

_____ **Rapport de recherche** _____

**La relation entre la connaissance
du VIH et du VHC, l'éducation
en matière de santé et les
comportements à risque et ceux
visant à réduire les méfaits chez
les détenus sous responsabilité
fédérale au Canada**

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

La relation entre la connaissance du VIH et du VHC, l'éducation en matière de santé et les comportements à risque ou visant à réduire les méfaits chez les détenus sous responsabilité fédérale au Canada

Dianne Zakaria

Jennie Mae Thompson

et

Frederic Borgatta

Service correctionnel du Canada

Juillet 2010

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les membres du Groupe de travail sur le Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque (Jacqueline Arthur, Katherine Dinner, Marie-Line Gilbert, Emily Henry, Gayatri Jayaraman, Rhonda Kropp, Tammy Maheral, Marissa McGuire, Mary Beth Pongrac, Jonathan Smith, Greg Springer et Jill Tarasuk) pour leurs conseils et leurs commentaires judicieux tout au long de la période consacrée à l'élaboration du questionnaire et à la rédaction du rapport. L'appui, la coopération et le dévouement de la gestionnaire principale de projet à l'Administration centrale (Heather Lockwood), des coordonnateurs du sondage dans les régions (Kimberley Andreassen, Michelle Beyko, Teresa Garrahan, David Lewis et Hélène Racicot) et dans les établissements (Tim Ankers, Cathy Ball, Bob Barkley, Louise Barriage, Gaston Bélanger, Réjean Bérard, Diane Bergeron, Sherry Blakeney, Laura Bodvarsen, Lori Boss-Greenhow, Michèle Boutin, Celeste Bowes-Koep, Randall Breaton, Pam Briar, Marsha Brown, Bev Bruce, Joan Christianson, Pénélope Cossette, Shelley Crawford, Solange Cyr, Johanne Demètre, Micheline Désilets, Penny Drury, Mary Ann Dundas, Annette Dupuis, France Duquet, Claire Erkan, Donna Fillmore, Linda Fumerton, Debbie Fury, Lyne Giroux, Carla Grace, Sue Groody, Derek Hutchings, Kevin Jean, Pat Jones, Virginia Jugo, Wally Klein, Dan Larocque, Luc Lavigne, Sylvain Lefebvre, Gail Lévesque, Cherie Maceachern, Daniel Major, Alison Martin, Penny Martin, Dorothy McGregor, Mark Noon-Ward, Tim O'Hara, Enid Oke, Viateur Perreault, Christian Rivest, Johanne Roy, Eva Sabir, Holly Samuels, Suzanne Scott, Dale Shackelford, Marg Smith, Natalie Soroka, Stéphanie Fournier, Jeff Strange, Paul Taylor, Tana Taylor, Brenda Tilander-Masse, Liza Trohan, Darlene Turk, Mario Veilleux, Vicki Vervynck, Katherine Visser, Lorena Watson, Marilyn Winters et Carol Young) ont joué un rôle de premier plan dans la réalisation du sondage et la collecte des données. En dernier lieu, ce travail aurait été impossible sans la participation de la direction du Service correctionnel du Canada ainsi que celle du personnel des pénitenciers fédéraux et des détenus.

Résumé

Pour être en mesure de prendre des décisions éclairées au sujet de comportements à risque tels que la consommation de drogues injectables et les relations sexuelles non protégées, les détenus doivent avoir une certaine connaissance des moyens de prévention et des modes de transmission des maladies infectieuses. Des travaux de recherche antérieurs donnent à penser qu'une meilleure connaissance du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ne réduit pas nécessairement les comportements à risque en matière de VIH, mais il n'y a guère de travaux de recherche analogues qui portent sur la relation entre la connaissance du virus de l'hépatite C (VHC) et les comportements à risque. De plus, les travaux de recherche antérieurs n'ont pas examiné de façon approfondie les comportements de réduction des méfaits, comme la stérilisation du matériel d'injection à l'eau de Javel, et nous n'avons trouvé aucune étude qui portait sur la relation entre la connaissance et le comportement dans le milieu correctionnel canadien.

Afin de corriger ces lacunes de la documentation, le Service correctionnel du Canada (SCC) a réalisé, en 2007, le Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque (le Sondage national), un questionnaire papier-crayon autoadministré rempli par un échantillon important ($n = 3\,370$) de détenus sous responsabilité fédérale. Le présent rapport contient des renseignements tirés du Sondage national au sujet de la connaissance du VIH et du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale, de la relation entre la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance et de la relation entre la connaissance et les comportements à risque ou visant à réduire les méfaits.

Dans l'ensemble, les détenus avaient une meilleure connaissance du VIH que du VHC. En moyenne, ils ont répondu correctement à 80 % (IC à 95 % : 79, 80) des questions sur le VIH, comparativement à 69 % (IC à 95 % : 68, 70) pour les questions sur le VHC. Ils étaient particulièrement bien informés des principaux modes de transmission du VIH ($M = 85$ %, IC à 95 % : 84, 85) et du VHC ($M = 83$ %, IC à 95 % : 82, 84). Toutefois, dans le cas du VHC, le degré de connaissance de la transmission par simple contact ($M = 62$ %, IC à 95 % : 61, 64), de la prévention ($M = 63$ %, IC à 95 % : 62, 65) et des tests de dépistage et du traitement ($M = 60$ %, IC à 95 % : 58, 61) était inférieur.

La relation la plus solide entre la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance a été relevée chez les femmes. Plus précisément, le taux de bonnes réponses moyen chez les participantes à un programme d'éducation en matière de santé était de 78 % (IC à 95 % : 77, 80) pour des questions sur le VHC, comparativement à un taux de 68 % (IC à 95 % : 64, 71) chez celles qui ne participaient pas à un tel programme.

Contrairement à ce qui avait été constaté par des recherches antérieures, il était possible, dans certains cas, d'associer une meilleure connaissance à un comportement plus sécuritaire. Premièrement, les détenus conscients du risque d'infection à VIH que comportait l'injection de drogues au moyen de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre étaient moins susceptibles de déclarer avoir consommé des drogues injectables dans les six derniers mois en milieu carcéral,

comparativement aux détenus qui ignoraient l'existence du risque (14 % et 22 %, $\chi^2(1, n = 2\,922) = 5,84; p < 0,05$). Deuxièmement, parmi les hommes qui ont consommé des drogues injectables dans les six derniers mois en milieu carcéral, ceux qui connaissaient le risque d'infection à VHC étaient plus susceptibles d'avoir utilisé une seringue désinfectée à l'eau de Javel au moment de leur dernière injection, comparativement à ceux qui étaient inconscients du risque (73 % et 46 %, $\chi^2(1, n = 265) = 9; p < 0,05$). Troisièmement, chez les hommes ayant subi un perçage dans une rangée d'un établissement du SCC, ceux qui connaissaient le risque d'infection à VHC étaient deux fois plus susceptibles de déclarer avoir toujours utilisé du matériel de perçage désinfecté à l'eau de Javel, comparativement à ceux qui n'étaient pas conscients de ce risque (63 % et 31 %, $\chi^2(1, n = 306) = 8,15; p < 0,05$). Enfin, chez les femmes sexuellement actives, celles qui connaissaient l'existence du risque d'infection à VIH étaient moins susceptibles de déclarer qu'elles avaient eu une relation sexuelle anale non protégée avec une femme au cours des six derniers mois en milieu carcéral, comparativement à celles qui n'étaient pas conscientes du risque (37 % et 71 %, $\chi^2(1, n = 55) = 5,57; p < 0,05$). En outre, celles qui étaient conscientes du risque d'infection à VHC étaient moins susceptibles de déclarer avoir eu une relation sexuelle vaginale non protégée avec une femme, comparativement à celles qui ignoraient l'existence du risque (67 % et 91 %, $\chi^2(1, n = 59) = 5,30; p < 0,05$). Ainsi, si une plus grande connaissance ne réduit pas nécessairement la possibilité d'un comportement à risque, elle renforce cependant la tendance d'un détenu ou d'une détenue à utiliser des articles visant à réduire les méfaits si est adopté un comportement à risque.

Le Sondage national a précisé les liens entre la connaissance du VIH ou du VHC, l'éducation en matière de santé et le comportement, mais la nature transversale du sondage a nui à une évaluation rigoureuse de ces liens, surtout au chapitre des relations causales. Une étude d'intervention¹, qui permet d'obtenir des renseignements au sujet de la connaissance et du comportement au fil du temps, y compris la période suivant la mise en liberté dans la collectivité, aiderait à recueillir de l'information plus exacte au sujet de l'incidence de l'éducation en matière de santé sur la connaissance et de la connaissance sur le comportement. Une telle recherche devrait permettre de déterminer pourquoi les détenus continuent d'adopter des comportements à risque, malgré une connaissance adéquate.

¹ Enquête supposant un changement intentionnel d'un aspect ou d'un autre de l'état des sujets (p. ex., introduction d'un programme de prévention) ou conçu pour éprouver une relation hypothétique (Last, 1995).

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Introduction.....	1
Méthode	4
Élaboration de l'instrument de sondage.....	4
Mesures	4
Connaissance du VIH et du VHC	4
Participation à des programmes d'éducation en matière de santé	5
Comportements en milieu carcéral liés aux drogues, aux relations sexuelles, au tatouage et au perçage	5
Échantillonnage.....	6
Plan d'enquête et estimation de la taille de l'échantillon	6
Liste de l'échantillon de chacun des établissements.....	6
Mise en œuvre du sondage.....	7
Sélection et formation des coordonnateurs du sondage	7
Sensibilisation de la population au sondage	7
Recrutement des détenus.....	8
Collecte des données.....	9
Démarche analytique générale.....	10
Méthodes statistiques pour les enquêtes par échantillonnage complexe	10
Non-réponse à certaines questions et sous-populations de petite taille	11
Analyses particulières	12
Mesure dans laquelle l'échantillon est représentatif de la population	12
Résultats relatifs à la connaissance	12
Relation entre la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance	12
Relation entre la connaissance et le comportement	12
Résultats.....	13
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	13
Connaissance du VIH	13
Variation de la connaissance du VIH par sous-groupes	15

Variation de la connaissance du VIH selon le sexe	15
Variation de la connaissance du VIH selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone.....	15
Variation de la connaissance du VIH en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé.....	16
Relation entre la connaissance du VIH et les comportements à risque	17
Injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre.....	17
Relation sexuelle orale non protégée	19
Relation sexuelle anale non protégée.....	19
Virus de l'hépatite C (VHC).....	21
Connaissance du VHC	21
Variation de la connaissance du VHC par sous-groupe.....	22
Variation de la connaissance du VHC selon le sexe.....	22
Variation de la connaissance du VHC selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone.....	23
Variation de la connaissance du VHC en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé.....	24
Relation entre la connaissance du VHC et les comportements à risque	26
Injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre.....	26
Tatouage et perçage	28
Relation sexuelle vaginale non protégée.....	30
Analyse	32
Les relations entre le sexe, l'auto-identification des Autochtones, la participation à un programme d'éducation en matière de santé.....	32
Les relations entre la connaissance et le comportement	33
Comparaisons de la connaissance du VIH et du VHC	34
Limites et recommandations en vue de travaux de recherche ultérieurs	35
Bibliographie.....	37
Annexes.....	40

Liste des tableaux

Tableau 1	<i>Scores moyens - connaissance du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale</i>	14
Tableau 2	<i>Distribution des scores - connaissance globale du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale</i>	14
Tableau 3	<i>Scores moyens - connaissance du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone</i>	16
Tableau 4	<i>Scores moyens - connaissance du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale, en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé</i>	17
Tableau 5	<i>Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré s'être injecté des drogues, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VIH par l'intermédiaire de seringues</i>	18
Tableau 6	<i>Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré avoir eu une relation sexuelle, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VIH au moment d'une relation sexuelle orale</i>	19
Tableau 7	<i>Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré avoir eu une relation sexuelle, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VIH au moment d'une relation sexuelle anale</i>	20
Tableau 8	<i>Scores moyens - connaissance du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale</i>	21
Tableau 9	<i>Distribution des scores - connaissance globale du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale</i>	21
Tableau 10	<i>Scores moyens - connaissance du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone</i>	24
Tableau 11	<i>Scores moyens - connaissance du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale, en fonction la participation à un programme d'éducation en matière de santé</i>	25
Tableau 12	<i>Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré s'être injecté des drogues, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VHC par l'intermédiaire de seringues</i>	27
Tableau 13	<i>Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale déclarant s'être fait tatouer ou percer le corps, selon la conscience du risque d'infection à VHC</i>	29
Tableau 14	<i>Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels, selon la connaissance du fait que le VHC est sexuellement transmissible</i>	31

Liste des annexes

Annexe A : Études américaines portant sur la connaissance du VIH et l'incidence des programmes d'éducation en matière de santé chez les détenus	40
Annexe B : Connaissance de la transmission du VIH et du VHC chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada en 2001-2002.....	43
Annexe C : Description des programmes d'éducation en matière de santé.....	44
Annexe D : Comportements à risque relevés par le sondage national.....	45
Annexe E : Caractéristiques des détenus sous responsabilité fédérale au Canada, selon la source de données.....	47
Annexe F : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VIH.....	48
Annexe G : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VIH, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone.....	50
Annexe H : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VIH, selon la participation à un programme d'éducation en matière de santé	53
Annexe I : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VHC	56
Annexe J : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VHC, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone.....	58
Annexe K : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VHC, selon la participation à un programme d'éducation en matière de santé	60
Annexe L : Connaissance du VIH dans la population canadienne et chez les Autochtones en 2006.....	62
Annexe M : Comparaison du pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions semblables visant à évaluer leur connaissance du VIH et du VHC	63

Introduction

Pour être en mesure de prendre des décisions éclairées au sujet de comportements à risque tels que la consommation de drogues injectables et les relations sexuelles non protégées, les détenus doivent avoir une certaine connaissance des moyens de prévention et des modes de transmission des maladies infectieuses. Cette connaissance est particulièrement importante en milieu carcéral, où le taux de prévalence élevé des infections transmissibles sexuellement et par le sang (CPCMI, ASPC et SCC, 2008; De, Connor, Bouchard et Sutherland, 2004; Ford et coll., 2000; ASPC, 2005; ONUSIDA, 2006; Zou, Tepper et Giulivi, 2001) augmente le risque de propagation de ces infections chez les détenus qui adoptent ces comportements à risque. Par exemple, des études axées sur des détenus sous responsabilité fédérale au Canada ont permis d'estimer la séroprévalence globale² du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à 2 % et celle du virus de l'hépatite C (VHC) à une proportion allant de 26 % à 33 % (De et coll., 2004; Ford et coll., 2000). En revanche, la prévalence du VIH est estimée à 0,3 % dans la population canadienne adulte (les 15 à 49 ans) (ONUSIDA, 2006), et la prévalence du VHC, à 0,8 % dans la population canadienne générale (Zou et coll., 2001).

Du point de vue de la quantification de la connaissance des maladies infectieuses et de l'exploration des relations entre la connaissance, les programmes d'éducation en matière de santé et le comportement, l'infection la plus fréquemment étudiée chez les adultes incarcérés est le VIH. Bien que la connaissance du VIH parmi les détenus soit médiocre dans certains pays, comme les Philippines (Simbulan, Aguilar, Flanigan et Cu-Uvin, 2001), des études américaines donnent à penser que le niveau de connaissance est relativement élevé, que son augmentation après des interventions de sensibilisation est proportionnellement faible et que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être mieux renseignées après des interventions de sensibilisation (Belenko, Shedlin et Chaple, 2005; Bryan, Robbins, Ruiz et O'Neill, 2006; Grinstead, Faigeles et Zack, 1997; Ross, Harzke, Scott, McCann et Kelley, 2006; Scott, Harzke, Mizwa, Pugh et Ross, 2004) (voir l'annexe A).

² Prévalence fondée sur des tests biologiques.

Dans le milieu correctionnel canadien, la recherche qualitative menée en 2001-2002 portait sur la connaissance de la transmission du VIH et du VHC chez les détenues sous responsabilité fédérale (Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 2003). De façon générale, les femmes possédaient une plus grande connaissance du VIH que du VHC, mais des lacunes ont été décelées dans le cas des deux virus (voir l'annexe B). Par exemple, 29 % des femmes ignoraient que le VIH pouvait être transmis par le matériel d'injection, et cette proportion était de 43 % dans le cas de la transmission du VHC. Une étude menée en 1995 sur un petit échantillon (n = 39) de détenus sous responsabilité fédérale en Ontario a révélé que 100 % des sujets savaient qu'il était possible de contracter le virus du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) en se servant de seringues non stérilisées d'une personne séropositive, que 82 % savaient qu'il était impossible qu'une personne séropositive puisse transmettre le virus du sida en toussant ou en éternuant et que 82 % savaient qu'il était impossible de guérir du sida. Les principales sources d'information citées par les détenus étaient : les médias (97 %), les livres et les brochures (87 %), la famille et les amis (74 %), les professionnels de la santé (46 %), les organismes communautaires (33 %) et la participation à une étude de recherche (10 %) (Calzavara, Myers, Millson, Schlossberg et Burchell, 1997).

