée par le virus, dépend de la façon dont elle a été infectée.			,590			,415	
9-9-37	(-) Les personnes qui sont infectées lors de relations homosexuelles me dégoûtent.			,513			,492	
	F4 : LIBÉRALISME							
10-10-30	(-) Pour lutter contre le sida, il est nécessaire que les jeunes n'aient pas de relations sexuelles.				,370		,307	,675 (4)
11-11-14	(-) Renforcer les valeurs traditionnelles en matière de sexualité aidera à lutter contre le sida.				,385		,211	
12-12-31	(-) L'apparition du sida est liée au fait que les personnes ont plus de liberté sexuelle.				,672		,444	
13-13-50	(-) La propagation du sida est liée au déclin des valeurs morales.				,764		,566	
	F5 : SOUTIEN SOCIAL							
14-14-34	(+) Les personnes qui sont infectées par le virus du sida devraient être autorisées à servir le public par exemple comme serveur, cuisinier, coiffeur.					,636	,425	,680 (3)
15-15-17	(+) Les enfants infectés par le virus du sida devraient pouvoir fréquenter la garderie.					,716	,566	
16-16-5	(+) On devrait autoriser les médecins qui ont le sida à continuer à s'occuper de leurs patients.					,543	,305	
		ÉCHELLE DE 16 ITEMS :						,848
		Corrélations entre les facteurs						
		**						
		F1	F2	F3	F4	F5		
		-						
Variance expliquée par l'ensemble des facteurs :		F2	,560	-				
1) Analyse factorielle : 46,3%		F3	,372	,530	-			
2) Analyse en composantes principales : 62,1%		F4	,183	,362	,494	-		
		F5	,530	,545	,397	,391	-	

* Numéros du sondage de 2010 en 1^{er}; numéros du sondage de 2002 en 2^e; numéros du sondage de 1996 en 3^e.

** Corrélations entre les facteurs selon la méthode OBLIMIN.

Tableau 3 : Échelle d'attitudes des anglophones (16 items) – Échantillon 2010 (N=288)

# questions*	FACTEURS (Corrélations de Pearson, 16 items, méthode PAF, rotation OBLIMIN)	Saturations (coefficients Béta > 0,3)					communauté s	α (# items)
		F1	F2	F3	F4	F5		
	F1: PEUR - CRAINTES D'ÊTRE INFECTÉ							
1-1-16	(+) Être près d'une personne qui a le sida ne me dérangerait pas.	,747					,706	,793 (3)
2-2-6	(+) Je ne serais pas inquiet pour ma santé si un collègue de travail avait le sida.	,790					,670	
3-3-51	(+) Ça ne me dérangerait pas qu'il y ait une maison d'hébergement pour personnes sidéennes sur ma rue.	,550					,423	
	F2: CONTACT PERSONNEL							
4-4-41	(-) Je ne pourrais pas être l'ami d'une personne qui a le sida.		,754				,592	,779 (3)
5-5-33	(-) Je limiterais mes contacts avec une personne que je sais infectée par le sida.		,571				,587	
6-6-15	(-) Je ne prendrais pas dans mes bras une personne qui a le sida.		,490				,529	
	F3 : PRÉJUGÉS - PERCEPTIONS DES GROUPES À RISQUES							
7-7-35	(-) Les personnes qui consomment des drogues injectables méritent d'attraper le sida.			,556			,365	,694 (3)
8-8-39	(-) Mon soutien à une personne infectée par le virus, dépend de la façon dont elle a été infectée.			,782			,627	
9-9-37	(-) Les personnes qui sont infectées lors de relations homosexuelles me dégoûtent.			,337			,519	
	F4 : LIBÉRALISME							
10-10-30	(-) Pour lutter contre le sida, il est nécessaire que les jeunes n'aient pas de relations sexuelles.				,551		,350	,744 (4)
11-11-14	(-) Renforcer les valeurs traditionnelles en matière de sexualité aidera à lutter contre le sida.				,636		,444	
12-12-31	(-) L'apparition du sida est liée au fait que les personnes ont plus de liberté sexuelle.				,664		,429	
13-13-50	(-) La propagation du sida est liée au déclin des valeurs morales.				,542		,619	
	F5 : SOUTIEN SOCIAL							
14-14-34	(+) Les personnes qui sont infectées par le virus du sida devraient être autorisées à servir le public par exemple comme serveur, cuisinier, coiffeur.					,802	,649	,812 (3)
15-15-17	(+) Les enfants infectés par le virus du sida devraient pouvoir fréquenter la garderie.					,760	,593	
16-16-5	(+) On devrait autoriser les médecins qui ont le sida à continuer à s'occuper de leurs patients.					,713	,571	
		ÉCHELLE DE 16 ITEMS :					,883	
Variance expliquée par l'ensemble des facteurs : 1) Analyse factorielle : 54,2% 2) Analyse en composantes principales : 68,3%		Corrélations entre les facteurs						
		**						
		F1	F2	F3	F4	F5		
		F1	-					
		F2	,601	-				
		F3	,298	,406	-			
		F4	,234	,413	,554	-		
F5	,547	,606	,403	,354	-			

* Numéros du sondage de 2010 en 1^{er}; numéros du sondage de 2002 en 2^e; numéros du sondage de 1996 en 3^e.

** Corrélations entre les facteurs selon la méthode OBLIMIN.

CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH

Évolution des connaissances sur les modes de transmission du VIH 1996, 2002, 2010

De manière générale, les données indiquent une régression des connaissances des modes de transmission du VIH (échelle d'origine de 7 items) depuis 1996 dans la population québécoise.

On note une progression négative ou une stabilité quant aux connaissances entre 1996 et 2010 et ce, dans plusieurs sous-groupes (voir tableau 4). Précisément, la régression la plus importante s'observe chez les répondants âgés de moins de 30 ans. Une baisse marquée est aussi présente chez les répondants qui vivent à l'extérieur de la région de Montréal, chez ceux qui ne sont pas en couple et chez ceux qui n'ont jamais été dépistés pour le VIH.

Tableau 4: Score moyen sur l'échelle des connaissances sur les modes de transmission, par année d'enquête

	Année d'enquête						t	ddl	Conclusion
	1996		2002		2010				
	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)			
Total	3501	3,59(0,39)	-	-	1491	3,54(0,39)	3,97** *	2779	1996>2010
Région									
Hors Montréal	1529	3,60(0,37)	-	-	789	3,52(0,39)	4,81** *	1502	1996>2010
Montréal	1971	3,58(0,41)	-	-	702	3,56(0,39)	0,89	2671	1996=2010
Langue									
Non-francophone	409	3,53(0,40)	-	-	309	3,48(0,44)	1,57	634	1996=2010
Francophone	3092	3,59(0,39)	-	-	1182	3,55(0,38)	3,07**	4272	1996>2010
Pays de naissance									
Hors Canada	282	3,50(0,49)	-	-	179	3,51(0,47)	-0,08	459	1996=2010
Canada	3219	3,59(0,38)	-	-	1313	3,54(0,38)	4,11** *	4529	1996>2010
Sexe									
Homme	1716	3,58(0,38)	-	-	751	3,55(0,38)	2,01*	2464	1996>2010
Femme	1785	3,59(0,40)	-	-	741	3,53(0,41)	5,58** *	2524	1996>2010
Âge									
< 30 ans	1098	3,67(0,32)	-	-	337	3,56(0,35)	4,97** *	520	1996>2010
30 – 49 ans	1690	3,57(0,40)	-	-	637	3,60(0,36)	-1,41	2325	1996=2010
50 ans et plus	690	3,48(0,44)	-	-	500	3,45(0,44)	1,44	1188	1996=2010
Connaissance d'une PVVIH									
Non	2539	3,56(0,41)	-	-	1097	3,51(0,41)	3,17**	3635	1996>2010
Oui	956	3,65(0,32)	-	-	393	3,60(0,36)	2,36*	667	1996>2010
Dépistage									
Non	2642	3,57(0,40)	-	-	799	3,49(0,41)	4,85** *	3439	1996>2010
Oui	772	3,64(0,34)	-	-	675	3,60 (0,36)	2,22*	1401	1996>2010
Orientation sexuelle									
Homosexuel ou Bisexuel	85	3,71(0,27)	-	-	118	3,64(0,36)	1,55	200	1996=2010
Hétérosexuel	3119	3,59(0,38)	-	-	1301	3,53(0,40)	4,36** *	2332	1996>2010
En couple									
Non	1315	3,63(0,36)	-	-	542	3,54(0,38)	4,67** *	971	1996>2010
Oui	2173	3,56(0,40)	-	-	948	3,54(0,40)	1,46	3118	1996=2010
Scolarité									
< 14 ans	2324	3,54(0,42)	-	-	631	3,46(0,41)	4,29** *	2953	1996>2010

