



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL PROGRAMME OFFERT PAR EXTENSION À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

**REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU VIH-SIDA
CHEZ LES ÉTUDIANTS CHILIENS ET BELGES
EN TRAVAIL SOCIAL À L'ÈRE 2021**

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
NANCY MARCOUX

MAI 2023

REMERCIEMENTS

Entreprendre ce genre de voyage d'enrichissement et de contribution scientifique par des études de deuxième cycle universitaire est un périple qui demande des ressources internes et externes afin de braver le mauvais temps et d'honorer les exploits. Même si ce voyage fut une aventure solitaire, il se concrétise par la relation, l'aide, les compétences, le soutien, la bienveillance de plusieurs êtres humains. Sans cela, aucun voyage ne peut être expérimenté, aucun mémoire réalisé.

Je rends grâce à la Source divine d'Amour qui m'a apporté réconfort, transformant mes pleurs en prières et mes peurs en une foi inébranlable face à mes épreuves de santé.

Mes sincères remerciements s'adressent à Oscar Labra, professeur à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) qui a accepté de diriger ce mémoire. Sa présence encadrante et rassurante ainsi que sa vigilance et sa patience à chaque étape de la réalisation de ce mémoire, tel un phare me guidant "beau temps, mauvais temps", m'a permis de déposer ce mémoire. Sans lui, ce mémoire n'existerait pas !

Je suis profondément reconnaissante à Augustin Ependa, professeur à l'UQAT, codirecteur de mon projet de recherche, qui avec diligence et patience m'a expliqué certaines notions plus difficiles pour moi. Par ses riches compétences, il a su éclairer l'obscurité des statistiques.

Je tiens également à remercier Ina Motoi, professeure en travail social qui m'a ouvert la possibilité de cheminer à la maîtrise en travail social. Je remercie également Joanne Otis, professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), ainsi que tous les professeurs du programme de la maîtrise en travail social à l'UQAT, pour votre contribution à l'enrichissement de mes compétences.

Un merci tout particulier à mon fils, Derek, et à ma mère, qui nous a quitté pendant ce parcours, pour leur amour et leur reconnaissance qui m'ont permis de persévérer malgré vents et marées.

Un merci du fond du cœur à mes amies, Marie-Josée Arel, Amélie L'Heureux, Brigitte Marchand et Josée Dugas pour leur soutien spirituel et moral qui m'a permis de terminer mes études de deuxième cycle. Enfin, merci à toute autre personne qui, de près ou de loin, a participé à la réalisation de ce travail.

DÉDICACE

*À mon fils et ma mère
qui voient en moi ce que parfois j'oublie.
Toi maman qui a fait la traversée et qui me soutiens avec les anges maintenant.
À mes partenaires d'affaires, Marie-Josée Arel et Amélie L'Heureux
pour leur compréhension et leur soutien.
À tous ceux qui croient en moi.*

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------|
| REMERCIEMENTS | ii |
| DÉDICACE | iii |
| TABLE DES MATIÈRES | iv |
| LISTE DES FIGURES..... | vii |
| LISTE DES TABLEAUX | viii |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES..... | x |
| SOMMAIRE | xi |
| ABSTRACT | xii |
| INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE | 3 |
| 1.1 Conception du problème | 3 |
| 1.2 But, objectifs et hypothèses de recherche | 5 |
| CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE THÉORIQUE | 8 |
| 2.1 Historique du VIH-sida | 8 |
| 2.2 Représentations sociales à l'égard du VIH-sida | 9 |
| 2.2.1 Connaissances sur le VIH-sida..... | 10 |
| 2.2.2 Attitudes à l'égard du VIH-sida | 12 |
| 2.2.3 Pertinence sociales et scientifique de la recherche..... | 13 |
| 2.3 Paradigme de recherche et cadre théorique | 15 |
| 2.3.1 Paradigme de recherche..... | 15 |
| 2.4 Cadre théorique | 16 |
| 2.4.1 Définitions de concepts clés | 17 |
| 2.4.1.1 Le concept des connaissances | 17 |
| 2.4.1.2 Le concept d'attitude..... | 18 |
| CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE..... | 20 |
| 3.1 Type de devis de recherche | 20 |
| 3.2 Le terrain d'étude..... | 20 |
| 3.3 Procédure d'échantillonnage et techniques de collecte des données | 21 |
| 3.4 Techniques de traitements des données et d'analyse des résultats | 24 |

| | | |
|---|---|-----|
| 3.5 | Enjeux et considérations éthiques | 27 |
| CHAPITRE 4 RÉSULTATS..... | | 28 |
| 4.1 | Portrait sociodémographique des répondants, de leur niveau de connaissance du VIH-sida et de leurs perceptions sociales de la PVVIH-sida..... | 29 |
| 4.1.1 | Présentation de l'échantillon de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques | 29 |
| 4.1.2 | Comparaison du niveau de connaissance subjectif (jugement personnel) et objectif (mesuré par un instrument scientifique) | 32 |
| 4.1.3 | Comparaison de différentes représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens..... | 40 |
| 4.2 | Lien d'association entre les caractéristiques sociodémographiques et le niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens..... | 49 |
| 4.3 | Association entre le niveau de connaissance sur le VIH-sida et les perceptions de la PVVIH-sida ainsi que de leurs droits chez les étudiants belges et chiliens. | 53 |
| 4.3.1 | Association entre le niveau de connaissance sur le VIH-sida et les perceptions sociales de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens..... | 54 |
| 4.3.2 | Association entre le niveau de connaissance sur le VIH-sida et les perceptions sociales de droits d'une PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens. | 55 |
| 4.4 | Association entre les attitudes face à la PVVIH-sida et le niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens. | 59 |
| CHAPITRE 5 DISCUSSION | | 68 |
| 5.1 | Première hypothèse : niveau de connaissance et de perceptions sociales sur les PVVIH-sida des étudiants belges et chiliens..... | 68 |
| 5.2 | Deuxième hypothèse : impact du niveau de connaissance sur les perceptions, attitudes et perceptions des droits de PVVIH-sida des étudiants belges et chiliens..... | 72 |
| CONCLUSION | | 76 |
| | Les recommandations et les pistes de recherche..... | 77 |
| | Recommandations pour la formation des travailleurs sociaux | 77 |
| | Recommandations pour l'intervention auprès des jeunes en milieu universitaire..... | 78 |
| | Recommandations pour la recherche | 80 |
| ANNEXE A LETTRE AUTORISATION COLLECTE DES DONNÉES UDEC..... | | 82 |
| ANNEXE B LETTRE AUTORISATION COLLECTE DES DONNÉES HÉNALLUX..... | | 83 |
| ANNEXE C QUESTIONNAIRE : BRIEF HIV KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE – HIV-KQ-18 (FRANÇAIS) | | 84 |
| ANNEXE D QUESTIONNAIRE : BRIEF HIV KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE – HIV-KQ-18 (ESPAGNOL) | | 96 |
| ANNEXE E LETTRE AUX RESPONSABLES DE PROGRAMME EN TRAVAIL SOCIAL (FRANÇAIS)..... | | 108 |
| ANNEXE F LETTRE AUX RESPONSABLES DE PROGRAMME EN TRAVAIL SOCIAL (ESPAGNOL) | | 110 |

ANNEXE G LETTRE À L'ASSOCIATION ÉTUDIANTE (FRANÇAIS)112

ANNEXE H LETTRE À L'ASSOCIATION ÉTUDIANTE (ESPAGNOL)114

RÉFÉRENCES119

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1.1 Schéma explicitant les deux hypothèses de recherche..... | 7 |
| Figure 2.1 Théorie des représentations sociales..... | 19 |
| Figure 3.1 Situation géographique et entrée principale de l'Université de Concepción..... | 21 |
| Figure 3.2 Situation géographique et entrée principale de la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg | 21 |
| Figure 4.1 Boîte à moustache concernant le niveau de connaissance des étudiants belges et chiliens sur le VIH-sida..... | 35 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 3.1 Répartition des étudiants dans l'échantillon par quota | 24 |
| Tableau 4.1 Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques | 30 |
| Tableau 4.2 Répartition des répondants en fonction du revenu (en Euro et en Peso chilien)..... | 31 |
| Tableau 4.3 Comparaison entre les étudiants belges et chiliens sur le jugement personnel qu'ils se font quant à leur niveau de connaissance sur le VIH-sida. | 33 |
| Tableau 4.4 Comparaison selon les statistiques descriptives du score de connaissance du VIH-sida de Wagenaar <i>et al.</i> (2012). | 33 |
| Tableau 4.5 Test des échantillons indépendants | 36 |
| Tableau 4.6 Catégories de niveau de connaissance sur le VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens, mesuré par le score VIH-QK-18 | 37 |
| Tableau 4.7 Liste de sources d'information des étudiants belges et chiliens sur le VIH-sida..... | 38 |
| Tableau 4.8 Perception générale de la gravité (sérieux) du problème que constitue la maladie à virus du sida chez les étudiants belges et chiliens. | 41 |
| Tableau 4.9 Perception comparée du risque personnel de contracter le VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens..... | 41 |
| Tableau 4.10 Les perceptions négatives et de culpabilisation des PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens..... | 42 |
| Tableau 4.11 Les attitudes d'acceptabilité sociale/rejet des PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens : point de vue sur soi et sur la communauté..... | 44 |
| Tableau 4.12 Perception du malaise à côtoyer une PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens..... | 46 |
| Tableau 4.13 Comparaison du niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens par rapport au groupe d'âge..... | 50 |
| Tableau 4.14 Niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens par rapport à la situation socioprofessionnelle..... | 51 |
| Tableau 4.15 Niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens par rapport au lieu de résidence principale..... | 51 |
| Tableau 4.16 Perceptions négatives de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 54 |

| | |
|---|----|
| Tableau 4.17 Perceptions des droits fondamentaux de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 56 |
| Tableau 4.18 Perceptions des droits à la vie privée et à l'équité de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 57 |
| Tableau 4.19 Perceptions des droits à la liberté de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 58 |
| Tableau 4.20 Attitudes culpabilisantes de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 60 |
| Tableau 4.21 Attitude de tolérance de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 62 |
| Tableau 4.22 Attitudes face à la PVVIH-sida dans la communauté où vivent les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida | 63 |
| Tableau 4.23 Changement d'attitude ou du comportement lorsque les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida apprennent la séropositivité d'une personne dans leur entourage | 64 |
| Tableau 4.24 Niveau d'aisance des étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida face à la présence d'une PVVIH-sida dans leur milieu de vie..... | 66 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|--------------|--|
| ACTS : | Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux |
| CÉR : | Comité d'éthique de la recherche |
| COCQ-SIDA : | Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida |
| COVID-19 : | CoronaVirus Disease appeared in 2019 |
| HIV : | Human immunodeficiency virus |
| HIV-KQ-18 : | HIV Knowledge Questionnaire 18-item version |
| LGBTQ+ : | Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre, Queer (ou parfois en questionnement) et autres. Le « plus » représente les autres identités sexuelles, y compris les identités pansexuelles et bispirituelles. |
| NFT : | Non-Fungible Token |
| ONUSIDA : | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OMS : | Organisation mondiale de la Santé |
| PVVIH-sida : | Personne vivant avec le VIH-sida. |
| SIDA : | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| UNAIDS : | United Nations Programme on HIV/AIDS |
| UQAT : | Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue |
| VIH : | Virus de l'immunodéficience humaine |
| WHO : | World Health Organization |

SOMMAIRE

Depuis 40 ans, le virus le plus dévastateur est le VIH-sida. Selon la Société canadienne du sida, le taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang a augmenté. Ce mémoire s'intéresse aux représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants universitaires belges et chiliens en travail social.

Objectifs : 1) Décrire les représentations sociales d'étudiants belges et chiliens à l'égard du VIH-sida selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant avec le VIH. 2) Explorer les liens d'associations entre les diverses variables qualifiant les représentations sociales (connaissances-représentations, connaissance-attitudes et connaissance-perceptions des droits des PVVIH-sida comportements) en fonction de chaque groupe à l'étude. Paradigme de recherche et cadre théorique : cette étude s'inspire du paradigme constructiviste et sur la théorie des représentations sociales.

Méthodologie : Recherche quantitative. La collecte des données a été réalisée avec le questionnaire Brief HIV Knowledge HIV-KQ-18 de Wagenaar et al. (2012). L'analyse a été faite en deux volets (descriptive et inférentielle). Concernant l'inférence, la corrélation linéaire n'a pas été faite puisque, excepté les variables sociodémographiques et le niveau de connaissance sur le VIH-Sida, qui sont quantitatif (échelle d'intervalle), la plupart des variables importantes en jeu sont exprimées en échelle nominale (attitudes, comportements, perceptions ou RS des PVVIH-sida), une factorisation n'ayant pas été concluante ($KMO < 0.7$), l'ANOVA a été privilégiée, mais le test de Levene ayant indiqué une hétéroscédasticité, i.e. une différence des variances du niveau de connaissance du VIH-sida entre les deux échantillons indépendants ($F=12,48$ avec $\alpha < 0,001$), le test approprié de Welch a été effectué et complété par une analyse de contingence (Test de Chi-deux) pour voir les différences en détail. **Résultats** : Selon le score de Wagenaar, neuf étudiants belges et chiliens sur 10 obtiennent un score VIH-K-Q-18 inférieur à 13, signifiant qu'ils ont un faible niveau de connaissance du VIH-sida, contrairement à ce qu'ils laissent entendre. En catégorisant le niveau de connaissance (faible et bon), le test de Chi-deux a révélé un lien de dépendance significative entre d'une part, les catégories du niveau de connaissance du VIH-sida et trois caractéristiques démographiques des étudiants (âge, statut en matière d'emploi et lieu de résidence). **Conclusion** : Cette étude a permis de faire ressortir l'effet domino que provoque le manque de connaissance sur le VIH-sida et les attitudes, les perceptions et les représentations sociales auxquelles les personnes vivant avec le VIH-sida font face.

Mots-clés : VIH-sida, étudiants, attitudes, connaissances, représentations sociales.

ABSTRACT

For the past 40 years, the most devastating virus has been HIV/AIDS. According to the Canadian AIDS Society, the rate of sexually and blood-transmitted infections has increased. This dissertation focuses on the social representations of HIV/AIDS among Belgian and Chilean university students in social work. **Objectives:** 1) Describe the social representations of Belgian and Chilean students towards HIV/AIDS based on the sociodemographic characteristics of people living with HIV. 2) Explore the associations between various variables characterizing social representations (knowledge-representations, knowledge-attitudes, and knowledge-perceptions of the rights of PLWHA behaviors) for each group under study. **Research paradigm and theoretical framework:** This study draws inspiration from the constructivist paradigm and the theory of social representations. **Methodology:** Quantitative research. Data collection was conducted using the Brief HIV Knowledge HIV-KQ-18 questionnaire by Wagenaar et al. (2012). The analysis was carried out in two parts (descriptive and inferential). Regarding inference, no linear correlation was performed since, except for sociodemographic variables and the level of knowledge about HIV/AIDS, which are quantitative (interval scale), most of the important variables are expressed on a nominal scale (attitudes, behaviors, perceptions, or social representations of PLWHA). As factorization was inconclusive ($KMO < 0.7$), ANOVA was preferred. However, the Levene's test indicated heteroscedasticity, meaning a difference in variances of the level of knowledge about HIV/AIDS between the two independent samples ($F=12.48$ with $\alpha < 0.001$). Therefore, the appropriate Welch's test was performed and complemented by a contingency analysis (Chi-square test) to examine the differences in detail. **Results:** According to Wagenaar's score, nine out of ten Belgian and Chilean students obtain an HIV-KQ-18 score lower than 13, indicating a low level of knowledge about HIV/AIDS contrary to what they suggest. By categorizing the level of knowledge (low and good), the Chi-square test revealed a significant dependence between the categories of the level of knowledge about HIV/AIDS and three demographic characteristics of students (age, employment status, and place of residence). **Conclusion:** This study highlighted the domino effect caused by the lack of knowledge about HIV/AIDS and the attitudes, perceptions, and social representations faced by people living with HIV/AIDS.

Keywords : HIV/AIDS, students, attitudes, knowledge, social representations.

INTRODUCTION

Depuis 40 ans, le virus le plus dévastateur est le VIH-sida. Même si le ruban rouge a presque disparu de nos regards, le VIH-sida continue de faire chaque année des centaines de milliers de morts dans le monde. Encore aujourd'hui et durant cette nouvelle pandémie de COVID-19 à laquelle nous assistons, selon la Société canadienne du sida et ONUSIDA (2020), le taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang a augmenté. Méconnaissance, manque d'informations, disparition dans le discours public ou déni, on constate que les jeunes sont parmi les groupes les plus exposés au VIH-sida alors qu'on semble le reléguer à une maladie de « mononcle ». Ce présent mémoire s'intéresse donc aux représentations sociales du VIH-sida telles qu'elles sont culturellement construites et partagées chez les étudiants universitaires en travail social du Chili et de la Belgique.

Ce mémoire, divisé en cinq chapitres, vise à étudier les représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants chiliens et belges inscrits dans un programme de travail social et en analyser l'impact sur leurs comportements afin de formuler des recommandations pour soutenir l'acquisition des connaissances et des pratiques relatives à cette maladie au sein de leur formation.

Le premier chapitre présente la problématique de cette recherche et les deux hypothèses émises dans le cadre de cette étude.

Le deuxième chapitre, consacré à l'État de la question et au cadre théorique, propose premièrement, une recension des écrits portant sur la prévalence du VIH-sida au niveau mondial, en Belgique et au Chili. Il couvre aussi l'historique du VIH-sida ainsi que les représentations sociales à l'égard du VIH-sida. Deuxièmement, ce chapitre se concentre sur le paradigme constructiviste et la théorie de représentations sociales qui ont guidé cette recherche.

Le troisième chapitre présente la méthodologie qui guide notre démarche scientifique. Il aborde le type de plan de recherche, le site d'étude, la procédure d'échantillonnage ainsi que les techniques de traitement des données.

Le quatrième chapitre expose les résultats de l'analyse des données réalisée dans le cadre de cette recherche. Il présente les résultats liés aux deux hypothèses de l'étude.

Quant au dernier chapitre de ce mémoire, c'est-à-dire le cinquième, il porte sur la discussion. Ce faisant, cette discussion nous amène à donner suite ou à valider nos deux hypothèses de recherche. Vient enfin la conclusion de ce travail. Après avoir mentionné les faits saillants de l'étude, nous avons exposé ses limites. Nous avons, par la suite, formulé quelques recommandations, entre autres, pour la formation des travailleurs sociaux, pour l'intervention auprès des jeunes en milieu universitaire ainsi que pour des projets de recherche à venir, le tout en lien avec la connaissance du VIH-sida, d'une part et d'autre part en lien avec les perceptions de la PVVIH-sida dans la société.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre dresse un portrait de la problématique du VIH-sida. Afin de bien présenter l'ampleur du sujet de recherche, il sera question de porter un regard sur la conception du problème dans un contexte mondial et local (Belgique et Chili), pour passer par la suite à présenter les arguments qui définissent la problématique de cette étude. Finalement, nous présentons le but, les objectifs et les hypothèses qui ont guidé la recherche.

1.1 Conception du problème

Un des problèmes majeurs de santé publique de portée mondiale reste à ce jour, la pandémie du VIH-sida. Depuis le début de l'épidémie Covid (fin 2019), 75,7 millions de personnes ont été infectées par le VIH-sida et 32,7 millions de personnes sont décédées à la suite de maladies liées au sida (ONUSIDA, 2020). Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 33 % des nouvelles infections dans le monde (Barré-Sinoussi, 2018). Les statistiques démontrent que depuis 2019, un nombre estimé de 38 millions de personnes vivent avec le VIH, 1,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, et 690 000 personnes sont décédées de causes liées au VIH-sida. Enfin, 7,1 millions de personnes ne savaient même pas qu'ils vivaient avec le VIH (ONUSIDA, 2020; World Health Organization, 2020).

En Belgique, depuis le début de l'épidémie, on compte un total de 33 387 personnes ayant eu un diagnostic VIH (Sciensano, 2020). Le taux de prévalence de PVVIH en 2015 était de 15 885 et approximativement 2 818 personnes non diagnostiquées s'ajouteraient à ce nombre, pour un total de 18 703 à la fin 2015, et 15 % d'entre elles l'ignoraient. Les PPVIH-sida sont en majorité des hommes (65 %) et de ceux-ci, 66 % sont infectés par contact homosexuel et 29 % par contact hétérosexuel. En ce qui concerne les femmes, 92 % sont infectées par contact hétérosexuel.

Au Chili, le nombre de cas infectés par le VIH en 2017 a augmenté considérablement durant les cinq années précédentes, soit 28,9 cas pour 100 000 habitants avec approximativement 500 décès annuellement (Trujillo-Cáceres, 2021). La tranche d'âge la plus élevée serait les jeunes de 25 à 29 ans avec un taux d'infection de 50,6 pour 1 000 000 habitants de 13 à 49 ans et le taux de mortalité est concentré chez les hommes de 30 à 59 ans économiquement actifs avec 87 % (Alarcón, 2018). Les jeunes constituent un groupe à risque d'infection par VIH (Saldivia *et al.*, 2017). Or, il est démontré que 97 % des femmes

infectées par le VIH, principalement par transmission sexuelle, étaient en relation avec un homme (Alarcón, 2018; Cianelli *et al.*, 2013; Wu, 2000).

Un des principaux constats d'un point de vue social est que cette pandémie du VIH-sida a été caractérisée par de représentations négatives à l'égard de la population infectée (Gwadz *et al.*, 2018; Logie *et al.*, 2018; Plummer et Simpson, 2014; Stangl *et al.*, 2010; Tsang *et al.*, 2019), ce qui a eu comme conséquence de produire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH-sida) et des populations à risque d'infection comme les 4H (les héroïnomanes, les homosexuels, les haïtiens et les hémophiles) (Labra, 2015).

La littérature sur la recherche sociale sur le VIH-sida est abondante à affirmer qu'un des principaux constats d'un point de vue social est que cette pandémie a été caractérisée par de fortes significations de discrimination, de marginalisation, de tabous et de stigmatisation à l'égard de la population infectée, ainsi que par des inégalités d'accès au traitement et diverses manifestations d'inégalité dans le spectre de l'équilibre international (Gwadz *et al.*, 2018; Logie *et al.*, 2018; Plummer et Simpson, 2014; Stangl *et al.*, 2010; Tsang *et al.*, 2010). De plus, une méconnaissance sur le VIH-sida est fort présente chez les jeunes (Halfen *et al.*, 2006; Rotily *et al.*, 2001; Soumah *et al.*, 2010).

Au milieu universitaire, des études indiquent que plusieurs formations universitaires dans le domaine de la santé accordaient très peu de temps en ce qui concerne la santé sexuelle (Astbury-Ward, 2011; Leiblum, 2001; Murphy *et al.*, 2019). En ce sens, une étude de Handal (2017) et une autre de Koob et Harvan (2003) ont constaté que plusieurs étudiants ayant cheminé au sein d'une formation en travail social avaient peu abordé, lors de leurs études, des notions liées au VIH-sida. Ce contexte rejoint une étude qui conclut que malgré les besoins sur le terrain d'intervenants ayant des connaissances vis-à-vis le VIH-sida, le sujet reste marginalisé dans le cursus de formation (Natale *et al.*, 2010).

Le contexte d'avancées en matière de traitement du VIH-sida ne serait également pas étranger à la diminution de l'appréhension de la maladie au sein de la population, aux pertes en matière de ressources de prévention et d'éducation vis-à-vis du VIH-sida ainsi qu'à une augmentation des comportements à risque d'infection (McGrath *et al.*, 2014; Trottier *et al.*, 2014). En ce sens, les résultats d'une étude en Belgique auprès d'étudiants universitaires ont révélé certaines idées fausses concernant la transmission du VIH (par exemple, le VIH est transmis par les moustiques) et l'ignorance concernant des affirmations importantes comme le risque de transmission par le sexe oral (Degroote, Vogelaers et Liefhooghe, 2014).

Il semblerait cependant que les étudiants qui progressent dans un programme de santé auraient de meilleures connaissances que les autres étudiants universitaires (Labra, Lacasse et Gingras-Lacroix, 2017).

Face à ces constats et à l'issue de la recension des écrits, on arrive au constat que la recherche sur les représentations sociales à propos des étudiants universitaires n'a pas avancé au rythme souhaité. Nous constatons une zone grise sur les connaissances, attitudes et comportements d'étudiants chiliens et belges en travail social à l'égard du VIH-sida. Aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur une étude comparative sur les représentations sociales chez ces deux groupes de population, il apparaît donc nécessaire de s'attarder aux représentations sociales des étudiants universitaires évoluant au sein d'un programme de travail social à l'égard des PVVIH-sida.

1.2 But, objectifs et hypothèses de recherche

Le but de notre étude est de décrire les représentations sociales des étudiants chiliens et belges inscrits dans un programme de travail social concernant le VIH-sida et en analyser l'impact sur leurs comportements afin de formuler des recommandations pour soutenir l'acquisition des connaissances et des pratiques relatives à cette maladie au sein de leur formation.

Objectifs :

- 1) Décrire les représentations sociales (RS) des étudiants belges et chiliens à l'égard du VIH-sida en fonction des caractéristiques sociodémographiques des PPVVIH. Les RS seront mesurées par diverses variables telles que les connaissances, les attitudes, les comportements et les images.
- 2) Explorer les associations entre les différentes variables caractérisant les représentations sociales (connaissances-représentations, connaissances-attitudes et connaissances-perceptions des droits des PVVIH-sida comportements) en fonction de chaque groupe étudié.

À la suite de ce double objectif, deux hypothèses de recherche ont été formulées.

Hypothèse 1 : Les représentations sociales sur les PVVIH-sida des étudiants belges sont différentes de celles des étudiants chiliens, car le niveau de connaissance de cette maladie diffère d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre, d'un groupe d'âge à un autre. Autrement dit, même si les sources d'information

sur le VIH-sida sont identiques dans les deux pays (Belgique et Chili), le niveau de connaissance sur le VIH-sida dépend essentiellement des variables sociodémographiques.

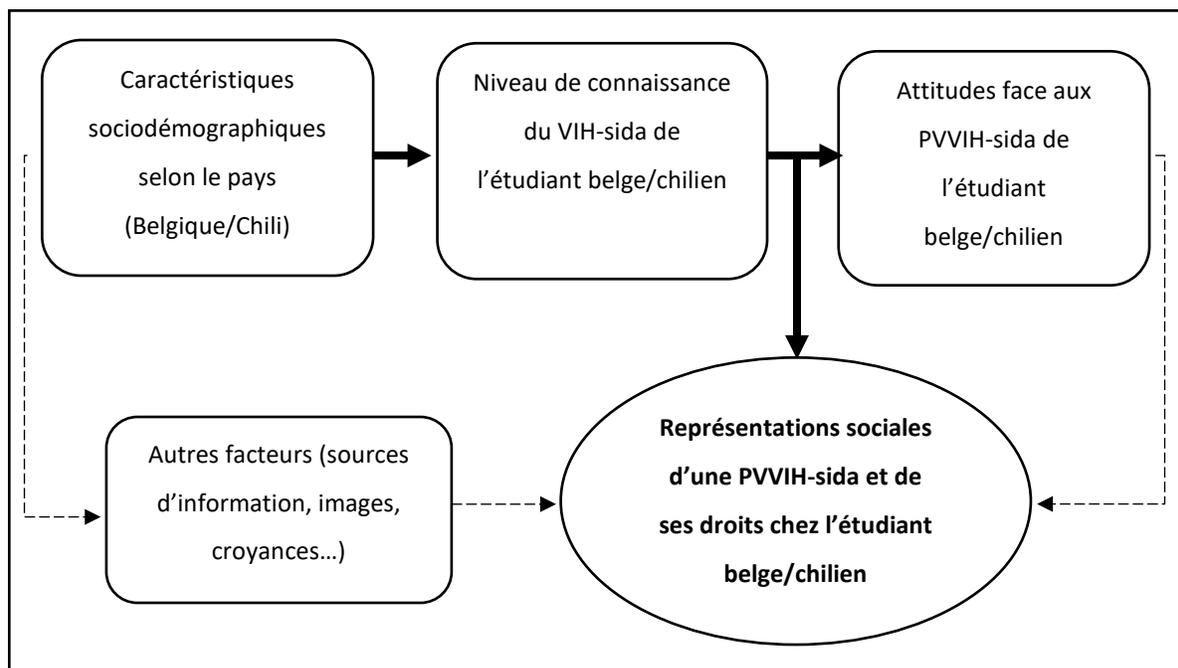
Hypothèse 2 : C'est en fonction du niveau de connaissance de chaque étudiant que les perceptions, les attitudes affichées face aux PVVIH-sida et les perceptions des droits des PVVIH-sida varient chez les étudiants belges et chiliens.