Les programmes d'éducation en matière de santé peuvent améliorer la connaissance des détenus concernant les maladies infectieuses, mais une connaissance accrue n'entraîne pas nécessairement un comportement plus sécuritaire. Dans le cadre d'une étude chinoise portant sur des détenues consommant de l'héroïne par voie intraveineuse, Lee (2005) n'a pas découvert de relation entre la connaissance du risque de contracter le sida en partageant du matériel d'injection et le partage de seringues. En outre, selon une étude grecque menée auprès de détenus sélectionnés au hasard, la connaissance de la transmission et de la prévention du VIH ne variait pas beaucoup entre ceux qui consommaient des drogues injectables et ceux qui ne le faisaient pas (Koulierakis, Power, Gnardellis et Agrafiotis, 2003).

En outre, certaines études ont même révélé que les détenus qui avaient un comportement à risque possédaient une meilleure connaissance du VIH. Parmi des délinquantes incarcérées dans une prison du Texas, aux États-Unis, celles qui ont déclaré s'être prostituées au cours des 12 mois précédant l'incarcération possédaient une meilleure connaissance du VIH que celles qui n'avaient pas déclaré s'être prostituées (Alarid et Marquart, 1999). Chez des détenus du Connecticut, on a enregistré un plus grand taux de consommation de drogues injectables et de

partage de seringues chez ceux qui possédaient une meilleure connaissance du VIH (Bryan, Robbins, Ruiz et O'Neill, 2006). Enfin, une étude menée auprès de détenus de trois prisons de la Louisiane a révélé qu'une plus grande connaissance des risques de transmission du VIH était associée à une probabilité plus forte de consommation de drogues injectables ou de relations sexuelles anales avec des hommes (Moseley et Tewksbury, 2006). Selon une hypothèse présentée par les auteurs, les détenus affichent délibérément un comportement à risque élevé parce qu'ils croient que le risque en vaut la peine ou parce que les comportements liés au risque sont extrêmement difficiles à changer. De plus, Moseley et Tewksbury (2006) ont avancé que les détenus sont bien informés au sujet des comportements à risque parce qu'ils les adoptent. De façon analogue, les détenus qui évitent d'adopter un comportement à risque estiment peut-être qu'il importe peu de se renseigner à ce sujet.

Ainsi, des travaux de recherche donnent à penser qu'une meilleure connaissance du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ne réduit pas nécessairement les comportements à risque en matière de VIH, mais il n'y a guère de recherches analogues sur la relation entre la connaissance du virus de l'hépatite C (VHC) et les comportements à risque. De plus, les recherches antérieures n'ont pas examiné de façon approfondie les comportements de réduction des méfaits, comme la stérilisation du matériel d'injection à l'eau de Javel, et nous n'avons trouvé aucune étude qui portait sur la relation entre la connaissance et le comportement dans le milieu correctionnel canadien.

Afin de corriger ces lacunes dans la documentation, le Service correctionnel du Canada (SCC) a réalisé, en 2007, le Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque (le Sondage national), un questionnaire papier-crayon autoadministré rempli par un échantillon important de détenus sous responsabilité fédérale. Le présent rapport contient des renseignements tirés du Sondage national au sujet de la connaissance du VIH et du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale, de la relation entre la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance, ainsi que de la relation entre la connaissance et l'adoption de comportements à risque ou de comportements visant à réduire les méfaits. De telles données éclaireront la politique de santé du SCC et ses décisions relatives aux programmes.

Méthode

Élaboration de l'instrument de sondage

Pour obtenir les renseignements nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'étude, l'équipe de projet, composée de représentants de plusieurs ministères fédéraux³, a choisi d'utiliser un questionnaire papier-crayon autoadministré (Zakaria, Thompson et Borgatta, 2009). Ce questionnaire a été élaboré à la suite de consultations menées sous forme de groupes de discussion avec des détenus de cinq pénitenciers, dont un établissement pour femmes et un groupe de détenus autochtones. Afin de maximiser la compréhension, les questions étaient formulées de manière à ne pas dépasser le niveau d'alphabétisation d'un élève de 8^e année. De plus, les détenus pouvaient choisir la version anglaise ou française du questionnaire.

Dans sa forme définitive, le questionnaire comptait 50 pages et les détenus ont mis entre 45 et 55 minutes environ pour y répondre. Il a permis d'obtenir de l'information sur les comportements à risque associés à la propagation des infections transmissibles sexuellement et par le sang; sur le dépistage et le traitement des infections à VHC et à VIH chez les détenus; sur la connaissance qu'ont les détenus du VIH et du VHC; et sur leur connaissance des programmes de réduction des méfaits et d'éducation en matière de santé ainsi que sur leur participation à ces programmes.

Avant la collecte de données, le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada a examiné et approuvé la méthodologie du sondage.

Mesures

Le présent rapport traite des sections du questionnaire portant sur la connaissance du VIH et du VHC, sur la participation à des programmes d'éducation en matière de santé, et sur les comportements à risque et les comportements visant à réduire les méfaits en milieu carcéral.

Connaissance du VIH et du VHC

Le questionnaire contenait 14 questions sur le VIH et le VHC (voir les annexes F et I pour les questions et réponses précises). Les questions étaient axées sur quatre sous-domaines de

³ La Direction de la recherche du SCC, la Direction de la santé publique du SCC ainsi que la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida et la Division des infections acquises dans la collectivité de l'Agence de la santé publique du Canada.

connaissance : principaux modes de transmission, transmission par simple contact, prévention et tests de dépistage et traitement. Pour chaque question, les détenus avec le choix de répondre « oui », « non » ou « je ne sais pas ». En attribuant la mention « conscient » pour toutes les bonnes réponses et la mention « inconscient » pour toutes les mauvaises réponses ou les réponses « je ne sais pas », nous avons obtenu une simple variable dichotomique nommée « conscience » pour faciliter l'analyse.

Dans le cas de la connaissance du VIH et du VHC, on a déterminé la note qu'a obtenue chaque détenu dans l'ensemble et dans les sous-domaines. La note globale correspondait à la proportion de bonnes réponses à 14 questions. La note du sous-domaine correspondait à la proportion de bonnes réponses aux questions des sous-domaines.

Participation à des programmes d'éducation en matière de santé

Le questionnaire demandait aux détenus d'indiquer s'ils avaient participé ou non aux programmes suivants : le Programme de sensibilisation à la réception, le programme Choisir la santé dans les prisons et le Programme national de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida, les Cercles des gardiens du savoir et le programme *Chee Mamuk* (voir l'annexe C pour une brève description de ces programmes d'éducation en matière de santé). Tous ces programmes offrent de l'information sur les maladies infectieuses. Les réponses des détenus (« oui », « non » ou « je ne sais pas ») ont permis de classer les détenus dans la catégorie de « participant » ou « non-participant » à un programme d'éducation en matière de santé. Les détenus qui ont déclaré avoir participé (« oui ») à l'un ou l'autre de ces programmes ont été considérés comme des « participants ». Ceux qui ont dit ne pas avoir participé (« non ») à l'un ou l'autre de ces programmes ont été classés dans la catégorie « non-participant ». On a considéré l'information comme manquante dans le cas de tous les autres détenus.

Comportements en milieu carcéral liés aux drogues, aux relations sexuelles, au tatouage et au perçage

Les détenus ont fait état de leurs comportements en milieu carcéral en ce qui concerne la consommation de drogues et les relations sexuelles depuis novembre 2006 ou, s'ils ont été admis après cette date, depuis leur admission à l'établissement pour la peine qu'ils étaient alors en train de purger. Ils ont de plus répondu à des questions sur leurs comportements, anciens et actuels, liés au tatouage et au perçage dans une rangée du pénitencier. Les comportements liés aux

drogues comprenaient, entre autres, la consommation de drogues non injectables, la consommation de drogues injectables, et la stérilisation et le partage de seringues et d'autre matériel d'injection. Les comportements liés aux relations sexuelles comprenaient les activités suivantes : toute relation sexuelle (orale, vaginale ou anale), les relations avec plus d'un partenaire, les relations sexuelles non protégées, l'utilisation d'un jouet sexuel appartenant à quelqu'un d'autre et les relations sexuelles avec un partenaire porteur du VIH, du VHC, d'une infection transmissible sexuellement ou dont l'état à ce chapitre est inconnu. Les comportements liés au tatouage et au perçage comprenaient : le partage de matériel de tatouage ou d'encre, le partage de matériel de perçage et la stérilisation du matériel de tatouage ou de perçage. Pour plus de précisions au sujet de ces comportements et le Sondage national, voir l'annexe D.

Échantillonnage

Plan d'enquête et estimation de la taille de l'échantillon

La base du sondage se composait de toutes les personnes détenues dans les pénitenciers fédéraux, dont le nombre s'élevait à quelque 13 749 juste avant le moment du sondage (mars 2007). Étaient exclus de cette base les détenus incapables de comprendre l'anglais ou le français, oralement ou par écrit (moins de 0,5 % de la population carcérale). Chaque pénitencier servait de strate de taille variable l'une par rapport à l'autre. Nous avons établi la taille de l'échantillon de chaque pénitencier pour hommes de manière à nous assurer que les proportions estimées présentaient une faible marge d'erreur ($\pm 5\%$), 8 fois sur 10 [$\alpha = 0,20$ (pour intervalles bilatéraux), $\sigma^2 = 0,25$, facteur de correction pour population finie appliqué] (Cochran, 1977, p. 75). Si la taille estimée de l'échantillon pour un établissement donné correspondait à 80 % ou plus de la population de l'établissement, tous les détenus de cet établissement étaient invités à participer au sondage. Comme cette situation s'est produite dans le cas de petites populations pénitentiaires, les coûts de sondage supplémentaires étaient minimes. Étant donné le petit nombre ($N = 479$) de détenues, toutes ont été invitées à participer. La taille de l'échantillon final pour l'ensemble de la population carcérale sous responsabilité fédérale, incluant les hommes et les femmes, a été estimée à 4 981 détenus.

Liste de l'échantillon de chacun des établissements

Dans chaque pénitencier pour hommes, un échantillonnage aléatoire simple, sans

remplacement à partir de la base de l'échantillon, a servi à générer la liste principale. Deux listes de remplacement ou plus (listes secondaires) ont aidé à maintenir les tailles requises de l'échantillon au cas où un détenu refuserait de participer à l'étude ou ne se trouverait pas dans l'établissement. Les listes classées en fonction de l'auto-identification en tant qu'Autochtone, de la principale langue officielle (anglais ou français) et de la durée de la peine globale ont facilité les substitutions. Lorsqu'un détenu inscrit sur la liste principale refusait de participer au sondage ou ne se trouvait pas dans l'établissement pour quelque motif que ce soit, il était possible de le remplacer par un autre détenu inscrit sur la liste secondaire et possédant les mêmes caractéristiques que le détenu de l'échantillon initial.

Mise en œuvre du sondage

Sélection et formation des coordonnateurs du sondage

Les coordonnateurs régionaux (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Pacifique) du sondage ont été nommés par les sous-commissaires adjoints, Opérations en établissement. Chaque directeur d'établissement a également désigné un coordonnateur du sondage dans son établissement. Les coordonnateurs régionaux assuraient la liaison avec les coordonnateurs en établissement et tenaient des téléconférences hebdomadaires avec la Direction de la recherche afin de résoudre les problèmes de logistique durant la mise en œuvre du sondage. La Direction de la recherche a préparé un manuel complet de formation à l'intention des coordonnateurs du sondage et a également dirigé des séances de formation individualisées afin de renforcer l'engagement des coordonnateurs à l'égard du sondage et d'uniformiser les approches et les messages utilisés.

Sensibilisation de la population au sondage

Les comités régionaux de gestion, les directeurs d'établissement, les employés chargés de la sécurité et les syndicats ont reçu de l'information sur le sondage et ont manifesté leur appui à celui-ci. Afin de faire connaître le sondage dans les établissements, un communiqué général et un document sur les questions le plus souvent posées ont été envoyés à tous les employés du SCC, et des affiches annonçant la tenue du sondage ont été apposées dans tous les établissements (Zakaria et coll., 2009). Ces affiches insistaient sur le caractère volontaire de la participation au sondage, garantissaient l'anonymat et la confidentialité aux participants et rappelaient que

l'objectif général du sondage était d'améliorer la santé des détenus. Les directeurs d'établissement ont facilité la mise en œuvre du sondage en se chargeant d'informer les comités de gestion, les comités de détenus et les syndicats locaux.

Recrutement des détenus

Les coordonnateurs en établissement ont reçu les listes des détenus admissibles de deux à trois semaines avant la date prévue du début de la collecte de données. Avant de communiquer avec les détenus, le directeur de l'établissement ou son remplaçant désigné ont examiné les listes principale et secondaires pour déceler tout risque sur le plan de la sécurité. Les détenus considérés comme présentant un risque pour la sécurité ont été soit exclus définitivement du sondage, soit autorisés à répondre au questionnaire dans leur cellule.

Les coordonnateurs du sondage dans les établissements ont invité les détenus dont les noms figuraient sur la liste d'échantillonnage à participer à l'étude et à signer un formulaire de consentement, le cas échéant (Zakaria et coll., 2009). Par souci d'efficacité, on a organisé des séances d'information en groupe avec les détenus admissibles afin de leur expliquer le déroulement du sondage et revoir avec eux le formulaire de consentement. Les détenus ont été appelés donner leur consentement non pas au cours de cette séance, mais plutôt dans le cadre d'une rencontre en privé. Les détenus en isolement ont été recrutés individuellement. Là où le niveau de scolarité du détenu et les interactions antérieures avec lui (ou elle) le justifiaient, on lui a demandé s'il souhaitait avoir de l'aide pour remplir le questionnaire. Une reproduction petit format (13,9 cm sur 21,6 cm) de l'affiche du sondage était laissée à chacun des détenus dont la participation était sollicitée (Zakaria et coll., 2009).

Une fois établi le calendrier du sondage, la Direction de la sécurité du SCC a passé en revue la liste des détenus appelés à répondre au sondage dans un lieu commun afin de s'assurer de la compatibilité entre les détenus convoqués pour la même séance de groupe. Ensuite, chaque détenu a été informé du moment et de l'endroit où il devrait remplir le questionnaire, et ces renseignements lui ont été rappelés la veille du jour prévu. Les activités de recrutement se sont poursuivies, selon les besoins, jusqu'à la fin de la période de collecte de données dans l'établissement. Cette façon de faire a permis le remplacement des détenus qui ne pouvaient répondre au questionnaire pour une raison ou une autre.

Collecte des données

Du 22 mai au 6 juillet 2007, une entreprise privée a administré le questionnaire, dans chaque établissement, aux détenus qui avaient signé le formulaire de consentement. Le coordonnateur du sondage devait faire en sorte que les détenus soient là, au jour et à l'heure prévus de la venue de l'entrepreneur chargé du sondage et de la distribution des questionnaires. Puisque l'entrepreneur ne possédait pas la liste d'échantillonnage et que les détenus avaient comme consigne de ne pas inscrire leur nom ou le nom de quelqu'un d'autre sur le questionnaire, il était impossible d'établir un lien entre le formulaire de consentement et le questionnaire rempli. Cette façon de faire garantissait l'anonymat et la confidentialité aux détenus participants.

Chaque détenu a rempli un questionnaire autoadministré : derrière une cloison lorsqu'il se trouvait en groupe, dans sa cellule s'il était en isolement, ou dans le cadre d'une entrevue individuelle en privé lorsqu'il avait demandé de l'aide. À la fin de la collecte de données dans leur établissement, tous les détenus participants ont reçu les réponses aux questions portant sur leur connaissance du VIH et du VHC (Zakaria et coll., 2009).