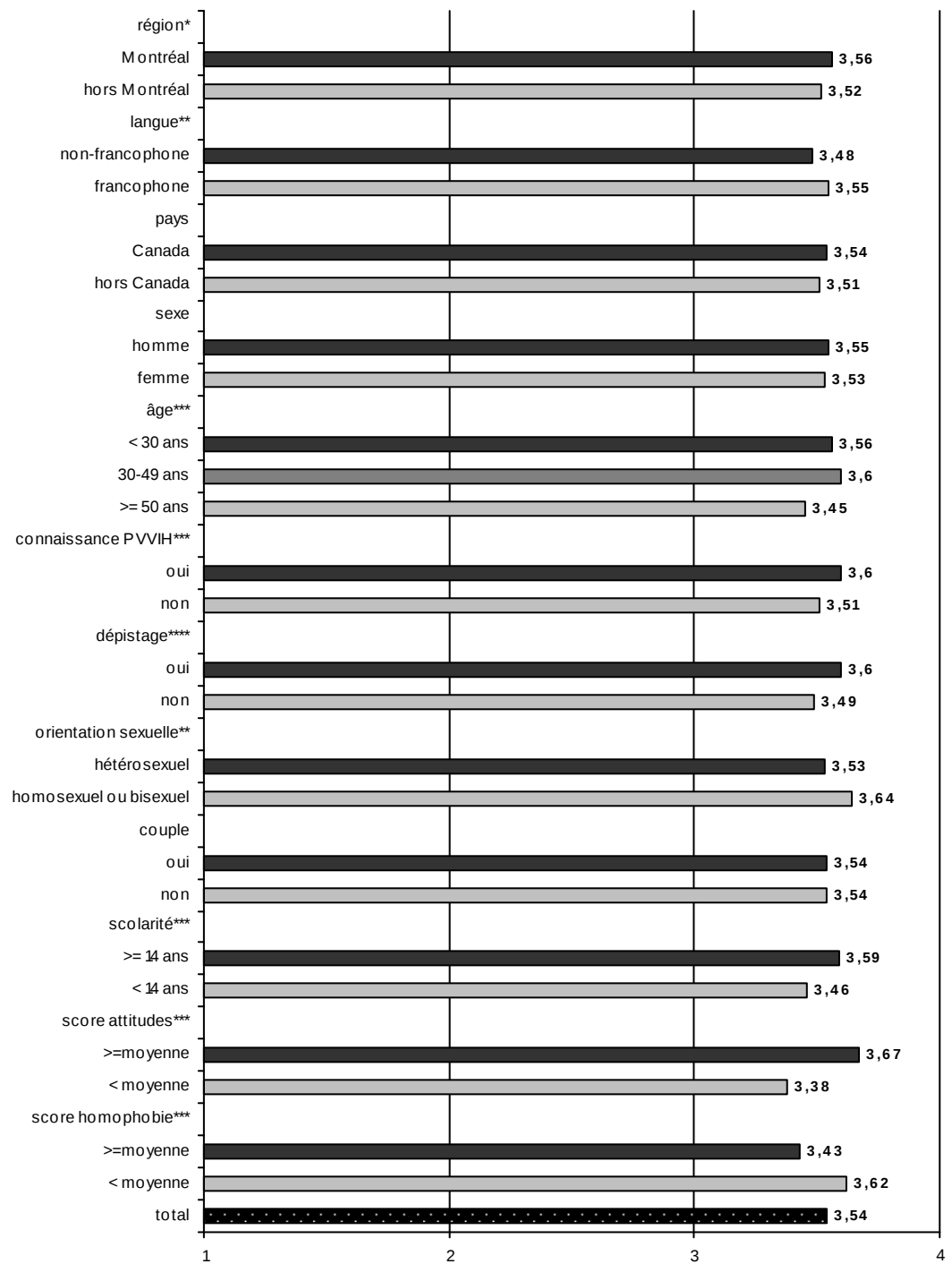
	Année d'enquête						t	ddl	Conclusion
	1996		2002		2010				
	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)			
Total	3501	3,59(0,39)	-	-	1491	3,54(0,39)	3,97** *	2779	1996>2010
14 ans et plus	1165	3,67(0,31)	-	-	854	3,59(0,37)	5,08** *	1630	1996>2010
Score échelle attitudes									
< moyenne	1665	3,43(0,45)	-	-	670	3,38(0,44)	2,41*	2333	1996>2010
≥ moyenne	1835	3,73(0,25)	-	-	822	3,67(0,30)	5,14** *	1345	1996>2010
Score échelle homophobie									
< moyenne	1818	3,68(0,31)	-	-	852	3,62(0,34)	4,21** *	1536	1996>2010
≥ moyenne	1681	3,49(0,44)	-	-	639	3,43(0,44)	2,85**	2318	1996>2010
*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001									

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Situation en 2010 : Connaissances sur les modes de transmission du VIH

Le graphique 1 montre que les répondants qui vivent à l'extérieur de la région métropolitaine de Montréal, ceux qui sont non-francophones, les répondants âgés de 50 ans et plus, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage, ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui un score d'attitudes inférieur à la moyenne et ceux qui un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne ont de moins bonnes connaissances sur les modes de transmission du VIH.

Graphique 1: Score moyen sur l'échelle de connaissances des modes de transmission du VIH, pour l'année 2010



*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Évolution des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH 1996, 2002, 2010

De façon globale, des améliorations quant aux attitudes envers les PVVIH (score moyen total, échelle d'origine de 16 items) sont remarquables depuis 2002 dans la population québécoise.

Si entre 1996 et 2002 la tendance était à la stabilité, on note une progression positive entre 2002 et 2010 et ce, dans la plupart des sous-groupes (voir tableau 5). Bien qu'aucune amélioration ne soit observée entre 2002 et 2010 chez les répondants âgés de moins de 30 ans, les attitudes générales de ce groupe se sont améliorées significativement entre 1996 et 2010.