Explicitons ces deux hypothèses que nous jugeons complémentaires. Dans un premier temps, sachant que de nos jours les sources d'information informelles et formelles sur le VIH-sida sont identifiables et quasi les mêmes partout (médias, milieux scolaires, milieu associatif communautaire, science, famille, voisinage...), mais nous savons aussi que la connaissance subjective (estimation individuelle) et objective (mesurée par un instrument fiable) sur cette maladie ainsi que les perceptions ou représentations sociales que se font les gens sur le VIH-sida et sur la PVVIH-sida sont différentes d'un continent à un autre, selon le pays, les cultures, les environnements ou les milieux vie. Autrement dit, la différence du niveau de connaissance du VIH-sida qu'on observerait entre les deux groupes d'étudiants de notre étude (belges et chiliens) dépend essentiellement de leurs caractéristiques sociodémographiques.

Dans un deuxième temps, partant du postulat que les représentations sociales sont un phénomène complexe à analyser, nous partageons néanmoins la pensée de Jodelet (1991) selon laquelle une représentation sociale d'un objet quelconque est avant tout « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » (p.69).

En d'autres mots, s'il faut comprendre et comparer les représentations sociales du VIH-sida ainsi que les attitudes associées face aux PVVIH-sida, on doit partir du niveau de connaissance qu'ont les personnes sur cette maladie, en l'occurrence le niveau de connaissance du VIH-sida des étudiants belges et chiliens, tant que les deux groupes d'étudiants puisent leur connaissance à des sources d'information communes. Schématiquement, ces deux hypothèses se traduisent comme indiqué précédemment.

Figure 1.1 Schéma explicitant les deux hypothèses de recherche



Comme dit précédemment, dans ce mémoire, nous partons du postulat que les représentations sociales sont un phénomène très complexe, elles incluent plusieurs facteurs : facteurs environnementaux, facteurs socioculturels comme la socialisation, les images ancrées, les regards, la pensée collective, les croyances, la connaissance, les attitudes ou les facteurs comportementaux. Bref, beaucoup d'éléments du sens commun. Toutefois, comme on ne peut pas tout analyser dans un mémoire, nous concentrons cette recherche sur la partie de la figure ci-dessus où les traits sont pleins et en gras, et cela dans la logique que nous venons de décrire dans le paragraphe qui explicite les deux hypothèses de recherche.

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, la présente recension des écrits comprend trois sections. La première section porte sur l'historique du VIH-sida, la deuxième s'intéresse aux représentations sociales à l'égard du VIH-sida sur le plan des connaissances et des attitudes sur la maladie. La troisième aborde le paradigme de recherche et cadre théorique.

Précisons que la recension des écrits présentée dans ce mémoire a été effectuée à partir de différentes bases de données en anglais, françaises et espagnol (Pudmed, PsycInf, Cinahl, Érudit, Repère et moteur de recherche (Google Scholar). Les termes utilisés dans la revue de la littérature étaient : « VIH, sida, représentations sociales, jeunes, attitudes, connaissances, comportements, historique, Chili, Belgique ». La sélection de la littérature est faite en fonction des deux objectifs de la recherche. Pour cette opération, la méthode inter juges (étudiante et équipe de direction) a été utilisée pour déterminer la pertinence d'études recherchées. Chacun des articles retenus devait répondre aux critères suivants : 1) Étude qualitative ou quantitative sur les représentations sociales du VIH-sida réalisée auprès de jeunes, sous la forme d'article scientifique, chapitre de livre, thèse, rapport de recherche; 2) Publication entre les années 2000 et 2022. Sur le volet historique du VIH-sida, il a été établi une période plus large (1980 et 2022) dans le but de recenser les publications originales; 3) Être publié en français, anglais ou espagnol. Ces critères ont permis de sélectionner les études pertinentes pour l'analyse et la synthèse des connaissances dans le cadre de ce mémoire.

2.1 Historique du VIH-sida

Les premières vagues de cette pandémie VIH-sida, l'une des plus marquantes de l'histoire récente de l'humanité fit son apparition dans les années 80 en identifiant ses premières victimes en Amérique du Nord dans la communauté homosexuelle masculine (Andrewin et Li-Yin, 2007; Joffe, 1995; Sacks, 1996; Treichler, 2013; Velimirovic, 1987). La communauté médicale et le monde de la recherche pris au dépourvu par ce fléau ne purent expliquer et comprendre cette maladie mortelle inconnue, incomprise et remplie de défis. Ces défis insoupçonnés pour la science déclenchèrent des phénomènes sans précédent dans la culture populaire et la gestion des politiques publiques. Dès lors, la première réponse médiatique à cette pandémie cibra la communauté homosexuelle (Francœur, 2011; Barré-Sinoussi, 2018; Otis, 2015; Sanogo, 2006), même à nommer ce fléau la peste gaie (Markova et Wilkie, 1987). En effet, l'article publié dans le

New York Times du 3 juillet 1981 stipulait que cette nouvelle maladie inconnue transmissible par voie sexuelle touchait particulièrement les homosexuels (Moatti et al., 1988; AIS, 2014). Les médias entretenirent par leurs articles remplis de préjugés face aux normes de genre, aux tabous sexuels, la stigmatisation, l'homophobie (Andrewin et Li-Yin, 2007, Labra, 2015; Treichler, 2013).

Dès le début de l'épidémie en Amérique du Nord, les premiers « responsables » identifiés par les médias furent, comme le mentionne Labra (2015), les quatre H (les héroïnomanes, les homosexuels, les haïtiens et les hémophiles). Plusieurs études ont fait le parallèle que le VIH a un réservoir animal et qu'au moins trente espèces de singes africains sont naturellement infectées par des rétrovirus proches du VIH (Pasteur, 2019).

Rapidement, il est apparu d'autres méthodes de transmission du virus, autres que le contact sexuel, la transmission parentérale du virus par le sang ou de ses dérivés comme le partage d'aiguilles (Joffe, 1995; Labra, 2011; Preston et al., 2000). Plusieurs théories spéculatives pleines d'interprétations ont émergé pour éclipser pendant un temps les recherches scientifiques dans l'environnement social, provoquant des préjugés pleins de postulats pseudoscientifiques plus faciles à assimiler pour la population, provoquant différents comportements sociaux, comme d'associer le VIH-sida souvent à des comportements dits « de déviants » sexuels, d'homosexualité (Chamberland, 1997; Ceccarelli, 2009; Labra, 2015; Francoeur, 2011).

2.2 Représentations sociales à l'égard du VIH-sida

Dans la lutte contre le VIH-sida, les compétences et les pratiques de travail social constituent un apport essentiel à l'intervention et la prévention de la maladie. Comme les travailleurs sociaux interviennent souvent en première ligne auprès des PPVIH, cela exige une discipline pour eux, et ce, en raison des représentations qui ont été construites concernant la pandémie depuis ses origines. Une maladie qui est passée de mortelle à une maladie chronique (Labra *et al.*, 2021). Dans le domaine de la recherche sur cette pandémie, plusieurs études portent justement sur les connaissances et les attitudes envers le VIH-sida chez les étudiants postsecondaires/universitaires (Labra *et al.*, 2017; Tung *et al.*, 2013).

Dès l'apparition du VIH-sida, la relation et l'engagement des soignants (y compris les travailleurs sociaux) et les PVVIH-sida se sont vus déterminés (voire conditionnés) selon les représentations sociales issues des médias (Jodelet, 1989; Labra, 2015; Weeks, 1989). Jusqu'à l'apparition du SRAS-COVID en 2019, comme le mentionne si bien Otis (2015 : 52) :

Peu de problématiques de santé à l'échelle mondiale auront connu une évolution aussi rapide dans l'avancement des connaissances et dans leur prise en charge, tant sur le plan biomédical que communautaire, social et politique.

Au fil du temps, la littérature a montré que les croyances erronées existantes concernant le VIH-sida ont mené à la stigmatisation et aux représentations sociales fortement négatives, et ce, autant auprès des acteurs de la santé que dans l'espace public (Joffe et Bettage, 2003).

Actuellement, par les divers écrits scientifiques, on constate une évolution temporelle dans les représentations sociales du VIH-sida. En fait, l'évolution de la recherche sur le VIH-sida soulève de nouvelles formes de relations entre les PVVIH-sida et leur environnement. Comme le montre le travail de Vidal *et al.* (2002) concernant un impact positif dans le système de santé au Chili au sujet des pratiques d'intervention auprès des PVVIH-sida qui évaluent positivement l'attention reçue des services de santé. Or, la construction de représentations sociales est en soi nécessaire afin d'assurer le lien entre les savoirs et les actions de chacun, et ainsi comprendre les attitudes et leurs perceptions à l'égard du VIH-sida (Moscovici, 1976; Jodelet, 1989, et Abric, 1994). Entre autres, les recherches en représentations sociales qui sont associées au VIH-sida révèlent que les PVVIH-sida portent cette « marque au fer rouge », cette peur de la différence (Goffman, 1975).

2.2.1 Connaissances sur le VIH-sida

L'apport des professionnels du domaine du travail social dans le soutien apporté aux PVVIH-sida est bien connu (Otis, 2015; Labra et al., 2020). En ce sens, mieux comprendre et explorer les connaissances et les images que les étudiants en travail social entretiennent devient essentiel sachant que cela peut avoir un impact négatif sur le traitement et la prévention de la maladie (Aggleton et Parker, 2003; Mahajan et al., 2008; Dumas, 2013; Labra et Lacasse, 2015; Lam Rueda et al., 2016; Chaudoir et Fisher, 2017; Labra et Thomas, 2017).

Les jeunes auraient un plus faible niveau de connaissances sur le VIH-sida (voire d'infection, origine et groupes à risque aujourd'hui) (Sidaction, 2017; Beltzer et al., 2011; Kacou, 2020; Labra et al., 2020). Une étude de Sidaction (2017) démontre une détérioration au niveau des connaissances sur la pandémie pour les jeunes de 15 à 24 ans. En Côte d'Ivoire, Kacou (2020) souligne que le manque d'information approfondie sur le VIH-sida exposerait à plus de risques les jeunes et relève le taux élevé de prévalence du VIH-sida, de nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans. Une autre étude française (Beltzer et al., 2011) constate

également que les personnes dans la tranche d'âge 18 à 30 ans seraient les moins bien informées sur le VIH-sida. Labra et al., (2017) constatent également dans leur étude auprès d'étudiants en 1er cycle universitaire que :

Malgré le niveau élevé de connaissances des étudiants en ce qui a trait au VIH-sida et l'expression d'attitudes positives envers les PVVIH-sida, il demeure dans ce milieu universitaire un taux élevé de répondants qui ont des connaissances erronées à propos de la maladie et de ses formes de transmission (p. 14).

Pour Tung et al. (2008), la majorité des étudiantes ayant une vie sexuellement active au sein d'un collègue à Taiwan maîtrisaient plus de connaissances et d'attitudes globales concernant le VIH-sida par rapport à celles qui n'étaient pas sexuellement actives. De même, au Nigeria, on a noté une différence significative entre les sexes au niveau de leurs connaissances sur le VIH-sida. Parmi les étudiants des universités privées, les hommes étant plus informés que les femmes, bien que les femmes soient plus disposées à subir un test de dépistage du VIH que les hommes (Abiodun et al., 2014). De plus, Ugwu et al. (2015) ont révélé quelques connaissances fausses chez les étudiants au Nigéria sur le mode de transmission du VIH-sida tels que le partage des toilettes avec une personne infectée, le partage du même lit et manger avec une personne infectée. Par ailleurs, l'étude de Tsapi et al. (2018) a montré que le mode de transmission des ISST et du VIH-sida par transfusion sanguine, la transmission mère-enfant et les rapports sexuels non protégés ont été cités par un tiers des participants contre 22 % qui ne connaissaient aucun mode de transmission de ces deux maladies.

Plusieurs études démontrent qu'au début de cette pandémie, les représentations sociales du VIH-sida étaient centrées sur l'aspect des rapports sexuels homosexuels suggérant un aspect moralisateur de ce qui est bien ou mal (Echabe et Páez, 1989; Labra, 2011; Labra, Lacasse et Gingras-Lacroix, 2017). Les médias à travers un discours moralisateur stigmatisant la sexualité comme déviante à la norme alimentaient ces représentations par divers propos comme « le cancer gai » ou encore « le monde pécheur de la sexualité » (Moatti, 1988; Labra et Dumont, 2012, Labra et Lacasse 2015). Même si les représentations se transforment, Labra (2011) mentionne que le VIH-sida est lié à une « image de la maladie symbole de déviance et de négligence » (204). Or, dans leur recherche, Labra et Lacasse (2015) ont soulevé certains aspects comme : le refus catégorique à la criminalisation du VIH-sida, la liberté sexuelle pour tous, la notion de responsabilité partagée à parts égales entre la PVVIH-sida et son partenaire. Ce qui a soulevé pour ces chercheurs l'importance d'une préparation adéquate chez ces futurs

intervenants sociaux afin d'avoir les connaissances justes pour intervenir auprès des PVVIH/sida (Labra et Lacasse, 2015).

2.2.2 Attitudes à l'égard du VIH-sida

La littérature soulève la présence d'attitudes discriminatoires fondées sur des préjugés ainsi que plusieurs efforts sur le plan scientifique pour comprendre le VIH-sida. Tout comme l'histoire du VIH-sida a souligné l'impact des croyances et des attitudes concernant cette maladie sur la manifestation de différents comportements sexuels (Herek, 2004; Ramirez-Valles et al., 2005).

Les résultats de l'étude de Reddy et al. (2018) démontrent que les étudiants d'une faculté des sciences infirmières en Inde ont répondu qu'elles se sentaient inquiètes de soigner des PVVIH-sida. Et un tiers des participantes à l'étude ont déclaré qu'elles préféreraient ne pas s'occuper de ces patients par peur d'être exposées au VIH-sida au travail. En ce sens, Inungu et al. (2009) notent qu'une proportion de 18,3 % d'étudiants universitaires aux États-Unis n'achèterait pas de nourriture chez un commerçant ou un vendeur qui est infecté par le VIH-sida. Des données semblables ont été repérées à Taiwan auprès d'étudiantes collégiennes. Ces résultats montrent qu'environ 23 % des participantes ont répondu que les PVVIH-sida devraient rester à la maison ou à l'hôpital, et moins de 10 % des participantes pensaient que ces personnes devraient être tenues à l'écart de l'école (Tung et al., 2008). Pour Korbéogo et Lingani (2013), les étudiants éthiopiens ont une représentation des PVVIH-sida qui suggère que ces personnes aient un changement de valeurs morales concernant leur sexualité, indiquant même qu'ils seraient plus ouverts dans leurs mœurs.

Malgré un changement de connaissances, la stigmatisation des PVVIH-sida (les homosexuels, les utilisateurs d'injection de drogue ou encore les prostituées) passant par une condamnation d'attitudes perçues comme sexuelles déviantes, dangereuses et immorales est encore existante (Surlis et Hyde, 2001; Rutledge et al., 2009; Labra et Lacasse, 2015).

Apostolidis (2011) constate également dans la même étude que les individus ayant des attitudes négatives face aux homosexuels sont les personnes qui leur attribuaient la responsabilité de la propagation du VIH-sida et que ceux qui avaient des attitudes positives envers les homosexuels étaient ceux qui connaissaient les risques de transmission autres que par les relations sexuelles.

Alamta (2012), a prouvé que 63,1 % d'étudiants universitaires au Mali affirmaient qu'il n'y avait pas de danger de fréquenter, de manger et de dormir ensemble avec une PVVIH-sida et la majorité n'appuyait pas l'idée d'éviter des échanges de matériel (matériel de coiffure, les objets de perçage, etc.), dans le but d'éviter la contamination de ce virus. Dans le même sens, l'étude de Soumahoro et al. (2019) indique que les étudiants universitaires en Côte d'Ivoire ont manifesté quelques attitudes positives envers les PVVIH-sida. De cette manière-là, la majorité des répondants a accepté qu'ils puissent travailler ensemble avec les PVVIH-sida. De plus, pour Maswanya et al. (2000) les Taiwanaises ayant une bonne connaissance du VIH-sida deviennent plus tolérantes envers PVVIH-sida. De cette manière-là, les étudiantes d'un collège de Taiwan répondaient qu'elles peuvent accepter d'étudier ensemble avec une collègue qui est VIH positif sans problème, mais seulement une petite proportion des participantes (28 %) affirmait qu'elle peut soigner ces patients sans souci.

Ainsi, comme différentes études l'indiquent, l'attitude des intervenants (y compris les travailleurs sociaux) envers les PVVIH-sida a une incidence directe sur les soins et les traitements offerts (Taylor, 2001; Lance et al. 2007; Varas-Díaz et Marzán-Rodríguez, 2007; Labra et Lacasse, 2015). Labra et al., (2017) soulèvent que malgré le niveau élevé de scolarité des étudiants du 1er cycle universitaire, il existe une nuance concernant leurs attitudes à l'égard du VIH-sida. En fait, ils notent : « des attitudes positives envers les PVVIH-sida et envers diverses situations entourant le VIH-sida [...] les étudiants sont, pour la plupart, d'accord avec le fait que les PVVIH-sida ont le droit d'être logés, d'avoir accès aux soins et d'avoir une vie sexuelle » (p.12).

Outre, certaines études soutiennent que le groupe d'âges de 17 à 35 ans est considéré comme plus à risque d'infection au VIH-sida et plus propice à adopter des comportements imprudents (ONUSIDA, 2020, Kacou, 2020, Labra et al., 2017, Labra et Lacasse, 2015; Toudeft, 2010). D'autres études ont identifié une différence d'attitudes des individus vivant en milieu rural et urbain. En fait, ceux provenant d'un milieu rural auraient des attitudes plus à risque (Kacou, 2020; Veinot et Harris, 2011; Halfen et al., 2006).

2.2.3 Pertinence sociales et scientifique de la recherche

Étant donné que les représentations envers le VIH-sida ainsi que les conditions de vie des individus infectés sont en constante évolution, il apparaît nécessaire de s'attarder aux connaissances, aux images et aux attitudes des étudiants universitaires évoluant au sein d'un programme de travail social dans deux pays différents à l'égard de la maladie et des PVVIH-sida. Comme illustré dans la littérature, peu de données

sont disponibles à propos des représentations sociales du VIH/sida chez les étudiants en travail social de niveau universitaire. Comme les représentations erronées sont productrices d'attitudes négatives autour du VIH-sida ainsi qu'auprès des PVVIH-sida, aborder ce phénomène sous l'angle des représentations sociales repose sur l'incidence ou la portée de celles-ci sur les attitudes et le manque de connaissance de ces étudiants auprès des PPVIH-sida. Dans ce sens, la pertinence scientifique de cette étude vise à faire avancer l'état des connaissances entourant les représentations sociales du VIH/sida sous une nouvelle réalité qui est peu étudiée, et ce, dans deux pays différents, soit le Chili et la Belgique auprès des futurs travailleurs sociaux.

En ce qui concerne la pertinence sociale, les résultats serviront d'apport social pour une meilleure compréhension concernant les connaissances et les attitudes des étudiants en travail social. Le fait de comprendre ces savoirs et leurs mécanismes est très précieux pour tout chercheur voulant intervenir et proposer des pistes de prévention auprès des étudiants à l'égard du VIH/sida au sein des universités.

Comme le VIH-sida affecte des millions de personnes et de familles dans le monde entier et que cette maladie transcende tous les domaines où exercent les travailleurs sociaux, l'intérêt de cette recherche orientée vers les étudiants universitaires en travail social devient également un apport scientifique et social. Dès le début de cette pandémie, les groupes communautaires et les travailleurs sociaux se retrouvèrent en première ligne d'intervention pour offrir des services d'éducation et d'information, de prévention, d'appui et de défense (Clausson,1989). Comme le mentionne Otis (2015), une mobilisation communautaire et institutionnelle s'efforçant de répondre aux besoins engendrés par cette épidémie en termes de soins, de traitements et de lutte pour les droits. Ainsi, face à l'inconnu soulevé par cette maladie, les pratiques du travail social relatives au VIH-sida ont dû évoluer et s'ajuster tout en poursuivant l'effort pour éradiquer l'exclusion sociale et la pauvreté. En 2016, l'ONUSIDA déclare lors de l'Assemblée générale des Nations Unies que « les travailleurs sociaux du monde entier participent à la mise en œuvre de ripostes du VIH créatives et bienveillantes. En travaillant avec les personnes les plus vulnérables, les travailleurs sociaux contribuent à susciter le respect de la dignité, la solidarité, la justice sociale et l'espoir » (ONUSIDA, 2017).

Quelques années auparavant, l'Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux (ACTS) soulignait déjà l'importance du rôle des travailleurs sociaux :

Les travailleurs sociaux possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour œuvrer efficacement auprès des personnes qui vivent avec le VIH/sida et de celles qui sont touchées par la maladie, y compris les membres des familles, les amis, les conjoints et les enfants. Ils contribuent de leur aptitude unique à travailler avec les gens dans leur propre milieu et défendent les changements qui répondent le mieux aux besoins de leurs clients. (ACTS, 2011, paragraphe 4).

Même si les connaissances sur le VIH-sida ont beaucoup évolué, certains mythes existent encore comme celui de croire que l'infection au VIH n'arrive qu'aux autres ou encore qu'il soit impossible qu'une personne séropositive puisse mettre un enfant au monde. Les PPVIH restent confrontés à divers préjugés et stigmatisations entourant cette maladie. L'apport des travailleurs sociaux demeure essentiel tant par les services thérapeutiques, de counseling, des interventions de groupe, familiales ou multidisciplinaires afin de réduire l'incidence du VIH par la réduction des préjudices et la promotion de la santé. Tout comme le souligne l'ACTS (2011), ils « comprennent que les soins de santé représentent davantage que les soins médicaux ».

2.3 Paradigme de recherche et cadre théorique

2.3.1 Paradigme de recherche

La perspective épistémologique adoptée dans ce mémoire est celle du constructivisme. Selon cette approche, les réalités des étudiants chiliens et belges en travail social sont construites à travers leurs croyances, expériences et interactions avec le monde qui les entoure (Lincoln et Guba, 2000). Ainsi, nous prendrons en compte les facteurs qui influencent le niveau de connaissance, les attitudes et les perceptions des droits, ainsi que l'acceptabilité sociale des PVVIH-sida.

En s'appuyant sur cette perspective, notre étude s'inscrit dans le paradigme constructiviste et dans la théorie des représentations sociales. Le milieu universitaire en travail social joue un rôle crucial dans la production de connaissances et la formation des comportements. Ce milieu influence les coutumes, les attitudes (Merriam et Tisdell, 2015) et les représentations que les étudiants en travail social se font à l'égard du VIH-sida.

En adoptant cette approche constructiviste et en explorant les représentations sociales dans le contexte spécifique des étudiants en travail social, nous visons à mieux comprendre comment ces représentations sont formées, influencées et peuvent avoir un impact sur les attitudes et les comportements des étudiants envers les PVVIH-sida.

Le concept des représentations sociales part du postulat de la complexité du phénomène étudié. C'est pourquoi cette étude s'inscrit dans le paradigme constructiviste. Le constructivisme nous permettra d'approcher et d'analyser les jugements que les étudiants portent sur leur niveau de connaissance du VIH-sida (question 1 du questionnaire en annexe), sur l'acceptabilité sociale des PVVIH-sida (questions 7 à 9), sur les attitudes qu'ils peuvent afficher envers les PVVIH (question 8), ainsi que sur les représentations sociales ou l'image qu'ils ont des droits des PVVIH-sida (question 10).

En se positionnant du point de vue constructiviste, nous reconnaissons que les représentations sociales sont construites socialement et individuellement, et qu'elles sont influencées par les interactions, les expériences, les croyances et les valeurs des individus. En analysant ces différents aspects à travers le prisme constructiviste, nous pourrions mieux comprendre la manière dont les étudiants en travail social se représentent le VIH-sida, les PVVIH-sida et les droits qui leur sont associés.

2.4 Cadre théorique

Dans le cadre de ce mémoire, la théorie des représentations sociales développée par Moscovici (dans Herzlich, 1969), sera celle à laquelle nous nous référons. Notons que cette théorie a été popularisée par différents chercheurs comme Herzlich et Jodelet, mais au départ c'est Moscovici qui définit une représentation sociale comme :

Un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation. Tout d'abord, d'instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de l'orienter dans un environnement social matériel et de le dominer. Ensuite, d'assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective. » (Moscovici, dans Herzlich, 1969 : 11)

Ainsi, s'intéresser et s'interroger sur les représentations sociales, comme plusieurs études l'ont démontré (Negura, 2006, Lo Monaco et L'Heureux, 2007, Cassagnes Breidenbach, 2020, Moracchini et al., 2020) permet de mieux saisir les fausses associations, les croyances, les jugements, les distorsions qui se construisent culturellement dans le système de valeur de chacun (Labra 2011; Moscovici, 1976; Rateau et Lo Monaco, 2013; Valence, 2010).

L'individu a besoin d'ancrer ses connaissances dans ce monde de valeur (Doise, 1986) afin d'attribuer une signification à ce qui arrive, tout en se basant sur un ensemble d'opinions et de croyances propres à un ou

plusieurs systèmes constituant des représentations sociales (Rateau et Lo Monaco, 2013). Dans cette perspective, une représentation sociale a un effet déterminant sur les « agirs » de chacun et de l'ensemble des interactions, donc sur la relation (Labra, 2011).

2.4.1 Définitions de concepts clés

Au milieu de la figure 2.1 qui représente notre modèle d'analyse, se trouvent les trois variables principales de notre étude, soient la connaissance du VIH-sida, les attitudes face aux PVVIH-sida et les droits des PVVIH-sida, dont les définitions et façons de les comprendre suivent.

2.4.1.1 Le concept des connaissances

Cette dimension concerne le savoir qui fait référence à la somme d'informations obtenues à propos d'un objet social, -dans le cas qui nous intéresse, le VIH-sida- de sa quantité et de sa qualité, plus ou moins stéréotypée selon certains préjugés (Moscovici, 1961; Kaës, 1968; Herzlich, 1972; Labra, 2011). Ces savoirs sont précieux pour mieux comprendre comment les étudiants s'approprient leurs savoirs à l'égard du VIH-sida et comment ils les assimilent. Selon Kaës (1968 : 33), il y a deux niveaux de connaissances : le préjugé et le stéréotype. Le préjugé permet d'induire, de justifier, d'anticiper et de donner une réponse selon les connaissances antérieures lorsque l'individu se retrouve face à un évènement plus ou moins connu ou inconnu (Durandin, 1956 dans Kaës, 1968). Comme le mentionne Moscovici (1961), le stéréotype provoque une réaction immédiate basée sur « l'état de cristallisation des attitudes et des opinions, ayant une forte valence affective ou sociale » (p. 283). Selon Labra et Lacasse (2015), il y a trois dimensions à considérer pour analyser les représentations sociales, soient : l'information, l'image et l'attitude (Kaës, 1968; Codol, 1970, Herzlich, 1972; Labra, 2011).