En milieu correctionnel, plusieurs facteurs compliquent le recrutement des détenus et l'administration du questionnaire, notamment le transfèrement de détenus d'un établissement à un autre, le départ de détenus à l'expiration de leur peine ou encore l'absence de ceux qui bénéficient d'une forme quelconque de liberté sous condition durant la période du sondage. En tout, 3 370 détenus (3 006 hommes, 351 femmes, 13 transgenres) ont répondu au questionnaire. Pour des motifs opérationnels, la plupart des établissements n'ont pu tenir un compte précis du nombre de détenus invités à participer au sondage. Toutefois, 13 établissements, comptant environ 27 % de la population carcérale totale sous responsabilité fédérale au moment du sondage, ont fourni des renseignements suffisamment détaillés pour qu'on puisse estimer le taux de consentement et de réponse au sondage. Dans ces 13 établissements de divers niveaux de sécurité (de sécurité minimale à sécurité maximale), 1 687 détenus ont été invités à participer au sondage, 996 ont accepté (taux de consentement = 59 %) et 811 ont rempli un questionnaire (taux de réponse = 48 %). Par comparaison, le Sondage national de 1995 avait obtenu un taux de réponse de 64,2 % [taux de réponse = nombre de détenus qui ont rempli un questionnaire / (nombre de détenus qui ont rempli un questionnaire + nombre de détenus qui ont refusé)]. Toutefois, si les détenus malades, mis en liberté et transférés sont inclus dans le dénominateur, le taux de réponse chute à 59,7 % (Price Waterhouse, 1996, renseignements tirés de la pièce 1.3, à

la p. 12). La différence dans les taux de réponse des deux sondages peut être attribuée à plusieurs facteurs, comme l'évolution du profil des détenus au fil du temps ou le fait que le Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque abordait des sujets plus délicats.

L'entrepreneur a conservé tous les questionnaires remplis et, en août 2007, a fourni une base de données contenant les résultats anonymes du sondage. Les analyses préliminaires visant à vérifier l'intégrité des données ont été réalisées à l'automne 2007 et à l'hiver 2008. Une fois réglées toutes les questions relatives à l'intégrité des données, en juin 2008, l'entrepreneur a détruit tous les questionnaires remplis.

Démarche analytique générale

Méthodes statistiques pour les enquêtes par échantillonnage complexe

Les méthodes statistiques sont généralement adaptées aux données obtenues par échantillonnage aléatoire simple. Dans un tel cas, chaque détenu faisant partie de l'échantillon représente un détenu issu de la population carcérale, et les estimations dérivées de l'échantillon se rapportent à cette population. Dans le Sondage national, les détenus étaient choisis au hasard, mais la fraction de l'échantillon qu'ils constituaient n'était pas la même d'un établissement à l'autre, s'échelonnant entre 8 et 94 %. Par conséquent, chaque détenu membre de l'échantillon représentait un nombre pouvant aller de 1 à 13 détenus. Si on avait analysé les données du Sondage national comme si celles-ci avaient été obtenues par échantillonnage aléatoire simple (c.-à-d. que chaque détenu membre de l'échantillon aurait représenté un détenu issu de la population carcérale), on aurait obtenu des estimations et des variances inexactes de la population (Lee et Forthofer, 2006). Toutes les valeurs estimées figurant dans le présent rapport tiennent compte du plan d'échantillonnage complexe du Sondage national de 2007 en intégrant des coefficients de pondération qui indiquent le nombre de détenus de la population que représente chaque détenu membre de l'échantillon. Le coefficient de pondération d'un dossier correspond à l'inverse de la fraction de l'échantillon de l'établissement. Ainsi, les estimations figurant dans le présent rapport sont représentatives de la population carcérale sous responsabilité fédérale. De plus, la prise en compte des tailles de population estimées dans les tableaux permet de calculer le nombre de détenus déclarant une caractéristique particulière. Une telle information présente une valeur de nature administrative.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide des méthodes d'enquête 9.1 ou 9.2 du SAS[®] Institute (SAS Institute Inc., 2004, 2008), qui tiennent compte de l'échantillonnage complexe. Les inférences à la population se font à l'aide de critères communs de décision (p. ex., alpha bilatéral de 0,05). La linéarisation⁴ par série de Taylor a été utilisée de pair avec le facteur de correction de la population finie pour calculer la variance d'une estimation. Chaque estimation ponctuelle dont il est fait état dans le présent rapport s'accompagne d'un intervalle de confiance bilatéral de 95 %, calculé à partir de la distribution de Student ou de la distribution normale réduite. Au cours des analyses bidimensionnelles, nous avons utilisé le test du khi carré de Rao-Scott⁵ pour association statistique lorsque les données étaient catégorielles, et le test de Wald (statistique F⁶) lorsque nous étions en présence de données continues.

En raison de la grande taille de l'échantillon ayant servi à établir bon nombre des comparaisons, des différences d'importance sujette à caution revêtiront souvent une signification statistique. Afin de souligner les différences à la fois statistiquement significatives et concrètement importantes, nous nous concentrons sur les différences supérieures à 10 %.

Non-réponse à certaines questions et sous-populations de petite taille

La non-réponse à certaines questions est une limite inhérente à la plupart des sondages où le sujet est appelé à fournir des renseignements qui portent sur des questions personnelles comme le comportement sexuel. Bien qu'il existe des méthodes perfectionnées applicables en cas de faibles taux de réponse à certaines questions, nous avons employé une méthode semblable à celle d'autres études répertoriées : quelle que soit la question, nous présumons que les non-répondants et les répondants possèdent des caractéristiques communes. Les tableaux du présent rapport mettent en évidence les questions pour lesquelles le taux de non-réponse variait de 20 % à 50 % (fondé sur la distribution pondérée) afin d'attirer l'attention du lecteur sur cette situation. Toutefois, lorsque le taux de non-réponse à une question excédait 50 %, nous avons choisi de ne pas divulguer les estimations. Afin de protéger la confidentialité des données, nous n'indiquons pas les estimations lorsque moins de cinq détenus partagent une même caractéristique. Enfin, en raison du petit nombre de répondants transgenres (n = 13), les résultats du sondage mené auprès d'eux ne sont pas présentés dans notre rapport.

⁴ Pour obtenir des renseignements détaillés et des références connexes, voir SAS Institute Inc. (2004, p. 166).

⁵ Pour obtenir des renseignements détaillés et des références connexes, voir SAS Institute Inc. (2004, p. 4216).

⁶ Pour obtenir des renseignements détaillés, voir SAS Institute Inc. (2008, p. 6558).

Analyses spécifiques

Mesure dans laquelle l'échantillon est représentatif de la population

Pour évaluer la mesure dans laquelle l'échantillon est représentatif de la population carcérale, nous avons comparé les estimations des caractéristiques sociodémographiques et d'incarcération de l'échantillon aux estimations obtenues à partir de données administratives sur les détenus sous responsabilité fédérale.

Résultats relatifs à la connaissance

Afin de quantifier la connaissance, nous avons calculé la proportion de détenus ayant donné une bonne réponse à chacune des 28 questions. Nous avons aussi établi le taux moyen de connaissance globale et par sous-domaine du VIH et du VHC. Les estimations présentées se rapportent à tous les détenus, en fonction du sexe et de l'auto-identification en tant qu'Autochtone pour chaque sexe. Un examen des résultats relatifs à la connaissance en fonction du sexe et de l'auto-identification en tant qu'Autochtone permet au SCC de combler les besoins particuliers des femmes et des détenus autochtones.

Relation entre la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance

Pour évaluer la relation entre la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance, nous avons comparé les résultats relatifs à la connaissance entre les « participants » et les « non-participants », de façon distincte pour les hommes et les femmes.

Relation entre la connaissance et le comportement

La relation entre la connaissance et le comportement a été évaluée en comparant les comportements des détenus « conscients » de faits importants au sujet de la transmission du VIH et du VHC et ceux des détenus « inconscients ». Par exemple, les comportements à risque sur le plan sexuel ont été comparés chez les détenus qui savaient que le VIH pouvait être transmis au moment d'une relation sexuelle orale et les détenus qui l'ignoraient.

Résultats

Représentativité de l'échantillon et caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population des détenus sous responsabilité fédérale étaient comparables entre les sources de données, ce qui indique que l'échantillon était représentatif de la population (voir l'annexe E). Selon les données du Sondage national, la majorité des détenus étaient des anglophones (78 %, IC à 95 % : 77, 79), non autochtones (79 %, IC à 95 % : 77, 80), nés au Canada (89 %, IC à 95 % : 88, 91), qui possédaient un diplôme d'études secondaires ou de niveau supérieur au moment du sondage (54 %, IC à 95 % : 52, 56) et qui n'étaient pas engagés dans une relation (69 %, IC à 95 % : 38, 71). Des différences existaient entre les hommes et les femmes. En moyenne, les hommes étaient plus âgés que les femmes (38 ans par rapport à 34 ans, $F(1, 3192) = 106,64$; $p < 0,05$), avaient purgé une plus grande partie de leur peine (4,8 ans par rapport à 2,2 ans, $F(1, 2975) = 274,15$; $p < 0,05$) et comprenaient un pourcentage moins élevé d'Autochtones (21 % par rapport à 36 %, $\chi^2(1, n = 3234) = 94,37$; $p < 0,05$) comparativement aux femmes.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Connaissance du VIH

En moyenne, les détenus ont donné une bonne réponse à 80 % (IC à 95 % : 79, 80) des questions sur le VIH (voir le tableau 1), et 72 % (IC à 95 % : 70, 73) des détenus ont donné une bonne réponse à plus de 75 % des questions (voir le tableau 2).

Tableau 1

Scores moyens - connaissance du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale

	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		F (1,3 004)	Tous (n=3 357) (N=13 701)	
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)
Principaux modes de transmission	2 727	85 (84, 85)	322	84 (83, 86)	0,03	3 049	85 (84, 85)
Transmission par simple contact	2 727	80 (79, 82)	322	87 (86, 89)	41,62*	3 049	81 (80, 82)
Prévention	2 727	77 (76, 78)	322	80 (79, 81)	12,93*	3 049	77 (76, 77)
Connaissance globale	2 727	80 (79, 80)	322	83 (82, 84)	17,54*	3 049	80 (79, 80)

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine, n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05

Tableau 2

Distribution des scores - connaissance globale du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale

Pourcentage des détenus ayant donné une bonne réponse	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		Tous (n=3 357) (N=13 701)	
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)
De 0 % à 25 % des questions	147	5 (4, 6)	16	5 (4, 6)	163	5 (4, 6)
De >25 % à 50 % des questions	203	7 (6, 8)	14	4 (3, 5)	217	7 (6, 8)
De >50 % à 75 % des questions	433	17 (15, 18)	34	11 (9, 13)	467	16 (15, 18)
De >75 % à 100 % des questions	1 944	71 (70, 73)	258	81 (78, 83)	2 202	72 (70, 73)

Nota : La distribution variait de façon significative en fonction du sexe ($\chi^2(3, n = 3 049) = 32,06$; p < 0,05). VIH = virus de l'immunodéficience humaine, n = taille de l'échantillon, N = taille estimée de la population.

Le niveau de connaissance du VIH variait légèrement d'un sous-domaine à l'autre et de façon plus importante d'une question à l'autre. Quant aux sous-domaines, les détenus étaient particulièrement bien informés des principaux modes de transmission du VIH (M = 85 %, IC à 95 % : 84, 85), mais possédaient une connaissance plus limitée de la prévention du VIH (M = 77 %, IC à 95 % : 76, 77) (voir le tableau 1). Pour ce qui est des questions individuelles, les détenus étaient particulièrement peu conscients de l'existence d'un « condom féminin que les femmes peuvent utiliser pour se protéger de la transmission du VIH durant les rapports

sexuels »; seulement 61 % (IC à 95 % : 59, 63) des détenus ont donné une bonne réponse à cette question. En revanche, les détenus étaient particulièrement conscients du risque de contracter le VIH en se faisant une injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre; 92 % (IC à 95 % : 91, 93) des détenus ont donné une bonne réponse à cette question (voir l'annexe F).

Voici d'autres lacunes sur le plan de la connaissance donnant lieu à des préoccupations :

- 1) 25 % (IC à 95 % : 23, 26) des détenus ignorent qu'il est possible de contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle orale;
- 2) 19 % (IC à 95 % : 18, 21) des détenus ignorent que le coït interrompu ne prévient pas la transmission du VIH;
- 3) 21 % (IC à 95 % : 20, 23) des détenus ignorent qu'il est impossible de guérir le VIH.

Variation de la connaissance du VIH par sous-groupes

Variation de la connaissance du VIH selon le sexe

Les femmes étaient légèrement mieux informées que les hommes du VIH de façon globale, de la transmission par simple contact et de la prévention (voir le tableau 1). La proportion de détenus ayant donné des bonnes réponses à des questions particulières variait considérablement entre les hommes et les femmes, 10 fois sur 14, et les résultats obtenus par les femmes étaient légèrement supérieurs à ceux des hommes (voir l'annexe F.) Toutefois, dans un seul cas, la différence selon le sexe était supérieure à 10 % : 78 % (IC à 95 % : 75, 80) des femmes, comparativement à 60 % (IC à 95 % : 58, 62) des hommes, savaient qu'il existe un condom féminin que les femmes peuvent utiliser pour se protéger de la transmission du VIH durant les rapports sexuels ($\chi^2(1, n = 3\ 021) = 79,44; p < 0,05$).

Variation de la connaissance du VIH selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone

On a relevé certaines différences statistiquement significatives, mais les scores moyens de connaissance globale et par sous-domaine du VIH ne variaient pas de façon importante en fonction de l'auto-identification en tant qu'Autochtone (voir le tableau 3). Dans la même veine, la comparaison des bonnes réponses à des questions particulières données par les détenus autochtones et celles données par les détenus non autochtones n'a jamais donné lieu à une

différence supérieure à 10 % (voir l'annexe G). La principale différence se rattachait à la comparaison entre les femmes non autochtones et les femmes autochtones : 85 % (IC à 95 % : 82, 87) des femmes non autochtones savaient que la vaseline ou l'huile pour bébés ne permet pas d'augmenter le degré de protection contre le VIH d'un condom, comparativement à 75 % (IC à 95 % : 71, 79) des femmes autochtones ($\chi^2(1, n = 309) = 11,14; p < 0,05$).

Tableau 3

Scores moyens - connaissance du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone

	Hommes					Femmes				
	Non-Autochtones (n=2 281) (N=10 480)		Autochtones (n=612) (N=2 742)		F(1, 2923)	Non-Autochtones (n=212) (N=309)		Autochtones (n=129) (N=170)		F(1, 2923)
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Principaux modes de transmission	2 106	85 (84, 86)	546	84 (82, 86)	0,25	197	87 (85, 88)	119	81 (78, 83)	7,79*
Transmission par simple contact	2 106	81 (79, 82)	546	80 (77, 83)	0,37	197	88 (86, 90)	119	85 (82, 87)	3,29
Prévention	2 106	77 (76, 78)	546	74 (72, 77)	4,85*	197	82 (80, 83)	119	77 (75, 80)	5,78*
Connaissance globale	2 106	80 (79, 81)	546	78 (76, 80)	2,66	197	84 (83, 86)	119	80 (78, 83)	6,14*

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine, n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05

Variation de la connaissance du VIH en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé

Une proportion de 43 % des détenus (42 % des hommes et 70 % des femmes) a déclaré avoir participé à au moins un des programmes d'éducation en matière de santé offerts par le SCC. Les détenus qui ont participé à au moins un de ces programmes ont généralement obtenu des résultats supérieurs dans le cadre de l'évaluation de leur connaissance globale et par sous-domaine du VIH, comparativement aux détenus qui n'ont pas participé à de tels programmes (voir le tableau 4). Les variations des scores moyens de connaissance n'ont cependant jamais dépassé 10 %.

Tableau 4

Scores moyens - connaissance du VIH chez les détenus sous responsabilité fédérale, en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé

	Hommes					Femmes				
	Participation à un programme d'éducation en matière de santé					Participation à un programme d'éducation en matière de santé				
	Oui (n=1 046) (N= 5 541)		Non (n=1 426) (N=7 681)			Oui (n=219) (N=338)		Non (n=86) (N=142)		
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	F(1, 2598)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	F(1,2598)
Principaux modes de transmission	1 006	88 (86, 89)	1 346	83 (82, 85)	17,19*	211	86 (84, 88)	81	85 (82, 89)	0,11
Transmission par simple contact	1 006	84 (82, 86)	1 346	78 (76, 80)	21,14*	211	91 (90, 92)	81	82 (78, 86)	12,9*
Prévention	1 006	80 (78, 81)	1 346	75 (74, 77)	15,73*	211	83 (82, 84)	81	78 (74, 81)	5,61*
Connaissance globale	1 006	83 (81, 84)	1 346	78 (77, 79)	24,37*	211	86 (85, 87)	81	80 (77, 84)	8,07*

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine, n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population. *p < 0,05

De façon analogue, la comparaison des résultats obtenus aux questions particulières par les participants à un programme d'éducation en matière de santé avec ceux des non-participants, a permis de relever des différences statistiquement significatives en faveur des participants pour 7 des 14 questions chez les hommes et 10 des 14 questions chez les femmes (voir l'annexe H). Toutefois, la comparaison du taux de bonnes réponses entre les participants et les non-participants a seulement dépassé 10 % pour trois questions, toujours chez les femmes. Premièrement, 87 % (IC à 95 % : 85, 89) des participantes savaient que le VIH ne se propageait pas dans les piscines ou les cuves thermales, comparativement à 73 % (IC à 95 % : 67, 79) des non-participantes ($\chi^2(1, n = 287) = 22,46; p < 0,05$). Deuxièmement, 96 % (IC à 95 % : 95, 97) des participantes savaient que le VIH ne se propageait pas dans les aliments, comparativement à 85 % (IC à 95 % : 81, 90) des non-participantes ($\chi^2(1, n = 288) = 30,67; p < 0,05$). Enfin, 86 % (IC à 95 % : 84, 89) des participantes savaient qu'il n'existait pas de médicament pour guérir le VIH, comparativement à 75 % (IC à 95 % : 69, 80) des non-participantes ($\chi^2(1, n = 287) = 13,16; p < 0,05$).