Tableau 5: Score moyen sur l'échelle d'attitudes envers les PVVIH, par année d'enquête

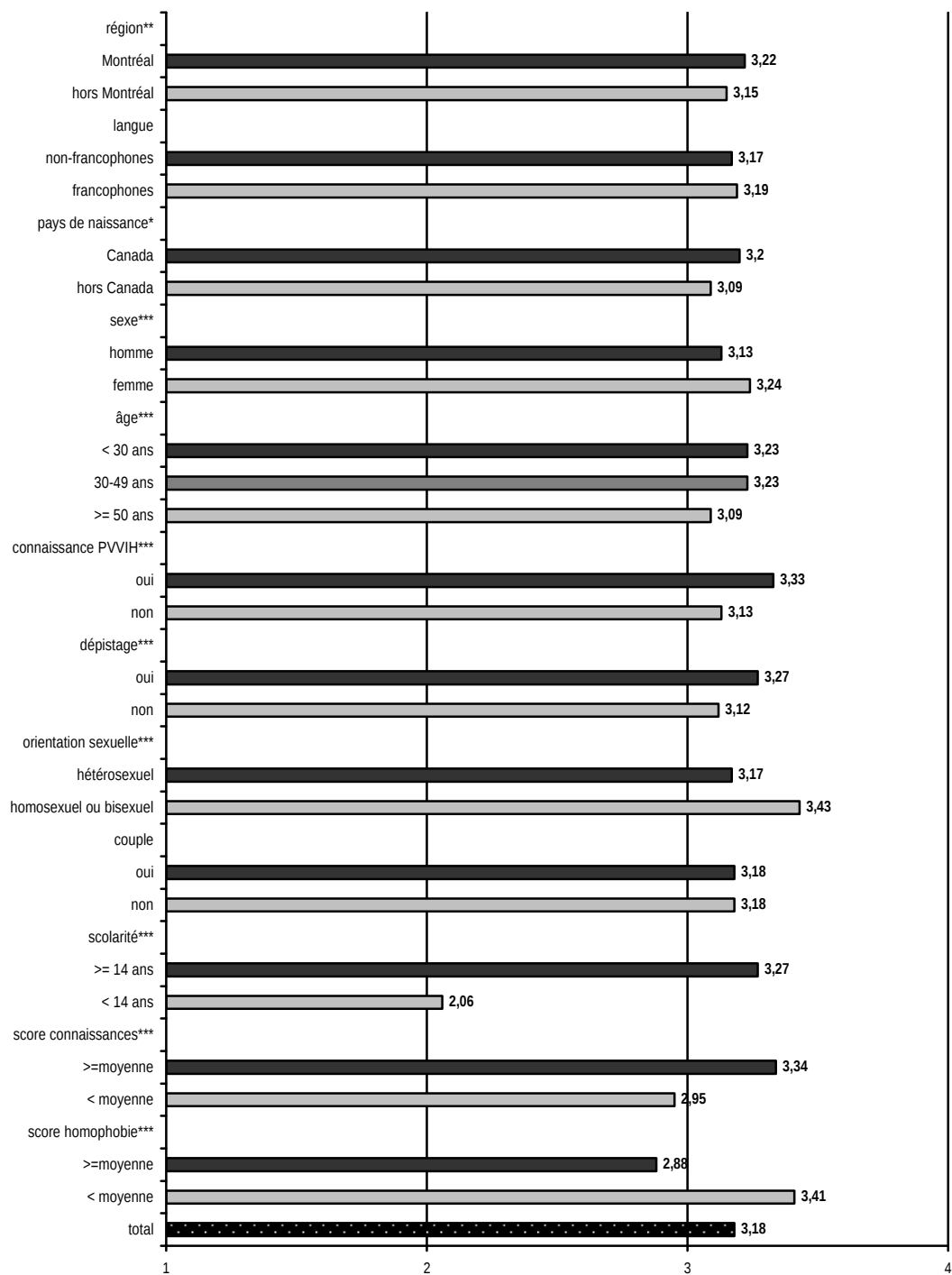
	Année d'enquête						F ou t	ddl	Conclusion
	1996		2002		2010				
	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)			
Total	3501	2,98(0,49)	1300	3,01(0,54)	1491	3,18(0,50)	88,17** *	2	1996=2002<2010
Région									
Hors Montréal	1529	3,01(0,48)	702	3,03(0,51)	789	3,15(0,46)	23,87** *	2	1996=2002<2010
Montréal	1971	2,96(0,49)	598	2,99(0,58)	702	3,22(0,53)	67,41** *	2	1996=2002<2010
Langue									
Non-francophone	409	2,91(0,54)	247	2,87(0,63)	309	3,17(0,57)	24,75** *	2	1996=2002<2010
Francophone	3092	2,99(0,48)	1053	3,05(0,52)	1182	3,19(0,48)	70,94** *	2	1996<2002<2010
Pays de naissance									
Hors Canada	282	2,80(0,55)	226	2,75(0,62)	179	3,09(0,57)	19,25** *	2	1996=2002<2010
Canada	3219	3,00(0,48)	1074	3,07(0,51)	1313	3,20(0,48)	81,42** *	2	1996<2002<2010
Sexe									
Homme	1716	2,93(0,48)	631	2,96(0,52)	751	3,13(0,49)	44,97** *	2	1996=2002<2010
Femme	1785	3,03(0,49)	669	3,07(0,56)	741	3,24(0,49)	45,62** *	2	1996=2002<2010
Âge									
< 30 ans	1098	3,11(0,43)	266	3,18(0,50)	337	3,23(0,46)	9,64***	2	1996=2002=2010
30 – 49 ans	1690	2,98(0,48)	668	3,03(0,52)	637	3,23(0,48)	64,37** *	2	1996=2002<2010
50 ans et plus	690	2,78(0,51)	357	2,87(0,57)	500	3,09(0,53)	52,23** *	2	1996<2002<2010
Connaissance d'une PVVIH									
Non	2539	2,92(0,49)	923	2,94(0,54)	1097	3,13(0,50)	70,08** *	2	1996=2002<2010
Oui	956	3,14(0,45)	376	3,20(0,51)	393	3,33(0,46)	24,02** *	2	1996=2002<2010
Dépistage									
Non	2642	2,95(0,49)	-	-	799	3,12(0,51)	-8,49***	3439	1996<2010
Oui	772	3,10(0,46)	-	-	675	3,27(0,47)	-6,80***	1445	1996<2010
Orientation sexuelle									
Homosexuel ou Bisexuel	85	3,37(0,40)	-	-	118	3,43(0,41)	-1,14	201	1996=2010
Hétérosexuel	3119	2,98(0,48)	-	-	1301	3,17(0,49)	- 11,81***	4418	1996<2010
En couple									
Non	1315	3,08(0,47)	555	3,06(0,53)	542	3,18(0,48)	10,21** *	2	1996=2002<2010
Oui	2173	2,92(0,48)	743	2,98(0,55)	948	3,18(0,50)	92,19** *	2	1996<2002<2010
Scolarité									
< 14 ans	2324	2,91(0,48)	575	2,93(0,55)	631	3,06(0,49)	26,00** *	2	1996=2002<2010
14 ans et plus	1165	3,13(0,46)	717	3,08(0,53)	854	3,27(0,48)	34,47** *	2	1996=2002<2010
Score échelle connaissances									
< moyenne	1531	2,77(0,49)	-	-	579	2,95(0,50)	-7,19***	2108	1996<2010
≥ moyenne	1969	3,14(0,42)	-	-	912	3,34(0,43)	- 11,51***	2880	1996<2010
Score échelle homophobie									
< moyenne	1818	3,21(0,40)	733	3,26(0,43)	852	3,41(0,40)	67,85** *	2	1996<2002<2010
≥ moyenne	1681	2,73(0,45)	566	2,69(0,51)	639	2,88(0,45)	32,76** *	2	1996=2002<2010

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Situation en 2010 : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH

Le graphique 2 montre que les répondants qui vivent à l'extérieur de la région métropolitaine de Montréal, ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada, les hommes, les répondants âgés de 50 ans et plus, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage, ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne présentent des attitudes générales moins positives envers les PVVIH.

Graphique 2: Score moyen sur l'échelle d'attitudes envers les PVVIH, pour l'année 2010



*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Évolution (1996, 2002, 2010) et situation en 2010 pour chaque facteur de l'échelle d'attitudes

- *Peur – Craintes d'être infecté (F1)*

Après avoir évolué négativement entre 1996 et 2002, les comparaisons temporelles du score moyen d'attitudes de peur/crainte d'être infecté par le VIH (3 items) indiquent des améliorations ou une stabilité depuis 2002 et ce, dans la plupart des sous-groupes. Il est toutefois à noter que dans la plupart des sous-groupes, le niveau de peur-crainte d'être infecté mesuré en 2010 est similaire à celui de 1996, il a donc stagné depuis les 14 dernières années. Aussi, la progression ne touche pas les répondants âgés de moins de 30 ans, qui ont un niveau de crainte – peur d'être infecté stable depuis 1996.