La dimension de l'image est reliée au modèle social (Moscovici, 1961; Labra, 2011) dominant dans la société. Elle comporte, comme le mentionne Labra (2011), « des aspects d'anticipation (projets, amorces d'activités en suspens), des contenus cognitifs et des contenus affectifs et émotifs, mais est partiellement abstraite à cause du caractère lacunaire des informations qu'elle condense » (p. 52). En fait, l'image est un médiateur d'expression d'une relation vécue entre le sujet et l'objet dans un environnement (Labra, 2011). Or, le début de cette relation entre la population en générale et les PVVIH-sida fût marqué par des conditions difficiles, tant par l'image d'une maladie de groupes marginalisés (Labra, 2015) et le manque d'informations ou par des informations peu ou pas scientifiques, à l'égard du VIH-sida. (Andrewin et Li-Yin, 2007 ; AIS, 2014, Otis, 2015).

En ayant recours aux connaissances, aux croyances, aux opinions et à des attributions naïves, l'homme se crée une représentation pour agir et être en relation (Rateau et Lo Monaco, 2013). En fait, tout être humain a besoin de trouver une explication, un sens, une signification pour mieux comprendre ce qui l'entoure. Allant, jusqu'à attribuer des caractéristiques, à les stigmatiser jusqu'à ce que le stigmat devienne l'état de ses caractéristiques (Goffman, 1975). Comme ce fût pour ces premières attributions concernant, entre autres, les homosexuels et l'association du sida avec la « peste gaie ».

Quant à la dimension attitude, la connaissance a trait à des comportements, la section ci-dessus l'explique.

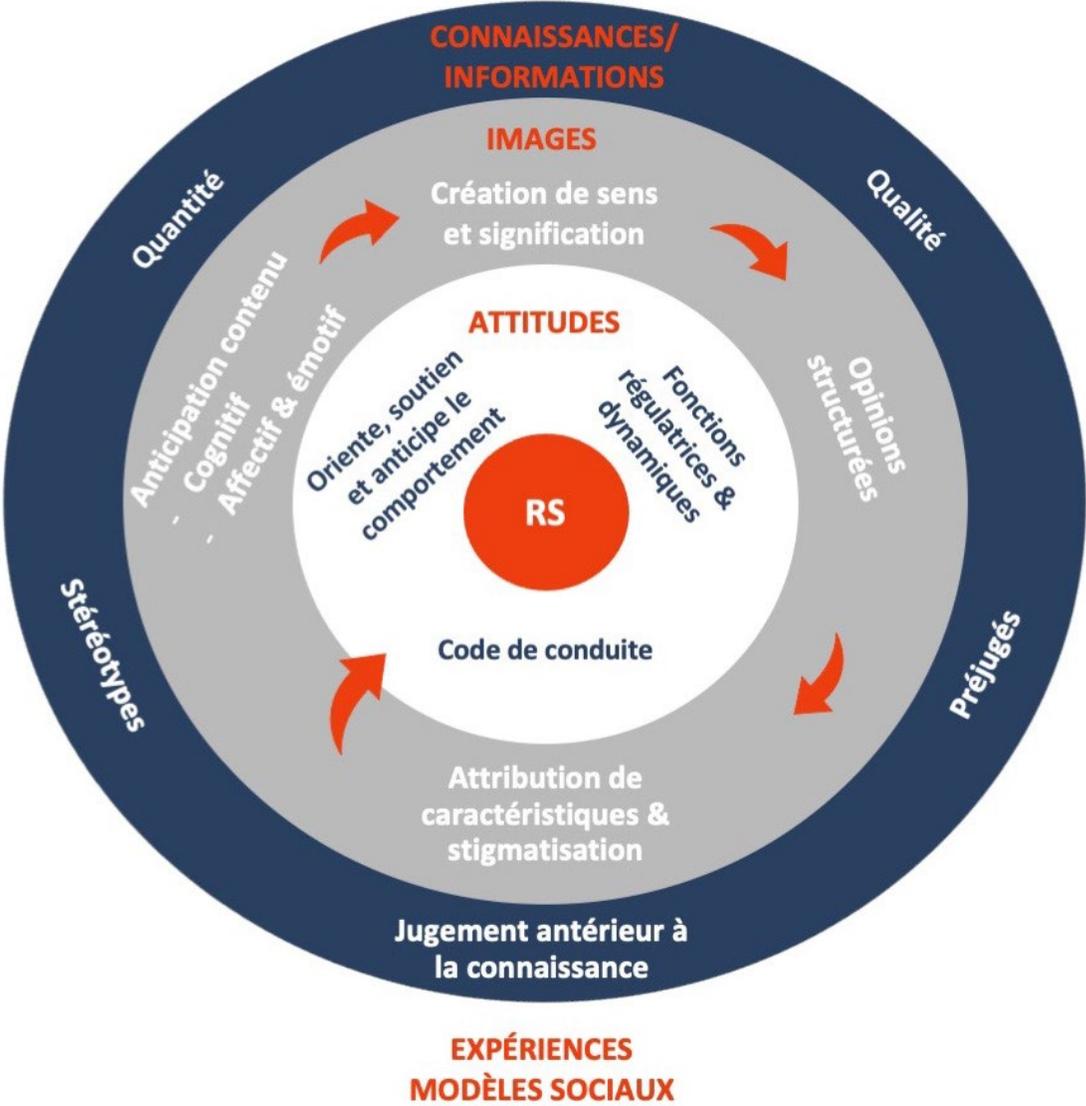
2.4.1.2 Le concept d'attitude

Ce deuxième concept clé dans l'étude des représentations sociales, l'attitude est le résultat de l'expérience du sujet selon son interprétation et la transformation de ses modèles sociaux pour s'orienter positivement ou négativement face à l'objet (Moscovici, 1961). Dans cet univers d'opinions, l'attitude devient une structure d'orientation de la conduite (Kaës, 1968) qui se manifeste de manière un peu plus « primitive » que la dimension de la connaissance et de l'image.

Peut-on alors considérer, comme Moliner mentionne (dans Billiez et Millet, 2001 : 5) que « les attitudes constituent la dimension évaluative des représentations sociales, arguant que l'activité qui résulte du processus représentationnel est autant une activité descriptive (interprétation et compréhension) qu'une activité évaluative (jugement) ». Puisque ces attitudes sont conditionnées elles-mêmes par les images diffusées, comme dans le cas des PVVIH-sida, par les médias, basés sur une connaissance incomplète, stéréotypée et remplie de préjugés, elles ont produit des constructions sociales stigmatisant les attitudes à l'égard du VIH-sida et des PPVIH-sida et leur entourage. En ce sens, une attitude peut être manifeste dans un cas où l'information est réduite et l'image peu organisée (Herzlich, 1972), pouvant alors générer des attitudes discriminatoires (Doise et al., 1992).

Dans le contexte de cette étude, une analyse dimensionnelle basée sur l'information, l'image et l'attitude est prévue afin de mettre en évidence les représentations et les relations entre ses trois dimensions de la représentation, d'en dégager la nature et d'établir son degré de cohérence. Cela va permettre de comparer les représentations sociales à l'égard du VIH-sida des étudiants universitaires de deux universités afin de révéler les différences et les similitudes.

Figure 2.1 Théorie des représentations sociales.



(Source : Inspiré de Moscovici 1976; Abric, 1994)

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Cette partie décrit le contexte dans lequel la recherche s'insère. Celle-ci énonce les informations sur sept éléments : 1) Le type de devis de recherche; 2) Le terrain d'étude; 3) La population, le type et la composition de l'échantillon; 4) La technique de collecte des données; 5) La stratégie d'analyse de données et 6) Les enjeux et considérations éthiques de l'étude.

3.1 Type de devis de recherche

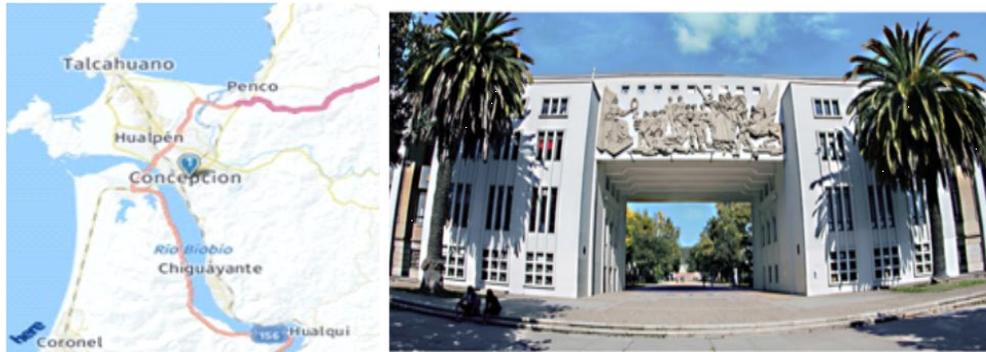
Pour atteindre les deux objectifs de notre mémoire, la recherche a été quantitative de type comparatif (entre les résultats issus des opinions des étudiants belges et chiliens). L'analyse quantitative a été la plus appropriée à utiliser, car elle consiste dans un premier temps, à décrire les données, à les mettre en parallèle pour ensuite ressortir les ressemblances et les différences chez les étudiants en travail social des deux universités et deux pays. Selon Ependa (2017), la démarche quantitative de type comparative, « consiste à mettre en parallèle, à présenter et à analyser les éléments pour faire ressortir les caractéristiques générales, les différences ou les ressemblances entre deux ou plusieurs situations » (p. 43). Ainsi, ce volet quantitatif a permis d'examiner les représentations sociales d'étudiants en travail social à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016).

3.2 Le terrain d'étude

Une étude transversale a été réalisée auprès d'étudiants en travail social de l'École de travail social de l'Université de Concepción au Chili et la Haute École de travail social d'HÉNALLUX, Belgique. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure, menée au niveau international (Belgique, Chili, Québec et Suisse) par l'équipe de Labra *et al.* (2018), concernant « Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : une étude comparative ».

L'Université de Concepción, dans le sud du Chili, est une institution d'enseignement supérieur d'environ 20 000 étudiants. Fondé en 1919, cet établissement de prestige national et international est l'une des meilleures institutions d'Amérique du Sud. Pour mieux se représenter cette Université, voici en images sa localisation géographique au Chili, puis son entrée principale (figure 3.1).

Figure 3.1 Situation géographique et entrée principale de l'Université de Concepción



Pour sa part, la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg (HÉNALLUX), est une institution supérieure de Belgique fondée en 2011 suite à la fusion entre deux instituts, soit la Haute École de Namur et la Haute École Blaise Pascal. Cette institution comporte dix campus, dont le département social de Namur. Pour mieux localiser ce campus géographiquement, voici une carte indiquant sa situation en Belgique et puis une photo de l'entrée de l'Université (figure 3.2).

Figure 3.2 Situation géographique et entrée principale de la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg



3.3 Procédure d'échantillonnage et techniques de collecte des données

Le critère d'inclusion-exclusion dans l'étude est le suivant : pour participer au sondage par questionnaire, l'étudiant devrait être inscrit à la session ou au trimestre d'automne 2018 ou de l'hiver 2019 au programme de travail social des institutions universitaires retenues (Université Concepción au Chili et la HÉNALLUX de la Belgique). Au moment de l'enquête, 904 étudiants étaient inscrits dans les deux écoles

de travail social (N = 904), dont 374 à l'Université Concepción et 530 étudiants à la HÉNALLUX. La tâche de recrutement des participants a été coordonnée par l'équipe de recherche de Labra *et al.* (2018), mais au niveau local, c'est-à-dire dans chaque pays, un co-chercheur s'en occupait. Ainsi, le professeur Biston de la HÉNALLUX et la professeure Chamblas de l'Université de Concepción avaient la tâche de demander l'autorisation dans leur établissement respectif pour avoir accès à la plateforme qui y est utilisée, et cela, dans le but d'héberger les données des participants invités (annexes 1 et 2) à partir d'un lien permettant d'accéder au questionnaire *Brief HIV Knowledge Questionnaire-HIV-KQ-18* de Wagenaar *et al.* (2012), cf. l'annexe 3, dans sa version en français ou en espagnol.

Pour encourager la participation d'étudiants, une lettre de présentation du projet de recherche a été envoyée à tous via les responsables des écoles de travail social (annexe 4) ainsi qu'à chacune des Associations étudiantes (annexe 5) qui l'ont diffusée auprès des étudiants ciblés.

Puisqu'on est devant une population comptant deux sous-populations, l'échantillon stratifié serait le plus approprié, mais du fait que le sondage se passait en ligne, la collecte de données a été réalisée suivant une méthode d'échantillonnage non probabiliste, celle de l'échantillon des volontaires représentant un certain quota pour chacune des deux universités et la taille finale est connue que postérieurement. En effet, sans calculer la taille de l'échantillon ni procéder à un tirage aléatoire en amont, le questionnaire *Brief HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ-18)* (Carey et Schroder, 2002) a été envoyé à tous les 904 étudiants actifs dans ces écoles de travail social dès le mois de septembre 2018. Par la même occasion, ils ont tous été invités par le biais de leur courriel institutionnel à le remplir directement sur la plateforme SurveyMonkey.

En ce qui concerne l'instrument de collecte, le questionnaire HIV-KQ-18 fut adapté par l'équipe de recherche Labra *et al.* (2018), dans sa version originale anglaise et celle en français. Pour ce qui est de la version espagnole du questionnaire, elle a été traduite par le chercheur principal et validée par la Pre Chamblas de l'Université de Concepción à travers de prétest auprès de 10 étudiants en travail social. Pour le besoin de cette recherche, le questionnaire comprend essentiellement trois volets : le premier volet porte sur la mesure du niveau de connaissance des participants sur le VIH-sida. On y trouve une échelle validée qui comporte 18 items (vrai / faux / ne sais pas) qui permet de calculer un score du niveau s'étendant de 0 à 18, où un score plus élevé indique un bon niveau de connaissances (supérieur). Un score inférieur à 13 sur 18 (moins de deux tiers de bonnes réponses) traduit un faible niveau de connaissances

sur le VIH-sida (Wagenaar *et al.*, 2012). Le deuxième volet du questionnaire contient des questions fermées et semi-fermées (échelle de Likert) sur les représentations sociales de la gravité, du risque d'attraper le VIH-sida, sur des attitudes individuelles et collectives face au VIH-sida et aux PVVIH-sida. Les questions sur les perceptions et les attitudes ont été tirées des enquêtes sur les attitudes francophones de l'Agence de la santé publique du Canada ont également été présentées (Agence de la santé publique du Canada, 2003). Quant au troisième volet, il concerne la fiche signalétique, i.e. les variables sociodémographiques qui caractérisent les répondants.

Pour ce qui a trait à la taille de l'échantillon, un suivi en ligne était fait par l'équipe. Avant la date limite du sondage, des messages de rappel à participer à l'étude ont été envoyés en février 2019 pour avoir au moins 10 répondants par item ou énoncé du questionnaire HIV-KQ-18, soit au minimum 180 répondants par université (voir plus bas la condition de Hair *et al.* 1998 pour la factorisation des variables, point 3.4). Dans ce contexte de tirage non aléatoire dans deux sous-populations, le type d'échantillon non probabiliste adapté est l'échantillon par quota, très semblable à un échantillon stratifié (probabiliste). Ce faisant, nous avons deux strates : d'une part, la strate constituée des étudiants en travail social fréquentant l'Université Concepción et d'autre part, celle des étudiants en travail social de la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg. Le calcul de la taille de l'échantillon n'a pas été nécessaire, car nous sommes contents de réponses reçues pour obtenir le quota ou la taille finale de chacune des deux strates (n_1 et n_2). Cela veut dire qu'en fin de compte, nous avons un échantillon par quotas de taille n_t (avec $n_t = n_1 + n_2$).

Après nettoyage de la base des données (en élaguant les questionnaires contenant beaucoup de données manquantes – cas de non-réponse – ou plus de 5 % de données extrêmes), il en reste 491 questionnaires bien remplis et exploitables, dont 247 (n_1) issus des étudiants en travail social à la HÉNALLUX et 244 (n_2) provenant des étudiants en travail social à l'Université Concepción. Soulignons que la taille de l'échantillon ($n_t = 491$) est quand même importante (54 % de N), elle représente plus de la moitié de la population, qui elle, est de petite taille ($N = 904$), ce qui nous permettra d'extrapoler valablement les conclusions issues de cet échantillon à la réalité dans les deux sous populations étudiantes.

En appliquant cette proportionnalité à chacune des strates, nous avons la répartition de l'échantillonnage finale ci-dessous.

Tableau 3.1 Répartition des étudiants dans l'échantillon par quota

| TERRAIN (UNIVERSITÉS) | UNIVERSITÉ CONCEPCIÓN (CHILI) | HÉNALLUX (BELGIQUE) | TOTAL |
|---|--|--------------------------------|---------------|
| Population (N) | 374 | 530 | 904 |
| % dans la population | 41,4 % | 58,6 % | 100 % |
| Quota dans l'échantillon (n) | 244 | 247 | 491 |
| % par rapport à la population d'origine | 65,2 % | 46,6 % | 54,3 % |

Seuil de signification $\alpha = 5\%$ ($\alpha = 0.05$)

3.4 Techniques de traitements des données et d'analyse des résultats

En ce qui concerne le traitement des données, une fois que le sondage électronique était clos, toutes les données ont été transférées sous forme d'une base de données Excel puis converties dans SPSS-27^{MD}. Tenant compte du principe de consentement libre et éclairé, les réponses considérées sont celles des étudiants et étudiantes qui ont accepté volontiers de répondre audit questionnaire, car le questionnaire débutait par une question obligatoire sur le consentement du participant ou de la participante.

Dans la façon de construire cette base des données, nous avons tenu compte de la finalité du mémoire, soit l'idée de procéder à une comparaison entre les étudiants belges et chiliens. Pour cela, un code identifiant le pays de l'étudiant permettait de scinder l'échantillon en deux sous-échantillons mélangés et indépendants au sens statistique.

Quant à l'analyse des résultats, une fois les données recueillies nettoyées, elles ont été traitées. Dans ce cadre, premièrement des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été calculées pour dresser un portrait des participants, entre autres, sur base de leurs caractéristiques sociodémographiques. À propos, sept variables sociodémographiques ont été mesurées : le genre, le groupe d'âge, le statut matrimonial (état civil), le lieu de naissance (pays), la situation socioprofessionnelle (emploi), le lieu de résidence (urbain, rural ou périurbain) et le revenu annuel brut en monnaie nationale. Pour compléter la description de deux sous échantillons (étudiants belges et chiliens), le score moyen HIV-KQ-18 a été calculé par sous-échantillon (étudiants belges et étudiants chiliens). En outre, pour ressortir les différences de variabilité, c'est-à-dire le degré de dispersion du niveau de connaissance, les écarts-types de cette variable ont été calculés. De même, les scores totaux du niveau de connaissance sur le VIH-sida ont été présentés sous forme de quartiles (très faible connaissance, faible connaissance, connaissance moyenne et bonne

connaissance du VIH-sida). Dans le même ordre d'idée, nous avons présenté et comparé les fréquences de chacune des sources où les étudiants puisent de l'information sur le VIH-sida.

Deuxièmement, la comparaison entre les étudiants belges et chiliens a été faite quant à leurs perceptions de la gravité du VIH-sida en tant que maladie, du risque de l'attraper, des attitudes culpabilisantes, des comportements de rejet ou d'acceptabilité sociale des PVVIH-sida ainsi que leur niveau d'aisance face à une PVVIH-sida. Cette description comparative a été très utile dans la mesure où tous ces éléments décrits façonnent, d'une manière ou d'une autre, les représentations sociales du VIH-sida.

Après avoir présenté le portrait des répondants, tel que décrit ci-dessus, nous nous sommes intéressées à deux questions de savoir : 1) concernant le VIH-sida, est-ce qu'il y a un lien d'association ou de dépendance entre le niveau de connaissance des étudiants et leurs caractéristiques sociodémographiques ; 2) le niveau de connaissance expliquerait-il les perceptions, les attitudes face aux PVVIH-sida et la façon d'appréhender ou de percevoir les droits des personnes qui ont les VIH-sida? Sur le plan analytique, ces deux préoccupations renvoient à une analyse corrélacionnelle, avec une préoccupation quant aux résidus. D'abord entre les variables sociodémographiques et le niveau de connaissance comme variable expliquée. Ensuite, entre le niveau de connaissance, cette fois comme variable explicative (indépendante) et les perceptions sociales des PVVIH-sida, les attitudes face à ces dernières et la perception de leurs droits dans la communauté (les trois, comme variables dépendantes). Cependant, le calcul des paramètres ou des statistiques d'une corrélation linéaire exige que toutes variables en jeu soient quantitatives. Or, ces trois dernières variables sont qualitatives, mesurées suivant l'échelle de Likert. Pour les quantifier, il faudra passer par une agrégation des réponses graduées, données par les répondants, aux différents items (énoncés) de chaque variable. L'agrégation des items sous-entend une factorisation, pour réduire ou agréger la dizaine d'items entrant dans chacune des trois variables précitées en quelques facteurs (2 ou 3 significatifs). Ces facteurs pouvaient donner lieu à de grosses variables à valeurs continues standardisées qui permettraient de procéder au calcul des coefficients de corrélation ou de créer des échelles en vue d'une analyse de la dépendance. Sachant que l'analyse en composante principale (ACP) ou la factorisation nécessite qu'on vérifie d'abord trois informations : 1) selon Hair *et al.* (1998), il faut avoir au minimum 10 répondants par item ; 2) que l'indice de l'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser, Meyer et Olkin (KMO) soit égal ou supérieur à 0,7 et 3) que le test de sphéricité de Bartlett soit significatif. Après calcul, il s'est avéré qu'avec un échantillon de 247 étudiants belges et 244 étudiants chiliens, la condition de Hair *et al.* (1998) est remplie, mais l'adéquation de l'échantillonnage montre que les résultats de la factorisation

(réduction) des items de ces trois variables n'est probablement pas très utiles, car l'indice de KMO s'est avéré faible ($KMO = 0.54$), il vaut donc mieux laisser les variables telles quelles, bien que le test de Bartlett soit significatif, puisque la p -value $\leq 0,05$). Dans l'impossibilité de faire une analyse des corrélations directement ou après une factorisation des items, il reste deux possibilités pour examiner les différences et tester l'association entre la variable niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants et les trois variables qualitatives, énumérées précédemment. Premièrement, on peut procéder à une analyse des variances (ANOVA) et deuxièmement, de passer par une analyse de contingence (Khi-deux). En effet, d'une part, l'ANOVA permet de mesurer la variance intra et inter-groupe pour savoir s'il y a ou non une association entre une variable expliquée (dépendante) et une variable explicative (indépendante) dans les deux sous-échantillons visés. D'autre part, l'analyse de contingence permet de tester l'hypothèse (H_0) de l'indépendance entre deux variables catégorielles, comme les sont le niveau de connaissance polychromisé en quatre catégories (très faible, faible, moyen et bon niveau), les perceptions sociales dominantes, les attitudes ainsi que les perceptions des droits des PVVIH-sida chez les étudiants échantillonnés (variables plynchotomiques), prises une par une avec leurs fréquences dans les deux groupes d'étudiants). Avant de procéder, l'on doit aussi vérifier certaines conditions de faisabilité de l'ANOVA. Principalement, il faudra tester la normalité et l'homogénéité de la variable dépendante (niveau de connaissance du VIH-sida chez nos étudiants-répondants). À ce sujet, le test de Levene a montré qu'il n'y avait pas une homogénéité de variance entre le niveau de connaissance des étudiants belges comparativement à celui des étudiants chiliens ; ce qui nous a conduits à procéder au test non paramétrique de Welch qui fait une comparaison des moyennes des deux échantillons indépendants en l'absence d'une homogénéité des variances. Dans le même ordre, nous avons procédé à une analyse de contingence (Test de khi-carré ou Khi-deux) pour savoir si le niveau de connaissance dépendait des caractéristiques sociodémographiques des étudiants. En outre, voir si les attitudes face aux PVVIH-sida, les croyances personnelles et dans la communauté de vie des étudiants ainsi que les perceptions qu'ils ont des droits des PVVIH-sida sont statistiquement indépendantes ou dépendantes du niveau des connaissances des étudiants sur le VIH-sida, tel que nous les prévoyons dans l'hypothèse 2.

Notons qu'à chaque type d'analyse, une comparaison a été faite entre les résultats des étudiants belges et ceux des étudiants chiliens en travail social, et ce, au seuil de signification de 5% (p -value = 0,05) toujours. Le logiciel IBM SPSS-27 StatisticsMD a été mis à contribution pour faciliter le traitement et l'analyse des données recueillies.

3.5 Enjeux et considérations éthiques

Dans ce projet de mémoire, tous les éléments entourant l'éthique de recherche à l'UQAT ont été respectés, notamment deux grands principes éthiques furent observés dans ce projet de mémoire et assurés par l'étudiante : la confidentialité et le consentement éclairé. Une page de présentation au questionnaire électronique a été accessible par le lien Web envoyé à tous les étudiants des deux écoles participantes. Cette page renfermait suffisamment de renseignements pour que les participants reçoivent toute l'information essentielle à la compréhension du but et des implications de l'étude.

Aucune information permettant d'identifier les répondants n'a été présentée dans la base de données électronique au moment des analyses. Une seule personne désignée au sein de l'équipe de recherche a été responsable de la manipulation et de la suppression des comptes utilisateurs des répondants (Pr Ependa). De plus, une demande d'évaluation éthique a été soumise au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue par l'équipe de recherche de Labra *et al.* (2018). Cette certification éthique a été émise par ce comité le 28 juin 2018 (2018-06-Labra, O. cf. annexe 6 : Certificat d'éthique).

De même, lors de leur étude, les chercheurs principaux, le Pr Labra et le Pr Ependa n'ont pas eu accès aux autres plateformes des autres centres. Ils ont eu accès seulement aux données hébergées sur SurveyMonkey qui sont conservées sur des ordinateurs, dont l'accès est protégé par un mot de passe. Dans le cadre de cette étude, l'étudiante chercheuse Nancy Marcoux n'a eu accès qu'aux données concernant les deux établissements et selon les objectifs de sa recherche (annexe 7 : Lettre conseillère en gestion de la recherche de l'UQAT), puis une lettre d'engagement à la confidentialité est signée (annexe 8 : Engagement à la confidentialité).

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre a pour objectif de confronter la théorie et la réalité sur le terrain (résultats obtenus). En d'autres termes, c'est dans ce chapitre que nous nous prononçons sur nos deux hypothèses de recherche. Pour ne pas allonger le mémoire, nous ne nous attarderons qu'aux résultats significatifs ($p\text{-value} \leq 0,05$).

Rappelons que dans la première hypothèse nous supposons qu'en traçant leur portrait, nous trouverons que les étudiants belges et chiliens ont : des caractéristiques sociodémographiques différentes les unes des autres, des perceptions sociales du VIH-sida différentes et un niveau de connaissance du VIH-sida différent qui s'expliquerait par leurs différences sociodémographiques. Est-ce le cas? Les réponses dans les sections 4.1 et 4.2. Dans la deuxième hypothèse, nous supposons que les perceptions générales de la PVVIH-sida, celles de ses droits en tant qu'être humain ainsi que les attitudes affichées face aux PVVIH-sida, au niveau individuel ou communautaire dépendraient du niveau de connaissances sur le VIH-sida qu'ont les étudiants belges et chiliens.

Autrement dit, malgré que la revue de la littérature suggère que les perceptions ou les représentations sociales sont complexes, car plusieurs facteurs d'ordre culturel, savoir, comportemental, environnemental, sociétal... l'expliqueraient ; nous pensons que plus les étudiants ont une bonne connaissance sur le VIH-sida, plus ils auront des perceptions et des attitudes positives envers une PVVIH-sida et inversement. Nous allons voir ce que les données du terrain vont nous révéler à ce sujet (sections 4.3 et 4.4).