Relation entre la connaissance du VIH et les comportements à risque
Injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre

Les détenus conscients du risque d'infection à VIH découlant de l'injection de drogues à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre étaient moins susceptibles de déclarer s'être injecté des drogues au cours des six derniers mois d'incarcération, comparativement aux détenus qui étaient inconscients de ce risque (14 % par rapport à 22 %, $\chi^2(1, n = 2\,922) = 5,84$; $p < 0,05$). Cette tendance a été observée chez les hommes et chez les femmes (voir le tableau 5). Chez les hommes qui s'injectaient des drogues, toutefois, la connaissance du risque n'avait pas eu de répercussions significatives sur le partage ou la stérilisation des seringues au cours des six derniers mois d'incarcération. Les échantillons étaient trop petits pour qu'on évalue ces relations chez les femmes.

Tableau 5

Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré s'être injecté des drogues, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VIH par l'intermédiaire de seringues

Connaissance : Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter le VIH? [oui]										
Pourcentage de détenus ayant déclaré avoir eu un tel comportement au cours des six derniers mois d'incarcération	Hommes					Femmes				
	Conscients (n=2 480) (N=12 168)		Inconscients (n=222) (N=1 054)		$\chi^2(1)$	Conscientes (n=297) (N=454)		Inconscientes (n=17) (N=26)		
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	$\chi^2(1)$
Consommation de drogues injectables	312	15 (13, 16)	40	21 (16, 27)	4,86*	36	12 (10, 14)	5	36 (22, 50)	16,32*
Parmi les détenus qui s'injectent des drogues :										
Injection à l'aide d'une seringue après que quelqu'un d'autre l'a utilisée	154	57 (52, 63)	14	46 (30, 63)	1,2	14	44 (34, 53)	‡	‡	
Partage d'une seringue avec quelqu'un ayant une infection à VIH ou à VHC ou dont l'état à ce chapitre est inconnu	99	40 (34, 45)	9	30 (15, 46)	0,83	9	29 [¶] (22, 37)	‡	‡	
Nettoyage à l'eau de Javel de la seringue avant la dernière injection	163	72 [¶] (67, 77)	16	57 [¶] (39, 75)	2,04	15	64 [¶] (54, 74)	‡	‡ [¶]	

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine, n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population; VHC = virus de l'hépatite C.

‡Résultat supprimé parce que moins de 5 détenues ont déclaré ce comportement. ¶Il manquait plus de 20 % à 50 % des données (en fonction de la distribution pondérée).

*p < 0,05.

Relation sexuelle orale non protégée

Parmi les détenus qui ont déclaré avoir eu une relation sexuelle au cours des six derniers mois d'incarcération, la proportion qui a signalé avoir eu une relation sexuelle orale non protégée avec une femme était généralement élevée chez les hommes et chez les femmes et n'avait aucun lien avec la connaissance du risque d'infection à VIH (voir le tableau 6). En raison des données manquantes, les estimations des relations sexuelles avec un homme ne sont pas divulguées.

Tableau 6

Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré avoir eu une relation sexuelle, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VIH au moment d'une relation sexuelle orale

Connaissance : Peut-on contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle orale? [oui]										
Pourcentage de détenus ayant déclaré avoir eu un tel comportement au cours des six derniers mois d'incarcération	Hommes					Femmes				
	Conscients (n=2 035) (N=9 943)		Inconscients (n=670) (N=3 279)		χ^2 (1)	Conscientes (n=244) (N=370)		Inconscientes (n=72) (N=110)		χ^2 (1)
n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n		% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		
Toute relation sexuelle (orale, vaginale ou anale)	322	15 (14, 17)	123	18 (15, 21)	2,41	67	30 (27, 33)	19	28 (22, 34)	0,23
Parmi les détenus ayant eu une relation sexuelle :										
Relation sexuelle orale non protégée avec une femme	124	72 [¶] (65, 79)	§	§	-	44	91 [¶] (87, 96)	12	100 [¶] (-)	-

Nota : Aucun taux de variance pour les estimations de 100 %. Il est impossible de calculer le χ^2 en présence de cellules à valeur nulle. VIH = virus de l'immunodéficience humaine, n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

¶Il manquait plus de 20 % à 50 % des données (en fonction de la distribution pondérée).

§ Résultat supprimé parce que la proportion de données manquantes est supérieure à 50 % (en fonction de la distribution pondérée).

*p < 0,05.

Relation sexuelle anale non protégée

Parmi les femmes qui ont déclaré avoir eu une relation sexuelle au cours des six derniers

mois d’incarcération, celles qui étaient conscientes d’un risque d’infection à VIH découlant des relations sexuelles anales non protégées étaient moins susceptibles de s’y être adonnées avec une autre femme, comparativement à celles qui ignoraient l’existence du risque (37 % par rapport à 71 %, $\chi^2(1, n = 55) = 5,57$; $p < 0,05$). En l’absence de données, il n’a pas été possible d’évaluer cette relation chez les hommes. En outre, à cause des données manquantes, les estimations de relations sexuelles avec un homme ne sont pas divulguées.

Tableau 7

Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré avoir eu une relation sexuelle, établi en fonction de leur connaissance de la transmission du VIH au moment d’une relation sexuelle anale

Connaissance : Risque-t-on de contracter le VIH au moment d’une relation sexuelle anale non protégée? [oui]										
	Hommes				Femmes					
Pourcentage de détenus ayant déclaré avoir eu un tel comportement au cours des six derniers mois d’incarcération	Conscients (n=2 385) (N=11 629)		Inconscients (n=327) (N=1 593)			Conscientes (n=271) (N=408)		Inconscientes (n=48) (N=71)		
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	X² (1)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	X² (1)
Toute relation sexuelle (orale, vaginale, anale)	376	16 (14, 17)	66	20 (16, 25)	3,18	74	29 (26, 32)	15	35 (27, 43)	1,36
Parmi les détenus ayant eu une relation sexuelle :										
Relation sexuelle anale non protégée avec une femme	78	40 [¶] (33, 47)	§	§	-	17	37 [¶] (29, 45)	6	71 [¶] (50, 91)	5,57*

Nota : VIH = virus de l’immunodéficience humaine, n = taille de l’échantillon; N = taille estimée de la population.

[¶] Il manquait plus de 20 % à 50 % des données (en fonction de la distribution pondérée).

[§] Résultat supprimé parce que la proportion de données manquantes est supérieure à 50 % (en fonction de la distribution pondérée).

* $p < 0,05$.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Connaissance du VHC

En moyenne, les détenus ont donné une bonne réponse à 69 % (IC à 95 % : 68,70) des questions sur le VHC (voir le tableau 8), et 52 % (IC à 95 % : 50, 54) des détenus ont donné une bonne réponse à plus de 75 % des questions (voir le tableau 9).

Tableau 8

Scores moyens - connaissance du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale

	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		F(1, 2975)	Tous (n=3 357) (N=13 701)	
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC de 95 %)
Principaux modes de transmission	2 702	83 (82, 84)	317	83 (82, 85)	0,14	3 019	83 (82, 84)
Transmission par simple contact	2 702	62 (61, 64)	317	74 (72, 77)	77,55*	3 019	62 (61, 64)
Prévention	2 702	63 (62, 65)	317	67 (64, 69)	5,25*	3 019	63 (62, 65)
Tests de dépistage et traitement	2 702	59 (58, 61)	317	65 (63, 67)	17,39*	3 019	60 (58, 61)
Connaissance globale	2 702	69 (68, 70)	317	74 (73, 76)	28,16*	3 019	69 (68, 70)

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population

*p < 0,05.

Tableau 9

Distribution des scores - connaissance globale du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale

Pourcentage des détenus ayant donné une bonne réponse	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		Tous (n=3 357) (N=13 701)	
	n	% (IC de 95 %)	n	% (IC de 95 %)	n	% (IC de 95 %)
De 0 % à 25 % des questions	219	8 (7, 9)	20	6 (5, 8)	239	8 (7, 9)
De >25 % à 50 % des questions	451	16 (15, 18)	33	10 (9, 12)	484	16 (15, 17)
De >50 % à 75 % des questions	665	25 (23, 26)	58	19 (16, 21)	723	24 (23, 26)
De >75 % à 100 % des questions	1 367	51 (49, 53)	206	65 (62, 67)	1 573	52 (50, 54)

Nota : La distribution variait considérablement en fonction du sexe ($\chi^2(3, n = 3 019) = 41,68$;

p < 0,05). VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

La connaissance du VHC variait considérablement en fonction des sous-domaines (voir le tableau 8) et des questions individuelles (voir l'annexe I). Quant aux sous-domaines, les détenus étaient particulièrement bien informés des principaux modes de transmission du VHC (M = 83 %, IC à 95 % : 82, 84). On a enregistré peu de variations pour le reste des scores moyens par sous-domaine – 60 % (IC à 95 % : 58, 61) pour les tests de dépistage et le traitement du VHC et 63 % (IC à 95 % : 62, 65) pour la prévention de l'infection au virus. Quant aux questions particulières, moins de 70 % des détenus ont donné une bonne réponse à 8 des 14 questions. Ils ignoraient surtout le fait qu'il est possible, grâce aux médicaments, que l'hépatite C ne soit plus détectable dans le sang; seulement 41 % (IC à 95 % : 39, 42) des détenus ont donné une bonne réponse à cette question. En revanche, les détenus étaient particulièrement bien informés du risque d'infection à VHC découlant du tatouage ou du perçage et de l'injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre; 91 % des détenus (IC à 95 % : 90, 92) ont donné une bonne réponse à ces questions.

Voici d'autres lacunes sur le plan de la connaissance donnant lieu à des préoccupations :

- 1) 32 % (IC à 95 % : 30, 33) des détenus ignorent qu'il est possible de contracter le VHC en partageant des pailles ou des pipes à crack pour priser ou fumer de la cocaïne;
- 2) 47 % (IC à 95 % : 45, 49) des détenus ignorent qu'il n'y a pas de vaccin contre le VHC;
- 3) 25 % (IC à 95 % : 24, 27) des détenus ignorent que les antibiotiques ne protègent pas contre le VHC;
- 4) 38 % (IC à 95 % : 36, 40) des détenus ignorent qu'il est possible d'être infecté à VHC à nouveau après avoir reçu un traitement efficace.

Variation de la connaissance du VHC par sous-groupe

Variation de la connaissance du VHC selon le sexe

Comparativement aux hommes, les femmes ont obtenu des scores moyens légèrement supérieurs sur le plan de la connaissance globale du VHC et des sous-domaines de la prévention, du dépistage et du traitement (voir le tableau 8). Une plus grande différence a été constatée entre les hommes et les femmes sur le plan de la transmission par simple contact; en moyenne, les femmes ont donné des bonnes réponses à 74 % (IC à 95 % : 72, 77) de ces questions, comparativement à 62 % (IC à 95 % : 61, 64) des hommes ($F(1, 2975) = 77,55; p < 0,05$).

La proportion de détenus ayant donné une bonne réponse à des questions particulières variait de façon significative entre les hommes et les femmes pour 10 des 14 questions. Pour chacune de ces 10 questions, le pourcentage des femmes qui ont répondu correctement était supérieur à celui des hommes (voir l'annexe I). Toutefois, nous avons observé entre les sexes une variation supérieure à 10 % pour seulement trois questions. Ces questions portaient sur la transmission par simple contact :

- 1) 79 % (IC à 95 % : 77, 82) des femmes savaient que le VHC ne se transmet pas par les aliments, comparativement à 66 % (IC à 95 % : 64, 68) des hommes ($\chi^2(1, n = 2989) = 45,58; p < 0,05$);
- 2) 79 % (IC à 95 % : 77, 82) des femmes savaient qu'une personne ne peut propager le VHC en toussant ou en éternuant, comparativement à 65 % (IC à 95 % : 63, 67) des hommes ($\chi^2(1, n = 2986) = 50,33; p < 0,05$);
- 3) 73 % (IC à 95 % : 70, 75) des femmes savaient que le VHC ne se propage pas en partageant des boissons, comparativement à 52 % (IC à 95 % : 50, 54) des hommes ($\chi^2(1, n = 2987) = 93,35; p < 0,05$).

Variation de la connaissance du VHC selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone

Nous avons relevé certaines différences statistiquement significatives se rapportant aux scores de connaissance globale et par sous-domaines, en fonction de l'auto-identification en tant qu'Autochtone, mais elles ne dépassaient jamais 10 % (voir le tableau 10). Dans la même veine, la comparaison des réponses à des questions particulières données par les détenus autochtones et celles données par des détenus non autochtones a donné lieu à une différence supérieure à 10 % dans un cas (voir l'annexe J) : 62 % (IC à 95 % : 59, 66) des femmes non autochtones savaient qu'il n'existe pas de vaccin contre le VHC, comparativement à 50 % (IC à 95 % : 45, 54) des femmes autochtones ($\chi^2(1, n = 307) = 12,58; p < 0,05$).

Tableau 10

Scores moyens - connaissance du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone

	Hommes					Femmes				
	Non-Autochtones (n=2 281) (N=10 480)		Autochtones (n=612) (N=2 742)		F(1, 2 892)	Non-Autochtones (n=212) (N=309)		Autochtones (n=129) (N=170)		F(1, 2892)
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Principaux modes de transmission	2 084	83 (82, 84)	541	83 (81, 86)	0,04	194	85 (83, 87)	117	81 (78, 83)	5,12*
Transmission par simple contact	2 084	62 (60, 63)	541	64 (61, 68)	1,93	194	76 (73, 78)	117	71 (68, 75)	3,06
Prévention	2 084	64 (63, 66)	541	59 (56, 63)	6,98*	194	70 (67, 74)	117	61 (58, 65)	11,27*
Tests de dépistage et traitement	2 084	59 (58, 61)	541	61 (58, 64)	0,87	194	66 (64, 69)	117	63 (60, 66)	1,78
Connaissance globale	2 084	69 (68, 70)	541	70 (67, 72)	0,12	194	76 (74, 78)	117	71 (69, 74)	6,55*

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population

*p < 0,05.

Variation de la connaissance du VHC en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé

Les détenus qui ont participé à au moins un programme d'éducation en matière de santé ont obtenu, pour la connaissance globale et des sous-domaines, des scores considérablement supérieurs à ceux des détenus qui n'ont pas participé à un tel programme, mais il existait aussi des variations entre les sexes (voir le tableau 11). Chez les hommes, les différences statistiquement significatives entre les participants et les non-participants n'ont jamais dépassé 10 %, tandis que cela a été le cas pour trois des cinq questions chez les femmes :

- 1) les participantes ont donné une bonne réponse, en moyenne, à 79 % (IC à 95 % : 76, 81) des questions liées à la transmission par simple contact, comparativement à 65 %

- (IC à 95 % : 61, 70) des non-participant(e)s ($F(1, 2\ 569) = 17,02; p < 0,05$);
- 2) les participant(e)s ont donné une bonne réponse, en moyenne, à 72 % (IC à 95 % : 70, 75) des questions liées à la prévention, comparativement à 57 % (IC à 95 % : 52, 63) des non-participant(e)s ($F(1, 2\ 569) = 17,23; p < 0,05$);
- 3) les participant(e)s ont donné une bonne réponse, en moyenne, à 69 % (IC à 95 % : 66, 71) des questions liées aux tests de dépistage et au traitement, comparativement à 58 % (IC à 95 % : 54, 63) des non-participant(e)s ($F(1, 2\ 569) = 11,35; p < 0,05$).