En ce qui concerne la situation en 2010, les hommes, les répondants âgés de 50 ans et plus, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui ont déjà passé de test de dépistage (au cours de leur vie), ceux qui sont bisexuels/homosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne éprouvent plus de peur/crainte d'être infectés.

- *Contact personnel (F2)*

Dans l'ensemble, les caractéristiques mesurées par le score moyen total d'attitudes liées au contact personnel (3 items) indiquent des améliorations ou une stabilité depuis 2002 dans la plupart des sous-groupes. Toutefois, encore une fois, l'amélioration n'est pas observée chez les répondants âgés de moins de 30 ans.

En 2010, les données montrent que les hommes, les répondants âgés de 50 ans et plus, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage (au cours de leur vie), ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne sont moins ouverts aux contacts personnels.

- *Préjugés – Perceptions des groupes à risque (F3)*

Dans l'ensemble, les caractéristiques mesurées par le score moyen total d'attitudes de préjugés et aux perceptions des groupes à risque (3 items) indiquent des améliorations ou une stabilité depuis 2002 dans la majorité des sous-groupes. Cependant, cette progression ne touche pas les répondants qui connaissent une PVVIH.

En 2010, les hommes, les répondants âgés de 50 ans et plus (comparativement aux 30-49 ans), ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage (au cours de leur vie), ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un des scores d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne ont plus de préjugés envers les groupes à risque.

Dans l'échelle de 2010, trois nouveaux items ont été ajoutés pour compléter ce facteur (« Les personnes qui sont infectées par le virus du sida parce qu'elles n'ont pas utilisé le condom méritent ce qui leur arrive », « Les personnes infectées par le virus du sida n'ont qu'elles-mêmes à blâmer », « La plupart des personnes infectées par le virus du sida sont responsables d'avoir contracté leur maladie »). Ces ajouts permettent d'enrichir la mesure des préjugés en l'élargissant aux stéréotypes de responsabilisation/ blâme partagés par la population non-seulement à l'égard des groupes à risque de VIH, mais aussi aux PVVIH en général, et ainsi, de mieux refléter le portrait actuel. En effet, si les 3 items originaux (administrés en 1996, 2002 et 2010) de préjugés sont analysés pour l'année 2010 seulement, un score de 3,38 est obtenu. En comparant ce score avec les autres années, il semble témoigner d'une

amélioration des attitudes. Par contre, l'ajout de 3 items à cette dimension (total de 6 items) pour refléter les nouvelles formes de « préjugés » produit un score moyen de 3,29, ce qui est inférieur à celui obtenu en considérant les 3 items originaux. Ainsi, l'ajout d'items qui abordent les préjugés d'une manière plus subtile (blâme, responsabilisation vs. dégoût) permet de mettre en lumière une nouvelle forme de préjugés.

- *Libéralisme (F4)*

Généralement, les caractéristiques mesurées par le score moyen total de libéralisme (4 items) indiquent des améliorations ou une stabilité depuis 2002 dans plusieurs des sous-groupes. Par contre, ce changement ne s'observe pas chez les répondants qui vivent à l'extérieur de la région de Montréal, chez ceux qui sont âgés de moins de 30 ans, chez ceux qui ne sont pas en couple, chez ceux qui ont moins de 14 ans de scolarité ni chez ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne.

Pour l'année 2010, les répondants qui vivent à l'extérieur de la région de Montréal, ceux qui sont non-francophones, ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada, les répondants âgés de 50 ans et plus, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage, ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne présentent des attitudes plus conservatrices en ce qui a trait à la sexualité.

- *Soutien social (F5)*

Généralement, les caractéristiques mesurées par le score moyen d'attitudes favorables au soutien social (3 items) indiquent des améliorations ou une stabilité depuis 2002 dans la quasi-totalité des sous-groupes. Il importe toutefois de rappeler que le « soutien social » est mesuré par des items qui portent sur le soutien à l'intégration des PVVIH aux différentes activités sociales et professionnelles. De plus, cette évolution ne touche pas les répondants âgés de moins de 30 ans.

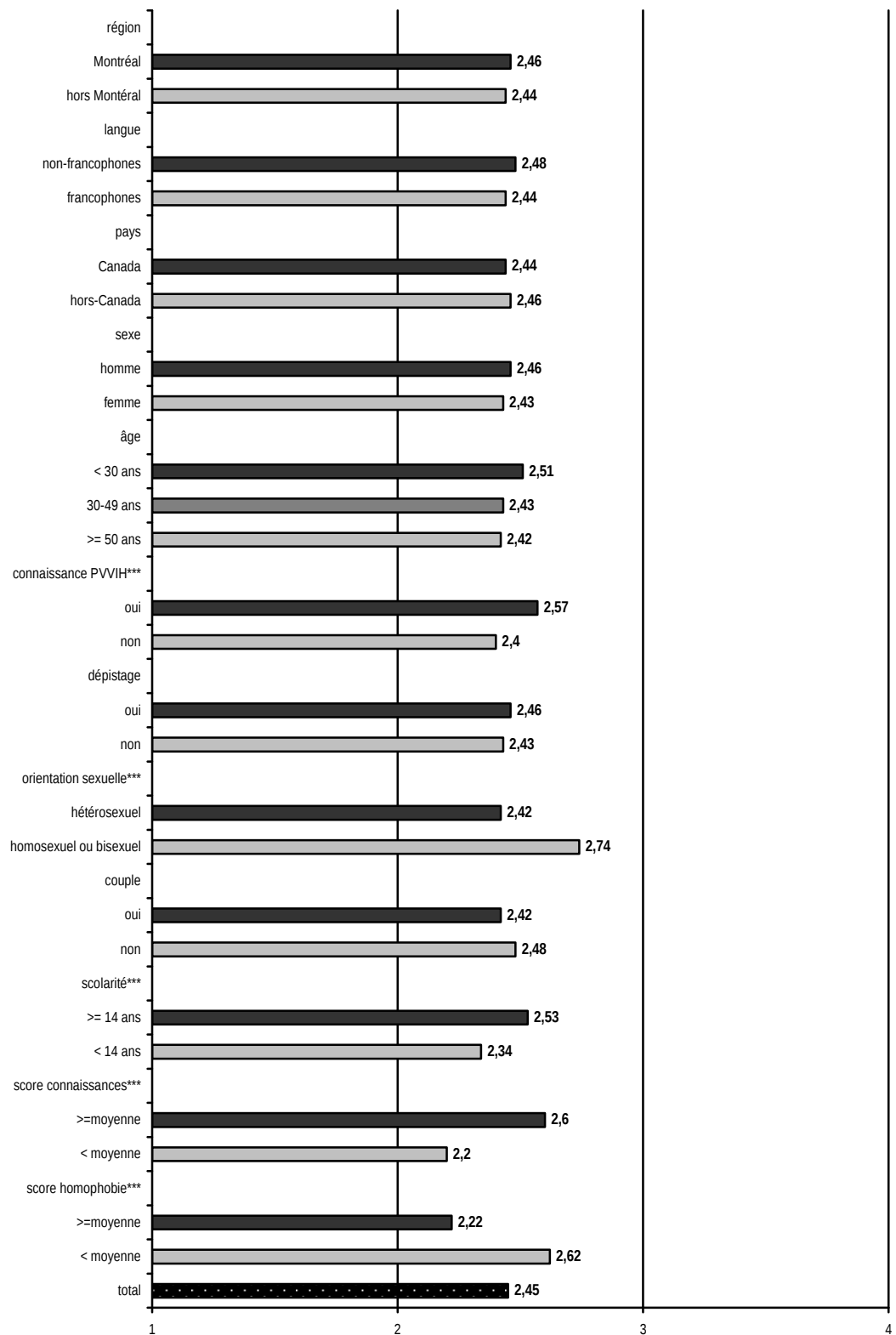
Tout comme pour le facteur 3, de nouveaux items ont été ajoutés pour compléter ce facteur ans l'échelle de 2010, (« Les personnes qui sont infectées par le virus du sida devraient pouvoir immigrer au Canada », « Si j'ai un colocataire et que j'apprenais qu'il est infecté par le virus du sida, cela ne me dérangerait pas »). Ces ajouts permettent d'enrichir la mesure du soutien social, mais ne modifient pas tellement les résultats (3items = 2,97; 5 items = 2,94). En 2010, les répondants qui ont moins tendance à être en faveur de l'intégration des PVVIH dans différentes activités sociales et professionnelles sont : les non-francophones, les hommes, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage, les hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne.