Avant la présentation de nos résultats, faisons une remarque importante : pour ne pas allonger le mémoire et nous répéter très souvent, dans les tableaux qui suivent, nous reprendrons surtout des résultats significatifs au seuil de signification de 5% ($p\text{-value} = 0,05$ tout le temps). Nous ne présenterons pas une analyse des résidus tant qu'il s'est avéré que le modèle d'analyse choisi convenait aux types des données traitées. De plus, tous les résultats ont comme source l'Enquête sur le niveau de connaissance et les perceptions des étudiants en travail social sur les VIH-sida (2019).

4.1 Portrait sociodémographique des répondants, de leur niveau de connaissance du VIH-sida et de leurs perceptions sociales de la PVVIH-sida

Cette section se divise en trois points. Le premier présente l'échantillon de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques, et ce, dans une logique comparative entre les étudiants belges et chiliens. Le deuxième point sera consacré à la comparaison du niveau de connaissance du VIH-sida dans les deux sous-groupes ou sous échantillons pour savoir qui des étudiants belges ou chiliens connaissent mieux cette maladie. Le troisième point va parler des perceptions, c'est-à-dire de l'image ou des représentations sociales (RS) de cette pandémie et de la personne porteuse de cette maladie. Le but ici est de savoir si les connaissances sont du même niveau ou pas, si les perceptions sont différentes ou non, et ce, avant d'examiner la nature du lien entre le niveau de connaissance de cette maladie et les perceptions sociales, ainsi que les attitudes, sinon les stigmates que cela peut engendrer.

4.1.1 Présentation de l'échantillon de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques

L'étude a été menée auprès d'un échantillon constitué de 491 étudiants (année 2019-2020), dont 247 fréquentaient la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg en Belgique et les 244 autres, l'École de travail social de l'Université de Concepción au Chili¹. Le tableau 4.1 donne la répartition de l'échantillon des étudiants qui ont répondu à l'entièreté du questionnaire de cette étude (annexe 3). À part le pays où ils étudient, sept caractéristiques sociodémographiques ont été ciblées et prises en compte dans notre modèle d'analyse : le genre, le groupe d'âge, le statut matrimonial (état civil), le lieu de naissance (pays), la situation socioprofessionnelle (emploi), le lieu de résidence (urbain, rural ou périurbain) et le revenu annuel brut en monnaie nationale.

¹ Pour ne pas alourdir le texte, ils seront nommés respectivement étudiants belges et étudiants chiliens.

Tableau 4.1 Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques

| Caractéristiques sociodémographiques | | Étudiants belges (n ₁ =247) | Étudiants chiliens (n ₂ =244) | Total (n = 491) |
|---------------------------------------|-------------------------|---|---|--------------------|
| Genre (sexe) du répondant | Masculin | 15,7 % | 16,3 % | 16,0 % |
| | Féminin | 83,8 % | 82,8 % | 83,3 % |
| | Autre | 0,5 % | 0,0 % | 0,2 % |
| | Non binaire | 0,0 % | 1,0 % | 0,5 % |
| Groupe d'âge | Moins de 20 ans | 48,8 % | 26,2 % | 37,7 % |
| | 20-24 ans | 48,4 % | 57,1 % | 52,7 % |
| | 25-29 ans | 1,8 % | 13,8 % | 7,7 % |
| | 30-34 ans | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | 35 ans et plus | 0,5 % | 2,4 % | 1,4 % |
| Statut matrimonial | Célibataire | 71,0 % | 75,2 % | 73,1 % |
| | En couple ou marié(e) | 28,1 % | 24,8 % | 26,5 % |
| | Séparé(e) ou divorcé(e) | 0,9 % | 0,0 % | 0,5 % |
| Milieu de résidence principale | Urbain | 26,7 % | 84,8 % | 55,3 % |
| | Rural | 61,8 % | 5,2 % | 34,0 % |
| | Urbano-rural | 11,5 % | 10,0 % | 10,8 % |
| Situation socioprofessionnelle | Travail à temps plein | 2,8 % | 0,5 % | 1,6 % |
| | Travail à temps partiel | 33,8 % | 9,0 % | 21,6 % |
| | Je ne travaille pas | 63,4 % | 90,5 % | 76,8 % |

p-value ≤ 0,05 - Source : *Enquête sur le niveau de connaissance et les perceptions des étudiants en travail social sur les VIH-sida* (2019)

Comme nous pouvons le constater par le tableau ci-dessus, le pays de naissance ne figure pas, car il est quasiment une constante, presque tous les étudiants sont nés là où ils étudient (100 % au Chili et 91 % en Belgique). Des 491 étudiants participants, une grande proportion est du sexe féminin (plus de 8 personnes sur 10). En effet, parmi les étudiants belges, 83,8 % sont du sexe féminin, tandis que chez les Chiliens les étudiantes représentent 82,8 %.

Concernant l'âge, le tableau 4.1 indique que huit étudiants chiliens contre neuf étudiants belges sur 10 ont moins de 25 ans. Donc une grande proportion de répondants sont jeunes. Que ce soit chez les étudiants belges ou chiliens, l'âge médian est à 22 ans. Tandis que l'âge moyen chez les étudiants belges est de 19,8 ans avec un écart-type de 3 ans; comparativement à 21,8 ans avec un écart-type de 3,9 ans

chez les étudiants chiliens. Toutes ces données montrent que les étudiants belges ont en moyenne deux ans de moins que les étudiants chiliens.

Au sujet du statut matrimonial, les étudiants sont majoritairement célibataires, respectivement, 75 % chez les étudiants chiliens et 71 % chez les étudiants belges. Pour ce qui est du lieu de naissance, les données nous permettent de dire que les étudiants chiliens sont tous nés au Chili, 90,8 % ceux qui étudient en travail social en Belgique sont nés dans ce pays, mais 4,6 % sont issus des pays de l'Union européenne et 4,6 % sont nés à l'extérieur de l'Union européenne.

Notons également que comparativement aux étudiants chiliens qui vivent majoritairement (85 %) en milieu urbain, mais 12 % seulement des étudiants belges qui proviennent des milieux urbains, car 62 % d'étudiants belges résident en milieu rural.

En ce qui concerne la situation socioprofessionnelle (emploi), il y a une différence entre les étudiants chiliens et belges. En fait, c'est seulement 1 % des étudiants chiliens qui travaille à temps complet, 9 % sont à temps partiel. Ce qui fait que 90 % ne travaillent pas. Alors que chez les étudiants belges, ceux qui travaillent à temps complet représentent 34 %, contre 3 % à temps partiel et 63 % qui ne travaillent pas. Suivant ce résultat, une grande proportion d'étudiants belges, contrairement à un peu moins auprès des étudiants chiliens de notre échantillon qui se consacrent aux études en travail social. Quant au revenu, la répartition de l'échantillon en fonction est illustrée dans le tableau 4.2.

Tableau 4.2 Répartition des répondants en fonction du revenu (en Euro et en Peso chilien)

| Revenu des étudiants belges en euro (€) | % | Revenu des étudiants chiliens en peso chilien (\$) | % |
|--|--------------|---|--------------|
| Moins de 1 563 € | 90,6 | Moins de 275 000 \$ | 85,1 |
| 1 564 - 2 000 € | 5,0 | Entre 275 000 \$ - 499 999 \$ | 11,5 |
| 2 001 - 2 500 € | 1,9 | Entre 500 000 \$ - 999 999 \$ | 2,3 |
| 2 501 - 3 000 € | 1,3 | 1 000 000 \$ et plus, | 1,1 |
| 3 001 - 3 500 € | 0,6 | | |
| 3 501 € et plus, | 0,6 | | |
| Total | 100,0 | Total | 100,0 |

Taux de change (septembre 2022) : 1 \$ CAD = 698 \$ (pesos chiliens) et 1 \$ CAD = 0,75 €.

Il se dégage qu'en matière de revenu, les étudiants belges comme les étudiants chiliens sont très majoritairement concentrés dans la première classe de revenu, c'est-à-dire le niveau de revenu le plus faible. Cependant, si on compare les moyennes de revenu belge et chilien en valeur absolue, le constat est

que le revenu moyen des étudiants belges (903,5 €, écart-type = 426,2 €) est quatre fois plus élevé que celui des étudiants chiliens (195 977,8 \$ équivalant à 210,4 €, écart-type = 184 177,8 \$). Cela ne veut pas, pour autant, dire que les étudiants chiliens sont plus pauvres. Pour le savoir, il faudra calculer et trouver la parité du pouvoir d'achat (\$ PPA) des uns et la comparer à celle des autres. Un autre travail dans ce sens est faisable. Toutefois, lorsqu'on examine les écarts-types, il en ressort une grande dispersion du revenu tant chez les étudiants chiliens que chez leurs homologues belges.

Des données présentées ci-dessus, retenons que l'échantillon est formé d'un peu plus de 8 étudiants sur 10 de sexe féminin et célibataires à plus de 70 %. Et que les étudiants belges en travail social sont un peu plus jeunes, plus aisés financièrement, plus en emploi à temps plein que les étudiants chiliens, dont la caractéristique principale est qu'ils vivent surtout (85 %) en milieu urbain. Somme toute, sur le plan sociodémographique, à part la similarité du genre et de l'état civil, les étudiants belges et chiliens en travail social sont sociologiquement et économiquement différents, comme nous le prévoyons dans l'hypothèse 1. D'ailleurs ils le sont déjà sur le plan culturel, car les uns sont francophones en Europe occidentale et les autres sont hispanophones de l'Amérique latine.

Nous venons de prendre connaissance du portrait sociodémographique des étudiants chiliens et belges et maintenant, comparons leur niveau de connaissance sur le VIH-sida, leurs sources d'information et les différentes représentations sociales vis-à-vis le VIH-sida et des PVVIH-sida.

4.1.2 Comparaison du niveau de connaissance subjectif (jugement personnel) et objectif (mesuré par un instrument scientifique)

Le tableau 4.3 compare comment les étudiants belges et chiliens jugent subjectivement leur niveau global de connaissance au sujet du VIH-sida. Il ressort des résultats obtenus que 31,5 % des étudiants belges comparativement à 37,7 % des étudiants chiliens estiment avoir un très bon ou un bon niveau de connaissance sur le VIH-sida. La moitié d'étudiants belges (50,2 %) croient avoir un niveau moyen de connaissance du VIH-sida, alors que 53,7 % des étudiants chiliens pensent avoir le niveau de connaissance moyen. Si on exclut les étudiants ayant l'impression d'avoir un faible ou un très faible niveau de connaissance sur le VIH-sida, les proportions des étudiants qui, à priori, pensent avoir des connaissances suffisantes (moyen à très bon niveau) sur cette maladie sont élevées, soit 81,7 % chez les étudiants belges et 91,3 % chez leurs homologues chiliens.

Tableau 4.3 Comparaison entre les étudiants belges et chiliens sur le jugement personnel qu'ils se font quant à leur niveau de connaissance sur le VIH-sida.

| Niveau de connaissance à priori | Étudiants belges (n ₁ = 247) | Étudiants chiliens (n ₂ = 244) | Total (n = n ₁ + n ₂ = 491) |
|---------------------------------|--|--|--|
| Très bon | 3,0 % | 5,2 % | 4,1 % |
| Bon | 28,5 % | 32,5 % | 30,5 % |
| Moyen | 50,2 % | 53,7 % | 51,9 % |
| Faible | 14,9 % | 7,4 % | 11,2 % |
| Très faible | 3,4 % | 1,3 % | 2,4 % |
| Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

Chi-deux = 10.39 (p-value= 0.03)

Donc, on peut conclure que les étudiants chiliens croient avoir un niveau de connaissances (moyen à très élevé) sur le VIH-sida légèrement supérieur à celui des étudiants belges consultés, comme la différence entre eux est statistiquement significative. Ce qui veut dire qu'avec 95 % de chance de ne pas se tromper, cette différence est non nulle. Donc, du point de vue de l'évaluation subjective, tous les étudiants n'ont pas un niveau de connaissance équivalent, toujours est-il, qu'ils soient belges ou chiliens, ils estiment avoir assez de connaissances sur la pandémie du VIH-sida.

Pour en savoir un peu plus sur cette différence, nous allons quitter le domaine de la croyance subjective pour prendre un instrument de mesure objective qui est le score VIH-QK-18 de Wagenaar *et al.* (2012). Les mesures de tendance centrale et de dispersion ci-dessous indiquent la variation comparée par sous-échantillon belge et chilien.

Tableau 4.4 Comparaison selon les statistiques descriptives du score de connaissance du VIH-sida de Wagenaar *et al.* (2012).

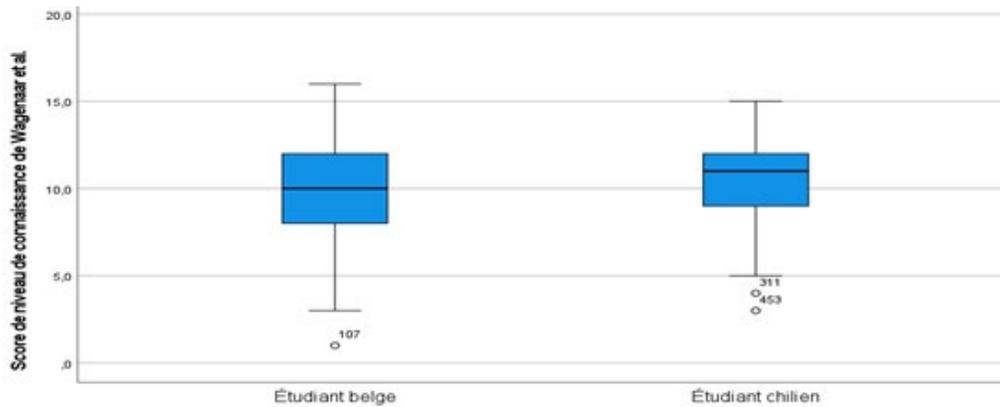
| Statistiques descriptives sur le niveau de connaissance du VIH-sida | Étudiants belges | Étudiants chiliens |
|---|------------------|--------------------|
| Moyenne | 9,85 | 10,44 |
| Médiane | 10,00 | 11,00 |
| Mode | 11,00 | 12,00 |
| Minimum | 1,00 | 3,00 |
| Maximum | 16,00 | 15,00 |
| Écart-type | 2,72 | 2,12 |
| Kurtosis | -0,15 | 0,23 |
| Asymétrie | -0,39 | -0,43 |
| Proportion du score VIH-K-Q-18 ≤ 13 (en %) | 92,70 | 94,30 |

Rappelons que selon Wagenaar *et al.* (2012), sur une échelle de 0 à 18, un score de 13 et moins signifie que la personne a de faibles connaissances sur le VIH-sida, tandis qu'un score supérieur à 13 veut dire que la personne a de bonnes connaissances sur cette maladie. Comme on peut le constater via le tableau 4.4, la médiane du score de connaissance chez les étudiants belges en travail social est à 10. Ce qui veut dire que la moitié d'étudiants belges en travail social qui ont participé à la présente étude a un score inférieur à 10 et l'autre moitié a un score supérieur à 10. On peut dire la même chose près pour les étudiants chiliens en travail social, dont la médiane se situe à 11. Le mode (le score le plus fréquent) chez les étudiants belges est à 11 (16 % l'ont), il est de 12 chez les étudiants chiliens (18 % l'ont). Quant au score moyen, il est respectivement de 9,85 (écart-type de 2,72) chez les étudiants belges et de 10,44 (écart-type de 2,12) chez les étudiants chiliens.

Quand on compare les mesures de tendance centrale (moyenne, médiane et mode) selon les pays (comparaison intergroupe), une simple observation permet de voir que les trois mesures de tendance centrale des étudiants belges sont légèrement inférieures à celles des étudiants chiliens. Si en termes de moyenne, de médiane ou du mode, les étudiants chiliens marquent un petit peu haut que les étudiants belges, cela peut dire que les étudiants chiliens ont, certes, un niveau de connaissance faible, mais un peu plus haut que celui des étudiants belges.

Une autre observation que nous pouvons faire à partir des résultats ci-dessus est que si on restait dans chaque sous-échantillon (comparaison intragroupe), les mesures de tendance centrale (moyenne, médiane et mode) se diffèrent de très peu. De même, l'écart-type, l'indice d'asymétrie et celui de l'aplatissement (Kurtosis) montrent qu'il y a peu de dispersion dans les deux distributions des scores de connaissance. Visuellement, la figure 4.1 ci-après atteste aussi qu'il y a un peu de dispersion dans la distribution du niveau de connaissance des deux sous-échantillons d'étudiants. Malgré la présence de deux valeurs extrêmes (minima) dans la distribution chilienne ($n = 244$), très légèrement asymétrique et une seule valeur extrême dans la distribution belge ($n = 247$) qui est symétrique.

Figure 4.1 Boîte à moustache concernant le niveau de connaissance des étudiants belges et chiliens sur le VIH-sida



Cette figure et le rapprochement de trois mesures de tendance centrales attestent l'hypothèse de la normalité de la distribution des scores VIH-K-Q-18 dans les deux échantillons indépendants (sous-échantillons). Et du fait que dans l'ensemble, les deux distributions du niveau de connaissance sur le VIH-sida se rapprochent d'une distribution normale, de moyenne et écart-type indiqués dans le tableau 4.4, alors on peut tirer trois conclusions :

- 1) Nous pouvons dire que la majorité d'étudiants belges ou chiliens de notre échantillon a un niveau de connaissance proche de leur moyenne respective. Ils sont donc semblables sur ce plan ;
- 2) En observant les moyennes de deux sous-échantillons, force est de constater que tous les deux sont inférieurs à 13, ce que Wagenaar *et al.* (2012) considèrent comme le seuil à dépasser pour prétendre avoir un bon niveau de connaissance du VIH-sida. Cela sous-entend qu'objectivement parlant, dans les deux sous-échantillons (étudiants belges et étudiants chiliens), le niveau moyen de connaissance est moyennement faible. En quelque sorte, nous arrivons à une conclusion contraire à celle qui s'est dégagée à partir de l'évaluation subjective du niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants, qui leur faisait paraître comme des personnes ayant un bon niveau de connaissance du VIH-sida, mais en réalité ce n'est pas du tout le cas, car selon l'indice ou le score de Wagenaar *et al.* (2012), 9 étudiants sur 10 obtiennent un score VIH-K-Q-18 inférieur à 13, donc ils ont plus un faible niveau de connaissance de cette maladie que ce qu'ils pensent;
- 3) Du point de vue méthodologique, si les deux distributions prises ensemble suivent une loi normale ou approximativement normale, avec très peu de valeurs extrêmes (trois seulement), et que numériquement les deux moyennes semblent égales, il y a lieu de les comparer via un test de T (Student) pour deux échantillons indépendants afin de savoir s'il y a vraiment une égalité entre les deux moyennes de distribution.

Avant d'effectuer le test de comparaison des deux moyennes des niveaux de connaissance du VIH-sida des étudiants belges et des étudiants chiliens en travail social, nous avons remarqué, à l'œil nu, que les écarts-types sont presque égaux, mais élevés au carré pour trouver les variances, il semble y avoir une différence, seul le test de Levene (homogénéité de variance) peut donner un portrait plus clair.

Tableau 4.5 Test des échantillons indépendants

| Test de Levene sur l'égalité des variances | | | | Test <i>t</i> pour égalité des moyennes : signification | | | | | | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
|--|-----------------------|-------|---------|---|--------|--------------|-------------|--------------------|-----------------|---|-----------|
| Score de niveau de connaissance | Hypothèse | F | Sig. | T | df | p unilatéral | p bilatéral | Différence moyenne | Erreur standard | Inférieur | Supérieur |
| | De variances égales | 12,48 | < 0,001 | -2,62 | 460 | 0,005 | 0,009 | - 0,594 | 0,228 | -1,04 | -0,146 |
| | De variances inégales | | | -2,62 | 440,51 | 0,005 | 0,009 | - 0,594 | 0,227 | -1,04 | -0,148 |

Test basé sur 235 étudiants belges ($\bar{X} = 9,85$ avec un $s = 2,72$) et 227 étudiants chiliens ($\bar{X} = 0,44$ avec un $s = 2,12$)

Selon le test de Levene, les variances entre les deux échantillons indépendants (étudiants belges et étudiants chiliens en travail social) ne sont pas égales, il y a donc hétéroscédasticité, car le seuil de signification (p-value ou sig.) du test $F = 12,48$ est largement inférieure à 5 % ($sig. < 0,001$). Par conséquent, nous n'interprétons que les résultats de la dernière ligne du tableau 4.5. Et cela revient au test de Welch.

Ce test montre que la différence entre les deux moyennes du niveau de connaissance du VIH-sida est statistiquement significative ($T = -2,62$ avec $\alpha = 0,009$ donc $< 5\%$). Ladite différence tombe dans l'intervalle de confiance (IC, 95 %) comprise entre $[-1,04 \text{ à } -0,148]$ et celui-ci ne contient pas la valeur nulle. Donc, la différence entre les deux moyennes est différente de zéro. On peut donc affirmer que le niveau de connaissance moyen sur le VIH-sida est plus grand chez les étudiants chiliens, comparé à celui des étudiants belges qui ont répondu au questionnaire de sondage, mais malgré cette différence, le niveau est généralement faible.

Pour approfondir la démarche comparative, entre d'un côté le jugement subjectif et la mesure objective du niveau de connaissance du VIH-sida et d'autre côté entre les étudiants belges et chiliens, nous avons fait quatre catégories du score VIH-QK-18 (tableau 5.6) en recourant aux quartiles (Q_1 , Q_2 et Q_3). Le

premier quartile (Q_1) regroupe les étudiants ayant un très faible niveau de connaissance du VIH-sida, le deuxième quartile (Q_2) représente les étudiants à faible niveau de connaissance. Tandis que le troisième (Q_3) et quatrième (Q_4) quartile, représentent respectivement, les étudiants ayant un niveau moyen et un bon niveau de connaissance sur le VIH-sida, tel que l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 4.6 Catégories de niveau de connaissance sur le VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens, mesuré par le score VIH-QK-18

| Niveau de connaissance | Étudiants belges ($n_1 = 247$) | Étudiants chiliens ($n_2 = 244$) | Total ($n = 491$) |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Très faible niveau | 103 (41,7 %) | 79 (32,2 %) | 182 (37,0 %) |
| Faible niveau | 34 (13,6 %) | 43 (17,6 %) | 77 (15,6 %) |
| Niveau moyen | 67 (27,2 %) | 82 (33,5 %) | 149 (30,3 %) |
| Bon niveau | 43 (17,4 %) | 41 (16,7 %) | 84 (17,1 %) |
| Total | 247 (100 %) | 244 (100 %) | 491 (100 %) |

Chi-deux = 5,55 (p-value = 0,14)

Remarquons à partir du tableau 4.6 que le portrait qui se dégage corrobore la conclusion tirée à partir des statistiques descriptives (tableau 4.4), voulant que le niveau de connaissance du VIH-sida soit faible dans les deux sous-échantillons, c'est-à-dire tout autre que celui issu du jugement personnel qu'on avait au tableau 4.3. Cependant, avec la catégorisation du niveau de connaissance en quartiles, les différences entre les étudiants belges et chiliens sont négligeables du fait que le test de Chi-deux est non significatif au seuil de signification de 5 %. Qu'à cela ne tienne, si on additionnait les deux dernières lignes du tableau 4.6 et on les comparait au jugement subjectif des étudiants, on voit que par rapport à 81,7 % d'étudiants belges qui croyaient avoir des connaissances (moyennes à très bonnes), ils ne sont que 44,6 % à avoir une connaissance qui va de moyenne à bonne après regroupement. Cette proportion s'élève à 50,2 % chez les étudiants chiliens. Or, auparavant ils étaient 91,4 % à penser avoir un niveau de connaissance moyen, bon ou très bon. Soit un grand écart de plus de 40 points de pourcentage. Sur cette base, on peut tirer deux conclusions préliminaires :

- 1) La première hypothèse de la présente recherche ne peut pas être confirmée clairement dans son volet qui concerne la différence de niveau de connaissance, car quoique le niveau moyen de connaissance du VIH-sida est à l'avantage des étudiants chiliens (tableaux 4.4 et 4.5), nous remarquons qu'après catégorisation, les étudiants belges et chiliens, la différence sur le plan de la connaissance du VIH-sida s'amenuise, elle n'est ni nette ni significative (tableau 4.6);

2) Le fait que subjectivement, les étudiants belges et chiliens en travail social croient avoir des connaissances sur cette maladie, mais que la mesure objective de leur niveau de connaissance montre que la majorité d'entre eux ont un score total VIH-K-Q-18 inférieur à 13, donc un niveau faible. Cela montre que les étudiants surestiment leur niveau de connaissance du VIH-sida. Un tel écart entre un jugement personnel et une mesure objective peut résulter soit d'une désirabilité sociale (Ependa, 2017, p. 81), soit plus probablement d'un déficit informationnel sur la pandémie du VIH-sida. Dans cette perspective, voyons alors leurs sources d'information sur ce sujet avant de faire le portrait relatif aux représentations sociales.

Tableau 4.7 Liste de sources d'information des étudiants belges et chiliens sur le VIH-sida.

| Source d'information sur le VIH-sida | Étudiants belges | Étudiants chiliens |
|--------------------------------------|------------------|--------------------|
| Télévision en général | 71,2 % | 64,3 % |
| Nouvelles à la télévision | 16,0 % | 63,4 % |
| Émission de santé à la télévision | 32,4 % | 29,6 % |
| Nouvelles à la radio | 17,4 % | 17,4 % |
| Émission de santé à la radio | 8,7 % | 8,9 % |
| École secondaire | 78,6 % | 62,4 % |
| Famille ou amis | 54,3 % | 54,0 % |
| Livre ou bibliothèque | 14,2 % | 23,5 % |
| Médecin | 38,8 % | 22,5 % |
| Site Web/Internet | 45,2 % | 64,3 % |
| Professionnels de la santé | 34,7 % | 43,7 % |
| Revue scientifique sur la santé | 10,0 % | 11,7 % |
| Article de journal | 20,5 % | 17,8 % |
| Magazines en général | 12,8 % | 13,1 % |
| Magazines de santé | 11,4 % | 7,5 % |
| Publicité en général | 39,7 % | 39,0 % |
| Organismes communautaires | 36,1 % | 34,7 % |
| École de travail social | 25,6 % | 14,1 % |
| Ministère | 8,2 % | 29,1 % |
| Pharmacien | 7,8 % | 3,8 % |
| Travail | 4,1 % | 0,0 % |

Le résultat de ce tableau laisse entrevoir que la télévision en général est la source d'information sur le VIH-sida pour plus de 6 étudiants consultés sur 10. En fait, 71,2 % pour les étudiants belges et 64,3 % des étudiants chiliens ont la télévision en général comme première source d'information sur le VIH-sida. Dans le même ordre, 63,4 % des étudiants chiliens tirent davantage leur information des nouvelles télévisées, par rapport à 16 % des étudiants belges qui, eux, tirent davantage leurs informations des émissions télévisées sur la santé (32,4 %).

Pour ce qui est de l'Internet, la source d'information la plus prisée chez les jeunes d'aujourd'hui, le résultat indique que ce sont plus les étudiants chiliens (64,3 %) qui affirment avoir consulté davantage de sites Internet que les étudiants belges (45,2 %) pour s'informer sur le VIH-sida. En plus de ce constat, on réalise que les étudiants chiliens lisent davantage sur le sujet du VIH-sida (revues scientifiques sur la santé, 11,7 %, consultation de livre en bibliothèque, 23,5 %) que les étudiants belges (revues scientifiques sur la santé, 10 %, livre ou bibliothèque, 14,2 %). Sauf en ce qui concerne l'information dans les articles de journaux (21 % pour les étudiants belges comparativement à 18 % pour les étudiants chiliens) et les magazines de santé (11,4 % pour les étudiants belges comparativement à 7,5 % pour les étudiants chiliens). Notons également que 10 % des étudiants, tant belges que chiliens, puisent l'information sur le VIH-sida dans la lecture des magazines en général et que de ceux-ci, trois sur dix se réfèrent à la publicité en général pour avoir une idée sur cette maladie.