Tableau 11

Scores moyens - connaissance du VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale, en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé

	Hommes					Femmes				
	Participation à un programme d'éducation en matière de santé					Participation à un programme d'éducation en matière de santé				
	Oui (n=1 046) (N=5 541)		Non (n=1 426) (N=7 681)			Oui (n=219) (N=338)		Non (n=86) (N=142)		
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	F(1, 2 569)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	F(1, 2 569)
Principaux modes de transmission	996	86 (85, 88)	1 331	81 (80, 83)	20,96*	208	87 (85, 88)	80	79 (75, 83)	8,49*
Transmission par simple contact	996	67 (65, 69)	1 331	61 (59, 63)	13,73*	208	79 (76, 81)	80	65 (61, 70)	17,02*
Prévention	996	67 (64, 69)	1 331	62 (60, 65)	6,94*	208	72 (70, 75)	80	57 (52, 63)	17,23*
Tests de dépistage et traitement	996	64 (62, 64)	1 331	58 (56, 60)	13,19*	208	69 (66, 71)	80	58 (54, 63)	11,35*
Connaissance globale	996	73 (72, 75)	1 331	68 (66, 69)	23,41*	208	78 (77, 80)	80	68 (64, 71)	19,59*

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

* $p < 0,05$.

De façon analogue, la comparaison des résultats obtenus à des questions particulières par les détenus qui ont participé à un programme d'éducation en matière de santé avec ceux obtenus par les détenus qui n'ont pas participé à un tel programme a révélé des différences statistiquement significatives en faveur des participants pour 10 des 14 questions chez les femmes et chez les hommes (voir l'annexe K). Toutefois, la comparaison du taux de bonnes

réponses entre les participants et les non-participants n'a jamais dépassé 10 % chez les hommes. En revanche, chez les femmes, les différences de pourcentage entre les participantes et les non-participantes ont dépassé 10 % pour sept questions. La plus grande variation se rapportait à la question « L'hépatite C se propage-t-elle dans les cuves thermales et les piscines? » Au total, 79 % (IC à 95 % : 76, 82) des participantes ont donné une bonne réponse à cette question, comparativement à 60 % (IC à 95 % : 53, 66) des non-participantes ($\chi^2(1, n = 280) = 25,34; p < 0,05$).

Relation entre la connaissance du VHC et les comportements à risque

Injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre

À l'instar du lien déjà relevé entre la connaissance du VIH et l'injection de drogues (voir le tableau 5), chez les détenus de sexe masculin, la proportion de ceux qui s'étaient injecté de la drogue au cours des six derniers mois d'incarcération et qui étaient conscients du risque d'infection à VHC était inférieure à celle des détenus qui n'étaient pas conscients de ce risque (15 % par rapport à 20 %). Toutefois, la différence ne revêtait pas de signification statistique selon un test bilatéral ($\chi^2(1, n = 2\ 596) = 2,76, p = 0,0968$) (voir le tableau 12).

Chez les hommes qui se sont injecté de la drogue au cours des six derniers mois d'incarcération, la conscience du risque était associée de façon significative aux habitudes de consommation. En tout, 59 % (IC à 95 % : 53, 64) des personnes conscientes du risque ont utilisé la seringue de quelqu'un d'autre, comparativement à 36 % (IC à 95 % : 22, 50) des personnes inconscientes du risque ($\chi^2(1, n = 329) = 5,95; p < 0,05$). En outre, 42 % (IC à 95 % : 37, 48) des personnes conscientes du risque ont partagé une seringue avec une personne séropositive pour le VIH ou le VHC ou dont l'état à ce chapitre leur était inconnu, comparativement à 14 % (IC à 95 % : 4, 24) des personnes inconscientes du risque ($\chi^2(1, n = 304) = 9,76; p < 0,05$). En revanche, 73 % (IC à 95 % : 67, 78) des personnes conscientes du risque ont utilisé une seringue désinfectée à l'eau de Javel au moment de leur dernière injection, comparativement à 46 % (IC à 95 % : 31, 61) des personnes inconscientes du risque ($\chi^2(1, n = 265) = 9; p < 0,05$). Ainsi, les personnes conscientes du risque étaient plus susceptibles de partager des seringues, mais elles étaient aussi plus susceptibles de désinfecter les seringues à l'eau de Javel. La petite taille de l'échantillon a empêché l'évaluation de ces relations chez les femmes.

Tableau 12

Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré s'être injecté des drogues, établi fonction de leur connaissance de la transmission du VHC par l'intermédiaire de seringues

Connaissance : Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter l'hépatite C? [oui]										
Pourcentage de détenus ayant déclaré avoir eu un tel comportement au cours des six derniers mois d'incarcération	Hommes					Femmes				
	Conscients (n=2 430) (N=12 021)		Inconscients (n=256) (N=1 201)		χ^2 (1)	Conscientes (n=281) (N=433)		Inconscientes (n=30) (N=46)		χ^2 (1)
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Consommation de drogues injectables	311	15 (13, 16)	45	20 (15, 24)	2,76	37	13 (11, 15)	‡	‡	-
Parmi les détenus qui s'injectent des drogues :										
Injection à l'aide d'une seringue après que quelqu'un d'autre l'a utilisée	155	59 (53, 64)	14	36 (22, 50)	5,95*	14	42 (33, 51)	‡	‡	-
Partage d'une seringue avec quelqu'un ayant une infection à VIH ou à VHC ou dont l'état à ce chapitre est inconnu	105	42 (37, 48)	5	14 (4, 24)	9,76*	9	28 [¶] (21, 35)	‡	‡	-
Nettoyage à l'eau de Javel de la seringue avant la dernière injection	163	73 [¶] (67, 78)	16	46 [¶] (31, 61)	9*	15	62 [¶] (52, 72)	‡ ¶	‡	-

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population; VIH = virus d'immunodéficience humaine.

‡ Il manquait plus de 20 % à 50 % des données (en fonction de la distribution pondérée).

§ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

*p < 0,05.

Tatouage et perçage

La proportion de détenus qui se sont déjà fait tatouer dans une rangée d'un établissement du SCC ne variait pas entre les personnes conscientes du risque d'infection à VHC et celles qui ne l'étaient pas (39 % par rapport à 35 %, $\chi^2(1, n = 2\ 888) = 0,73, p > 0,05$) (voir le tableau 13 pour des estimations selon le sexe). En outre, parmi les personnes qui se sont déjà fait tatouer dans une rangée d'un établissement du SCC, la proportion de celles qui ont déclaré toujours désinfecter le matériel de tatouage à l'eau de Javel ne variait pas entre les personnes conscientes du risque d'infection à VHC et celles qui ne l'étaient pas (67 % par rapport à 67 %, $\chi^2(1, n = 1\ 050) = 0; p > 0,05$).

De façon analogue, la proportion d'hommes s'étant déjà fait percer le corps dans une rangée d'un établissement du SCC ne variait pas entre les personnes conscientes du risque d'infection à VHC et celles qui ne l'étaient pas (13 % par rapport à 14 %, $\chi^2(1, n = 2\ 574) = 0,03; p > 0,05$) (voir le tableau 13). Parmi les hommes s'étant déjà fait percer le corps dans une rangée d'un établissement du SCC, toutefois, la proportion de ceux qui ont toujours utilisé du matériel de perçage nettoyé à l'eau de Javel était deux fois plus élevée chez les personnes conscientes du risque d'infection à VHC, que chez celles qui ne l'étaient pas (63 % par rapport à 31 %, $\chi^2(1, n = 306) = 8,15; p < 0,05$). La petite taille de l'échantillon a empêché l'évaluation de ces relations chez les femmes.

Tableau 13

Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale déclarant s'être fait tatouer ou percer le corps, selon la conscience du risque d'infection à VHC

Connaissance : Une personne qui se fait tatouer ou percer le corps risque-t-elle de contracter une infection à l'hépatite C? [oui]										
Pourcentage de détenus ayant déclaré avoir eu un tel comportement	Hommes					Femmes				
	Conscients (n=2 447) (N=12 069)		Inconscients (n=241) (N=1 153)		χ^2 (1)	Conscientes (n=287) (N=437)		Inconscientes (n=27) (N=42)		χ^2 (1)
	n	% (IC 95 %)	N	% (IC de 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Tatoués dans une rangée d'un établissement du SCC	890	39 (37, 41)	82	35 (29, 41)	0,90	110	39 (36, 42)	11	51 (39, 62)	2,74
Parmi les détenus tatoués dans une rangée d'un établissement du SCC :										
Nettoyage du matériel de tatouage à l'eau de Javel à chaque utilisation	578	67 (64, 70)	50	67 (57, 77)	0,00	79	72 (67, 77)	7	69 (51, 86)	0,13
Perçage dans une rangée d'un établissement du SCC	294	13 (12, 15)	31	14 (9, 18)	0,03	27	10 (8, 11)	‡	‡	-
Parmi les détenus s'étant fait percer le corps dans une rangée d'un établissement du SCC										
Nettoyage à l'eau de Javel du matériel de perçage à chaque utilisation	175	63 (57, 68)	10	31 (14, 48)	8,15*	16	62 (53, 72)	‡	‡	-

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population; SCC = Service correctionnel du Canada.

‡Résultats supprimés parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

*p < 0,05.

Relation sexuelle vaginale non protégée

La proportion de détenus qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des six derniers mois d'incarcération ne variait pas entre les personnes conscientes du risque d'infection à VHC découlant de rapports sexuels non protégés et celles qui ne l'étaient pas (17 % par rapport à 17 %, $\chi^2(1, n = 2\ 881) = 0,05$; $p > 0,05$) (voir le tableau 17 pour des estimations selon le sexe). En outre, la majeure partie des détenus sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles vaginales non protégées avec une femme. Parmi les délinquantes sexuellement actives, toutefois, la proportion de celles qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles vaginales non protégées avec une femme était considérablement inférieure chez celles qui étaient conscientes du risque d'infection à VHC, que chez celles qui ne l'étaient pas (67 % par rapport à 91 %, $\chi^2(1, n = 59) = 5,30$; $p < 0,05$). Le même phénomène n'a pas été observé chez les hommes sexuellement actifs (72 % par rapport à 83 %, $\chi^2(1, n = 254) = 2,19$; $p > 0,05$). Ainsi, chez les délinquantes, le fait de savoir que le VHC est transmissible au moment de rapports sexuels non protégés se traduisait par un nombre inférieur de relations sexuelles non protégées. À cause des données manquantes, les estimations relatives aux relations sexuelles avec un homme ne sont pas divulguées.

Tableau 14

Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels, selon la connaissance du fait que le VHC est sexuellement transmissible

Connaissance : Une personne peut-elle contracter l'hépatite C en ayant des rapports sexuels non protégés? [oui]										
	Hommes				Femmes					
	Conscients (n=2 157) (N=10 523)		Inconscients (n=534) (N=2 699)		Conscientes (n=248) (N=381)		Inconscientes (n=65) (N=99)			
Pourcentage de détenus ayant déclaré avoir eu un tel comportement au cours des six derniers mois d'incarcération	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)
Toute relation sexuelle (orale, vaginale ou anale)	356	16 (15, 18)	86	17 (13, 20)	0,07	70	31 (27, 34)	17	28 (22, 34)	0,40
Chez les détenus ayant eu des relations sexuelles :										
Relation sexuelle vaginale non protégée	146	72 [¶] (66, 78)	40	83 [¶] (73, 93)	2,19	31	67 [¶] (58, 75)	12	91 [¶] (81, 100)	5,30*

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

¶ Il manquait plus de 20 % à 50 % des données (en fonction de la distribution pondérée).

*p < 0,05.

Analyse

De façon globale, les détenus ont donné de bonnes réponses, en moyenne, à environ 11 des 14 questions relatives au VIH et à environ 10 des 14 questions liées au VHC. Des lacunes ont été relevées sur le plan de la connaissance se rattachant à des faits importants liés au VIH et au VHC, mais elles ne sont probablement pas vraiment supérieures à celles qu'on peut observer dans la population générale (voir l'annexe L). Une enquête téléphonique réalisée en 2006 dans la collectivité auprès de Canadiens et de Canadiennes de plus de 15 ans a révélé qu'environ 11 % d'entre eux ne savaient pas que le VIH/sida était une maladie incurable. Chez les Autochtones, ce pourcentage atteignait 26 % dans la sous-population inuite (Les Associés de recherche EKOS, 2006a, 2006b). Selon nos recherches, 21 % (IC à 95 % : 20, 23) des détenus ignorent qu'il est impossible de guérir le VIH, ce pourcentage étant de 24 % (IC à 95 % : 21, 28) chez les détenus autochtones et de 19 % (IC à 95 % : 15, 22) chez les délinquantes autochtones. Par ailleurs, des comparaisons avec une étude antérieure à laquelle avaient participé des détenues sous responsabilité fédérale portent à croire que la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC a pu augmenter au fil du temps. Par exemple, en 2001-2002, environ 54 % des femmes savaient que le VHC pouvait être transmis au cours d'activités de tatouage et de perçage du corps (Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 2003), alors que le Sondage national a révélé que 91 % (IC à 95 % : 89, 93) des femmes étaient au courant de ce mode de transmission.

Les relations entre le sexe, l'auto-identification en tant qu'Autochtone, la participation à un programme d'éducation en matière de santé et la connaissance

Au chapitre du VIH et du VHC, les femmes possédaient légèrement plus de connaissances que les hommes (voir les tableaux 1 et 8), et les détenus non autochtones possédaient légèrement plus de connaissances que les détenus autochtones (voir les tableaux 3 et 10), mais l'importance de différences absolues aussi petites est sujette à caution. Des différences plus marquées ont toutefois été constatées sur le plan de la connaissance du VHC en observant les sous-domaines de connaissance (voir le tableau 8) et, parmi les femmes, en fonction de la participation à un programme d'éducation en matière de santé (voir le tableau 11 et l'annexe K). Quant aux sous-domaines, la connaissance du fait que le VHC est transmissible par simple

contact, de la prévention et des tests de dépistage et du traitement était inférieure à la connaissance des principaux modes de transmission. Quant aux programmes d'éducation en matière de santé, les résultats des participantes étaient supérieurs de beaucoup à ceux des non-participantes pour 10 des 14 questions relatives au VHC. En outre, pour 7 de ces 10 questions, la proportion de participantes qui ont donné une bonne réponse était supérieure de plus de 10 % à la proportion de non-participantes qui ont donné une bonne réponse. Les plus grandes variations sur le plan de la connaissance, entre les participantes et les non-participantes à un programme d'éducation en matière de santé, comparativement à celles relevées chez les hommes confirment les conclusions de travaux de recherche déjà parus. En effet, Bryan, Robbins, Ruiz et O'Neill (2006) ont constaté que les femmes acquéraient beaucoup plus de connaissances que les hommes dans le cadre d'une intervention en établissement visant la prévention du VIH.

Ces constatations donnent à penser que les programmes d'éducation en matière de santé sont plus efficaces auprès des femmes qu'auprès des hommes et que la connaissance du VHC est déficiente, à l'exception des connaissances relatives aux principaux modes de transmission.

Les relations entre la connaissance et le comportement

Contrairement aux travaux de recherche déjà cités (Alarid et Marquart, 1999; Bryan, Robbins, Ruiz et O'Neill, 2006; Koulierakis et coll., 2003; Lee 2005; Moseley et Tewksbury, 2006), dans certains cas, on a pu associer une meilleure connaissance à un comportement plus prudent. Premièrement, les détenus conscients du risque d'infection à VIH associé à l'injection de drogues à l'aide de seringues déjà utilisées par d'autres étaient moins susceptibles de déclarer s'être injecté des drogues au cours des six derniers mois comparativement aux détenus inconscients du risque (14 % par rapport à 22 %, $\chi^2(1, n = 2\ 922) = 5,84; p < 0,05$). Deuxièmement, chez les hommes qui se sont injecté des drogues au cours des six derniers mois d'incarcération, ceux qui étaient conscients du risque d'infection à VHC étaient plus susceptibles d'avoir utilisé une seringue désinfectée à l'eau de Javel au moment de leur dernière injection, comparativement à ceux qui étaient inconscients du risque (73 % par rapport à 46 %, $\chi^2(1, n = 265) = 9; p < 0,05$) (voir le tableau 12). Troisièmement, parmi les hommes qui se sont déjà fait percer le corps dans une rangée d'un établissement du SCC, ceux qui étaient conscients du risque d'infection à VHC étaient deux fois plus susceptibles de déclarer toujours utiliser du

matériel de perçage désinfecté à l'eau de Javel, comparativement à ceux qui étaient inconscients du risque (63 % par rapport à 31 %, $\chi^2(1, n = 306) = 8,15; p < 0,05$) (voir le tableau 13). Enfin, parmi les femmes sexuellement actives au moment de l'étude, celles qui étaient conscientes du risque d'infection à VIH étaient moins susceptibles de déclarer avoir eu une relation sexuelle anale non protégée avec une femme au cours des six derniers mois d'incarcération comparativement à celles qui étaient inconscientes du risque (37 % par rapport à 71 %, $\chi^2(1, n = 55) = 5,57; p < 0,05$) (voir le tableau 7). En outre, les personnes conscientes du risque d'infection à VHC étaient moins susceptibles de déclarer avoir eu une relation sexuelle vaginale non protégée avec une femme comparativement à celles qui étaient inconscientes du risque (67 % par rapport à 91 %, $\chi^2(1, n = 59) = 5,3; p < 0,05$) (voir le tableau 14). Les relations sexuelles non protégées comportent différents degrés de risque selon la méthode de pénétration. Par exemple, les relations sexuelles anales non protégées entraînent un plus grand risque si elles supposent la pénétration du pénis ou le partage de jouets sexuels plutôt que la pénétration de doigts ou du poing, et les relations vaginales non protégées entraînent un plus grand risque lorsqu'elles supposent la pénétration du pénis ou la pénétration du poing plutôt que la pénétration de doigts (Société canadienne du sida, 2004). Malheureusement, on n'a pas recueilli de détails au sujet de la méthode de pénétration. En outre, les données manquantes ont empêché l'évaluation des liens entre la connaissance et le comportement chez les détenus qui ont déclaré avoir eu une relation sexuelle avec un homme.