NOUVELLES DIMENSIONS : ENQUÊTE 2010

- *Soutien à la confidentialité du statut sérologique au VIH (NF6)*

Le nouveau facteur « Soutien à la confidentialité du statut sérologique au VIH » est composé de 3 items (« J'ai le droit de savoir si quelqu'un dans mon entourage est infecté par le virus du sida », « Quand un test de dépistage indique qu'une personne est infectée par le virus du sida, le résultat devrait rester confidentiel », « Les médecins devraient déclarer au gouvernement les noms des personnes infectées par le virus du sida »). Les réponses à ces items laissent croire que la majorité de la population (moyenne= 2,45; écart-type=0,76) a un niveau modéré de soutien à la confidentialité du statut sérologique au VIH. Le graphique 4 montre que les répondants qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne sont moins favorables à la confidentialité du statut sérologique au VIH.

Graphique 3: Score moyen sur le nouveau facteur 6 : Confidentialité du statut sérologique, pour l'année 2010

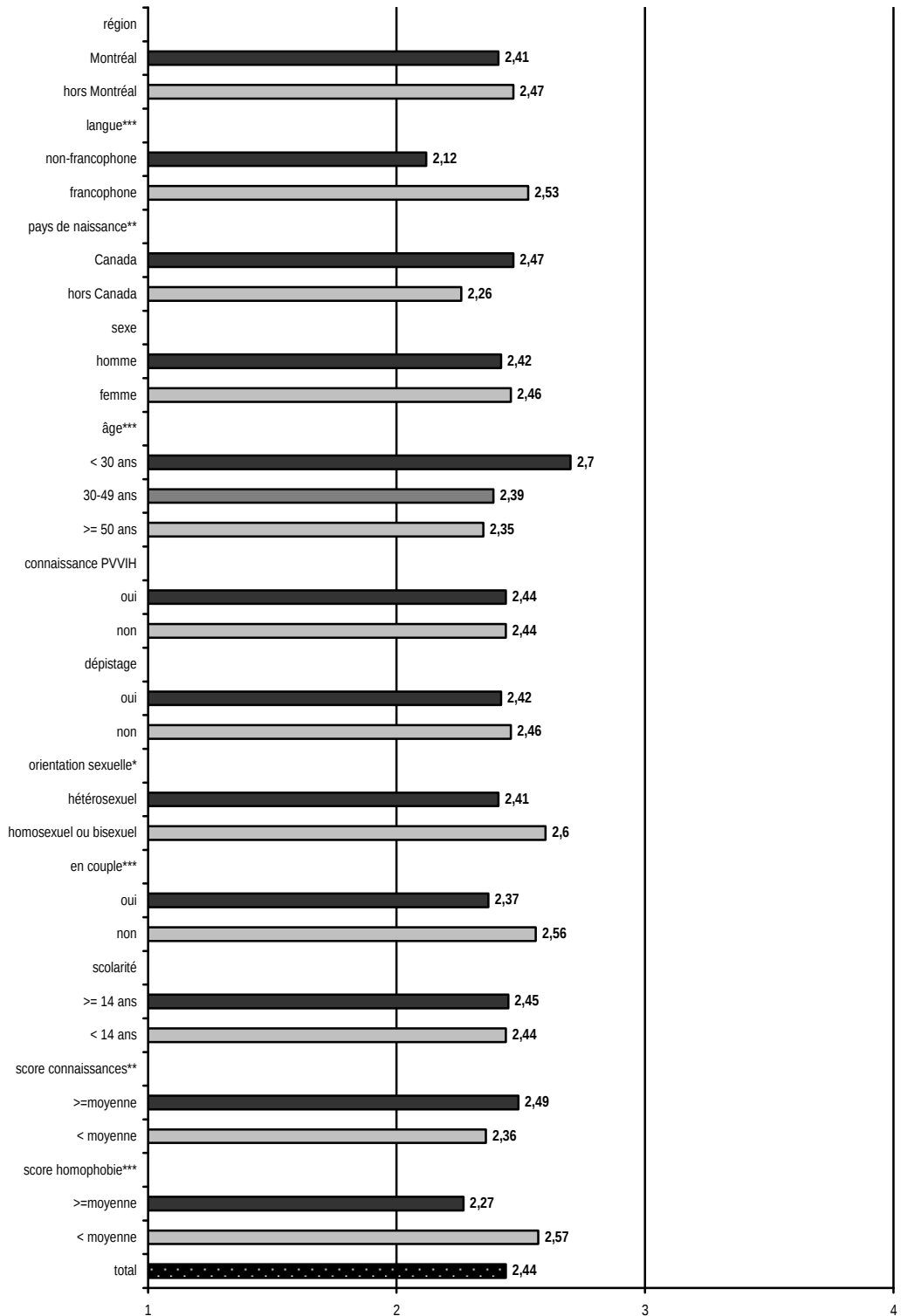


*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

- *Position face à la criminalisation de la transmission du virus (NF7)*

Le nouveau facteur « Position face à la criminalisation de la transmission du virus » est composé de 3 items (« La transmission du virus du sida devrait être punie par la loi », « Les personnes qui se SAVENT INFECTÉES par le virus du sida ET qui transmettent le virus sont des criminels », « La transmission du virus du sida est un crime »). Les réponses à ces items laissent croire que la majorité de la population (moyenne= 2,44; écart-type=0,81) a une position modérée par rapport à la criminalisation de la transmission du VIH. Par ailleurs, il importe de préciser que la quasi-majorité de la population (90,6%) est en accord avec le fait que la transmission du virus du sida est un crime UNIQUEMENT si elle est intentionnelle. Le graphique 5 montre que les répondants non-francophones, ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada, ceux qui sont âgés de 30 ans et plus, ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui sont en couple, ceux qui ont un score de connaissances inférieur à la moyenne et ceux qui ont un score d'homophobie supérieur ou égal à la moyenne ont tendance à soutenir davantage la criminalisation de la transmission du VIH.

Graphique 4: Score moyen sur le nouveau facteur 7 : Position face à la criminalisation de la transmission, pour l'année 2010



*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

HOMOPHOBIE

Évolution de l'homophobie 1996, 2002, 2010

L'homophobie est définie par des attitudes négatives envers l'homosexualité masculine. À l'inverse de l'échelle mesurant les attitudes envers les PVVIH, un score plus élevé sur l'échelle d'homophobie indique des attitudes plus homophobes (plus négatives). Dans l'ensemble, une évolution positive (attitudes moins homophobes) est observable entre 2002 et 2010 dans la population en général et dans tous les sous-groupes (voir tableau 6).