En ce qui concerne le milieu éducatif (l'école secondaire), les résultats de cette étude laissent entrevoir que cette source d'information a servi près de huit étudiants belges sur 10, comparativement à près de six étudiants chiliens sur 10. Cela démontre qu'une bonne proportion des étudiants interrogés a été conscientisée sur le sujet du VIH-sida en étant encore plus jeune, au secondaire. En revanche, on s'attendait à des résultats similaires au niveau universitaire, et surtout dans le cursus de la science sociale. Cependant, les réponses des étudiants à ce sujet révèlent que seulement 25,6 % d'étudiants belges contre 14,1 % d'étudiants chiliens s'y réfèrent. Un résultat qui porte à réflexion au sein du système d'éducation universitaire.

Quant aux autres sources d'informations crédibles, nous notons qu'elles sont similaires pour tous les étudiants : la famille ou les amis (54 %), les nouvelles à la radio (17 %) et les émissions de santé à la radio (9 %). En outre, près de 4 étudiants belges et chiliens sur 10 s'adressent aux organismes communautaires pour s'informer sur le VIH-sida. Au sujet des professionnels de la santé, les étudiants belges (35 %) sont moins portés à les consulter sur le VIH-sida que les étudiants chiliens (44 %). Tandis que les étudiants belges se réfèrent plus aux médecins (39 %) et aux pharmaciens (8 %) comparativement aux étudiants chiliens, dont 23 % s'informent auprès des médecins et 4 % chez les pharmaciens.

Notons également que le ministère de la Santé est une source d'information pour 29 % d'étudiants chiliens et pour 8 % d'étudiants belges. Tout comme pour le milieu de travail qui constitue une source d'information pour moins d'un étudiant belge sur 20.

Lorsqu'on combine les données sur les différentes sources d'information sur le VIH-sida qui sont à la portée des étudiants avec leur niveau de connaissance faible, l'hypothèse que les étudiants sont probablement sous-informés sur la pandémie du VIH-sida est plausible, malgré l'accessibilité aux différentes sources d'informations. Nous pouvons donc nous questionner sur l'efficacité de différentes sources d'information qui sont à la portée des étudiants consultés, notamment sur les renseignements qu'ils tirent des médias (télévision et Internet) qui sont leur première source d'information sur le VIH-sida. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous ferons des recommandations pour améliorer le niveau de connaissance des étudiants sur le VIH-sida (chapitre 5).

4.1.3 Comparaison de différentes représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

Tel que souligné auparavant (section 3.4), l'analyse factorielle n'a pas été possible pour recoder les énoncés des représentations sociales qu'on a dans le questionnaire. Pour analyser et déceler les différentes représentations sociales du VIH-sida, nous avons mis à contribution cinq énoncés, sans transformation préalable, relatifs aux perceptions chez les étudiants belges et chiliens, au plan individuel et dans la communauté de vie : il s'agira de la perception de la gravité du VIH-sida en tant que maladie mortelle, la perception du risque personnel de le contracter, de la perception négative ou culpabilisante de la PVVIH-sida, de la perception que l'étudiant a sur l'acceptation ou rejet de la PVVIH-sida dans la communauté et de la perception du malaise à côtoyer une PVVIH-sida dans divers contextes sociétaux. Les tableaux 4.8 à 4.12 présentent la répartition de chacune des perceptions énumérées ici.

Tableau 4.8 Perception générale de la gravité (sérieux) du problème que constitue la maladie à virus du sida chez les étudiants belges et chiliens.

| Niveau du sérieux du problème VIH-sida perçu | Étudiants belges (n ₁ = 247) | Étudiants chiliens (n ₂ = 244) | Total (n = 491) |
|---|--|--|--------------------|
| Pas du tout sérieux | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| Pas tellement sérieux | 8,8 % | 2,4 % | 5,6 % |
| Assez sérieux | 68,8 % | 35,5 % | 52,3 % |
| Très sérieux | 17,7 % | 60,7 % | 39,0 % |
| Ne sais pas | 4,2 % | 0,9 % | 2,6 % |
| Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

Chi-deux= 85,23 (p-value=0.001)

Au sujet des perceptions de la gravité du problème que constitue le VIH-sida comme maladie, il est frappant de constater que près d'un étudiant belge sur 10 (9,3 %) pense encore que le VIH-sida n'est pas un problème sérieux de santé publique. Par ailleurs, le VIH-sida est considéré comme un problème assez sérieux par près de 7 étudiants belges sur 10 (68,8 %). Seulement 17,7 % d'entre eux le considèrent comme un problème social très sérieux. À *contrario*, 6 étudiants chiliens sur 10 le jugent comme un problème très sérieux. En conclusion, nous pouvons dire que malgré le fait que les étudiants seraient sous-informés, ils ont la perception que cette maladie du SIDA constitue un problème sociétal sérieux, mais qu'en est-il de la perception du risque de contracter le VIH-sida? C'est ce que le prochain tableau nous indique.

Tableau 4.9 Perception comparée du risque personnel de contracter le VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

| Niveau du risque perçu | Étudiants belges (n ₁ = 247) | Étudiants chiliens (n ₂ = 244) | Total (n = 491) |
|------------------------|--|--|--------------------|
| Très faible | 32,7 % | 38,9 % | 35,7 % |
| Faible | 47,5 % | 32,7 % | 40,2 % |
| Moyen | 17,1 % | 24,2 % | 20,6 % |
| Élevé | 2,3 % | 3,8 % | 3,0 % |
| Très élevé | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

Chi-deux=10.35 (p-value = 0, 05)

En ce qui a trait à la perception du risque personnel de contracter le VIH-sida, seulement 3,5 % de tous les étudiants (belges et chiliens) croient être à risque très élevé ou élevé. Trois quarts (75,9 %) d'étudiants se considèrent à faible ou très faible risque de contracter cette maladie. Et pourtant, on a constaté que la plupart d'entre eux (52,6 %, tableau 4.6) n'ont qu'une faible connaissance du VIH-sida. On peut en

conclure que les étudiants belges et chiliens surestiment leurs connaissances et sous-estiment leur risque de contracter le VIH-sida.

Tableau 4.10 Les perceptions négatives et de culpabilisation des PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

| Perception en face d'une PVVIH | | Étudiants belges (n ₁ = 247) | Étudiants chiliens (n ₂ = 244) | Total (n = 491) |
|--|--|--|--|--------------------|
| <i>Les gens qui ont le VIH-sida m'inspirent du dégoût.</i> Khi-deux = 20,31 p-value = 0,001) | Tout à fait en désaccord | 67,4 % | 85,3 % | 76,2 % |
| | En désaccord | 22,0 % | 13,3 % | 17,7 % |
| | Neutre | 8,7 % | 0,0 % | 4,4 % |
| | En accord | 1,4 % | 0,9 % | 1,2 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,0 % | 0,5 % | 0,2 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | 0,0 % | 0,2 % |
| <i>Les gens qui ont le VIH-sida m'inspirent de la colère</i> Khi-deux = 29,09 p-value = 0,001) | Tout à fait en désaccord | 63,8 % | 83,3 % | 73,4 % |
| | En désaccord | 21,1 % | 15,2 % | 18,2 % |
| | Neutre | 11,0 % | 0,0 % | 5,6 % |
| | En accord | 2,3 % | 1,0 % | 1,6 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | Ne sait pas | 1,4 % | 0,0 % | 0,7 % |
| <i>Les gens qui attrapent le VIH-sida à cause du sexe ou de la drogue ont ce qu'ils méritent.</i> Khi-deux = 16,99 p-value = 0,001) | Tout à fait en désaccord | 58,7 % | 82,9 % | 70,6 % |
| | En désaccord | 28,4 % | 12,8 % | 20,7 % |
| | Neutre | 10,1 % | 0,5 % | 5,4 % |
| | En accord | 0,9 % | 0,9 % | 0,9 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,9 % | 1,9 % | 1,4 % |
| | Ne sait pas | 0,9 % | 0,9 % | 0,9 % |
| <i>Les familles des personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte.</i> Khi-deux = 5,51 p-value = 0,06), non significatif | Tout à fait en désaccord | 81,1 % | 91,5 % | 86,2 % |
| | En désaccord | 16,1 % | 7,1 % | 11,7 % |
| | Neutre | 2,3 % | | 1,2 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,0 % | 0,9 % | 0,5 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | <i>Les personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte.</i> Khi-deux = 5,92 p-value = 0,05) | Tout à fait en désaccord | 78,3 % | 89,1 % |
| En désaccord | | 18,4 % | 10,4 % | 14,5 % |
| Neutre | | 2,8 % | | 1,4 % |
| En accord | | 0,5 % | 0,0 % | 0,2 % |
| Tout à fait d'accord | | 0,0 % | 0,5 % | 0,2 % |
| <i>Les personnes qui ont le VIH-sida sont maudites.</i> Khi-deux = 17,62 p-value = 0,001) | | Tout à fait en désaccord | 77,0 % | 95,3 % |
| | En désaccord | 13,4 % | 3,8 % | 8,6 % |
| | Neutre | 6,0 % | 0,0 % | 3,0 % |

| Perception en face d'une PVVIH | Étudiants belges (n₁ = 247) | Étudiants chiliens (n₂ = 244) | Total (n = 491) |
|---------------------------------------|---|---|----------------------------|
| En accord | 1,8 % | 0,0 % | 0,9 % |
| Tout à fait d'accord | 0,5 % | 0,9 % | 0,7 % |
| Ne sait pas | 1,4 % | 0,0 % | 0,7 % |

Les résultats du tableau 4.10 traduisent les perceptions négatives et les attitudes culpabilisantes que les étudiants peuvent avoir face aux PVVIH-sida. Par exemple, on constate que les étudiants belges (89,4 %) et chiliens (98,6 %) sont en désaccord avec l'énoncé que les PVVIH-sida inspirent le dégoût et la colère.

Le deuxième élément extrait de ce tableau concerne l'attitude dite culpabilisante qui regroupe les perceptions vis-à-vis les PVVIH-sida méritant ce qui leur arrive; qu'elles et leur famille devraient avoir honte ou qu'elles sont maudites. À propos de l'affirmation que les PVVIH-sida méritent ce qu'ils leur arrivent, on constate que la majorité des étudiants belges (87,1 %) et chiliens (95,7 %) sont en désaccord avec cette affirmation. Il en va de même pour l'énoncé selon laquelle la famille des PVVIH-sida devrait avoir honte, ce sont 97,2 % d'étudiants belges et 98,6 % d'étudiants chiliens qui sont en désaccord ou tout à fait en désaccord avec un tel énoncé.

En ce qui a trait au fait que toute PVVIH-sida devrait avoir honte, les étudiants belges sont en désaccord dans une proportion de 96,7 % belges. Quasiment tous les étudiants chiliens le sont aussi (99,5 %). Quant à la proposition disant que la PVVIH-sida est maudite, 90,4 % d'étudiants belges et 99,1 % d'étudiants chiliens s'y opposent. Somme toute, en ce qui concerne les perceptions vis-à-vis des PVVIH-sida, les données recueillies permettent de conclure qu'autant les étudiants belges que les étudiants chiliens interrogés ont plutôt une perception positive et une attitude moins culpabilisante à l'égard des PVVIH-sida.

Avant de présenter les résultats concernant les attitudes des étudiants, soulignons un point ici. Dans les pages qui suivent, afin de faciliter la lecture des longs tableaux, la valeur et le seuil de signification (p-value) du test du Chi-deux seront indiqués en bas de chaque énoncé.

Tableau 4.11 Les attitudes d'acceptabilité sociale/rejet des PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens : point de vue sur soi et sur la communauté.

| Perception en face d'une PVVIH | | Étudiants belges (n₁ = 247) | Étudiants chiliens (n₂ = 244) | Total (n = n₁ + n₂ = 491) |
|--|---------------------------------------|---|---|--|
| <i>Les personnes ayant le VIH-sida devraient pouvoir servir le public en qualité, par exemple, de coiffeur.</i> | Tout à fait en désaccord | 19,7 % | 6,6 % | 13,3 % |
| | En désaccord | 4,1 % | 6,2 % | 5,1 % |
| | Neutre | 21,1 % | 0,5 % | 11,0 % |
| | En accord | 18,3 % | 23,2 % | 20,7 % |
| | <i>Chi-deux=75,69 (p-value=0,01)</i> | Tout à fait d'accord | 22,5 % | 46,0 % |
| | Ne sait pas | 14,2 % | 17,5 % | 15,9 % |
| <i>Je ne pourrais pas être ami avec quelqu'un qui a le VIH-sida.</i> | Tout à fait en désaccord | 71,6 % | 88,6 % | 80,0 % |
| | En désaccord | 19,7 % | 8,1 % | 14,0 % |
| | Neutre | 5,5 % | | 2,8 % |
| | En accord | 0,9 % | 0,5 % | 0,7 % |
| | <i>Chi-deux=30,76 (p-value=0,01)</i> | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 2,4 % |
| | Ne sait pas | 1,8 % | 0,5 % | 1,2 % |
| <i>Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida subissent le rejet de leurs pairs.</i> | Tout à fait en désaccord | 14,7 % | 13,7 % | 14,2 % |
| | En désaccord | 12,4 % | 11,8 % | 12,1 % |
| | Neutre | 15,1 % | 1,4 % | 8,4 % |
| | En accord | 29,8 % | 23,2 % | 26,6 % |
| | <i>Chi-deux=39,99(p-value=0,01).</i> | Tout à fait d'accord | 4,1 % | 4,7 % |
| | Ne sait pas | 23,9 % | 45,0 % | 34,3 % |
| <i>Dans ma communauté, les personnes qui ont le VIH-sida subissent des agressions verbales ou sont fréquemment sujettes à des moqueries.</i> | Tout à fait en désaccord | 12,4 % | 16,6 % | 14,5 % |
| | En désaccord | 12,4 % | 16,6 % | 14,5 % |
| | Neutre | 13,8 % | | 7,0 % |
| | En accord | 28,9 % | 20,4 % | 24,7 % |
| | <i>Chi-deux=40,41 (p-value=0,01).</i> | Tout à fait d'accord | 5,0 % | 5,7 % |
| | Ne sait pas | 27,5 % | 40,8 % | 34,0 % |
| <i>Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida sont négligées par leur famille.</i> | Tout à fait en désaccord | 17,0 % | 16,6 % | 16,8 % |
| | En désaccord | 18,8 % | 21,3 % | 20,0 % |
| | Neutre | 20,6 % | 0,9 % | 11,0 % |
| | En accord | 9,2 % | 12,8 % | 11,0 % |
| | <i>Chi-deux=45,67 (p-value=0,01).</i> | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 1,9 % |
| | Ne sait pas | 33,9 % | 46,4 % | 40,1 % |
| <i>Dans ma communauté, les personnes soupçonnées d'avoir le VIH-sida perdent souvent le respect des autres.</i> | Tout à fait en désaccord | 14,7 % | 14,2 % | 14,5 % |
| | En désaccord | 11,5 % | 14,7 % | 13,1 % |
| | Neutre | 17,9 % | | 9,1 % |
| | En accord | 32,1 % | 32,2 % | 32,2 % |
| | <i>Chi-deux=46,87 (p-value=0,01).</i> | Tout à fait d'accord | 3,2 % | 7,1 % |
| | Ne sait pas | 20,6 % | 31,8 % | 26,1 % |
| <i>Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida subissent des violences physiques.</i> | Tout à fait en désaccord | 17,9 % | 19,5 % | 18,7 % |
| | En désaccord | 17,9 % | 18,1 % | 18,0 % |
| | Neutre | 18,3 % | | 9,3 % |
| | En accord | 7,8 % | 10,0 % | 8,9 % |
| | <i>Chi-deux=45,40 (p-value=0,01).</i> | Tout à fait d'accord | 2,3 % | 1,4 % |

| Perception en face d'une PVVIH | | Étudiants belges (n₁ = 247) | Étudiants chiliens (n₂ = 244) | Total (n = n₁ + n₂ = 491) |
|---|--------------------------|---|---|--|
| | Ne sait pas | 35,8 % | 51,0 % | 43,2 % |
| <i>Dans ma communauté, la plupart des gens n'achèteraient pas des légumes ni une autre nourriture chez un commerçant ou un vendeur qu'ils savent avoir le VIH-sida.</i> | Tout à fait en désaccord | 20,7 % | 13,8 % | 17,3 % |
| | En désaccord | 17,1 % | 14,8 % | 15,9 % |
| | Neutre | 18,4 % | | 9,4 % |
| | En accord | 12,9 % | 27,1 % | 19,9 % |
| | Tout à fait d'accord | 2,3 % | 8,1 % | 5,2 % |
| | Ne sait pas | 28,6 % | 36,2 % | 32,3 % |
| <i>Chi-deux=61,75 (p-value=0,01).</i> | | | | |
| <i>Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida doivent être autorisées à participer pleinement aux évènements socioculturels.</i> | Tout à fait en désaccord | 8,7 % | 39,3 % | 23,8 % |
| | En désaccord | 3,7 % | 13,3 % | 8,4 % |
| | Neutre | 9,6 % | | 4,9 % |
| | En accord | 15,6 % | 2,8 % | 9,3 % |
| | Tout à fait d'accord | 39,9 % | 4,3 % | 22,4 % |
| | Ne sait pas | 22,5 % | 40,3 % | 31,2 % |
| <i>Chi-deux=164,84 (p-value=0,01).</i> | | | | |

Au sujet des perceptions d'acceptabilité sociale au niveau individuel, c'est-à-dire en ce qui concerne le niveau de tolérance vis-à-vis des PVVIH-sida, nous pouvons constater certaines différences entre les étudiants belges et chiliens que nous étayons dans ce qui suit. Il se dégage que contrairement aux étudiants chiliens (69,2 %), les étudiants belges sont plus méfiants et acceptent moins (40,8 %) que les PVVIH-sida puissent valablement offrir des services au public. Par ailleurs, les résultats ci-dessus montrent qu'autant les étudiants belges que les étudiants chiliens sont mitigés concernant leur perception des gens de la communauté qui achèteraient des produits d'un commerçant ayant le VIH-sida. Notons également une contrariété en rapport avec les perceptions négatives. En fait, 91,3 % d'étudiants belges, dont plusieurs ont une perception négative et culpabilisante envers les PVVIH-sida, tout comme 96,7 % d'étudiants chiliens, accepteraient quand même d'entretenir une relation amicale avec les PVVIH-sida.

En ce qui concerne la perception des attitudes que les gens de leur communauté ont à l'égard des PVVIH-sida, les résultats de l'enquête suggèrent quelques autres distinctions entre les étudiants belges et chiliens. Premièrement, 34 % d'étudiants belges contre 28 % d'étudiants chiliens estiment que les PVVIH-sida subissent du rejet de leurs pairs. Deuxièmement, à propos du traitement que peuvent subir les PVVIH-sida au sein de la communauté, les perceptions des étudiants sont aussi divisées. Par exemple, en ce qui a trait aux agressions verbales ou aux moqueries, dont les PVVIH-sida peuvent être victimes, 33,9 % d'étudiants belges par rapport à 26,1 % d'étudiants chiliens sont d'avis que les PVVIH-sida soient victimes des agressions verbales ou des moqueries de la part des gens de la communauté où elles vivent; respectivement, 38,6 % d'étudiants belges et 33,6 % d'étudiants chiliens sont en désaccord par rapport à

cette affirmation. En revanche, 27,5 % d'étudiants belges et presque la moitié d'étudiants chiliens (49,8 %) ne savent pas si oui ou non les PVVIH-sida subissent des agressions et que la communauté se moque ou ne se moque pas d'elles.

Concernant les violences physiques que peuvent subir les PVVIH-sida, on constate que la majorité des étudiants belges (54,1 %) et 10 % d'étudiants chiliens ne croient pas que les PVVIH-sida en subissent dans leur communauté. En termes de négligence, 56,4 % des étudiants belges et 38,8 % des étudiants chiliens affirment que les PVVHI-sida ne sont pas négligées par leur famille. Par ailleurs, 33,9 % d'étudiants belges et 46,4 % d'étudiants chiliens disent ne pas savoir à quel niveau les PVVIH-sida seraient négligées dans la communauté. Seulement 14,7 % d'étudiants chiliens croient que oui, les PVVIH-sida ne font pas l'objet d'une attention suffisante dans la société. Elles y sont donc négligées.

Pour ce qui est de la perception que les PVVIH-sida perdent le respect des gens de la communauté, les étudiants belges sont en désaccord (44,1 %) tandis que les étudiants chiliens sont moins nombreux à appuyer cet avis (28,9 %). Soulignons qu'à ce sujet, plusieurs étudiants ne savent pas ce qui se passe, dont 32 % des étudiants chiliens et 20,6 % des étudiants belges. Dans le même ordre d'idée, à propos d'un énoncé qui parlait de l'autorisation pour les PVVIH-sida de participer aux événements, respectivement 55,5 % d'étudiants belges et 52,6 % d'étudiants chiliens sont en accord avec cette idée. Ils représentent moins de 5 % de ceux des étudiants belges ou chiliens qui croient que les PVVIH-sida ne devraient pas participer aux événements publics.

Tableau 4.12 Perception du malaise à côtoyer une PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens

| Perception en face d'une PVVIH | | Étudiants belges (n₁ = 247) | Étudiants chiliens (n₂ = 244) | Total (n = n₁ + n₂ = 491) |
|--|---------------------|---|---|--|
| <i>Si l'un-e de tes collègues de classe avait attrapé le VIH/Sida.</i> | Très mal à l'aise | 0,5 % | 2,4 % | 1,4 % |
| | Plutôt mal à l'aise | 18,3 % | 1,4 % | 10,0 % |
| <i>Chi-deux=148,29 (p-value=0,01).</i> | Neutre | 28,0 % | 0,0 % | 14,2 % |
| | Plutôt à l'aise | 29,8 % | 23,6 % | 26,7 % |
| | Très à l'aise | 20,6 % | 65,6 % | 42,8 % |
| | Ne sait pas | 2,8 % | 7,1 % | 4,9 % |

| | | | | |
|--|---------------------|--------|--------|--------|
| <i>Si au bureau de travail l'un-e de tes collègues avait attrapé le VIH/Sida.</i> | Très mal à l'aise | 0,5 % | 2,4 % | 1,4 % |
| | Plutôt mal à l'aise | 16,5 % | 1,9 % | 9,3 % |
| | Neutre | 27,5 % | | 14,0 % |
| | Plutôt à l'aise | 30,7 % | 26,4 % | 28,6 % |
| | Très à l'aise | 21,6 % | 62,7 % | 41,9 % |
| | Ne sait pas | 3,2 % | 6,6 % | 4,9 % |
| <i>Chi-deux=132,62 (p-value=0,01)</i> | | | | |
| <i>Si tu apprends que le propriétaire de l'épicerie du voisinage où tu fais tes emplettes a le VIH/sida.</i> | Très mal à l'aise | 0,9 % | 2,8 % | 1,9 % |
| | Plutôt mal à l'aise | 16,6 % | 2,8 % | 9,8 % |
| | Neutre | 35,0 % | | 17,7 % |
| | Plutôt à l'aise | 19,4 % | 27,8 % | 23,5 % |
| | Très à l'aise | 26,3 % | 61,3 % | 43,6 % |
| | Ne sait pas | 1,8 % | 5,2 % | 3,5 % |
| <i>Chi-deux=134,01- (p-value=0,01)</i> | | | | |
| <i>Si ton enfant était dans une école où l'on sait que l'un des élèves a le VIH/sida.</i> | Très mal à l'aise | 5,5 % | 2,8 % | 4,2 % |
| | Plutôt mal à l'aise | 22,6 % | 8,1 % | 15,4 % |
| | Neutre | 33,6 % | | 17,1 % |
| | Plutôt à l'aise | 20,3 % | 32,7 % | 26,4 % |
| | Très à l'aise | 13,8 % | 50,7 % | 32,0 % |
| | Ne sait pas | 4,1 % | 5,7 % | 4,9 % |
| <i>Chi-deux=139,70 (p-value=0,01)</i> | | | | |
| <i>Un bon ami ou quelqu'un de votre famille fréquentait quelqu'un qui a le VIH/sida.</i> | Très mal à l'aise | 3,2 % | 4,2 % | 3,7 % |
| | Plutôt mal à l'aise | 14,2 % | 4,2 % | 9,3 % |
| | Neutre | 34,9 % | | 17,7 % |
| | Plutôt à l'aise | 22,0 % | 23,6 % | 22,8 % |
| | Très à l'aise | 22,5 % | 61,8 % | 41,9 % |
| | Ne sait pas | 3,2 % | 6,1 % | 4,7 % |

À propos du malaise de côtoyer une PVVIH-sida, les résultats révèlent que quand il s'agit d'un collègue qui a le VIH-sida dans sa classe ou au bureau, tout comme un propriétaire de l'épicerie ou un bon ami qui fréquente une PVVIH-sida, entre 44 % et 52 % d'étudiants belges seraient à l'aise de l'apprendre ou de fréquenter cette PVVIH-sida, près d'un tiers resteront neutres et le reste, soit près de 17 % ne le seront pas. En revanche, plus de 8 étudiants chiliens sur 10 seront à l'aise avec le fait de côtoyer une PVVIH-sida dans leur classe ou au travail, tout comme le propriétaire de l'épicerie ou un bon ami qui fréquentent ou qui sont des PVVIH-sida. Il est à remarquer ici que lorsqu'il s'agit spécialement de son enfant qui côtoie

une PVVIH-sida à son école, le malaise du parent est plus prononcé (28 %) chez les étudiants belges, dont seulement 34,1 % se sentiront à l'aise dans ce contexte, contrairement aux étudiants chiliens qui se sentiront majoritairement à l'aise (83,4 %). Dans ce cas précis où l'enfant est impliqué, nous voyons une grosse différence dans la méfiance, entre les étudiants de la Belgique et ceux du Chili, et ce, en faveur de ces derniers.

De ce qui précède, il sied de retenir qu'en termes de proportion, les étudiants belges et chiliens ne se différencient pas sur le plan des perceptions du VIH-sida en tant que maladie grave, ni en ce qui concerne la perception du risque de le contracter, ni sur la perception négative et des attitudes culpabilisantes ou sur le malaise à côtoyer une PVVIH-sida; c'est au niveau des attitudes qu'il y aurait dans leurs communautés vis-à-vis des PVVIH-sida que l'on observe une petite différence entre les deux sous-échantillons d'étudiants.

En lien avec la validation de la première hypothèse de ce mémoire, toute l'analyse qui précède nous ramène à un constat permettant de faire une comparaison entre les étudiants belges et chiliens. Le constat est qu'il y a deux aspects sur lesquels les étudiants belges et chiliens se rejoignent et qu'il y a aussi deux aspects sur lesquels ils se distinguent.

Premièrement, ils se rejoignent, car nous n'avons pas trouvé une différence significative entre eux quand l'on catégorise en quartile leur niveau de connaissance sur le VIH-sida. Cela sous-entend que les niveaux de connaissance du VIH-sida des étudiants belges et chiliens sont similaires. Selon nos résultats le niveau de connaissance en question est majoritairement faible dans les deux sous-échantillons, mais avec un petit avantage aux étudiants chiliens, dont la moyenne du niveau de connaissance ($\bar{x} = 10,44$ et $s^2 = 4,5$) est supérieure à celle des étudiants belges, chez qui la variance est aussi importante ($\bar{x} = 9,85$ et $s^2 = 7,4$). Dans le même angle, exprimées sous forme d'une échelle de Likert, leurs perceptions individuelles de cette maladie se rapprochent. À ce propos, nous avons aussi trouvé que les étudiants belges et chiliens ont une perception individuelle du VIH-sida ou de la PVVIH-sida qui est généralement positive, mais avec un certain malaise à côtoyer une PVVIH-sida dans divers contextes (tableau 4.12).