Ainsi, une meilleure connaissance ne prévient pas toujours l'adoption d'un comportement à risque, mais cela peut renforcer la tendance d'un détenu à utiliser des articles de réduction des méfaits avant d'adopter un comportement à risque. Toutefois, il faut mener d'autres travaux de recherche pour valider ces constatations et quantifier la relation entre la connaissance et le comportement après avoir pris en compte d'autres facteurs pouvant s'avérer importants (p. ex., gravité de la toxicomanie, accessibilité des articles de réduction des méfaits, durée de la peine, statut d'infection, etc.).

Comparaisons de la connaissance du VIH et du VHC

Le score moyen de connaissance du VIH (80 %, IC à 95 % : 79, 80) était supérieur à celui du VHC (69 %, IC à 95 % : 68, 70), mais les différences relatives aux questions concernant chaque virus limitent la comparaison directe de ces résultats. Toutefois, des 14 questions,

7 étaient suffisamment semblables d'un virus à l'autre pour établir des comparaisons directes (voir l'annexe M). De ces sept questions, les résultats d'une seule étaient semblables : au moins 90 % des hommes et des femmes savaient que le partage de seringues pouvait donner lieu à la transmission du VIH et du VHC. Dans le cas des six autres questions, la différence de la connaissance entre le VIH et le VHC était manifeste chez les hommes comme chez les femmes. Ces six questions portaient sur la transmission par simple contact (quatre questions), la prise d'antibiotiques aux fins de la prévention (une question) et l'existence d'un remède (une question).

Pour ce qui est des questions visant à évaluer le niveau de connaissance quant à la transmission du par simple contact, les détenus ont donné de bonnes réponses, en moyenne, à 81 % (IC à 95 % : 80, 82) de ces questions lorsqu'elles portaient sur le VIH, comparativement à 62 % (IC à 95 % : 61, 64) lorsqu'elles portaient sur le VHC (voir les tableaux 1 et 8). Quant à la prise d'antibiotiques aux fins de la prévention, 86 % (IC à 95 % : 84, 87) des détenus savaient que les antibiotiques ne protégeaient pas du VIH, comparativement à 75 % (IC à 96 % : 73, 76) dans le cas du VHC. Enfin, en ce qui a trait à l'existence d'un remède, 79 % (IC à 95 % : 77, 80) des détenus savaient qu'il n'y avait pas de remède à l'infection à VIH. En revanche, seulement 41 % (IC à 95 % : 39, 42) des détenus savaient que le VHC pouvait être guéri à l'aide de médicaments.

En raison de ces lacunes sur le plan de la connaissance du VHC, les détenus peuvent craindre la discrimination s'ils sont infectés, ceux qui prennent des antibiotiques peuvent prendre plus de risque, motivés par un faux sentiment de sécurité, et le nombre de ceux qui se soumettent à des tests de dépistage à l'admission n'est peut-être pas optimal puisqu'ils ne savent pas qu'un remède existe. Cette différence sur le plan de la connaissance du VIH et du VHC, qui a déjà été relevée chez les femmes sous responsabilité fédérale (Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 2003), s'explique peut-être par le fait que, dans les établissements fédéraux comme dans la collectivité, on accorde plus d'attention au VIH qu'au VHC.

Limites et recommandations en vue de travaux de recherche ultérieurs

Le Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque comporte plusieurs limites. Premièrement, bien qu'il ait donné un

certain aperçu des liens entre la connaissance, l'éducation en matière de santé et le comportement, sa conception de type transversal a limité l'évaluation rigoureuse de ces relations, surtout en ce qui concerne les relations causales. Deuxièmement, puisque le Sondage national ne contenait pas de questions au sujet de toutes les sources d'information possibles (p. ex., la télévision, les brochures d'information, les interactions avec des représentants des services de santé, etc.), il n'était pas possible de quantifier les connaissances acquises grâce à la participation à un programme d'éducation en matière de santé. Enfin, les détenus ignoraient peut-être le nom de différents programmes d'éducation en matière de santé, ce qui les a amenés à être considérés à tort comme des « non-participants ». Une telle erreur de classification peut entraîner une sous-estimation de l'incidence de ces programmes.

Afin de combler ces lacunes, une étude d'intervention, qui permet d'enregistrer la connaissance et le comportement avant et après la participation à un programme d'éducation en matière de santé, pourrait permettre de recueillir des renseignements plus exacts au sujet de l'incidence de ces programmes sur la connaissance et de l'incidence de la connaissance sur le comportement. De tels travaux devraient révéler d'autres facteurs pouvant s'avérer importants et permettre d'en tenir compte (p. ex., gravité de la toxicomanie, accessibilité des programmes ou des articles de réduction des méfaits, sources de connaissances supplémentaires, etc.) au moment de l'analyse. Cela permettrait aussi de quantifier avec plus d'exactitude la relation entre la connaissance et le comportement. Enfin, il serait utile d'obtenir des renseignements expliquant pourquoi les détenus continuent d'adopter des comportements à risque malgré leur connaissance adéquate.

Bibliographie

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) *Maladies à déclaration obligatoire en direct* Consulté le 24 septembre 2008 à l'adresse suivante : <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/ndis/index-fra.php>

ALARID, L.F. et J.W. MARQUART. « HIV/AIDS knowledge and risk perception of adult women in an urban area jail », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 6, n° 1 (1999), p. 97-126.

LES ASSOCIÉS DE RECHERCHE EKOS INC. (2006a). *Sondage de 2006 sur les attitudes des Autochtones touchant le VIH/sida*, 2006a. Consulté le 20 février 2009, à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2007/index-fra.php>

LES ASSOCIÉS DE RECHERCHE EKOS INC. *Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida*, 2006b. Consulté le 20 février 2009, à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2006/index-fra.php>

BELENKO, S., M. SHEDLIN et M. CHAPLE. « HIV risk behaviours, knowledge, and prevention service experiences among African American and other offenders », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 16, n° 4 (2005), p. 108-129.

BRYAN, A., R.N. ROBBINS, M.S. RUIZ et D. O'NEILL. « Effectiveness of an HIV Prevention Intervention in Prison Among African Americans, Hispanics, and Caucasians », *Health Education & Behavior*, vol. 33, n° 2 (2006), p. 154-177.

CALZAVARA, L.M., T. MYERS, M. MILLSON, J. SCHLOSSBERG et A. BURCHELL. *Understanding HIV-related risk behaviour in prisons: the inmates' perspective*, Toronto (Ontario), HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto, 1997.

CENTRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES, AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA ET SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (CPCMI, ASPC et SCC). *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2002-2004*, Ottawa (Canada), Service correctionnel du Canada, 2008.

COCHRAN, W.G. *Sampling Techniques*, 3^e édition, New York, John Wiley & Sons, Inc., 1977.

- DE, P., N. CONNOR, F. BOUCHARD et D. SUTHERLAND. « HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale = Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 15, n° 4 (2004), p. 221-225.
- FORD, P.M., M. PEARSON, P. SANKAR-MISTRY, T. STEVENSON, D. BELL et J. AUSTIN. « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. Queen's University HIV Prison Study Group », *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 93, n° 2 (2000), p. 113-119.
- GRINSTEAD, O., B. FAIGELES et B. ZACK. « The effectiveness of peer HIV education for male inmates entering state prison », *Journal of Health Education*, vol. 28, n° 6 (1997), S31-S37.
- KOULIERAKIS, G., K.G. POWER, C. GNARDELLIS et D. AGRAFIOTIS. « HIV/AIDS related knowledge of inmates in Greek prisons », *Addiction Research and Theory*, vol. 11 (2003), p. 103-118.
- LAST, J.M. *A dictionary of epidemiology, 3rd edition*. New York, Oxford University Press, 1995.
- LEE, T.S.H. « Prevalence and related factors of needle-sharing behavior among female prisoners », *Journal of Medical Sciences*, vol. 25, n° 1 (2005), p. 27-31.
- MOSELEY, K. et R. TEWKSBURY. « Prevalence and predictors of HIV risk behaviors among male prison inmates », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 12, n° 2 (2006), p. 132-144.
- PRISONERS' HIV/AIDS SUPPORT ACTION NETWORK. *Unlocking our futures: a national study on women, prisons, HIV, and Hepatitis C*, Toronto (Ontario), PASAN, 2003.
- PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA). *Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*, Genève (Suisse), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2006.
- ROSS, M.W., A.J. HARZKE, D.P. SCOTT, K. MCCANN et M. KELLEY. « Outcomes of project wall talk: an HIV/AIDS peer education program implemented within the Texas State prison system », *AIDS Education and Prevention*, vol. 18, n° 6 (2006), p. 504-517.
- SAS INSTITUTE INC. *SAS/STAT® 9.1 User's Guide*, Cary (Caroline du Nord), SAS Institute Inc., 2004.

SAS INSTITUTE INC. *SAS/STAT*[®] 9.2 *User's Guide*, Cary (Caroline du Nord), SAS Institute Inc., 2008.

SCOTT, D., A. HARZKE, M. MIZWA, M. PUGH et M. ROSS. « Evaluation of an HIV peer education program in Texas prisons », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 10 (2004), p. 151-173.

SIMBULAN, N.P., A.S. AGUILAR, T. FLANIGAN et S. CU-UVIN. « High-risk behaviors and the prevalence of sexually transmitted diseases among women prisoners at the women state penitentiary in Metro Manila », *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 4 (2001), p. 599-608.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA. *La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque*, 5^e édition, Ottawa (Canada), Société canadienne du sida, 2004.

ZAKARIA, D., J. THOMPSON et F. BORGATTA. « Matériel d'étude pour le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Rapport de recherche R-212 », Ottawa, Service correctionnel du Canada, 2009.

ZOU, S., M. TEPPER et A. GIULIVI. « L'hépatite virale et des nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 27S3, 2001.

Annexes

Annexe A : Études américaines portant sur la connaissance du VIH et l'incidence des programmes d'éducation en matière de santé chez les détenus

Étude	État et taille de l'échantillon	Taux de connaissance avant l'intervention	Intervention/Programme d'éducation	Taux de connaissance après l'intervention
Ross, Harzke, Scott, McCann et Kelley (2006)	<p>Texas</p> <p>n=257 (217 hommes et 40 femmes) détenus- pairs éducateurs</p> <p>n=2 506 détenus-étudiants</p>	<p>Moyenne de bonnes réponses recueillies chez les détenus-pairs éducateurs = 80 %.</p> <p>Le pourcentage moyen de bonnes réponses recueillies chez les détenus-étudiants n'était pas fourni.</p>	<p>40 heures de formation pour les pairs éducateurs.</p> <p>Séances d'information relatives au VIH offertes par les détenus-pairs éducateurs à d'autres détenus.</p> <p>Conférences régionales annuelles en vue de présenter une mise à jour aux détenus-pairs éducateurs.</p>	<p>Moyenne de bonnes réponses recueillies chez les détenus-pairs éducateurs = 90 %.</p> <p>Le pourcentage moyen de bonnes réponses recueillies chez les détenus-étudiants n'était pas fourni.</p> <p>Avant l'intervention, d'importantes différences en matière de connaissance du VIH ont été relevées selon différentes catégories de scolarité et d'origine ethnique auprès des détenus-pairs éducateurs et des détenus-étudiants, mais la plupart de ces différences ont disparu après l'intervention.</p>

Étude	État et taille de l'échantillon	Taux de connaissance avant l'intervention	Intervention/Programme d'éducation	Taux de connaissance après l'intervention
Bryan, Robbins, Ruiz et O'Neill (2006)	Connecticut n=196 (176 hommes et 20 femmes)	Pourcentage moyen de bonnes réponses = 79 %.	Six séances d'information (de 90 minutes chacune et tenues une fois par semaine).	Pourcentage moyen de bonnes réponses = 89 %. Les femmes semblaient acquérir plus de connaissances que les hommes dans le cadre de l'intervention.
Belenko, Shedlin et Chaple (2005)	New York n=300 (210 hommes et 90 femmes)	<p>Pourcentage moyen de bonnes réponses = 84 %.</p> <p>Les résultats sur le plan de la connaissance étaient les mêmes à l'échelle du système de justice pénale (c.-à-d. les détenus, les libérés conditionnels et les délinquants en probation).</p> <p>Le taux de connaissance était le même quelle que soit l'origine ethnique (Afro-Américains, Hispaniques, non-Hispaniques, Blancs et autres).</p> <p>Le taux moyen en fonction des sous-échelles d'évaluation était aussi élevé, variant entre 80 % pour la transmission maternelle et 93 % pour la connaissance générale.</p>	Ne s'applique pas.	Ne s'applique pas.

Étude	État et taille de l'échantillon	Taux de connaissance avant l'intervention	Intervention/Programme d'éducation	Taux de connaissance après l'intervention
Scott, Harzke, Mizwa, Pugh et Ross (2004)	Texas n=242 (138 hommes et 104 femmes)	Pourcentage moyen de bonnes réponses = 79 %.	Les détenus sélectionnés pour être des éducateurs ont fait une formation de 40 heures au sujet du VIH et des MTS. Les détenus-pairs éducateurs ont ensuite offert aux détenus une séance d'information d'environ 12 heures au sujet du VIH et des MTS.	Pourcentage moyen de bonnes réponses = 87 %.
Grinstead, Faigeles et Zack (1997)	Californie n=2 295 (tous des hommes)	Pourcentage moyen de bonnes réponses = 78 %.	Un éducateur professionnel ou un détenu-éducateur séropositif a offert une séance d'information sur la prévention du VIH de 60 à 90 minutes devant un groupe.	Pourcentage moyen de bonnes réponses = 83 % (éducateurs professionnels). Pourcentage moyen de bonnes réponses = 81 % (détenus-pairs éducateurs séropositifs).

Nota : Toutes les comparaisons avant et après l'intervention étaient considérées comme statistiquement significatives selon un alpha de 0,05. VIH = virus de l'immunodéficience humaine.

Annexe B : Connaissance de la transmission du VIH et du VHC chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada en 2001-2002

Connaissance de la transmission...	Pourcentage des détenues conscientes du risque (n = 118)	
	VIH	VHC
Au moment d'une relation sexuelle entre un homme et une femme.	78	53
Par le partage du matériel d'injection.	71	57
Par le tatouage et le perçage.	67	54
Au moment d'une relation sexuelle entre deux femmes.	54	45
Par le partage d'objets pointus dans le but de se faire des entailles ou de se mutiler.	35	32
En prisant de la cocaïne ou en fumant du crack.	25	27

Nota : Les données ont été recueillies au moyen d'une entrevue individuelle qualitative dans 9 des 11 établissements canadiens abritant des détenues sous responsabilité fédérale en 2001-2002 (Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 2003).

Annexe C : Description des programmes d'éducation en matière de santé

Programme de sensibilisation à la réception

Le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) est offert aux détenus lors de leur admission dans un établissement de réception du SCC ainsi que dans tous les établissements pour femmes. Le PSR permet de fournir des renseignements sur les maladies infectieuses, les mesures de réduction des méfaits, les programmes de traitement de la toxicomanie, les tests de dépistage et le traitement des maladies infectieuses ainsi que sur les services de santé offerts dans tous les établissements du SCC. Comme c'est le cas pour tous les programmes d'éducation en matière de santé, la participation est facultative.