Tableau 6: Score moyen sur l'échelle d'homophobie, par année d'enquête

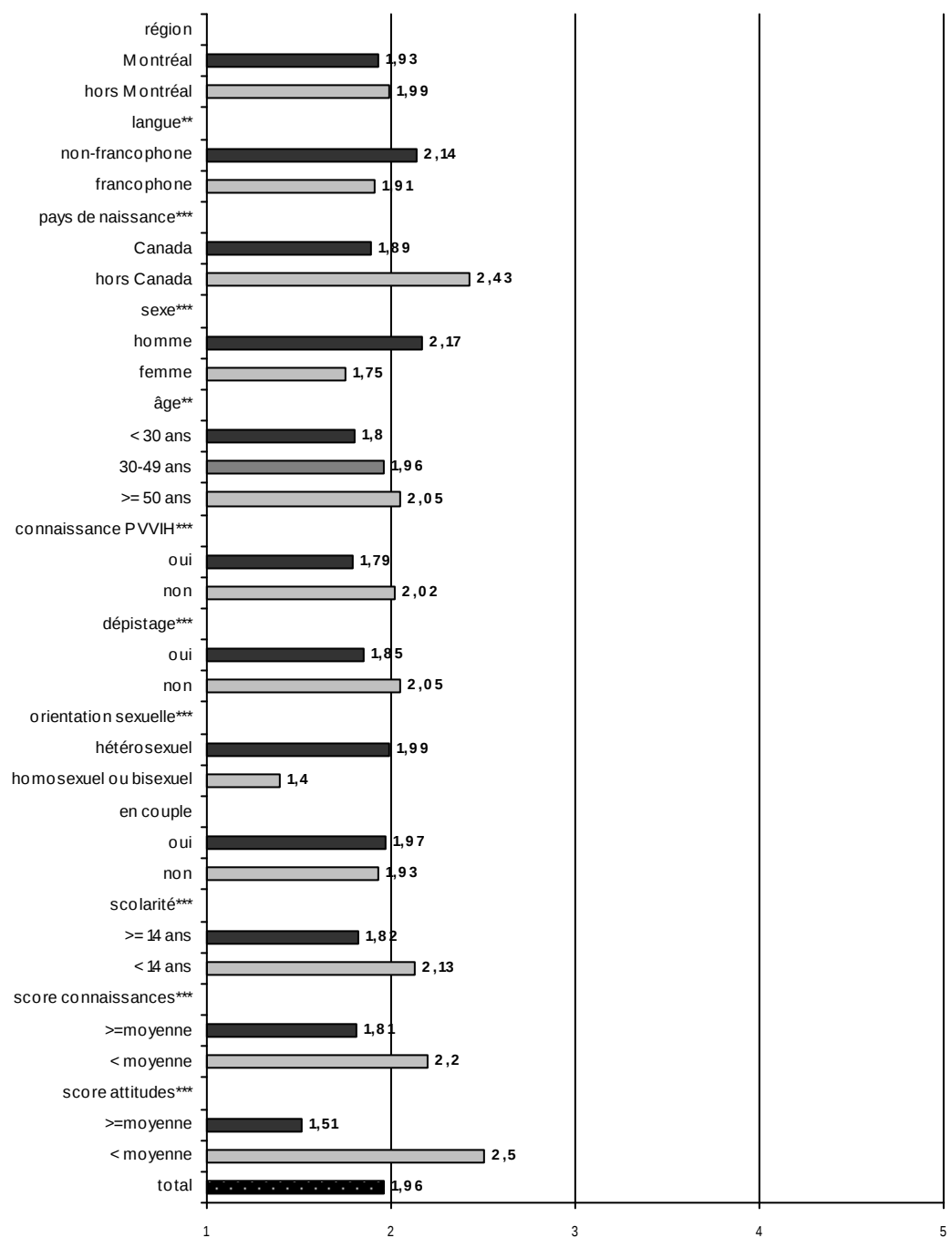
	Année d'enquête						F ou t	ddl	Conclusion
	1996		2002		2010				
	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)	N	M(é.t.)			
Total	3499	2,38(1,03)	1299	2,26(1,03)	1491	1,96(0,96)	89,73** *	2	1996>2002>2010
Région									
Hors Montréal	1529	2,37(1,04)	702	2,18(0,93)	789	1,99(0,92)	39,74** *	2	1996>2002>2010
Montréal	1970	2,39(1,02)	597	2,36(1,13)	702	1,93(1,01)	53,08** *	2	1996=2002>2010
Langue									
Non-francophone	409	2,43(1,20)	247	2,64(1,26)	309	2,14(1,17)	11,89** *	2	1996=2002>2010
Francophone	3090	2,37(1,00)	1052	2,18(0,95)	1182	1,91(0,90)	98,88** *	2	1996>2002>2010
Pays de naissance									
Hors Canada	282	2,89(1,14)	225	2,98(1,19)	179	2,43(1,22)	12,38** *	2	1996=2002>2010
Canada	3217	2,33(1,01)	1074	2,11(0,93)	1313	1,89(0,91)	99,77** *	2	1996>2002>2010
Sexe									
Homme	1715	2,64(1,05)	631	2,47(1,05)	751	2,17(1,03)	53,12** *	2	1996>2002>2010
Femme	1784	2,13(0,95)	668	2,07(0,98)	741	1,75(0,84)	45,00** *	2	1996=2002>2010
Âge									
< 30 ans	1098	2,23(1,01)	266	2,10(1,07)	337	1,80(0,95)	22,92** *	2	1996=2002>2010
30 – 49 ans	1689	2,37(1,00)	668	2,27(1,05)	637	1,96(0,98)	36,92** *	2	1996=2002>2010
50 ans et plus	690	2,63(1,05)	357	2,37(0,97)	500	2,05(0,94)	48,89** *	2	1996>2002>2010
Connaissance d'une PVVIH									
Non	2538	2,46(1,02)	922	2,36(1,04)	1097	2,02(0,98)	72,58** *	2	1996>2002>2010
Oui	956	2,15(1,00)	376	2,04(0,99)	393	1,79(0,90)	19,50** *	2	1996=2002>2010
Dépistage									
Non	2640	2,42(1,03)	-	-	799	2,05(0,98)	8,97***	3438	1996>2010
Oui	772	2,19(0,99)	-	-	675	1,85(0,92)	6,70***	1438	1996>2010
Orientation sexuelle									
Homosexuel ou Bisexuel	85	1,67(0,79)	-	-	118	1,40(0,53)	2,72**	136	1996>2010
Hétérosexuel	3118	2,37(1,01)	-	-	1301	1,99(0,97)	11,71***	2541	1996>2010
En couple									
Non	1313	2,28(1,06)	555	2,22(1,06)	542	1,93(0,93)	21,95** *	2	1996=2002>2010
Oui	2173	2,44(1,00)	742	2,29(1,01)	948	1,97(0,98)	70,92** *	2	1996>2002>2010
Scolarité									
< 14 ans	2323	2,48(1,03)	575	2,37(1,00)	631	2,13(1,00)	29,38** *	2	1996=2002>2010
14 ans et plus	1165	2,17(0,99)	717	2,17(1,05)	854	1,82(0,91)	37,39** *	2	1996=2002>2010
Score échelle connaissances									
< moyenne	1530	2,64(1,05)	-	-	579	2,20(1,04)	8,71***	2107	1996>2010
≥ moyenne	1969	2,17(0,96)	-	-	912	1,81(0,88)	10,09** *	1924	1996>2010
Score échelle attitudes									
< moyenne	1664	2,91(0,99)	632	2,82(1,02)	670	2,50(1,01)	38,94** *	2	1996=2002>2010
≥ moyenne	1835	1,90(0,79)	667	1,74(0,72)	822	1,51(0,64)	76,29** *	2	1996>2002>2010

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Situation en 2010 : Homophobie

Le graphique 3 montre que les répondants qui sont non-francophones, qui sont nés à l'extérieur du Canada, qui sont des hommes, ceux qui ne connaissent pas de PVVIH, ceux qui n'ont jamais passé de test de dépistage, ceux qui sont hétérosexuels, ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans, ceux qui ont des scores de connaissances et d'attitudes inférieurs à la moyenne présentent des attitudes d'homophobie plus importantes. Le tableau montre également que les répondants âgés de 50 ans et plus présentent des attitudes plus homophobes que ceux âgés de moins de 30 ans.