Deuxièmement, il y a une différence statistiquement significative entre les étudiants belges et chiliens sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, ce qui est normal du fait d'appartenir à deux pays éloignés dont la culture, le niveau économique et social sont différents. De plus, nous avons trouvé qu'il y

a une différence significative entre les étudiants belges et chiliens quant à la perception des attitudes des gens dans leurs communautés à l'égard des PVVIH-sida.

La question qui reste en suspens pour en finir avec l'hypothèse 1 et pour se prononcer sur l'hypothèse 2 est de savoir maintenant si l'on peut faire une association entre les caractéristiques sociodémographiques et le faible niveau de connaissance, puis entre les représentations sociales dominantes, notamment sur les droits des PVVIH-sida, les attitudes affichées face à elles et le faible niveau de connaissance. Les résultats présentés ci-dessous permettent de répondre à cette question.

4.2 Lien d'association entre les caractéristiques sociodémographiques et le niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

Comme prévu, cette section va se pencher, via un test de contingence, à l'association (dépendance) potentielle entre le niveau de connaissance du VIH-sida et les caractéristiques sociodémographiques des étudiants belges comparés aux étudiants chiliens. Nous savons déjà que les résultats présentés aux points 4.1.1 et 4.1.2 montrent que sociodémographiquement, il y a des différences entre les étudiants belges et chiliens. Partant de cette prémisse, l'analyse se focalisera sur la question de savoir comment le niveau de connaissance se répartit chez les étudiants belges et chiliens, y a-t-il des différences entre eux en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques.

Au total, sept caractéristiques sociodémographiques des étudiants consultés ont été prises en compte en tant que variables indépendantes ou explicatives de la variable dépendante qui est le niveau de connaissance du VIH-sida chez les deux sous-groupes d'étudiants. Rappelons qu'il s'agissait de la classe d'âge, du genre du répondant, de la situation socioprofessionnelle (emploi), du pays de naissance, de la situation matrimoniale (état civil), du lieu de résidence principale et du niveau de revenu annuel brut.

Après traitement, il s'est avéré que le niveau de connaissance n'a des liens de dépendance significative (p -value $\leq 0,05$) qu'avec trois des sept variables sociodémographiques retenues, soit le groupe d'âge, la situation socioprofessionnelle et le lieu de résidence des étudiants. Les autres variables indépendantes considérées n'ont pas un lien de dépendance avec le niveau de connaissance du VIH-sida, et ce, ni chez les étudiants belges ni chez les étudiants chiliens.

Notons que pour ne pas avoir des tableaux à trois entrées, très longs et pour simplifier leur présentation, compréhension et interprétation, le niveau de connaissance du VIH-sida présenté précédemment au

point 4.1.2 a été dichotomisé : la faible connaissance (regroupant les niveaux très faible et faible du tableau 4.6) et la bonne connaissance (regroupant les niveaux moyen et élevé du même tableau 4.6). Les trois tableaux qui suivent en donnent les détails.

Tableau 4.13 Comparaison du niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens par rapport au groupe d'âge

| | Groupe d'âge | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| Faible connaissance du VIH-sida | Moins de 20 ans | 50,3 % | 26,3 % | 38,4 % |
| | 20-24 ans | 47,7 % | 58,2 % | 52,9 % |
| | 25-29 ans | 1,5 % | 13,4 % | 7,4 % |
| | 30-34 ans | 0,5 % | | 0,3 % |
| | 35 ans et plus | | 2,1 % | 1,0 % |
| | Total | | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 40,64 (p-value = 0,01) | | | | |
| Bonne connaissance du VIH-sida | Moins de 20 ans | 35,3 % | 25,0 % | 31,0 % |
| | 20-24 ans | 52,9 % | 33,3 % | 44,8 % |
| | 25-29 ans | 5,9 % | 25,1 % | 13,8 % |
| | 30-34 ans | | 8,3 % | 3,4 % |
| | 35 ans et plus | 5,9 % | 8,3 % | 6,9 % |
| | Total | | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 14,19 (p-value = 0,03) | | | | |

Les résultats contenus dans le tableau 4.13 révèlent qu'il y a une différence significative entre les étudiants belges et chiliens, repartis selon leur niveau de connaissance sur le VIH-sida et en fonction de leur classe d'âge. Chez les étudiants belges ayant une faible connaissance, 50,3 % ont moins de 20 ans d'âge, alors que chez les étudiants chiliens de moins de 20 ans, cette proportion n'est que de 26,3 %. Quand on compare ceux qui ont un bon niveau de connaissance du VIH-sida, 64,7 % d'étudiants belges ont plus de 20 ans, alors que chez les étudiants chiliens, cette proportion s'élève à 75 % chez les plus de 20 ans qui ont une bonne connaissance sur le VIH-sida. Ce résultat permet d'induire qu'à partir de 20 ans révolus, le niveau de connaissance des étudiants chiliens augmente avec l'âge et s'estompe à 30 ans, plutôt que chez les étudiants belges où la bonne connaissance sur le VIH-sida semble limitée à ceux qui ont moins de 25 ans d'âge.

En ce qui a trait à l'impact de la situation socioprofessionnelle, nous avons pensé que les étudiants qui travaillent seraient plus connaisseurs du VIH-sida du fait que le lieu de travail peut constituer une source d'information sur cette pandémie, car au travail, les employés peuvent s'échanger de l'information, même verbalement.

Tableau 4.14 Niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens par rapport à la situation socioprofessionnelle

| | Travaille, en dehors des études | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|--|---|-----------------------|-------------------------|----------------|
| Faible connaissance du VIH-sida | Travail à temps plein | 2,5 % | 0,5 % | 1,5 % |
| | Travail à temps partiel (20 h ou moins par semaine) | 33,3 % | 8,8 % | 21,2 % |
| | Je ne travaille pas | 64,1 % | 90,7 % | 77,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 39,48 | | | | |
| Bonne connaissance du VIH-sida | Travail à temps plein | 5,9 % | | 3,4 % |
| | Travail à temps partiel (20 h ou moins par semaine) | 35,3 % | 16,7 % | 27,6 % |
| | Je ne travaille pas | 58,8 % | 83,3 % | 69,0 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 2,20 (p-value >0,05, non significatif). | | | | |

Le résultat obtenu fait état d'une différence significative que parmi les étudiants belges ou chiliens ayant un faible niveau de connaissance de cette maladie. À propos, il se dégage que la majorité d'étudiants chiliens, ayant une faible connaissance du VIH-sida, ne travaille pas (90,6 %). Par contre, chez les étudiants belges ayant une faible connaissance, un tiers travaille à temps partiel et 64 % ne travaillent pas, se consacrant entièrement aux études.

Tableau 4.15 Niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens par rapport au lieu de résidence principale.

| | Lieu de résidence | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| Faible connaissance du VIH-sida | Urbain | 26,6 % | 84,5 % | 55,2 % |
| | Rural | 62,8 % | 5,2 % | 34,4 % |
| | Urbano-rural | 10,6 % | 10,3 % | 10,4 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 154,73 (p-value=0,02) | | | | |
| Bonne connaissance du VIH-sida | Urbain | 29,4 % | 83,3 % | 51,7 % |
| | Rural | 47,1 % | 8,3 % | 31,0 % |
| | Urbano-rural | 23,5 % | 8,3 % | 17,2 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 8,30 (p-value=0,04) | | | | |

Pour ce qui est du milieu ou du lieu de résidence des étudiants, les étudiants belges qui ont une bonne connaissance du VIH-sida habitent majoritairement le milieu rural (47,1 %), tandis que la plupart des étudiants chiliens ayant une bonne connaissance du VIH-sida habitent les milieux urbains (83,3 %). Quant

aux étudiants qui habitent le milieu urbano-rural, les Belges ayant une bonne connaissance de cette maladie représentent 23,5 % contre 8,3 % seulement d'étudiants chiliens.

En conclusion, ce ne sont pas toutes les sept caractéristiques sociodémographiques introduites dans le modèle d'analyse qui influencent significativement le niveau de connaissance des étudiants de notre échantillon. Ce qui nous fait encore dire que sur ce volet, l'hypothèse 1 est à nouveau infirmée en partie.

Ce dernier résultat combiné à ceux qui ont précédé (sections 4.1 et 4.2) ne permet pas de confirmer l'hypothèse 1 dans son entièreté. Elle est donc infirmée, car entre les étudiants belges et chiliens il y a certes une différence sur le plan sociodémographique, mais seulement sur trois des sept caractéristiques sociodémographiques étudiées (le lieu de résidence, le statut en matière d'emploi et le revenu brut). Les étudiants belges habitent plus le milieu rural (61,8 %), 36,6 % ont un emploi et leur revenu brut moyen est de 903,5 €. Alors que les étudiants chiliens sont majoritairement citadins (84,8 %), sans emploi (90,5 %) et leur revenu brut moyen en pesos équivaut à 223,9 €. Les étudiants se différencient aussi dans leur perception des attitudes des gens de leur communauté face à une PVVIH-sida. En revanche, entre les deux sous-échantillons, il n'y a pas une différence significative en ce qui concerne les catégories du niveau de connaissance du VIH-sida. Tous croient avoir un bon niveau, mais en réalité ils ont un faible niveau de connaissance sur cette maladie. Par contre, il n'y a pas de similarité quant à leurs perceptions individuelles sur le sérieux ou la gravité du problème que pose le VIH-sida, le risque de le contracter et les divers sentiments que peut engendrer la présence de la PVVIH-sida. En ce qui concerne le lien d'association possible entre les caractéristiques sociodémographiques et le niveau de connaissance, encore une fois seulement trois variables sociodémographiques sur sept différencient les étudiants belges aux étudiants chiliens. En l'occurrence le groupe d'âge, la situation socioprofessionnelle et le lieu de résidence. Les autres variables sociodémographiques importantes : le genre, le statut matrimonial, la classe de revenu, le pays de naissance, etc., n'expliquent pas les différences de niveau de connaissance du VIH-sida dans l'échantillon. Tout compte fait notre première hypothèse de recherche est infirmée.

Notre dernière préoccupation dans ce chapitre est de savoir si les perceptions, surtout celles des droits d'une PVVIH-sida ainsi que les attitudes des étudiants belges et chiliens face aux PVVIH-sida seraient dues au niveau de connaissance de cette maladie. Tirant profit des analyses relatives à la première hypothèse, nous allons tester la deuxième hypothèse en supposant, toutes proportions gardées, que les perceptions des droits d'une PVVIH-sida et les attitudes vis-à-vis d'une PVVIH-sida peuvent aussi être dues au faible

niveau de connaissance de cette maladie qui caractérise la majorité d'étudiants échantillonnés². Par voie de conséquence, les tableaux qui vont suivre ne se ramèneront que sur le lien de dépendance entre les perceptions, les attitudes et le faible niveau de connaissance du VIH-sida chez 458 les étudiants (93,5 % de l'échantillon total qui ont ce niveau de connaissance), dont 229 belges et 229 chiliens.

4.3 Association entre le niveau de connaissance sur le VIH-sida et les perceptions de la PVVIH-sida ainsi que de leurs droits chez les étudiants belges et chiliens.

Au point 4.1.3, il a été dit que dans le questionnaire de sondage, trois questions sur les perceptions des répondants s'y trouvent. La première était relative au niveau de la gravité que le VIH-sida représente en tant que maladie aux yeux des étudiants. Rappelons qu'à propos, les informations recueillies ont donné les résultats exposés déjà dans le tableau 4.8 (point 4.1.3). La deuxième question posée aux répondants englobe dix énoncés portant sur le niveau d'accord ou du désaccord par rapport aux perceptions généralement négatives sur des personnes vivant avec le VIH-sida (tableau 4.16 : crainte, dégoût et colère vis-à-vis des PVVIH-sida). Finalement la troisième question concerne la perception que les étudiants ont des droits de la PVIH-sida en tant qu'être humain (tableaux 4.17, 4.18 et 4.19). Ce volet a été introduit dans l'hypothèse 2 parce que la recension des écrits nous a permis de nous rendre compte que les PVVIH-sida sont souvent discriminées, alors nous avons cherché à savoir si les perceptions des droits des PVVIH-sida chez les étudiants participants sont dépendantes du faible niveau de connaissance, dont les résultats précédents font état.

2. Ajoutons que la mise à l'écart de l'examen du lien entre les perceptions des PVVIH-sida, les attitudes avec le bon niveau de connaissance du VIH-sida n'est pas un choix hasardé fait par la chercheuse. Ce choix est dicté par les résultats précédents qui ont mis en évidence le fait que les étudiants qui ont une bonne connaissance du VIH-sida, soit un score VIH-K-Q-18 > 13, ne se différencient pas entre eux. Il est hautement probable que cette situation découle du fait qu'ils ne représentent qu'une petite proportion dans l'ensemble de l'échantillon (6,5 % seulement, dont 18 étudiants belge et 14 étudiants chiliens).

4.3.1 Association entre le niveau de connaissance sur le VIH-sida et les perceptions sociales de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

Tableau 4.16 Perceptions négatives de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|--|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Les personnes qui ont le VIH-sida inspirent de la crainte | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH- sida | Tout à fait en désaccord | 32,5 % | 70,1 % | 51,0 % |
| | En désaccord | 26,5 % | 25,8 % | 26,1 % |
| | Neutre | 21,0 % | | 10,7 % |
| | En accord | 14,0 % | 2,6 % | 8,4 % |
| | Tout à fait d'accord | 3,0 % | 0,5 % | 1,8 % |
| | Ne sait pas | 3,0 % | 1,0 % | 2,0 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 88,70 (p-value=0,01) | | | | |
| Les personnes qui ont le VIH-sida inspirent le dégoût | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH- sida | Tout à fait en désaccord | 68,5 % | 85,1 % | 76,7 % |
| | En désaccord | 21,0 % | 13,3 % | 17,2 % |
| | Neutre | 8,5 % | | 4,3 % |
| | En accord | 1,5 % | 1,0 % | 1,3 % |
| | Tout à fait d'accord | | 0,5 % | 0,3 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | | 0,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 25,68 (p-value=0,01) | | | | |
| Les personnes qui ont le VIH-sida inspirent de la colère | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH- sida | Tout à fait en désaccord | 64,0 % | 82,1 % | 72,9 % |
| | En désaccord | 22,0 % | 16,4 % | 19,2 % |
| | Neutre | 10,5 % | | 5,3 % |
| | En accord | 2,0 % | 1,0 % | 1,5 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | Ne sait pas | 1,0 % | | 0,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 29,06 (p-value=0,01) | | | | |

Il ressort du tableau 4.16 que malgré leur faible niveau de connaissance, la presque totalité des étudiants chiliens (95,9 %) est en désaccord ou tout à fait en désaccord avec le fait que les PVVIH-sida leur inspirent de la crainte. Chez les étudiants belges, cette proportion tombe à 59 %, soit une différence de 37 points de pourcentage. Étant donné que le test de Chi-deux est significatif, il y a lieu d'affirmer que les perceptions des étudiants belges et celles des étudiants chiliens ayant une faible connaissance sur le VIH-sida sont différentes en ce qui concerne la crainte que leur inspirent les PVVIH-sida. C'est parmi les étudiants belges qu'on recense plus des personnes (17 %) qui ont affirmé avoir la crainte ou la peur des porteurs du VIH-sida, contre seulement 3,1 % des étudiants chiliens.

Concernant le dégoût que les personnes qui ont le VIH-sida inspireraient, il y a une différence significative entre les deux sous-échantillons d'étudiants. Si la quasi-totalité d'étudiants chiliens (98,4 %) est en désaccord ou tout à fait en désaccord avec cette affirmation contre 89,5 % chez les étudiants belges, dont 8,7 % sont neutres, contre aucun étudiant chilien qui est neutre à ce sujet.

Quant à la colère qu'inspire la PVVIH-sida, à ce niveau encore, on remarque une différence significative entre les étudiants belges et chiliens qui ont un niveau de connaissance faible sur le VIH-sida. En fait, ces derniers sont proportionnellement plus nombreux (98,5 %) à ne pas percevoir les personnes qui ont le VIH-sida comme leur inspirant le sentiment de colère. Tandis que 86 % des étudiants belges ne perçoivent pas non plus les PVVIH-sida avec un sentiment de colère. La différence est quand même consistante, de l'ordre de 12,5 points de pourcentage entre les deux sous échantillons indépendants.

Dans l'ensemble, on peut dire sur la base des résultats contenus dans le tableau 4.16 que par rapport aux étudiants belges, ceux du Chili ayant une faible connaissance du VIH-sida ont, proportionnellement, moins de sentiments négatifs dans leur perception de la PVVIH-sida.

À présent, voyons si l'on peut ou pas associer les perceptions sociales des droits de la PVVIH-sida et le faible niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants interrogés.

4.3.2 Association entre le niveau de connaissance sur le VIH-sida et les perceptions sociales de droits d'une PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

Du fait que nous ne pourrions pas énumérer tous les droits de la personne possibles, l'attention est portée sur quelques droits fondamentaux, en particulier le droit au logement, aux soins de santé, au travail, à la vie sexuelle, à la confidentialité sur l'état de santé et à la jouissance de la liberté individuelle. À cet effet, nous avons croisé les perceptions des droits précités et le niveau de connaissance du VIH-sida dans notre échantillon. Le test de dépendance effectué a permis de relever quelques faits saillants ci-après.

Tableau 4.17 Perceptions des droits fondamentaux de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|--|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le même droit que moi d'être bien logés | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 1,5 % | | 0,8 % |
| | En désaccord | 0,5 % | | 0,3 % |
| | Neutre | 0,5 % | | 0,3 % |
| | En accord | 7,5 % | 2,0 % | 4,8 % |
| | Tout à fait d'accord | 89,4 % | 98,0 % | 93,7 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | | 0,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 12,88 (p-value=0,01) | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le même droit que moi d'être soignés | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | En désaccord | 0,5 % | | 0,3 % |
| | Neutre | 1,0 % | | 0,5 % |
| | En accord | 5,5 % | 0,5 % | 3,0 % |
| | Tout à fait d'accord | 92,5 % | 99,0 % | 95,7 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 11,58 (p-value=0,04) | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le même droit que moi de travailler | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | En désaccord | | 0,5 % | 0,3 % |
| | Neutre | 1,5 % | | 0,8 % |
| | En accord | 7,1 % | 1,5 % | 4,3 % |
| | Tout à fait d'accord | 90,4 % | 97,4 % | 93,9 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | | 0,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 12,50 (p-value=0,04) | | | | |
| Il est raisonnable pour un employeur de congédier les personnes qui sont porteuses du VIH-sida. | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 71,4 % | 86,7 % | 79,0 % |
| | En désaccord | 14,6 % | 10,2 % | 12,4 % |
| | Neutre | 6,5 % | | 3,3 % |
| | En accord | 1,5 % | | 0,8 % |
| | Tout à fait d'accord | | 1,5 % | 0,8 % |
| | Ne sait pas | 6,0 % | 1,5 % | 3,8 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 28,55 (p-value=0,01) | | | | |

Le tableau 4.17 montre que dans tous les cas, les proportions d'étudiants chiliens favorables à la jouissance des droits fondamentaux de la part d'une PVVIH-sida sont nettement supérieures à celles de leurs homologues belges, et cela, de 7 à 15 points de pourcentage. Il n'en reste pas moins que les étudiants belges aussi ne renient pas le droit au logement, à être soigné, à travail ou à ne pas se faire retirer d'un poste de travail puisqu'on porte le VIH-sida.

Tableau 4.18 Perceptions des droits à la vie privée et à l'équité de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|---|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Il faudrait publier les noms des personnes qui ont le VIH-sida afin que les autres puissent les éviter | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 77,9 % | 65,8 % | 71,9 % |
| | En désaccord | 15,1 % | 17,9 % | 16,5 % |
| | Neutre | 2,5 % | | 1,3 % |
| | En accord | 1,5 % | 2,0 % | 1,8 % |
| | Tout à fait d'accord | 1,0 % | 1,5 % | 1,3 % |
| | Ne sait pas | 2,0 % | 12,8 % | 7,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 23,29 (p-value=0,01) | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le droit de mener une vie sexuelle | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 1,5 % | 0,5 % | 1,0 % |
| | En désaccord | 4,0 % | 5,1 % | 4,6 % |
| | Neutre | 12,1 % | | 6,1 % |
| | En accord | 22,1 % | 11,7 % | 17,0 % |
| | Tout à fait d'accord | 57,8 % | 77,6 % | 67,6 % |
| | Ne sait pas | 2,5 % | 5,1 % | 3,8 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 38,58 (p-value=0,01) | | | | |
| Les personnes vivant avec le VIH-sida devraient être traitées de la même façon que tout le monde | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 2,0 % | 3,1 % | 2,5 % |
| | En désaccord | 2,0 % | | 1,0 % |
| | Neutre | 2,0 % | | 1,0 % |
| | En accord | 14,6 % | 3,6 % | 9,2 % |
| | Tout à fait d'accord | 76,8 % | 92,8 % | 84,7 % |
| | Ne sait pas | 2,5 % | 0,5 % | 1,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 27,02 (p-value=0,01) | | | | |

Au titre de la perception des droits à la vie privée et à l'équité, dont chaque PVVIH-sida doit bénéficier, plus de 7 étudiants belges et de 6 étudiants chiliens sur 10 sont contre l'idée qu'il faudra publier l'identité des PVVIH-sida pour que le public les évite. Relativement au droit de mener librement une vie sexuelle, 57,8 % d'étudiants belges contre 77,6 % d'étudiants chiliens estiment que les gens qui ont le VIH-sida en ont le droit. Quant au traitement équitable, 76,8 % d'étudiants belges et 92,8 % d'étudiants chiliens sont tout à fait d'accord avec l'idée que dans la communauté les PVVIH-sida devraient faire l'objet d'un traitement juste et impartial par rapport au le reste de la société.

Tableau 4.19 Perceptions des droits à la liberté de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|---|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida devraient être mis par la loi en quarantaine afin de protéger la santé publique | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 77,8 % | 89,2 % | 83,5 % |
| | En désaccord | 16,7 % | 8,7 % | 12,7 % |
| | Neutre | 2,5 % | | 1,3 % |
| | En accord | 0,5 % | | 0,3 % |
| | Tout à fait d'accord | 1,0 % | | 0,5 % |
| | Ne sait pas | 1,5 % | 2,1 % | 1,8 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 14,46 (p-value=0,04) | | | | |
| Selon toi, est-il indiqué d'emprisonner quelqu'un reconnu coupable d'avoir su être séropositif et de ne pas l'avoir divulgué à ses partenaires sexuels | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 10,1 % | 29,1 % | 19,5 % |
| | En désaccord | 18,1 % | 19,4 % | 18,7 % |
| | Neutre | 27,6 % | 16,8 % | 22,3 % |
| | En accord | 12,1 % | 16,8 % | 14,4 % |
| | Tout à fait d'accord | 12,1 % | 8,7 % | 10,4 % |
| | Ne sait pas | 20,1 % | 9,2 % | 14,7 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-3deux = 34,28 (p-value=0,04) | | | | |

Par rapport à la limitation des droits à la liberté individuelle et de comportement à risque d'une PVVIH-sida, 77,8 % d'étudiants belges et 89,2 % d'étudiants chiliens désapprouvent l'idée selon laquelle les PVVIH-sida devraient être mises par la loi en quarantaine afin de protéger la santé publique. Quant à savoir s'il était indiqué d'emprisonner une PVVIH-sida reconnue coupable d'avoir su être séropositive et de ne pas en aviser à ses partenaires sexuels, les avis sont partagés du côté des étudiants belges, car 28,2 % sont en accord et 24,2 % sont en désaccord avec cette idée. Les étudiants belges restants sont, soit neutres (27,6 %) soit ils n'ont pas d'opinion claire à ce sujet (20,1 %). Du côté des étudiants chiliens, la tendance est que pratiquement la moitié d'entre eux (48,5 %) reste contre cette idée. Seulement un quart (25,5 %) est en faveur de l'idée de priver de liberté les PVVIH-sida qui manqueraient à leur devoir d'avertir des partenaires sexuels de leur état sérologique. Ceux qui sont neutres ou qui n'en savent rien représentent 26 % d'étudiants chiliens à faible niveau de connaissance sur le VIH-sida.

En résumé, il se dégage des résultats contenus dans les tableaux 4.17, 4.18 et 4.19 qu'en matière des droits, les perceptions des étudiants belges sont différentes de ceux du Chili ayant une faible connaissance du VIH-sida. Si on les compare proportionnellement, ce sont les étudiants chiliens qui sont plus soucieux des

droits de la PVVIH-sida. Qu'en est-il des attitudes des étudiants face aux PVVIH-sida? La section 4.5 répond à cette dernière question.

4.4 Association entre les attitudes face à la PVVIH-sida et le niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens.

La problématique des attitudes envers les PVVIH-sida est peu documentée, mais des discours oraux laissent entendre que les PVVIH-sida sont souvent victimes des stigmates dans leur communauté, dans les familles ou de la part des amis et proches. Pour cerner ce phénomène, nous avons prévu dans le questionnaire cinq séries de questions. La première série porte sur les attitudes culpabilisantes, la seconde série concerne les attitudes de tolérance ou l'acceptabilité sociale des PVVIH-sida, la troisième série se rapporte aux attitudes qu'ont d'autres personnes face aux PVVIH-sida dans la communauté. La quatrième série de questions est relative au changement de comportement dès qu'on apprend la séropositivité d'un proche. La cinquième et dernière série de questions vise les attitudes individuelles, particulièrement au niveau de l'aisance des étudiants quand ils sont informés de la présence d'une PVVIH-sida au milieu d'eux ou dans leur entourage immédiat.

Tableau 4.20 Attitudes culpabilisantes de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|---|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Les personnes qui attrapent le VIH-sida à cause du sexe ou de la drogue ont ce qu'ils méritent | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 59,0 % | 82,1 % | 70,4 % |
| | En désaccord | 29,5 % | 13,3 % | 21,5 % |
| | Neutre | 8,5 % | 0,5 % | 4,6 % |
| | En accord | 1,0 % | 1,0 % | 1,0 % |
| | Tout à fait d'accord | 1,0 % | 2,1 % | 1,5 % |
| | Ne sait pas | 1,0 % | 1,0 % | 1,0 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 33,99 (p-value=0,01) | | | | |
| Les familles des personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 82,9 % | 91,3 % | 87,1 % |
| | En désaccord | 15,1 % | 7,2 % | 11,2 % |
| | Neutre | 1,5 % | | 0,8 % |
| | En accord | | | |
| | Tout à fait d'accord | | 1,0 % | 0,5 % |
| | Ne sait pas | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 11,27 (p-value=0,04) | | | | |
| Les personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 64,0 % | 82,1 % | 72,9 % |
| | En désaccord | 22,0 % | 16,4 % | 19,2 % |
| | Neutre | 10,5 % | | 5,3 % |
| | En accord | 2,0 % | 1,0 % | 1,5 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | Ne sait pas | 1,0 % | | 0,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 8,87 (p-value >0,05, non significatif) | | | | |
| Les personnes qui ont le VIH-sida sont maudites | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 76,9 % | 94,9 % | 85,8 % |
| | En désaccord | 13,6 % | 4,1 % | 8,9 % |
| | Neutre | 5,5 % | | 2,8 % |
| | En accord | 2,0 % | | 1,0 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 1,0 % | 0,8 % |
| | Ne sait pas | 1,5 % | | 0,8 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 31,64 (p-value=0,01) | | | | |

Par rapport à la tendance à la culpabilisation, ces résultats indiquent comment les étudiants interrogés perçoivent les PVVIH-sida qui ont contracté cette maladie par la voie sexuelle ou à partir d'une consommation des drogues et à quel point ces personnes et leurs familles devraient avoir honte. Dans l'ensemble, neuf étudiants sur 10 ne sont pas en accord avec l'affirmation que les PVVIH-sida méritent leur sort, car elles ont contracté le VIH-sida à cause du sexe ou de la consommation de la drogue. Sur ce

plan, si nous comparons les deux sous échantillons, le constat est que 95,4 % d'étudiants chiliens et 89,5 % d'étudiants belges sont opposés à cette perception punitive. Au sujet de l'attitude de culpabilisation de la famille comptant un membre PVVIH-sida, que la quasi-totalité (98 %) des étudiants chiliens et belges n'est pas en accord avec l'idée que les familles des personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte de cette situation. La proportion d'étudiants belges ou chiliens qui sont en faveur de cet énoncé ne dépasse pas 1 %. En ce qui concerne, l'attitude de jeter l'opprobre sur les PVVIH-sida, l'idée qu'une personne vivant avec le VIH-sida devrait avoir honte ne récolte pas d'approbation, car 98 % d'étudiants chiliens, et 86 % d'étudiants belges estiment que les personnes vivant avec le VIH-Sida ne devraient pas avoir honte. On remarque aussi que 10 % des étudiants belges demeurent neutres et que 1 % ne savent rien là-dessus. Pour ce qui est de l'attitude consistant à penser que les personnes qui ont le VIH-sida sont maudites, il y a aussi une différence marquante entre les deux sous-échantillons d'étudiants. Si la quasi-totalité d'étudiants chiliens (99 %) est en désaccord ou tout à fait en désaccord avec cette attitude, 90,5 % d'étudiants belges le sont aussi, exception faite de 5,5 % d'étudiants belges qui ont une position mitoyenne (neutre), mais aucun étudiant chilien ne demeure neutre à ce sujet.