Programme « Choisir la santé dans les prisons »

Ce programme véhicule de l'information sur la vie saine, la nutrition, le stress et les maladies infectieuses. Il n'est pas offert dans tous les pénitenciers. Comme c'est le cas pour tous les programmes d'éducation en matière de santé, la participation est facultative.

Programme national de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida

Le Programme national de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida (CEP) a pour objectif de former certains détenus afin qu'ils deviennent des éducateurs pour leurs pairs en soutenant d'autres détenus et en les renseignant sur les maladies infectieuses. Le CEP prévoit la communication de renseignements sur les maladies infectieuses, la vie saine, le stress, les dépendances et la réduction des méfaits.

Le CEP contient un volet pour les femmes, qui fournit des renseignements sur les façons dont ces maladies touchent les femmes en particulier. Des programmes semblables existent pour les détenus autochtones. Le programme Chee Mamuk est offert dans la région du Pacifique et cible les membres des Premières nations du Pacifique. Les Cercles des gardiens du savoir sont présents dans toutes les régions du SCC. Comme c'est le cas pour tous les programmes d'éducation en matière de santé, la participation est facultative.

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine; sida = syndrome de l'immunodéficience acquise.

**Annexe D : Comportements à risque
relevés par le Sondage national**

Comportements à risque	Questions du Sondage national
Comportements à risque liés à la drogue depuis novembre 2006	
Consommation de drogues non injectables	Q47
Consommation de drogues injectables	Q32
Dernière injection à l'aide d'une seringue nettoyée à l'eau de Javel	Q37, Q37a
Utilisation d'une seringue après quelqu'un d'autre	Q36
Partage d'une seringue avec une personne atteinte du VIH, du VHC ou dont l'état à ce chapitre est inconnu.	Q39
Utilisation de l'attirail après quelqu'un d'autre	Q44
Partage de l'attirail avec une personne atteinte du VIH, du VHC ou dont l'état à ce chapitre est inconnu.	Q46
Comportements à risque sur le plan sexuel depuis novembre 2006	
Toute relation sexuelle (orale, vaginale ou anale)	Q55
Relations sexuelles avec des partenaires multiples	Q55a
Relations sexuelles non protégées	Q56, Q57, Q59, Q60, Q63
Utilisation d'un jouet sexuel après quelqu'un d'autre	Q58
Relations sexuelles avec un partenaire atteint du VIH, du VHC, d'une MTS ou dont l'état à ce chapitre est inconnu	Q61
Comportements à risque en matière de tatouage dans une rangée d'un établissement du SCC tout au long de la vie	
Tatouage dans une rangée d'un établissement du SCC	Q24, Q24a
Utilisation de l'encre ou du matériel de tatouage de quelqu'un d'autre	Q24b, Q24e
Nettoyage constant à l'eau de Javel du matériel de tatouage	Q24f, Q24g

Comportements à risque en matière de perçage du corps dans une rangée d'un établissement du SCC tout au long de la vie

Perçage corporel dans une rangée d'un établissement du SCC	Q25, Q25a
Utilisation du matériel de perçage de quelqu'un d'autre	Q25b
Nettoyage constant à l'eau de Javel du matériel de perçage	Q25d, Q25e

Nota : Sondage national = Sondage national auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque; VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; MTS = maladies transmissibles sexuellement.

^aL'attirail comprend de l'eau, un filtre (coton) et un contenant ou une cuillère pour chauffer la drogue.

Annexe E : Caractéristiques des détenus sous responsabilité fédérale au Canada, selon la source de données

Caractéristiques	Sondage national (n = 3 357) (N = 13 701)				X ² (dl) ou F(v ₁ ,v ₂)	Données administratives du SCC (N = 13 041)			
	Hommes (n = 3 006) (N = 13 222)		Femmes (n = 351) (N = 479)			Hommes (N=12 574)		Femmes (N=467)	
	n	Moyenne ou % (IC à 95 %)	n	Moyenne ou % (IC à 95 %)		N	Moyenne ou %	N	Moyenne ou %
Âge (années)	2 899	38 (38, 39)	335	34 (34, 35)	106,4* (1, 3192)	12 554	38	466	35
Niveau de scolarité le plus élevé au moment du Sondage (%)									
Inférieur au diplôme d'études secondaires	1 252	46 (44, 48)	156	48 (45, 51)	0,68	-	-	-	-
Diplôme d'études secondaires ou plus	1 533	54 (52, 56)	176	52 (49, 55)	(1)	-	-	-	-
Situation conjugale (%)									
Mariés/conjoints de fait	884	31 (29, 32)	121	35 (32, 38)	4,90*	4 839	39	165	36
Célibataires/séparés/divorcés/veufs	2 043	69 (68, 71)	224	65 (62, 68)	(1)	7 654	61	297	64
Pays de naissance (%)									
Canada	2 622	89 (88, 90)	320	92 (91, 94)	5,87*	11 175	89	412	89
Autre	305	11 (10, 12)	26	8 (6, 9)	(1)	1 386	11	53	11
Auto-identification en tant qu'Autochtone (%)									
Autochtones	612	21 (19, 22)	129	36 (33, 38)	94,37*	2 466	20	147	32
Non-Autochtones	2 281	79 (78, 81)	212	65 (62, 67)	(1)	10 023	80	310	68
Race (%)									
Blanc	1 852	65 (63, 67)	179	55 (52, 58)	82,52*	8 482	68	258	56
Autochtone	612	21 (20, 23)	129	36 (34, 38)	(2)	2 466	20	147	32
Autre minorité visible	356	14 (13, 15)	28	9 (7, 11)		1 541	12	52	11
Langue la plus aisément parlée (%)									
Anglais	2 154	78 (77, 79)	302	84 (83, 86)	32,90*	8 425	74	317	79
Français	719	20 (20, 21)	37	14 (13, 15)	(2)	2 342	21	62	15
Autre	54	2 (1, 2)	6	2 (1, 2)		642	6	22	5
Années purgées de la peine en cours	2 702	4,8 (4,6, 5,1)	318	2,2 (2,0, 2,4)	274,15* (1, 2975)	12 554	4,4	466	3,0
Région (%)									
Atlantique	317	10 (10, 10)	50	13 (13, 13)	-	1 297	10	62	13
Québec	868	24 (24, 24)	42	16 (16, 16)		2 990	24	73	16
Ontario	627	27 (27, 27)	84	26 (26, 26)		3 344	27	123	26
Prairies	847	25 (25, 25)	137	33 (33, 33)		3 168	25	151	32
Pacifique	347	15 (14, 15)	38	13 (12, 13)		1 772	14	58	12
Cote de sécurité (%)									
Maximale	581	21 (21, 21)	0		-	3 199	25	102	22
Moyenne	1 488	60 (60, 60)	0			6 934	55	196	42
Minimale	869	18 (18, 18)	4	1 (1,1)		1 907	15	161	34
Inconnue	68	1 (1, 1)	347	99 (99, 99)		534	4	8	2

Nota : Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100. Le niveau d'études établi à partir des données administratives ne peut être comparé aux estimations découlant du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque en raison de l'incompatibilité des deux méthodes de collecte des renseignements (test normalisé à l'admission par opposition à une autodéclaration lors du Sondage). La cote de sécurité des détenus à l'époque du Sondage national était fondée sur le niveau de sécurité de l'établissement où ils étaient logés; c'est ce qui explique pourquoi cette cote est inconnue pour la majorité des femmes résidant dans des établissements à niveaux de sécurité multiples. Il était impossible d'appliquer le test du khi carré aux régions en raison du manque de variance entre les strates. Sondage national = Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque; SCC = Service correctionnel du Canada; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

* $p < 0,05$.

Annexe F : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VIH

	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		χ^2 (1)	Tous (n=3 357) (N=13 701)	
	n	% (IC de 95 %)	n	% (IC de 95 %)		n	% (IC de 95 %)
Principaux modes de transmission							
Risque-t-on de contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle anale non protégée? [oui]	2 385	88 (87, 89)	271	85 (83, 87)	4,23*	2 656	88 (87, 89)
Peut-on contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle orale? [oui]	2 035	75 (74, 77)	244	77 (75, 80)	1,17	2 279	75 (74, 77)
Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter le VIH? [oui]	2 480	92 (91, 93)	297	95 (93, 96)	5,54*	2 777	92 (91, 93)
Transmission par simple contact							
Une personne qui tousse ou éternue peut-elle propager le VIH? [non]	2 275	84 (83, 86)	299	93 (92, 94)	41,95*	2 574	85 (84, 86)
Une personne qui partage une boisson avec quelqu'un d'autre peut-elle lui transmettre le VIH? [non]	2 079	78 (76, 79)	277	87 (85, 89)	27,57*	2 356	78 (77, 80)
Le VIH se propage-t-il dans les piscines et les cuves thermales? [non]	2 122	79 (78, 81)	256	82 (79, 84)	2,12	2 378	79 (78, 81)
Le VIH se propage-t-il dans les aliments? [non]	2 215	83 (81, 84)	287	91 (89, 93)	29,43*	2 502	83 (82, 84)
Prévention							
Une femme peut-elle se protéger contre le VIH lorsqu'elle a des rapports sexuels si l'homme retire son pénis avant d'avoir éjaculé? [non]	2 197	81 (80, 83)	231	73 (70, 75)	26,63*	2 428	81 (80, 82)
Est-il possible de se protéger du VIH en lavant ses parties génitales après avoir eu des rapports sexuels? [non]	2 282	85 (83, 86)	271	85 (83, 87)	0,01	2 553	85 (84, 86)
Existe-t-il un condom féminin que les femmes peuvent utiliser pour se protéger du VIH pendant les rapports sexuels? [oui]	1 619	60 (58, 62)	246	78 (75, 80)	79,44*	1 865	61 (59, 63)
Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre le VIH? [non]	2 294	85 (84, 87)	284	90 (88, 91)	8,72*	2 578	86 (84, 87)

Si une personne met de la vaseline ou de l'huile pour bébés sur un condom diminue-t-elle le risque de contracter le VIH? [non]	1 963	73 (71, 75)	255	81 (79, 83)	20,53*	2 218	73 (72, 75)
La cellophane (Saran wrap) est-elle aussi efficace qu'un condom pour protéger quelqu'un contre le VIH durant des rapports sexuels? [non]	2 111	78 (77, 80)	249	79 (77, 82)	0,37	2 360	79 (77, 80)
Tests de dépistage et traitement							
Existe-t-il un médicament qu'une personne peut prendre afin de guérir du VIH? [non]	2 105	79 (77, 80)	259	82 (80, 84)	3,96*	2 364	79 (77, 80)

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05.

Annexe G : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VIH, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone

	Hommes					Femmes				
	Non-Autochtones (n=2,281) (N=10 480)		Autochtones (n=612) (N=2 742)		χ^2 (1)	Non-Autochtones (n=212) (N=309)		Autochtones (n=129) (N=170)		χ^2 (1)
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Principaux modes de transmission										
Risque-t-on de contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle anale non protégée? [oui]	1 845	88 (87, 90)	484	87 (84, 90)	0,22	167	86 (83, 88)	99	84 (81, 88)	0,26
Peut-on contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle orale? [oui]	1 565	75 (73, 77)	418	77 (73, 80)	0,66	155	79 (76, 82)	86	74 (71, 78)	2,61
Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter le VIH? [oui]	1 925	93 (92, 94)	489	89 (86, 92)	5,84*	188	98 (97, 99)	104	89 (86, 92)	33,10*
Transmission par simple contact										
Une personne qui tousse ou éternue peut-elle propager le VIH? [non]	1 749	85 (83, 86)	463	84 (81, 87)	0,01	186	95 (94, 96)	107	89 (86, 92)	10,80*
Une personne qui partage une boisson avec quelqu'un d'autre peut-elle lui transmettre le VIH? [non]	1 591	78 (76, 79)	434	79 (76, 83)	0,49	169	86 (83, 89)	102	87 (83, 90)	0,03
Le VIH se propage-t-il dans les piscines et les cuves thermales? [non]	1 635	79 (78, 81)	430	78 (75, 82)	0,20	158	82 (79, 85)	92	80 (76, 84)	0,59

	Hommes					Femmes				
	Non-Autochtones (n=2,281) (N=10 480)		Autochtones (n=612) (N=2 742)		χ^2 (1)	Non-Autochtones (n=212) (N=309)		Autochtones (n=129) (N=170)		χ^2 (1)
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Le VIH se propage-t-il dans les aliments? [non]	1 722	84 (82, 85)	431	78 (74, 82)	6,81*	179	92 (90, 94)	103	88 (85, 91)	3,79
Prévention										
Une femme peut-elle se protéger contre le VIH lorsqu'elle a des rapports sexuels si l'homme retire son pénis avant d'avoir éjaculé? [non]	1 708	82 (80, 83)	432	79 (76, 83)	1,12	146	75 (72, 80)	80	68 (63, 72)	5,72*
Est-il possible de se protéger du VIH en lavant ses parties génitales après avoir eu des rapports sexuels? [non]	1 778	86 (84, 87)	445	81 (78, 84)	5,47*	165	85 (82, 87)	101	85 (82, 89)	0,12
Existe-t-il un condom féminin que les femmes peuvent utiliser pour se protéger du VIH pendant les rapports sexuels? [oui]	1 231	60 (58, 62)	346	63 (58, 67)	1,05	148	77 (73, 80)	93	79 (76, 83)	0,81
Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre le VIH? [non]	1 776	86 (85, 87)	458	84 (81, 87)	0,82	179	92 (90, 94)	100	86 (83, 89)	6,69*
Si une personne met de la vaseline ou de l'huile pour bébés sur un condom diminue-t-elle le risque de contracter le VIH? [non]	1 531	74 (72 , 76)	381	69 (65, 73)	4,31*	163	85 (82, 87)	88	75 (71, 79)	11,14*
La cellophane (Saran wrap) est-elle aussi efficace qu'un condom pour protéger quelqu'un contre le VIH durant des rapports sexuels? [non]	1 653	80 (78, 82)	399	73 (69, 76)	10,31*	155	81 (79, 84)	90	77 (73, 81)	2,72
Tests de dépistage et traitement										

	Hommes					Femmes				
	Non-Autochtones (n=2,281) (N=10 480)		Autochtones (n=612) (N=2 742)			Non-Autochtones (n=212) (N=309)		Autochtones (n=129) (N=170)		
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		χ^2 (1)	n	% (IC 95 %)	n	
Existe-t-il un médicament qu'une personne peut prendre afin de guérir du VIH? [non]	1 638	80 (78, 81)	408	76 (72, 79)	3,20	159	82 (79, 85)	95	82 (78, 85)	0,10

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05.

Annexe H : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VIH, selon la participation à un programme d'éducation en matière de santé

	Hommes					Femmes				
	Participation à un programme d'éducation en matière de santé					Participation à un programme d'éducation en matière de santé				
	Oui (n=1 046) (N= 5 541)		Non (n=1 426) (N=7 681)			Oui (n=219) (N=338)		Non (n=86) (N=142)		
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)
Principaux modes de transmission										
Risque-t-on de contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle anale non protégée? [oui]	909	90 (88, 92)	1 157	87 (86, 89)	1,93	181	87 (84, 89)	69	86 (81, 90)	0,23
Peut-on contracter le VIH au moment d'une relation sexuelle orale? [oui]	792	79 (77, 82)	975	73 (71, 76)	8,78 *	163	78 (75, 81)	64	79 (74, 84)	0,04
Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter le VIH? [oui]	946	94 (93, 96)	1 203	91 (90, 93)	6,99 *	200	97 (97, 98)	74	91 (87, 95)	16,64 *
Transmission par simple contact										
Une personne qui tousse ou éternue peut-elle propager le VIH? [non]	868	87 (86, 89)	1 090	82 (80, 84)	11,2 8*	202	96 (95, 97)	73	90 (87, 94)	10,79 *
Une personne qui partage une boisson avec quelqu'un d'autre peut-elle lui transmettre le VIH? [non]	797	81 (79, 83)	1 001	76 (73, 78)	8,27 *	186	89 (87, 91)	67	82 (77, 87)	5,79*
Le VIH se propage-t-il dans les piscines et les cuves thermales? [non]	818	83 (80, 85)	1 024	77 (75, 80)	7,80 *	179	87 (85, 89)	59	73 (67, 79)	22,46 *

	Hommes					Femmes				
	Participation à un programme d'éducation en matière de santé					Participation à un programme d'éducation en matière de santé				
	Oui (n=1 046) (N= 5 541)		Non (n=1 426) (N=7 681)			Oui (n=219) (N=338)		Non (n=86) (N=142)		
n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)	
Le VIH se propage-t-il dans les aliments? [non]	857	86 (84, 88)	1 059	80 (78, 82)	12,7 0*	197	96 (95, 97)	70	85 (81, 90)	30,67 *
Prévention										
Une femme peut-elle se protéger contre le VIH lorsqu'elle a des rapports sexuels si l'homme retire son pénis avant d'avoir éjaculé? [non]	826	83 (81, 85)	1 067	80 (78, 82)	2,45	161	77 (75, 80)	54	67 (62, 73)	7,91*
Est-il possible de se protéger du VIH en lavant ses parties génitales après avoir eu des rapports sexuels? [non]	863	87 (85, 89)	1 113	84 (82, 86)	1,92	183	88 (86, 90)	69	85 (80, 89)	1,24
Existe-t-il un condom féminin que les femmes peuvent utiliser pour se protéger du VIH pendant les rapports sexuels? [oui]	657	67 (64, 70)	760	57 (55, 60)	15,9 8*	165	79 (76, 82)	63	78 (73, 83)	0,14
Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre le VIH? [non]	864	87 (85, 89)	1 119	85 (83, 87)	1,78	192	92 (90, 94)	69	85 (81, 90)	8,67*
Si une personne met de la vaseline ou de l'huile pour bébés sur un condom diminue-t-elle le risque de contracter le VIH? [non]	751	75 (72, 78)	952	72 (70, 75)	1,65	173	85 (82, 87)	64	78 (73, 83)	4,12*
La cellophane (Saran wrap) est-elle aussi efficace qu'un condom pour protéger quelqu'un contre le VIH durant des rapports sexuels? [non]	813	81 (79, 84)	1 019	77 (75, 80)	3,48	171	83 (80, 86)	59	74 (68, 79)	7,87*
Tests de dépistage et traitement										

	Hommes					Femmes				
	Participation à un programme d'éducation en matière de santé					Participation à un programme d'éducation en matière de santé				
	Oui (n=1 046) (N= 5 541)		Non (n=1 426) (N=7 681)			Oui (n=219) (N=338)		Non (n=86) (N=142)		
n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	χ^2 (1)	
Existe-t-il un médicament qu'une personne peut prendre afin de guérir du VIH? [non]	797	81 (78, 83)	1 029	78 (76, 80)	2,08	179	86 (84, 89)	60	75 (69, 80)	13,16 *

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05.