Graphique 5: Score moyen sur l'échelle d'homophobie, pour l'année 2010



*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

CONCLUSION

SURVEILLANCE DES ATTITUDES ENVERS LES PVVIH ET L'HOMOSEXUALITÉ MASCULINE

Les qualités métrologiques des échelles utilisées pour mesurer les attitudes envers les PVVIH et l'homosexualité masculine étant très satisfaisantes pour 1996, 2002 et 2010, leur stabilité permet de décrire l'évolution des attitudes. Si les analyses montrent la validité et la fidélité de l'échelle d'attitudes dans le temps, l'enquête de 2010 suggère que les attitudes envers les PVVIH sont en constante mouvance. Ainsi, il importe de mener les activités de surveillance en considérant l'environnement social dans lequel les attitudes prennent naissance.

CONNAISSANCES : DIMINUTION DEPUIS 1996

Les résultats de l'enquête suggèrent que les connaissances des modes de transmission du VIH ont régressé significativement depuis 1996, cette régression étant particulièrement importante chez les répondants âgés de moins de 30 ans. Cette dégradation des connaissances des modes de transmission du VIH dans la population en générale a aussi été remarquée il y quelques années aux États-Unis (Herek et al, 2002). Les données du sondage de 2010 suggèrent qu'une importante proportion de la population du Québec semble attribuer un certain risque aux activités qui impliquent un échange de fluides corporels non-dangereux pour la transmission du VIH (ex. salive, sécrétions nasales, etc.). Le phénomène a également été observé aux États-Unis, en Angleterre et dans le reste du Canada (EKOS, 2006; Herek et al, 2002; NAT, 2011). Ce constat est plutôt préoccupant en ce sens où il pourrait être l'expression d'un retour à une certaine ignorance face au VIH ou, pire encore, à des peurs irrationnelles persistantes liées au virus. Si la plupart des gens reconnaissent correctement le risque encouru lors de relations sexuelles non-protégées par un condom, les connaissances erronées quant aux modes de « non-transmission » ne sont pas moins problématiques. En effet, l'attribution d'un certain risque de transmission à des activités qui n'en comportent pas étant liée à des attitudes moins favorables aux PVVIH, elle pourrait également être un indice d'une plus forte propension à la stigmatisation. Des études plus approfondies pourraient permettre d'explicitier et documenter l'évolution (surveillance) de ce phénomène.

ATTITUDES : AMÉLIORATIONS DEPUIS 2002, MAIS AUSSI STAGNATION DEPUIS 1996

Contrairement aux résultats obtenus en 2002 (Leaune, 2003), qui indiquaient une stagnation voire même une évolution négative des attitudes envers les PVVIH, l'enquête de 2010 suggère une amélioration générale sur le plan des attitudes ainsi que pour la plupart des facteurs (F2 : Contact personnel, F3 : Préjugés – perceptions des groupes à risques, F4 : Libéralisme, F5 : Soutien social). Par contre, bien qu'il ait augmenté depuis 2002, le niveau de crainte / peur d'être infecté (F1) demeure similaire à celui mesuré en 1996. De plus, dans le cadre de la présente enquête, une mise à jour de la dimension « préjugés envers les groupes à risques » (F3) porte à croire que la stigmatisation liée au VIH s'est modifiée en se raffinant et devenant plus subtile, moins flagrante. Il importe donc de continuer le travail de sensibilisation afin de faire progresser les attitudes.

ATTITUDES : NOUVEAUX VISAGES EN 2010

L'enquête de 2010 permet également de documenter les « nouveaux visages » des attitudes envers les PVVIH. Habituellement, le soutien aux mesures coercitives, une dimension importante de la stigmatisation (Nyblade, 2006), est mesuré de façon quelque peu désuète en documentant la mise en quarantaine, le refus d'admission dans un pays, l'obligation de déclarer le nom des PVVIH aux autorités ou encore de passer des tests de dépistage (Herek et al., 2002; Herek & Capitanio, 1993, 1997). Cependant, depuis son apparition, le VIH et la perception qu'en a la population en générale a changé. Ainsi, il importe que les enquêtes de surveillance s'ajustent aux nouvelles réalités auxquelles les PVVIH font face. Pour cette raison, deux nouvelles dimensions (facteurs) représentant des formes actuelles de mesures coercitives ont été développées et mesurées dans le cadre de la présente enquête : le bris de la confidentialité du statut sérologique au VIH (NF6) et la criminalisation de la transmission du virus (NF7). Les résultats de l'enquête tendent à démontrer que bien que la population ait des attitudes favorables sur la plupart des autres dimensions, elle semble avoir des attitudes plus modérées par rapport à ces nouvelles formes de mesures coercitives, ce qui pourrait révéler de nouvelles formes de stigmatisation des PVVIH (Nyblade, 2006). En effet, en remettant toute la responsabilité de la prévention entre les mains des PVVIH (en les obligeant à dévoiler ou en les criminalisant), on en revient à leur faire porter un fardeau déséquilibré et à les identifier comme responsables de l'épidémie (Cameron et al, 2008; Ahmed et al, 2009; Brown et al, 2009). De plus, plusieurs travaux suggèrent que la criminalisation des PVVIH et l'obligation de dévoiler le statut sérologique pourraient contribuer à instaurer un climat de méfiance et de stigmatisation qui est susceptible d'alimenter la transmission du VIH (Ahmed et al, 2009; Brown et al, 2009; Cameron et al, 2008; Galletly & Pinkerton, 2006; Symington, 2009). Or, un environnement social favorable à la stigmatisation pourrait constituer un obstacle de taille aux efforts préventifs de santé publique (Chesney & Smith, 1999; Herek et al, 2003; Klein et al, 2002; Malcolm et al, 1998).

HOMOPHOBIE : AMÉLIORATION RELATIVEMENT CONSTANTE

Le score général d'homophobie s'est amélioré depuis 2002 et ce pour l'ensemble des sous-groupes. Cependant, l'homophobie reste davantage présente dans les mêmes groupes qu'en 2002 (Leaune et al, 2003). Ainsi, il semble que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour sensibiliser les hommes, ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada et ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans. Considérant que l'homophobie est problématique en soi et qu'elle est intimement liée aux attitudes envers les PVVIH, il est essentiel de cibler les groupes les plus réfractaires. Des interventions de sensibilisation destinées à ces groupes pourraient contribuer l'environnement social dans lequel les minorités sexuelles et les PVVIH évoluent.

GROUPES À CIBLER

Les résultats de la présente enquête sont similaires à ceux des deux enquêtes précédentes et d'un sondage canadien récent (EKOS, 2006) en termes de groupes à cibler. En effet, il semble que les attitudes les moins favorables aux PVVIH soient présentes chez : les hommes, ceux qui sont âgés de 50 ans et plus, ceux qui sont hétérosexuels et ceux qui ont un niveau de scolarité inférieur à 14 ans. Si les groupes moins favorables aux PVVIH restent les mêmes depuis plusieurs années, les comparaisons temporelles indiquent une régression en ce qui a trait aux connaissances des modes de transmission pour le groupe des moins de 30 ans. Il serait intéressant de mener des études ciblées auprès des 30 ans et moins afin de mieux comprendre les résultats surprenants obtenus dans ce groupe tant sur le plan des attitudes que des connaissances.

UTILISATION CONCRÈTE DES RÉSULTATS

Les résultats de cette enquête ont déjà mené à des actions concrètes. Les résultats ont entre autres été utilisés par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec dans la réalisation de sa campagne de communication provinciale pour la Journée mondiale sida de 2010

(<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a5e43fe168a25376852577ea006efb10?OpenDocument>). Cette campagne qui portait sur la sensibilisation aux véritables modes de transmission du VIH a pris la forme de messages radiophoniques, d'activités virales sur le web et d'affiches diffusées dans le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires locaux ou régionaux. Une évaluation de la notoriété de la campagne radiophonique a démontré que près du quart des Québécois âgés de 18 ans et plus ont entendu le message radio (Giroux, 2011). Cette évaluation a aussi permis de dégager 2 axes principaux d'interprétation du message (SOM recherches et sondages, 2011). D'abord, un bon nombre de personnes comprennent l'axe principal de communication de la campagne qui suggère qu'il faut éviter les préjugés (ou la stigmatisation) (31 %) et l'isolement (23 %) des PVVIH. Ensuite, un deuxième axe d'interprétation, en support à l'axe principal, amène un bon nombre de répondants à saisir que la transmission du VIH ne se fait pas si facilement (28%).