Dans l'ensemble, on peut dire sur base des résultats qui précèdent que comparativement aux étudiants belges, les étudiants chiliens ont, proportionnellement, une attitude moins culpabilisante face aux PVVIH-sida, ceux de la Belgique le sont aussi, mais dans des proportions inférieures à celles des étudiants chiliens ayant le même niveau de connaissance du VIH-sida.

Tableau 4.21 Attitude de tolérance de la PVVIH-sida chez les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|--|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Je ne pourrais pas être ami avec quelqu'un qui a le VIH-sida. | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 72,0 % | 88,7 % | 80,3 % |
| | En désaccord | 19,5 % | 7,7 % | 13,7 % |
| | Neutre | 5,0 % | | 2,5 % |
| | En accord | 1,0 % | 0,5 % | 0,8 % |
| | Tout à fait d'accord | 0,5 % | 2,6 % | 1,5 % |
| | Ne sait pas | 2,0 % | 0,5 % | 1,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 28,06 (p-value=0,01) | | | | |
| Les personnes ayant le VIH-sida devraient pouvoir servir le public en qualité, par exemple, de coiffeur, dentiste, service de restauration... | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Tout à fait en désaccord | 20,0 % | 6,2 % | 13,2 % |
| | En désaccord | 4,0 % | 5,6 % | 4,8 % |
| | Neutre | 21,0 % | | 10,6 % |
| | En accord | 18,5 % | 24,1 % | 21,3 % |
| | Tout à fait d'accord | 21,0 % | 45,1 % | 32,9 % |
| | Ne sait pas | 15,5 % | 19,0 % | 17,2 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 75,50 (p-value=0,01) | | | | |

En lien avec l'attitude amicale envers quelqu'un qui a le VIH-sida, près de 9 étudiants chiliens ou belges sur 10 sont d'avis qu'il ne faudra pas refuser de se faire ami à une PVVIH-sida à cause de sa maladie. Seulement une infime proportion qui a une mauvaise perception de l'amitié avec une PVVIH-sida. En effet, chez les étudiants belges, seulement 2,5 % conçoivent mal l'amitié avec une PVVIH-sida, tandis que 3,1 % d'étudiants chiliens n'envisagent pas d'être ami avec des personnes porteuses du VIH-sida.

Hormis ce qui précède, l'idée de voir les PVVIH-sida servir le public est aussi un indicateur du niveau d'acceptabilité sociale (ou de rejet) de la PVVIH-sida dans la communauté. À propos, les étudiants belges sont plus hésitants que les étudiants chiliens, car seulement 39,5 % d'entre les étudiants belges sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'idée de voir une PVVIH-sida servir le public en tant que coiffeur, serveur dans un restaurant, dentiste ou dans d'autres métiers qui nécessitent un contact direct avec le public; les étudiants chiliens qui sont pour cette idée représentent 69,2 %.

Retenons donc qu'au niveau individuel, il y a une différence de perception et d'attitudes chez les étudiants ayant un niveau de connaissance faible. Cette différence est proportionnellement en faveur des étudiants

chiliens qui paraissent moins négatifs, moins culpabilisants et qui affichent plus d'acceptabilité-tolérance vis-à-vis de la PVVIH-sida que ne le sont les étudiants belges.

Tableau 4.22 Attitudes face à la PVVIH-sida dans la communauté où vivent les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|---|--------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida sont négligées par leur famille. | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | En désaccord | 35,0 % | 38,5 % | 36,7 % |
| | En accord | 8,0 % | 14,4 % | 11,1 % |
| | Sans opinion | 57,0 % | 47,2 % | 52,2 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 5,73 (p-value=0,04) | | | | |
| Dans ma communauté, la plupart des gens n'achèteraient pas des légumes ni une autre nourriture chez un commerçant ou un vendeur qu'ils savent avoir le VIH-sida. | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | En désaccord | 36,2 % | 27,3 % | 31,8 % |
| | En accord | 16,1 % | 36,6 % | 26,2 % |
| | Sans opinion | 47,7 % | 36,1 % | 42,0 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 21,38 (p-value=0,01) | | | | |
| Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida doivent être autorisées à participer pleinement aux événements socioculturels. | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | En désaccord | 11,0 % | 51,8 % | 31,1 % |
| | En accord | 56,5 % | 7,7 % | 32,4 % |
| | Sans opinion | 32,5 % | 40,5 % | 36,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 127,09 (p-value=0,01) | | | | |

Les deux attitudes reprises dans le tableau 4.22 sont des indices de l'acceptabilité sociale ou du rejet de la PVVIH-sida dans la communauté. À propos de l'attitude de négligence dans des familles comptant une PVVIH-sida, il ressort des résultats obtenus que la majorité relative d'étudiants ne sait pas se prononcer très clairement, car 57 % d'étudiants belges et 47,2 % d'étudiants chiliens sont sans opinion face à l'affirmation que les PVVIH-sida sont négligées par leurs familles. Ce n'est qu'une petite proportion d'étudiants qui pensent que les PVVIH-sida sont sujets de négligence de la part de leur famille. En effet, 14,4 % des étudiants chiliens estiment que les PVVIH-sida sont négligées par leur famille comparativement à 8 % seulement chez les étudiants belges.

Concernant l'attitude des personnes qui n'achèteraient pas de la nourriture chez un commerçant ayant le VIH-sida, il y a aussi une différence de points de vue entre les deux sous-échantillons d'étudiants. Si 36,2 % des étudiants belges sont en désaccord avec cette attitude, ils ne sont que 27,3 % chez les étudiants chiliens. Contrairement à 36,6 % de ces derniers qui sont en accord avec cette attitude, ce ne sont que

16,1 % chez les étudiants belges qui sont d'accord avec cette attitude. On constate une fois de plus, un haut pourcentage d'étudiants qui sont sans opinion devant cette attitude discriminatoire, soit 47,7 % des étudiants belges et 36,1 % des étudiants chiliens.

Quant à l'attitude consistant à accepter que les PVVIH-sida participent pleinement aux événements socioculturels, nous constatons un écart important entre les deux sous-groupes d'étudiants interrogés. À titre d'illustration, 51,8 % d'étudiants chiliens sont en désaccord avec l'idée ou l'attitude de laisser les PVVIH-sida participer aux activités socioculturelles dans leur communauté, contre 11 % des étudiants belges. Évidemment, seulement 7,7 % d'entre les étudiants chiliens sont d'accord avec l'idée de voir une PVVIH-sida participer pleinement aux événements socioculturels et 40,5 % sont sans opinion; les étudiants belges qui encourageraient cette attitude représentent 56,5 %, nonobstant les 32,5 % qui sont sans opinion. On peut dire que malgré qu'une bonne partie d'étudiants est indécise, comparativement aux étudiants chiliens, les étudiants belges sont plus ouverts à l'idée de voir une PVVIH-sida participer aux événements socioculturels dans leur communauté.

Examinons maintenant, dans quelle mesure les étudiants changeraient d'attitude s'ils apprenaient qu'une personne dans leur entourage a le VIH-sida.

Tableau 4.23 Changement d'attitude ou du comportement lorsque les étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida apprennent la séropositivité d'une personne dans leur entourage

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|---|--------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Tendance à devenir plus prudent avec des contacts occasionnels | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Non | 84,8 % | 97,4 % | 91,7 % |
| | Oui | 15,2 % | 2,6 % | 8,3 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 3,71 (p-value=0,04) | | | | |
| Tendance à exprimer plus de sympathie envers cette personne | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | En désaccord | 93,9 % | 74,4 % | 83,3 % |
| | En accord | 6,1 % | 25,6 % | 16,7 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 4,93 (p-value=0,04) | | | | |
| Tendance à mieux soutenir cette personne | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | En désaccord | 75,8 % | 48,7 % | 61,1 % |
| | En accord | 24,2 % | 51,3 % | 38,9 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 5,50 (p-value=0,04) | | | | |

Tendance à commencer à se protéger dans les relations sexuelles avec un partenaire

| | | | | |
|---|--------------|----------------|----------------|----------------|
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | En désaccord | 90,9 % | 94,9 % | 93,1 % |
| | En accord | 9,1 % | 5,1 % | 6,9 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

Chi-deux = 0,44 (p-value >0,05, non significatif)

En ce qui a trait à la question de savoir si l'étudiant ou l'étudiante connaissait quelqu'un ayant le VIH-sida, dans quelle attitude auront-ils ? Est-ce que cela a-t-il changé son comportement envers cette personne? Les résultats ci-devant indiquent que la grande majorité d'étudiants ne devient pas plus prudente qu'habituellement et ils n'ont pas tendance à diminuer les contacts avec la PVVIH-sida. En même temps, ils ont quand même moins tendance à devenir sympathiques vis-à-vis de la PVVIH-sida (93,9 % d'étudiants belges contre 74,4 % d'étudiants chiliens). Par contre, près de la moitié d'étudiants chiliens (51,3 %) affirme qu'ils ont tendance à soutenir une PVVIH-sida dès qu'ils apprennent son état de santé. Chez les étudiants belges, la proportion chute à moins d'un quart (24,2 %). On peut déduire ici que le peu de sympathie et de soutien individuel à l'égard d'une PVVIH-sida serait dû aux stigmates et surtout à une ignorance (faible connaissance) de ce qu'est vraiment le VIH-sida, car précédemment, ces étudiants ont affirmé qu'ils ne craignent pas la PVVIH-sida (59 % d'étudiants belges et 95,9 % d'étudiants chiliens, cf. le tableau 4.16). Pour quelle raison alors, ces étudiants auraient moins de sympathie à l'égard d'une PVVIH-sida ?

Dans le même ordre d'idée, il est étonnant de voir dans la partie d'en bas du tableau 4.23 que plus de neuf étudiants, Belges comme Chiliens, ne changeraient pas leurs comportements sexuels en apprenant qu'un partenaire a le VIH-sida. En effet, il n'y a pas de différence de comportement entre les étudiants chiliens et belges quant à commencer à se protéger dans leurs relations sexuelles avec un partenaire porteur du VIH-sida. Nous pensons ici qu'il s'agit d'une attitude de banalisation du VIH-sida que les observations permettent de constater. Une recherche sur un tel comportement non responsable pourra élucider ce choix à risque.

Tableau 4.24 Niveau d'aisance des étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida face à la présence d'une PVVIH-sida dans leur milieu de vie

| | | Étudiant belge | Étudiant chilien | Total |
|--|------------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| Si l'un-e des collègues de classe avait attrapé le VIH/Sida | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Mal à l'aise avec cette idée | 17,5 % | 3,6 % | 10,6 % |
| | À l'aise avec cette idée | 51,0 % | 89,8 % | 70,2 % |
| | Sans opinion | 31,5 % | 6,6 % | 19,2 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 71,23 (p-value=0,01) | | | | |
| Si au bureau de travail l'un-e de tes collègues avait attrapé le VIH/Sida | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Mal à l'aise avec cette idée | 16,5 % | 4,6 % | 10,6 % |
| | À l'aise avec cette idée | 53,0 % | 88,8 % | 70,7 % |
| | Sans opinion | 30,5 % | 6,6 % | 18,7 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 61,33 (p-value=0,01) | | | | |
| Si tu apprends que le propriétaire de l'épicerie du voisinage où tu fais tes emplettes, a le VIH/sida | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Mal à l'aise avec cette idée | 18,6 % | 6,1 % | 12,4 % |
| | À l'aise avec cette idée | 44,2 % | 89,3 % | 66,6 % |
| | Sans opinion | 37,2 % | 4,6 % | 21,0 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 92,42 (p-value=0,01) | | | | |
| Si ton enfant était dans une école où l'on sait que l'un des élèves a le VIH/sida | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Mal à l'aise avec cette idée | 28,6 % | 11,3 % | 20,1 % |
| | À l'aise avec cette idée | 32,2 % | 82,6 % | 57,1 % |
| | Sans opinion | 39,2 % | 6,2 % | 22,8 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 105,69 (p-value=0,01) | | | | |
| Un bon ami ou quelqu'un de votre famille fréquentait quelqu'un qui a le VIH/sida | | | | |
| Faible niveau de connaissance du VIH-sida | Mal à l'aise avec cette idée | 17,5 % | 7,7 % | 12,6 % |
| | À l'aise avec cette idée | 44,5 % | 85,7 % | 64,9 % |
| | Sans opinion | 38,0 % | 6,6 % | 22,5 % |
| | Total | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |
| Chi-deux = 76,85 (p-value=0,01) | | | | |

Plusieurs éléments sont sortis de l'étude du niveau d'aisance des étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida face à la présence d'une PVVIH-sida dans leur milieu de vie. En effet, nous remarquons que tous milieux de vie confondus, les étudiants chiliens sont 1,5 à 2 fois plus à l'aise avec le fait de côtoyer une personne ayant attrapé le VIH-sida que ne le sont les étudiants belges.

Comment interpréter le fort taux des sans opinion chez les étudiants belges? Même si on additionnait les proportions des étudiants belges qui sont sans opinion et ceux qui sont à l'aise, on obtient dans chaque milieu une plus forte population de gens à l'aise chez les étudiants chiliens. Cette situation suggère que dans un contexte où les étudiants en travail social ont un faible niveau de connaissance sur le VIH-sida, la fréquentation d'une PVVIH-sida crée plus de malaise chez les étudiants belges que chez leurs homologues chiliens, surtout lorsque cette fréquentation implique belge. En effet, dans ce cas précis, c'est moins d'un tiers d'étudiants belges qui serait à l'aise, alors que plus de 8 étudiants chiliens sur 10 n'y trouveront aucun inconvénient et seraient à l'aise que leurs enfants côtoyant d'autres enfants vivant avec le VIH-sida.

Les résultats que nous venons de présenter sur le lien possible entre le niveau de connaissance, les attitudes ainsi que la perception des droits des PVVIH-sida suggèrent une tendance lourde. La tendance en question indique qu'il y a des différences significatives entre les étudiants belges et chiliens, entre autres, quant à leurs perceptions de la PVVIH-sida, dans la perception de droits fondamentaux d'une PVVIH-sida et dans les attitudes culpabilisantes, des attitudes d'acceptabilité sociale et surtout en termes d'aisance et de possible changement de comportement face à une ou des PVVIH-sida. À propos, il est clair que le faible niveau de connaissance du VIH-sida, constaté chez les deux sous-groupes d'étudiants échantillonnés, influence leurs perceptions des PVVIH-sida, sa place et ses droits dans la société. Par voie de conséquence, les attitudes des étudiants diffèrent par pays, mais sont dépendantes de ce faible niveau de connaissance du VIH-sida. En finale, cela veut dire que sur base de nos résultats présentés aux sections 4.3 et 4.4, l'hypothèse 2 de notre recherche est vraisemblable, elle est donc confirmée, car on peut valablement associer les différences des attitudes et des perceptions des droits des PVVIH-sida au faible niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chez les étudiants chiliens qui ont participé à notre enquête.

Partant de tous ces résultats, passons à l'étape de la discussion pour en savoir plus entre nos résultats et ceux des études antérieures à la nôtre. C'est l'objet du dernier chapitre ci-dessous

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce chapitre de discussion est réparti en deux parties. La première partie décrit les résultats qui permettent d'infirmer notre première hypothèse en lien avec les facteurs sociodémographiques, le niveau de connaissance et les représentations sociales des deux groupes d'étudiants belges et chiliens. La seconde partie, quant à elle, aborde la discussion autour des résultats qui confirment notre deuxième hypothèse, soit l'impact des facteurs sociodémographiques sur le niveau de connaissance des étudiants belges et chiliens.

5.1 Première hypothèse : niveau de connaissance et de perceptions sociales sur les PVVIH-sida des étudiants belges et chiliens.

Notre hypothèse 1 est infirmée. Nous pensons que le niveau de connaissance et les perceptions sociales sur la gravité, le risque et l'image des PVVIH-sida des étudiants belges seraient différents de ceux des étudiants chiliens, car ces groupes sont aussi différents sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, dont dépend le niveau de connaissance des étudiants. À cet égard, certaines études appuient que les connaissances et les attitudes envers le VIH-sida varient en fonction du genre, du statut socio-économique, du fait de connaître ou d'avoir connu une PVVIH-sida ou de la religion (Adrien *et al.*, 2013; Tung *et al.*, 2013; Trottier *et al.*, 2014). Cependant, nos résultats nous permettent d'affirmer que le niveau de connaissance et les perceptions sociales face aux PVVIH-sida sont deux aspects similaires entre les étudiants belges et chiliens et ce, même si ces deux groupes possèdent quelques caractéristiques sociodémographiques significativement différentes.

En effet, cinq sur sept des caractéristiques sociodémographiques étudiées diffèrent significativement entre les deux groupes, soit l'âge, le lieu de naissance, le statut en matière d'emploi, le lieu de résidence et le revenu brut. Seuls le genre et le statut matrimonial démontrent de fortes similarités.

Contrairement à ce que prévoyait notre première hypothèse, nous n'avons pas dénoté de différence significative entre les participants en matière de connaissance du VIH-sida. Selon les résultats obtenus dans l'évaluation subjective, 81,7 % des étudiants belges croyaient avoir des connaissances moyennes à très bonnes, alors qu'en ce qui concerne les connaissances réelles, ils ne sont que 27% à avoir une connaissance qui va de moyenne à très bonne connaissance du VIH-sida. Cette proportion s'élève à 33,5 %

chez les étudiants chiliens. Or, ils étaient 91,3 % à penser avoir un niveau de connaissance moyen, bon ou très bon. Ces résultats sont appuyés par le score VIH-K-Q-18 des deux groupes d'étudiants puisque 9 étudiants sur 10 ont obtenu un score VIH-K-Q-18 inférieur à 13, ce que Wagenaar *al.* (2012) associent à de faibles connaissances du VIH-sida.

Cette réalité est fortement similaire dans plusieurs recherches qui constatent que malgré l'importance sociale et l'impact du VIH-sida sur les populations atteintes, on observe une méconnaissance importante auprès de certains groupes sociaux (y compris les jeunes) sur cette pandémie (Sidaction, 2017; Beltzer *et al.*, 2011; Kacou, 2020; Labra *et al.*, 2020), qui rappelons-le est un groupe prédominant dans notre échantillon.

Le fait que subjectivement, les étudiants belges et chiliens en travail social croient avoir des connaissances sur cette maladie, mais que la mesure objective démontre le contraire prouve que les étudiants surestiment leur niveau de connaissance du VIH-sida. Un tel écart entre un jugement personnel et une mesure objective peut résulter soit d'une désirabilité sociale (Ependa, 2017), soit plus probablement d'un déficit informationnel sur la pandémie du VIH-sida. Notons que la première source d'information sur le VIH-sida pour 71,2 % des étudiants belges et 64,3 % des étudiants chiliens est la télévision en général. À cet effet, les études de Handal (2017) et de Koob et Harvan (2003) ont constaté que plusieurs étudiants ayant cheminé au sein d'une formation en travail social avaient peu abordé, lors de leurs études, des notions liées au VIH-sida. Ce constat rejoint une étude qui conclut que malgré les besoins sur le terrain d'intervenants ayant des connaissances vis-à-vis le VIH-sida, le sujet reste marginalisé dans le cursus de formation (Sogren *et al.*, 2012).

Les représentations sociales des deux groupes d'étudiants belges et chiliens ont été comparées et aucune différence significative n'a été relevée en ce qui a trait aux perceptions de la gravité du VIH-sida en tant que maladie mortelle, du risque personnel de le contracter et de la perception négative ou culpabilisante de la PVVIH-sida. En outre, une petite différence est toutefois ressortie au niveau de la perception que l'étudiant a sur l'acceptation ou rejet de la PVVIH-sida dans la communauté. Autant les étudiants belges que les étudiants chiliens considèrent que la maladie est assez ou très grave. Plus précisément, 68,8 % des étudiants belges perçoivent le VIH-sida comme un problème assez sérieux alors que 60,7% des étudiants chiliens le jugent comme un problème très sérieux. Sous l'angle de Moscovici (dans Herzlich, 1969), cela représente une image d'une maladie sérieuse pour les étudiants.

Bien que les résultats soient similaires lorsqu'on les regroupe, notons tout de même que les étudiants chiliens perçoivent davantage la gravité de la maladie du VIH-sida que les étudiants belges qui semblent plus la banaliser. McGrath *et al.* (2014) ainsi que Trottier *et al.* (2014) apportent une explication intéressante à cette tendance à la banalisation du VIH-sida. Ils soulèvent que le contexte d'avancées en matière de traitement du VIH-sida ne serait pas étranger à la diminution de l'appréhension de la maladie au sein de la population, aux pertes en matière de ressources de prévention et d'éducation vis-à-vis du VIH-sida ainsi qu'à une augmentation des comportements à risque d'infection.

Quant aux perceptions négatives ou culpabilisantes de la PVVIH-sida (Joffe et Bettega, 2003; Reddy *et al.*, 2018; Inungu *et al.*, 2009; Korbéogo et Lingani, 2013), nous pouvons donc affirmer, avec les données recueillies, que les perceptions vis-à-vis des PVVIH-sida, des étudiants belges comme des étudiants chiliens, sont positives; ils adoptent une attitude moins culpabilisante à l'égard des PVVIH-sida. Cette donnée est intéressante du point de l'évolution des représentations sociales du VIH-sida (Labra, 2015) chez les étudiants. Là nous pouvons constater un changement dans l'image des PVVIH-sida qui passe de la culpabilisation à la tolérance et à l'inclusion.

Bien que de fortes similitudes entre les deux groupes d'étudiants belges et chiliens aient été démontrées en ce qui a trait aux représentations sociales au plan individuel, une différence significative est ressortie entre les deux groupes d'étudiants quant à la perception sur l'acceptation ou rejet de la PVVIH-sida dans la communauté.

Au sujet des perceptions d'acceptabilité sociale, d'un point de vue individuel, soit le niveau de tolérance personnel vis-à-vis des PVIH-sida, il se dégage que contrairement aux étudiants chiliens (69,2 %), les étudiants belges sont plus méfiants et acceptent moins (40,8 %) que les PVIH-sida puissent valablement offrir des services au public. Les résultats de l'étude de Reddy *et al.* (2018) démontrent que les étudiantes d'une faculté des sciences infirmières en Inde ont répondu qu'elles se sentaient inquiètes de soigner des PVVIH-sida. Et un tiers des participantes à l'étude ont déclaré qu'elles préféreraient ne pas s'occuper de ces patients par peur d'être exposées au VIH-sida au travail.

Les perceptions sont également divisées entre les étudiants belges et chiliens et parfois mitigées en ce qui concerne la perception des attitudes que les gens de leur communauté ont à l'égard des PVVIH-sida. Ainsi, 34 % des étudiants belges contre 28 % des étudiants chiliens estiment que les PVVIH-sida subissent du rejet de la part de leurs pairs. 33,9 % des étudiants belges, par rapport à 26,1 % des étudiants chiliens,

sont d'avis que les PVVIH-sida sont victimes d'agressions verbales ou de moqueries de la part des gens de leur communauté. L'étude de Tung *et al.* (2008) montrent qu'environ 23 % de leurs participantes ont répondu que les PPVIH-sida devraient rester à la maison ou à l'hôpital, et moins de 10 % des participantes pensaient que ces personnes devraient être tenues à l'écart de l'école, ce qui rejoint les résultats de notre étude.

Finalement, validons la deuxième partie de la première hypothèse, soit le fait que le niveau de connaissance dépend ou non des caractéristiques sociodémographiques.

Nous avons établi précédemment que l'âge médian de notre échantillon est de 22 ans, ce qui n'a pas créé de surprise quant aux résultats de l'étude concernant l'âge des participants qui montrent que près de 9 étudiants sur 10, de moins de 25 ans, ont une faible connaissance du VIH-sida. Ces résultats sont similaires à ceux de plusieurs autres recherches (Rotily *et al.*, 2001; Beltzer *et al.*, 2011; Sidaction, 2017; Labra *et al.*, 2020; Kacou, 2020). Notamment, Beltez *et al.* (2011) mentionnent que les personnes dans la tranche d'âge 18 à 30 ans seraient les moins bien informées sur le VIH-sida.

À part l'âge, notre échantillon démontre un lien de dépendance entre les étudiants ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida et la situation socioprofessionnelle (emploi) (Labra et Lacasse, 2015; Labra *et al.*, 2017 et Reddy *et al.*, 2018). Il se dégage que la majorité des étudiants chiliens ayant une faible connaissance du VIH-sida ne travaille pas (90,6 %), alors que chez les étudiants belges ayant une faible connaissance, un tiers travaille à temps partiel et 64 % ne travaillent pas; ils se consacrent entièrement à leurs études. Pour sa part, l'étude de Labra *et al.* (2021) qui s'est intéressée aux attitudes et connaissances du VIH-sida auprès d'un échantillon de 528 étudiants de niveau collégial d'une région nordique du Québec va dans le même sens que nos résultats. Cette étude affirme que les étudiants qui travaillent à temps plein ont une bonne connaissance du VIH-sida contrairement à ceux qui ne travaillent pas. Ceci pourrait expliquer que les étudiants qui travaillent seraient plus connaisseurs du VIH-sida du fait que le lieu de travail peut constituer une source d'information et d'échange sur cette pandémie.

L'analyse de nos résultats concernant le lieu de résidence des étudiants a également un lien de dépendance significative avec un faible niveau de connaissance du VIH-sida (voir Kacou, 2020; Veinot et Harris, 2011; Halfen *et al.*, 2006). Les étudiants chiliens vivent majoritairement en milieu urbain (84,5%) tandis que les étudiants belges vivent davantage en milieu rural (62,8%). La question est de savoir si cela s'explique sur le plan culturel, car les uns sont francophones de l'Europe occidentale et les autres sont

hispanophones de l'Amérique latine. Ce constat n'a pas été repéré ailleurs; il semblerait ne pas y avoir d'autres recherches qui rejoignent nos résultats concernant ces deux cultures.