Annexe I : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VHC

	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		χ^2 (1)	Tous (n=3 357) (N=13 701)	
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)
Principaux modes de transmission							
Peut-on contracter l'hépatite C en empruntant une paille ou une pipe à crack afin de priser ou de fumer de la cocaïne? [oui]	1 848	68 (66, 70)	227	72 (70, 75)	4,49*	2 075	68 (67, 70)
Est-il possible de contracter l'hépatite C au moment de rapports sexuels non protégés? [oui]	2 157	80 (78, 81)	248	79 (77, 82)	0,01	2 405	80 (78, 81)
Une personne qui se fait tatouer ou percer le corps risque-t-elle de contracter une infection à l'hépatite C? [oui]	2 447	91 (90, 92)	287	91 (89, 93)	0,00	2 734	91 (90, 92)
Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter l'hépatite C? [oui]	2 430	91 (90, 92)	281	90 (89, 92)	0,18	2 711	91 (90, 92)
Peut-on contracter l'hépatite C en empruntant le rasoir ou la brosse à dents de quelqu'un? [oui]	2 291	86 (85, 87)	275	88 (86, 90)	1,31	2 566	86 (85, 87)
Transmission par simple contact							
L'hépatite C se propage-t-elle dans les aliments? [non]	1 757	66 (64, 68)	250	79 (77, 82)	45,58*	2 007	66 (65, 68)
L'hépatite C se propage-t-elle dans les cuves thermales et les piscines? [non]	1 779	67 (65, 69)	228	73 (70, 76)	10,47*	2 007	67 (65, 69)
Une personne qui tousse ou éternue risque-t-elle de propager l'hépatite C? [non]	1 720	65 (63, 67)	244	79 (77, 82)	50,33*	1 964	66 (64, 67)
L'hépatite C se transmet-elle entre deux personnes qui partagent une boisson? [non]	1 376	52 (50, 54)	227	73 (70, 75)	93,35*	1 603	53 (51, 55)
Prévention							
Existe-t-il un vaccin qui peut empêcher les gens de contracter l'hépatite C? [non]	1 423	53 (51, 55)	180	57 (54, 60)	4,54*	1 603	53 (51, 55)

Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre l'hépatite C? [non]	1 978	75 (73, 76)	243	79 (76, 81)	4,83*	2 221	75 (73, 76)
Tests de dépistage et traitement							
Est-ce vrai que certaines personnes vivent avec l'hépatite C pendant des années sans jamais se sentir malades? [oui]	2 043	77 (76, 79)	256	82 (80, 85)	8,57*	2 299	77 (76, 79)
Est-il possible, grâce aux médicaments, que l'hépatite ne soit plus détectable dans le sang? [oui]	1 031	40 (38, 42)	153	49 (46, 52)	16,90*	1 184	41 (39, 42)
Une fois que l'hépatite C est traitée et que le virus n'est plus détectable dans le sang, une personne peut-elle contracter une nouvelle infection à l'hépatite C? [oui]	1 651	62 (60, 64)	212	68 (65, 71)	9,44*	1 863	62 (61, 64)

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05.

Annexe J : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VHC, selon l'auto-identification en tant qu'Autochtone

	Hommes					Femmes				
	Non-Autochtones (n=2 281) (N=10 480)		Autochtones (n=612) (N=2 742)		χ^2 (1)	Non-Autochtones (n=212) (N=309)		Autochtones (n=129) (N=170)		χ^2 (1)
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	
Principaux modes de transmission										
Peut-on contracter l'hépatite C en empruntant une paille ou une pipe à crack afin de priser ou de fumer de la cocaïne? [oui]	1 437	69 (67, 71)	364	66 (62, 70)	0,99	142	74 (71, 78)	82	70 (66, 74)	1,74
Est-il possible de contracter l'hépatite C au moment de rapports sexuels non protégés? [oui]	1 659	80 (78, 81)	442	81 (77, 84)	0,33	159	83 (80, 86)	84	73 (69, 77)	12,21*
Une personne qui se fait tatouer ou percer le corps risque-t-elle de contracter une infection à l'hépatite C? [oui]	1 888	92 (91, 93)	498	91 (89, 94)	0,05	181	94 (92, 96)	10 2	88 (85, 91)	10,06*
Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter l'hépatite C? [oui]	1 874	91 (90, 92)	491	91 (88, 93)	0,17	173	91 (89, 93)	10 3	89 (87, 92)	0,76
Peut-on contracter l'hépatite C en empruntant le rasoir ou la brosse à dents de quelqu'un? [oui]	1 757	86 (84, 87)	475	87 (85, 90)	0,77	171	89 (86, 91)	10 1	88 (85, 91)	0,06
Transmission par simple contact										
L'hépatite C se propage-t-elle dans les aliments? [non]	1 350	66 (64, 68)	363	68 (64, 72)	1,01	154	80 (77, 83)	92	79 (76, 83)	0,07
L'hépatite C se propage-t-elle dans les cuves thermales et les piscines? [non]	1 366	67 (65, 69)	364	68 (64, 72)	0,18	141	74 (71, 78)	81	69 (65, 74)	2,12
Une personne qui tousse ou éternue risque-t-elle de propager l'hépatite C? [non]	1 329	65 (63, 67)	350	66 (62, 70)	0,03	153	81 (78, 84)	85	74 (70, 78)	5,31*
L'hépatite C se transmet-elle entre deux personnes qui partagent une boisson? [non]	1 038	51 (49, 53)	304	57 (53, 61)	4,19*	144	75 (71, 78)	78	68 (63, 72)	4,60*

Prévention										
Existe-t-il un vaccin qui peut empêcher les gens de contracter l'hépatite C? [non]	1 128	54 (52, 56)	257	48 (44, 52)	4,44*	121	62 (59, 66)	57	50 (45, 54)	12,58*
Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre l'hépatite C? [non]	1 547	76 (74, 78)	382	71 (67, 75)	4,32*	154	81 (78, 84)	85	75 (71, 79)	3,72
Tests de dépistage et traitement										
Est-ce vrai que certaines personnes vivent avec l'hépatite C pendant des années sans jamais se sentir malades? [oui]	1 579	78 (76, 79)	409	76 (72, 79)	0,68	159	83 (80, 86)	93	83 (80, 86)	0,00
Est-il possible, grâce aux médicaments, que l'hépatite ne soit plus détectable dans le sang? [oui]	786	40 (38, 42)	217	43 (38, 47)	0,96	96	49 (45, 53)	53	47 (42, 52)	0,42
Une fois que l'hépatite C est traitée et que le virus n'est plus détectable dans le sang, une personne peut-elle contracter une nouvelle infection à l'hépatite C? [oui]	1,262	61 (59, 64)	349	65 (61, 69)	2,14	136	71 (67, 75)	74	66 (62, 70)	2,19

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population. *p < 0,05.

Annexe K : Pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions visant à évaluer leur connaissance du VHC, selon la participation à un programme d'éducation en matière de santé

	Hommes					Femmes				
	Participation à un programme d'éducation en matière de santé					Participation à un programme d'éducation en matière de santé				
	Oui (n=1 046) (N = 5 541)		Non (n = 1 426) (N = 7 681)		χ^2 (1)	Oui (n = 219) (N = 338)		Non (n = 86) (N = 142)		χ^2 (1)
n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n		% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)		
Principaux modes de transmission										
Peut-on contracter l'hépatite C en empruntant une paille ou une pipe à crack afin de priser ou de fumer de la cocaïne? [oui]	729	73 (71, 76)	873	65 (62, 68)	14,79*	155	75 (72, 78)	54	69 (63, 75)	2,53
Est-il possible de contracter l'hépatite C au moment de rapports sexuels non protégés? [oui]	823	82 (80, 85)	1 051	79 (77, 81)	2,33	169	82 (79, 85)	61	78 (72, 83)	1,68
Une personne qui se fait tatouer ou percer le corps risque-t-elle de contracter une infection à l'hépatite C? [oui]	922	93 (92, 95)	1 192	91 (89, 92)	3,62	193	93 (91, 95)	71	90 (86, 94)	1,74
Une personne qui utilise la même seringue que quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter l'hépatite C? [oui]	928	94 (92, 95)	1 172	89 (88, 91)	11,60*	194	95 (93, 96)	65	85 (80, 89)	18,23*
Peut-on contracter l'hépatite C en empruntant le rasoir ou la brosse à dents de quelqu'un? [oui]	880	89 (87, 91)	1 109	85 (83, 87)	7,32*	189	92 (90, 94)	64	80 (75, 86)	15,05*
Transmission par simple contact										
L'hépatite C se propage-t-elle dans les aliments? [non]	696	71 (69, 74)	841	64 (61, 67)	10,92*	170	82 (79, 85)	59	75 (69, 81)	3,24
L'hépatite C se propage-t-elle dans les cuves thermales et les piscines? [non]	692	71 (68, 74)	873	66 (64, 69)	5,16*	161	79 (76, 82)	47	60 (53, 66)	25,34*

Une personne qui tousse ou éternue risque-t-elle de propager l'hépatite C? [non]	676	69 (66, 72)	829	64 (61, 66)	5,84*	167	83 (80, 85)	57	72 (66, 78)	9,09*
L'hépatite C se transmet-elle entre deux personnes qui partagent une boisson? [non]	548	57 (53, 60)	663	51 (48, 54)	5,39*	159	77 (74, 80)	48	62 (55, 68)	16,35*
Prévention										
Existe-t-il un vaccin qui peut empêcher les gens de contracter l'hépatite C? [non]	548	56 (53, 59)	692	52 (49, 55)	2,55	127	62 (58, 66)	40	50 (44, 57)	7,64*
Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre l'hépatite C? [non]	769	78 (76, 81)	966	74 (71, 76)	5,33*	174	85 (83, 88)	52	67 (61, 73)	29,71*
Tests de dépistage et traitement										
Est-ce vrai que certaines personnes vivent avec l'hépatite C pendant des années sans jamais se sentir malades? [oui]	795	82 (80, 84)	992	76 (73, 78)	10,65*	175	86 (83, 88)	61	78 (72, 83)	6,01*
Est-il possible, grâce aux médicaments, que l'hépatite ne soit plus détectable dans le sang? [oui]	404	43 (40, 46)	517	41 (38, 43)	0,89	107	52 (49, 56)	30	38 (32, 44)	11,35*
Une fois que l'hépatite C est traitée et que le virus n'est plus détectable dans le sang, une personne peut-elle contracter une nouvelle infection à l'hépatite C? [oui]	662	67 (64, 70)	794	61 (58, 63)	7,45*	147	73 (69, 76)	50	63 (57, 69)	5,71*

Nota : VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population. *p < 0,05.

Annexe L : Connaissance du VIH dans la population canadienne et chez les Autochtones en 2006

Connaissance	Canadiens ^a	Peuples autochtones		
		Premières nations	Inuits	Métis
	n=2 036	n=985	n=204	n=408
Pourcentage étant conscient de l'impossibilité de guérir le VIH/sida	89	85	74	83
Pourcentage déclarant que le VIH est transmissible des façons suivantes...				
Partage de seringues	99	97	95	95
Relations sexuelles orales non protégées	81	80	75	79
Relations sexuelles non protégées entre un homme et une femme	100	98	96	97
Relations sexuelles non protégées entre deux hommes	98	96	92	96
Éternuement ou toux	11	18	19	16
Simple contact	5	6	9	7

Nota : Les estimations sont tirées des sondages sur les attitudes touchant le VIH/sida menés par Les Associés de recherche EKOS en 2006 (Les Associés de recherche EKOS, 2006a et 2006b). On a procédé par composition aléatoire pour sélectionner des Canadiens âgés de plus de 15 ans pour mener un sondage téléphonique dans la collectivité. Les taux de participation variaient entre 24 % pour le sondage auprès de la population générale et 46 % auprès des Autochtones ne vivant pas dans une réserve. Les estimations ont été pondérées en fonction des proportions démographiques relatives au sexe, à l'âge et à la région.

^aLes estimations relatives à la population canadienne comprennent les Autochtones.

Annexe M : Comparaison du pourcentage de détenus sous responsabilité fédérale au Canada ayant donné de bonnes réponses aux questions semblables visant à évaluer leur connaissance du VIH et du VHC

	Hommes (n=3 006) (N=13 222)				Femmes (n=351) (N=479)				Tous (n=3 357) (N=13 701)			
	VIH		VHC		VIH		VHC		VIH		VHC	
	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)	n	% (IC 95 %)
Principaux modes de transmission												
Une personne qui utilise une seringue ou se fait une injection à l'aide d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre risque-t-elle de contracter le VIH/l'hépatite C? [oui]	2 480	92 (91, 93)	2 447	91 (90, 92)	297	95 (93, 96)	247	91 (89, 93)	2 777	92 (91, 93)	2 711	91 (90, 92)
Transmission par simple contact												
Est-il possible de propager le VIH/l'hépatite C en toussant ou en éternuant? [non]	2 275	84 (83, 86)	1 720	65 (63, 67)	299	93 (92, 94)	244	79 (77, 82)	2 574	85 (84,86)	1 964	66 (64, 67)
Est-il possible de transmettre le VIH/l'hépatite C à une autre personne en partageant une boisson? [non]	2 079	78 (76, 79)	1 376	52 (50,54)	277	87 (85, 89)	227	73 (70,75)	2 356	78 (77, 80)	1 603	53 (51, 55)
Est-il possible que le VIH/l'hépatite C se propage dans une piscine et dans une cuve thermale? [non]	2 122	79 (78, 81)	1 779	67 (65, 69)	256	82 (79, 84)	228	73 (70, 76)	2 378	79 (78, 81)	2 007	67 (65, 69)

Est-il possible que le VIH/l'hépatite C se propage dans les aliments? [non]	2 215	83 (81, 84)	1 757	66 (64, 68)	287	91 (89, 93)	250	79 (77,82)	2 502	83 (82, 84)	2 007	66 (65, 68)
Prévention												
Si une personne prend des antibiotiques, est-elle immunisée contre le VIH/l'hépatite C? [non]	2 294	85 (84, 87)	1 978	75 (73, 76)	284	90 (88, 91)	243	79 (76, 81)	2 578	86 (84, 87)	2 221	75 (73, 76)
Tests de dépistage et traitement												
Une personne peut-elle prendre des médicaments pour guérir du VIH? [non]	2 105	79 (77, 80)			259	82 (80, 84)			2 364	79 (77, 80)		
Est-il possible, à l'aide de médicaments, de ne plus détecter l'hépatite C dans le sang? [oui]			1 031	40 (38, 42)			153	49 (46, 52)			1 184	41 (39, 42)

Nota : VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

*p < 0,05.