Les résultats de l'enquête ont également été utilisés dans la conception d'une session de formation appelée « Outillons-Nous » destinée aux groupes membres de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida). Cette formation avait pour but de présenter les résultats de recherche et d'échanger avec les intervenants au sujet de la stigmatisation des PVVIH au Québec. Dans l'ensemble, les participants ont jugé que la session avait répondu à leurs besoins et qu'ils pourraient intégrer les informations présentées à leur travail quotidien.

RECOMMANDATIONS

POURSUITE DE LA SURVEILLANCE

Sachant que la stigmatisation liée au VIH constitue un obstacle aux efforts préventifs de santé publique (Chesney & Smith, 1999; Herek et al, 2003; Klein et al, 2002; Malcolm et al, 1998), la surveillance des attitudes populationnelles demeure un outil important pour mesurer leur évolution et orienter les campagnes de sensibilisation et de prévention plus efficacement.

THÈMES À CIBLER

Connaissances et prévention du VIH

- Il est essentiel de développer des interventions pour améliorer les connaissances des modes de transmission du VIH destinées aux différents groupes-cibles.
- Comme la dégradation des connaissances touche l'ensemble de sous-groupes étudiés, il serait pertinent de concevoir des campagnes provinciales de communication afin d'informer et de sensibiliser la population à ce sujet.
- Les jeunes âgés entre 15 et 29 ans étant particulièrement touchés par la régression des connaissances, il serait judicieux d'agir en amont et de travailler ces notions dans le cadre du cursus scolaire secondaire (par exemple, dans le cadre du programme de sciences et de technologie en secondaire 2 et 3 où l'on aborde la question des modes de transmission des ITSS).

Stigmatisation et prévention du VIH

- Il est nécessaire de continuer à sensibiliser la population afin de créer un environnement social où les PVVIH n'auront pas à craindre d'être stigmatisés ou discriminés. Cette recommandation fait d'ailleurs partie intégrante de la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITSS* (MSSS, 2003).

Confidentialité du statut sérologique au VIH & Criminalisation des PVVIH

- Il importe de discuter des impacts que peuvent avoir les mesures coercitives sur les PVVIH. Non-seulement faut-il en discuter dans le monde scientifique, communautaire et institutionnel; mais il faut élargir l'audience et sensibiliser la population en générale aux conséquences négatives qu'elles peuvent engendrer. Plus spécifiquement, il serait pertinent de sensibiliser le milieu juridique, notamment par le biais de formation et d'activités de sensibilisation destinées aux juges, aux procureurs de la Couronne et avocats susceptibles d'être impliqués dans les causes de criminalisation des PVVIH afin de lutter contre la stigmatisation.
- Considérant le caractère novateur de ces nouvelles dimensions, il importe d'entreprendre des études qui permettront de les analyser plus en profondeur afin de mieux comprendre les résultats obtenus dans le cadre de cette enquête.

SOUS-GROUPES À CIBLER

Hommes, 50 ans et plus & niveau de scolarité inférieur à 14 ans

- Ces trois caractéristiques apparaissent souvent comme étant associés à des attitudes défavorables aux PVVIH, les programmes de sensibilisation devraient donc les cibler spécifiquement.

Moins de 30 ans

- Les résultats des comparaisons temporelles indiquent que ce groupe d'âge est le seul à connaître une régression des connaissances et une stagnation au plan des attitudes. Des interventions devraient donc le viser directement.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. (2006). Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Canada.

Aggleton P, Wood K, Malcolm A & Parker R. (2005). HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV / AIDS.

Ahmed A, Hanssens C, Kelly B. (2009). Protecting HIV-positive women's human rights; recommendations for the United States National HIV-AIDS Strategy. *Reproductive Health Matter*, 7(34) : 127–134.

Boulos D, Yan P, Schanzer D, Remis RS & Archibald CP. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada 2005. *Canada Communicable Disease Report*, 32(15) : 165-74.

Brown W, Hanefeld J, Welsh J. (2009). Criminalising HIV transmission; punishment without protection. *Reproductive Health Matter*, 7(34) : 119–126.

Cameron E, Burris S, Clayton M. (2008). Le VIH est un virus et non un crime. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 13(2/3) : 70-74

Chesney MA & Smith AW. (1999). Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7) : 1162-1174.

EKOS. 2006. Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Canada.

Galletly C & Pinkerton SD. (2006). Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS and Behavior*, 10(5) : 451-461.

Giroux, C. (2001). Évaluation des activités de sensibilisation et d'information sur les ITSS (volet adulte) 2010-2011. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

Herek GM. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *Journal of Sex Research*, 25(4) : 451-477.

Herek GM. (1990). Illness, stigma, and AIDS. In P. Costa & G.R. VandenBos (Eds.), *Psychological aspects of serious illness* (pp. 103-150). Washington, DC: American Psychological Association.

Herek GM. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7) : 1106–1116.

Herek, G.M., & Capitanio, J.P. (1993). Public reactions to AIDS in the United States: A second decade of stigma. *American Journal of Public Health*, 83, 574-577.

Herek, G.M., & Capitanio, J.P. (1997). AIDS stigma and contact with persons with AIDS: Effects of direct and vicarious contact. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1-36.

Herek GM & Capitanio JP. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice. *American Behavioral Scientist*, 42(7) : 1130–1147.

Herek GM, Capitanio JP & Widaman KF. (2002). HIV-Related Stigma and Knowledge in the United States: Prevalence and Trends, 1991–1999. *American Journal of Public Health*. 92(3) : 371-377.

Herek GM, Capitanio JP & Widaman, K.F. (2003). Stigma, social risk, and health policy: Public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. *Health Psychology*, 22(5), 533-540.

Herek GM, Mitnick L, Burris S, Chesney M, Devine P, Fullilove MT, Fullilove R, Gunther HC, Levi J, Michaels S, Novick A, Pryor J, Snyder M & Sweeney T. (1998). AIDS and stigma: A conceptual framework and research agenda. *AIDS and Public Policy Journal*, 13(1) : 36-47.

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

Leaune V, Adrien A, Dassa C. (2003). Sondage « Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH dans la population générale du Québec ». Institut National de Santé Publique du Québec, Montréal, Canada.

Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvao J, Mane P & Verrall J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4) : 347-370.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2003). Stratégie québécoise de lutte contre l’infection par le VIH et le sida, l’infection par le VHC et les ITSS. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

National AIDS Trust. 2011. HIV Public knowledge and attitudes 2010. National AIDS Trust, Londres, Royaume Uni.

Novick A. (1997). Stigma and AIDS: Three layers of damage. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 1(1) : 53-60.

Nyblade LC. (2006). Measuring HIV stigma: existing knowledge and gaps. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3) : 335–345.

Sendi P, Rickenbach M, Robins J & Egger M. (2003). Antiretroviral Therapy and Declining AIDS Mortality in New York city. *Medical Care*, 41(4) : 512-21.

SOM recherches et sondages. (2011). enquête par sondage téléphonique sur les communications visant à aborder certaines questions de santé publique 2010-2011 volet 2. Montréal : SOM recherches et sondages

Sterne J, Hermin M, Ledergerber B, Tilling K & Weber R. (2005). Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in prevenring AIDS and death: a prospective cohort study. *The Lancet*, 366(9483) : 378-384.

Symington A. (2009). Confusion et inquiétudes liées à la criminalisation –Une décennie depuis l'arrêt Cuerrier. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 14(1) : 5-10.

Wiseman F & Billington M. (1984). Comment on a standard definition of response rates. *Journal of Marketing Research*, 21(3): 336-38.



BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Attitudes de la population québécoise envers les personnes vivant avec le VIH	8.00\$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)		
	978-2-89673-112-1		

Nom _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

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

Retourner à l'adresse suivante :

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

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

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

Québec 