En conclusion à cette première hypothèse de ce mémoire, le constat est qu'il y a deux aspects sur lesquels les étudiants belges et chiliens sont similaires, soit le niveau de connaissance et leur perception individuelle généralement positive face aux PVVIH-sida, incluant leur niveau de malaise de les côtoyer dans divers contextes. Il y a aussi deux aspects sur lesquels ils se différencient, soit cinq sur sept de leurs caractéristiques sociodémographiques et leur perception sur l'acceptation ou le rejet de la PVVIH-sida dans la communauté. Combinant à cela le fait que ce ne sont pas toutes les sept caractéristiques sociodémographiques introduites dans le modèle d'analyse qui influencent significativement le niveau de connaissance des étudiants de notre échantillon, nous ne sommes pas en mesure de confirmer l'hypothèse 1 dans son entièreté. L'hypothèse 1 est donc infirmée.

5.2 Deuxième hypothèse : impact du niveau de connaissance sur les perceptions, attitudes et perceptions des droits de PVVIH-sida des étudiants belges et chiliens.

Notre hypothèse 2 a été confirmée : c'est en fonction du niveau de connaissance de chaque étudiant que les perceptions, les attitudes affichées face aux PVVIH-sida et les perceptions des droits des PVVIH-sida varient chez les étudiants belges et chiliens.

Les résultats obtenus sur le lien possible entre le niveau de connaissance, les attitudes ainsi que la perception des droits des PVVIH-sida (Treichler, 2013; Gwadz *et al.*, 2018; Tsang *et al.*, 2010; Ramirez-Valles *et al.*, 2005; Varas-Díaz et Marzán-Rodríguez, 2007) suggèrent une tendance lourde qui indique qu'il y a des différences significatives entre les étudiants belges et chiliens, surtout en termes d'aisance et de possibles changements de comportement face à une ou des PVVIH-sida.

Il est d'ailleurs clair que le faible niveau de connaissance du VIH-sida constaté chez les deux sous-groupes d'étudiants échantillonnés influence leurs représentations sociales des PVVIH-sida, sa place et ses droits dans la société (Labra, 2015; Labra *et al.*, 2020; Tung *et al.*, 2013; Mahajan *et al.*, 2008; Kacou, 2020; ONUSIDA, 2020). Par voie de conséquence, les attitudes des étudiants diffèrent par pays, mais sont dépendantes de ce faible niveau de connaissance du VIH-sida.

Pour les droits fondamentaux, en particulier le droit au logement, aux soins de santé, au travail, à la vie sexuelle, à la confidentialité sur l'état de santé et à la jouissance de la liberté individuelle, Labra *et al.* (2017)

notent : « des attitudes positives envers les PVVIH-sida et envers diverses situations entourant le VIH-sida [...] les étudiants sont, pour la plupart, d'accord avec le fait que les PVVIH-sida ont le droit d'être logés, d'avoir accès aux soins et d'avoir une vie sexuelle » (p.12). Nos résultats vont dans le même sens que cette recherche. Ce qui ressort toutefois est que la proportion d'étudiants chiliens favorables à la jouissance des droits fondamentaux de la part d'une PVVIH-sida est nettement supérieure à celle de leurs homologues belges, et cela, de 7 à 15 points de pourcentage. Il n'en reste pas moins que les étudiants belges ne leur renient pas le droit au logement, à être soigné, à travailler ou à ne pas se faire retirer d'un poste de travail.

De façon générale, les représentations sociales des étudiants belges sont différentes de celles des étudiants chiliens ayant une faible connaissance du VIH-sida. Ceux-ci sont plus soucieux des droits des PVVIH et ont moins de sentiments négatifs dans leur perception de la PVVIH-sida que les étudiants belges. Notons que ces derniers sont tout de même majoritairement en faveur des droits à la vie privée et à l'équité des PVVIH, mais démontrent plus de réserves que les étudiants chiliens. Selon Labra (2011), même si les représentations sociales se transforment, le VIH-sida est lié à une « image de la maladie symbole de déviance et de négligence ». Or, dans leur recherche, Labra et Lacasse (2015) ont soulevé certains aspects comme : le refus catégorique à la criminalisation du VIH-sida, la liberté sexuelle pour tous, la notion de responsabilité partagée à parts égales entre la PVVIH-sida et son partenaire. Ceci a soulevé, pour ces chercheurs, l'importance d'une préparation adéquate chez ces futurs intervenants sociaux afin d'avoir les connaissances justes pour intervenir auprès des PVVIH/sida (Labra et Lacasse, 2015).

La problématique des attitudes envers les PVVIH-sida semble documentée dans plusieurs études (Labra, 2015; Labra et Lacasse, 2015; Herek, 2004; Ramirez-Valles *et al.*, 2005; Apostolidis, 2011; Taylor, 2001; Lance *et al.*, 2007; Varas-Díaz et Marzán-Rodríguez, 2007), mais des discours oraux laissent entendre que les PVVIH-sida sont souvent victimes des stigmates dans leur communauté, dans les familles ou de la part des amis et proches. Cela montre une image sociale de la maladie ancrée dans de vieilles représentations sociales (Andrewin et Li-Yin, 2007; Joffe, 1995; Sacks, 1996).

Malgré un changement de connaissances, les représentations sociales des PVVIH-sida passant par une condamnation d'attitudes perçues comme sexuelles déviantes, dangereuses et immorales sont encore existantes (Surlis et Hyde, 2001; Rutledge *et al.*, 2009; Labra et Lacasse, 2015).

Regardons maintenant l'acceptabilité sociale ou le rejet de la PVVIH-sida dans la communauté.

Les données sont plutôt surprenantes de la part des étudiants chiliens puisque, jusqu'à présent, ils sont ressortis comme ayant des représentations plus favorables face aux PVVIH-sida que les étudiants belges. En effet, ils sont majoritairement d'accord pour qu'une PVVIH-sida puisse servir le public en tant que coiffeur, dentiste, restaurateur; 97,4% d'entre eux ne seraient pas plus prudents en apprenant qu'une personne qu'ils connaissent est séropositive et 94,9% d'entre eux ne commenceraient pas à se protéger s'ils avaient un partenaire porteur du VIH-sida. Ils seraient également à l'aise à 89,8% avec l'idée d'être en la présence d'un collègue de classe ayant attrapé le VIH-sida et à 88,8% à l'aise dans une situation similaire avec un collègue de travail. 89,3% d'entre eux seraient à l'aise en apprenant que le propriétaire de l'épicerie est porteur du VIH-sida. Les opinions deviennent toutefois mitigées quant à savoir si les gens de leur communauté seraient à l'aise d'acheter de nourriture chez un commerçant ayant le VIH-sida. Est-ce ce qui explique le fait que la grande majorité d'entre eux sont en désaccord ou sans opinion face à l'autorisation de participer pleinement aux activités socioculturelles des PVVIH-sida. Est-ce que la crainte face à la communauté est plus grande que la crainte individuelle ? Labra (2015) apporte possiblement une partie de réponse en constatant que la construction symbolique du VIH-sida a impacté plusieurs systèmes dont certes celui des PVVIH-sida, des professionnels de la santé et des services sociaux.

Examinons maintenant dans quelle mesure les étudiants changeraient d'attitude s'ils apprenaient qu'une personne dans leur entourage a le VIH-sida.

Ce qui ressort est que la grande majorité des étudiants ne devient pas plus prudente et ils n'ont pas tendance à diminuer les contacts avec la PVVIH-sida. Ils n'auront pas non plus tendance à exprimer plus de sympathie vis-à-vis de la PVVIH-sida. Autre donnée surprenante et inquiétante, surtout provenant d'étudiants en travail social, est que 75,8% des étudiants belges affirment qu'ils n'auront pas tendance à mieux soutenir la PVVIH-sida contre 48,7% des étudiants chiliens du même avis. Nous pouvons certainement faire un lien ici entre le peu de sympathie et de soutien individuel à l'égard d'une PVVIH-sida et les stigmates que vivent les PVVIH-sida (image sociale négative de la maladie) et surtout, à une ignorance (faible connaissance) de ce qu'est vraiment le VIH-sida (voir Gwadz *et al.*, 2018; Plummer et Simpson, 2014; Stangl *et al.*, 2010). Bien que les étudiants belges et chiliens soient ressortis comme ayant peu d'attitudes culpabilisantes face à la PVVIH-sida, cet écart entre les données pourrait s'expliquer par cette recherche de Labra (2015) qui mentionne que l'image du stigmaté très largement reconnue face aux PVVIH-sida élève une barrière dans la relation et modifie donc les attitudes des intervenants et des soignants.

Cela dit, de façon étonnante, on constate que plus de 90% des étudiants, belges et chiliens, ne changeraient pas leurs comportements sexuels en apprenant qu'un partenaire a le VIH-sida quant à commencer à se protéger dans leurs relations sexuelles avec ce partenaire.

Quant au niveau d'aisance des étudiants belges et chiliens ayant un faible niveau de connaissance du VIH-sida face à la présence d'une PVVIH-sida dans leur milieu de vie, nous remarquons que tous milieux de vie confondus, les étudiants chiliens sont 1,5 à 2 fois plus à l'aise avec le fait de côtoyer une personne ayant attrapé le VIH-sida que ne le sont les étudiants belges, et ce même en tenant compte du fort taux des sans opinion chez les étudiants belges.

Au final, cela signifie, sur la base de nos résultats, que l'hypothèse 2 de notre recherche est vraisemblable. Elle est donc confirmée, car on peut valablement associer les différences des attitudes et des perceptions des droits des PVVIH-sida au faible niveau de connaissance du VIH-sida chez les étudiants belges et chez les étudiants chiliens qui ont participé à notre enquête.

CONCLUSION

L'étude des représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants belges et chiliens en travail social a été le point de départ de cette initiative de recherche. Plus particulièrement, la recherche avait pour objectifs : 1) Décrire les représentations sociales d'étudiants belges et chiliens à l'égard du VIH-sida selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant avec le VIH. 2) Explorer les liens d'associations entre les diverses variables qualifiant les représentations sociales (connaissances-représentations, connaissance-attitudes et connaissance-perceptions des droits des PVVIH-sida comportements) en fonction de chaque groupe à l'étude. Ces deux objectifs s'inscrivent dans deux hypothèses. Hypothèse 1 : Les représentations sociales sur les PVVIH-sida des étudiants belges sont différentes de celles des étudiants chiliens, car le niveau de connaissance de cette maladie diffère d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre, d'un groupe d'âge à un autre. Autrement dit, même si les sources d'information sur le VIH-sida sont identiques dans les deux pays (Belgique et Chili), le niveau de connaissance sur le VIH-sida dépend essentiellement des variables sociodémographiques. Hypothèse 2 : C'est en fonction du niveau de connaissance de chaque étudiant que les perceptions, les attitudes affichées face aux PVVIH-sida et les perceptions des droits des PVVIH-sida varient chez les étudiants belges et chiliens.

Nous avons choisi d'aborder l'objet d'étude à partir du point de vue des étudiants eux-mêmes. Par l'entremise du constructiviste et sur la théorie des représentations sociales, nous avons emprunté un chemin tout à fait différent de ceux dans lesquels se sont engagés jusqu'à présent les divers chercheurs sur le sujet d'étude.

En réponse à la **première hypothèse du mémoire**, soit le niveau de connaissance et les perceptions sociales sur les PVVIH-sida des étudiants belges sont différents de ceux des étudiants chiliens, car ces groupes sont aussi différents sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, dont dépend le niveau de connaissance des étudiants. Nous avons constaté qu'il y a deux aspects sur lesquels notre échantillon de 247 étudiants belges et celle de 244 étudiants chiliens sont semblables, soit un niveau de connaissance très faible et leur perception individuelle généralement positive face aux PVVIH-sida incluant leur niveau de malaise de les côtoyer dans divers contextes. Il y a aussi deux aspects sur lesquels ils se différencient, soit cinq sur sept de leurs caractéristiques sociodémographiques et leur perception mitigée sur l'acceptation ou le rejet de la PVVIH-sida dans la communauté. Trois des sept variables sociodémographiques introduites dans le modèle d'analyse ont prouvé avoir un lien de dépendance avec

le niveau de connaissances des deux groupes d'étudiants (le groupe d'âge, la situation socioprofessionnelle (emploi) et le lieu de résidence).

En réponse à la **deuxième hypothèse du mémoire**, soit que c'est en fonction du niveau de connaissance de chaque étudiant que les attitudes affichées face aux PVVIH-sida et les perceptions des droits des PVVIH-sida varient chez les étudiants belges et chiliens. Les résultats obtenus nous ont permis de conclure que notre recherche est vraisemblable, donc confirmée. Au niveau individuel, il y a une différence de perception et d'attitudes chez les étudiants ayant un niveau de connaissance faible. Cette différence est proportionnellement en faveur des étudiants chiliens qui paraissent moins négatifs, moins culpabilisants et qui affichent plus d'acceptabilité-tolérance vis-à-vis de la PVVIH-sida que ne le sont les étudiants belges. De plus, des contradictions relevées dans plusieurs des réponses obtenues par les deux groupes d'étudiants confirment leur faible niveau de connaissance du VIH-sida.

Limites de la recherche

L'échantillonnage volontaire apporte un biais, dû au fait que nous avons uniquement l'opinion des sujets intéressés au problème étudié et sachant que la majorité silencieuse n'y répond généralement pas (Bourgeois *et al.*, 2021; Ependa, 2017; Fortin et Gagnon, 2015). Bien que l'échantillonnage ne soit pas représentatif, car volontaire, il demeure consistant du fait que l'étude compare les résultats entre deux sous-échantillons. Les résultats ne peuvent être généralisés à tous les étudiants en travail social au Chili et en Belgique. Une autre faiblesse de cette étude est que les données traitées datent d'y a quatre ans, il n'y aura donc pas la possibilité de réinterroger les mêmes étudiants pour savoir si leurs niveaux de connaissance, perceptions et attitudes ont changé avec le temps. Par contre, le nombre élevé de répondants est cependant un facteur positif de la validité interne des résultats.

Les recommandations et les pistes de recherche

Recommandations pour la formation des travailleurs sociaux

- 1) Une proportion de 25,6 % des étudiants belges et de 14,1 % des étudiants chiliens a cité l'école de travail social comme source d'information. Ces résultats, appuyés par ceux de plusieurs autres recherches (Handal, 2017; Koob et Harvan, 2003; Natale *et al.*, 2010), révèlent un besoin criant d'intégrer dans les programmes de formation en travail social un volet spécifiquement dédié au VIH-sida. Sous forme d'atelier ou de conférence, développer du contenu formatif et informatif avec une approche pluridisciplinaire afin de confronter et d'initier les étudiants à tous les aspects de la maladie

(médicaux, sociaux, psychologiques, éthiques, juridiques et institutionnels). Les futurs travailleurs sociaux seront mieux équipés pour diffuser une connaissance juste et complète à la PVVIH-sida, à ses proches, à son entourage et à sa communauté permettant ainsi de lutter contre les pratiques stigmatisantes et d'exclusion. Ces pratiques sont non seulement liées au manque de connaissances et aux croyances erronées sur la maladie (Labra *et al.*, 2020), mais résultent également de la peur et du manque de contact avec des personnes infectées (Davtyan *et al.*, 2017; Labra et Thomas, 2017).

- 2) Ce manque de contact avec des PVVIH-sida a d'ailleurs été confirmé par le nombre important d'étudiants ayant répondu ne pas connaître les attitudes face aux PVVIH-sida dans la communauté. Cela dit, notre seconde recommandation est de rapprocher théorie et pratique en créant des projets universitaires conjoints entre des étudiants en travail social et des PVVIH-sida. Ces projets de sensibilisation et d'éducation, impliquant aussi des organismes communautaires, permettraient non seulement d'augmenter les connaissances de la communauté, mais également de créer des interactions sociales et des échanges avec des PVVIH-sida, modifiant par le fait même les représentations sociales des étudiants en travail social.

Recommandations pour l'intervention auprès des jeunes en milieu universitaire

- 1) En collaboration avec le milieu universitaire, créer un sommet en présentiel, diffusé en virtuel, qui viserait principalement à se pencher sur les représentations sociales contradictoires et négatives ressorties dans cette recherche et bien d'autres (Gwadz *et al.*, 2018; Stangl *et al.*, 2010; Tsang *et al.*, 2010). La promotion de cet événement pourrait être faite par des influenceurs ayant le VIH-sida ou sensibles au sujet. Le monde virtuel étant devenu une extension du monde réel, il importe de l'utiliser pour approfondir la recherche, comme recommandé précédemment, mais aussi pour rejoindre les jeunes là où ils sont. Les influenceurs jouent présentement un rôle prédominant dans les réseaux sociaux auprès des jeunes (Baty, 2016; Deturck, 2018; D'Armenio, 2021; Hajiheydari, Salehi *et al.*, 2018). Idéalement, au-delà du sommet, ces influenceurs deviendraient des ambassadeurs pour la cause et continueraient d'aborder régulièrement auprès de leur communauté numérique différents thèmes de sensibilisation (les moyens d'infections, les croyances, les peurs, les traitements et la réalité des PVVIH) et d'éducation face à la maladie.

- 2) Complémentaires à cette première recommandation, des vidéos ou *Reel*³ informatifs pourraient être créés, en collaboration avec les intervenants du milieu universitaire, spécifiquement pour mettre en lumière les représentations sociales contradictoires, négatives, stéréotypées, discriminatoires, etc. Le contenu doit être ludique et créatif afin d'être accrocheur pour les jeunes. Il serait à diffuser sur les médias sociaux et à utiliser pour promouvoir la journée mondiale contre le Dida, le 1^{er} décembre de chaque année.
- 3) Les associations étudiantes universitaires pourraient être impliquées dans des projets mettant en lumière la communauté LGBTQ+, tel que *All The Same*⁴ qui a créé une collection de NFT⁵ aux couleurs de cette communauté et qui diffuse sur divers médias sociaux, tels que Discord, TikTok, Instagram. Les NFT sont des technologies prisées par les jeunes, donc une façon originale et attrayante de les réunir favorisant l'échange d'idées entre les étudiantes et les étudiants sur ce virus.

Terminons en insistant sur le rôle crucial qu'ont joué les travailleurs sociaux dans la prestation de services aux personnes infectées par le VIH-sida, ainsi que dans la diffusion des connaissances sur la maladie (Linsk, 2011). Ils demeurent aussi essentiels pour la suite des avancées au niveau social, puisqu'ils ont un accès privilégié aux personnes marginalisées et au PVVIH-sida. Une grande partie de l'éducation, de la prévention afin de réduire les stigmatisations et les préjugés, passera par eux. Il est donc impératif qu'ils soient formés et préparés adéquatement pour jouer ce rôle. Soulignons également le rôle fondamental qu'ont joué les organismes communautaires, principaux pionniers au front, ayant permis de faire avancer la cause de lutte contre la stigmatisation du VIH-sida.

³ Le *Reel* est un outil sur les médias sociaux permettant de créer des vidéos multi-clips de 15 à 30 secondes avec du son et différents effets. Sur *Reel*, on trouve tous types de contenus : artistique, humoristique, politique, ou tout ce qui permet aux gens de s'exprimer.

⁴ La mission de *All The Same* est d'apporter de la diversité à l'espace NFT en créant une communauté construite autour d'intérêts et d'expériences partagés, et non sur des identités personnelles.

⁵ Un NFT, de l'anglais *non-fungible token*, est une donnée valorisée composée d'un type de « jeton cryptographique » qui représente un objet (souvent numérique), auquel est rattachée une identité numérique (reliée à au moins un propriétaire). Cette donnée est stockée et authentifiée grâce à un protocole de « chaîne de blocs » (*blockchain*) qui lui accorde par là même sa première valeur. Un NFT est souvent présenté comme un titre de propriété, consigné dans un registre numérique public et décentralisé.

Recommandations pour la recherche

À la lumière des résultats ci-dessus, nous sommes en mesure de proposer quelques pistes de recherche qui viendront combler certains vides autour des représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants universitaires.

Bien qu'il y ait eu de nombreuses percées de la recherche médicale qui ont contribué à sortir le VIH-sida de la catégorie des maladies mortelles, pour être catégorisé comme maladie chronique (Jahn *et al.*, 2008; Quinn, 2008; McGrath *et al.*, 2014; Trottier *et al.*, 2014), dans le domaine de la recherche sociale, il ressort de cela que l'appréhension de la maladie, les ressources et les programmes d'aide, de sensibilisation et d'éducation concernant le VIH-sida ont diminué, voyant ainsi apparaître une certaine forme de banalisation sociale et culturelle (Labra *et al.*, 2017; Sidaction, 2017; Trottier *et al.*, 2014). Ce faible niveau de connaissance contribue, entre autres, à entretenir la stigmatisation, la discrimination et les fausses croyances auxquelles sont confrontées les PVIH-sida dans leur quotidien, et ce même parmi des étudiants universitaires en travail social (Dumas, 2013; Herek, 2004; Labra, 2015; Labra et Thomas, 2017). On peut donc présumer que les représentations sociales de la maladie n'ont pas évolué au même rythme que les avancées médicales :

- 1) Considérant les résultats contradictoires obtenus quant aux attitudes et aux perceptions de la communauté face à une PVVIH versus les attitudes et perceptions individuelles, nous recommandons aux futurs chercheurs de comprendre comment se sont construits les représentations sociales individuelles des étudiants en travail social, soit leurs expériences vécues, leur éducation, leurs valeurs et les attitudes préexistantes (préjugés et stéréotypes) face aux groupes à risque et aux PVVIH-sida, en comparant leurs données individuelles avec celles de leur communauté. En comprenant l'origine, les efforts d'éducation et de sensibilisation pourront être plus précis.
- 2) Puisqu'il a été démontré que le soutien émotionnel et psychologique des travailleurs sociaux a un impact positif sur la perception qu'ont les personnes infectées de leur propre état (Stowers Johansen et Kohli, 2012), la stigmatisation, en revanche, a été identifiée comme une cause de problèmes de santé physique et mentale, ainsi que la diminution de l'utilisation des services de santé (Belenko *et al.*, 2016; Geter *et al.*, 2018; Logie *et al.*, 2012). Nous recommandons donc de comparer les données obtenues dans le point précédent avec celles portant sur l'attitude ou le comportement des étudiants en travail social face à une personne apprenant qu'elle a le VIH-sida. Cette analyse comparative

permettrait de mieux comprendre : 1 – pourquoi les étudiants en travail social n’auraient pas tendance à exprimer plus de sympathie ni à mieux soutenir une personne qui apprend avoir contracté le VIH-sida? ; 2 – pourquoi pourraient-ils côtoyer dans leur entourage, même être amis et avoir des rapports sexuels avec une PVVIH-sida alors qu’une majorité est hésitante quant à leur participation à des évènements socioculturels? Quelle différence font-ils entre la relation individuelle et la relation communautaire?

Finalement, il serait intéressant de voir l’évolution des données concernant les sources d’informations des étudiants belges et chiliens sur le VIH-sida depuis le moment où ils ont été recueillis pour cette recherche en 2018. En effet, la pandémie de la COVID-19 a amplifié l’utilisation de l’Internet et des réseaux sociaux chez les jeunes, créant ainsi une sorte de société virtuelle. Il serait donc intéressant, dans le futur, que des chercheurs explorent les différents médias sociaux actuels, dont Instagram, qui ne faisaient pas partie des choix de réponse comme une source d’information prisée chez les jeunes. Dans un deuxième temps, il serait intéressant d’étudier les informations et les représentations sociales véhiculées dans ces médias en particulier. S’intéresser et interroger les représentations sociales permet, comme plusieurs études l’ont démontré (Cassagnes Breidenbach, 2020; Labra et Lacasse, 2015; Lo Monaco et L’Heureux, 2007; Negura, 2006; Moracchini *et al.*, 2020), de mieux saisir les fausses associations, les croyances, les jugements, les distorsions qui se construisent culturellement dans le système de valeurs de chacun (Labra, 2011; Moscovici, 1976; Rateau et Lo Monaco, 2013; Valence, 2010).

ANNEXE A

LETRE AUTORISATION COLLECTE DES DONNÉES UDEC



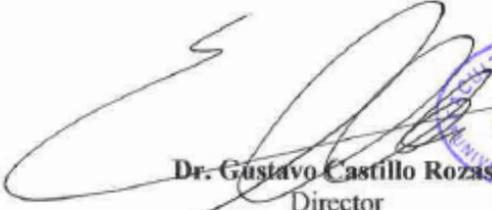
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social



Concepción, 02 Agosto de 2018

Por medio de la presente, el Director del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, autoriza a la profesora Sra. Isis Chamblás García a la aplicación de un cuestionario voluntario para estudiantes de la carrera de Trabajo Social.

El instrumento es parte del estudio “Las representaciones sociales del VIH SIDA entre estudiantes de Trabajo Social: Un estudio comparado”, y que será aplicado durante el segundo semestre de 2018.


Dr. Gustavo Castillo Rozas
Director
Departamento de Trabajo Social



ANNEXE B

LETTRÉ AUTORISATION COLLECTE DES DONNÉES HÉNALLUX



ATTESTATION

Par la présente, Madame Véronique Chamberland, directrice du département social de la Haute Ecole Namur Liège Luxembourg (HENALLUX), autorise Monsieur Oscar Labra, chercheur auprès de l'Université du Québec en Abitibi Témiscamingue (UQAT), à faire passer un questionnaire auprès de l'ensemble des étudiants inscrits dans le cadre du baccalauréat Assistant(e) Social(e).

Le questionnaire sera soumis aux étudiants aux environs du mois d'octobre 2018 et porte sur "Les représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : Une étude comparative".

Fait à Namur le 06 juillet 2018
Véronique Chamberland, directrice

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg
Département social de Namur
Rue de l'Arsenal, 10 • 5000 NAMUR
Tél. + 32 (0)81 46 86 60
info.social@henallux.be

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE : BRIEF HIV KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE – HIV-KQ-18 (FRANÇAIS)

Introduction

Cette étude vise à analyser les perceptions des futurs travailleurs sociaux à l'égard du VIH-sida, et ce, dans l'environnement universitaire de région.

Vous êtes donc invité(e) à participer à cette étude menée par Oscar Labra, PhD, et Augustin Ependa, PhD, tous deux professeurs au Département des sciences du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); André Antoniadis, professeur à la Haute École de travail et de la santé de Lausanne, Isis Chamblas, professeure à l'École de travail social, Université de Concepción et Cathérine Biston, de la Haute École de travail.

Ce projet de recherche a été financé par le fonds personnel du chercheur principal Pr Oscar Labra et co-chercheur Pr Ependa et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Votre participation dans ce projet de recherche consiste à consacrer une quinzaine de minutes de votre temps pour remplir notre questionnaire en ligne. Vous avez jusqu'au [15 janvier 2019] pour y participer.

Vous n'avez pas d'avantage immédiat relié à votre participation à cette étude et aucune indemnité compensatoire ne vous sera accordée. Toutefois, nos résultats contribueront à l'avancement des connaissances sur un sujet de recherche d'actualité. Ainsi, cette recherche vise à contribuer de façon importante au développement du savoir scientifique et à la diffusion des connaissances sur le VIH-sida, un sujet peu étudié en travail social. Le seul inconvénient découlant de votre participation, c'est le temps que vous consacrerez à remplir un questionnaire en ligne.

Tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche demeureront confidentiels et aucune identification personnelle ne sera utilisée pour relier votre nom à vos réponses.

Notre équipe de recherche affirme ne pas être en conflits d'intérêts réels, éventuels ou apparents avec le présent projet et ne pas viser aucune commercialisation des résultats.

Nous tenons à vous assurer que votre participation à cette étude est volontaire et que vous pouvez, en tout temps, arrêter de remplir notre questionnaire en ligne. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou votre institution d'études de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

L'Association d'étudiants de votre école sera interpellée par les co-chercheurs pour organiser au moins une rencontre de transfert des connaissances sur des faits saillants de l'étude. De plus, un résumé des résultats de recherche sera acheminé au directeur de programme pour qu'il le diffuse gratuitement auprès des étudiants en travail social.

Toute question concernant le projet pourra être adressée à Oscar Labra :
1-877-870-8728, poste 2335
Oscar.labra@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boulevard de l'Université,
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
1-877-870-8728, poste 2252
cer@uqat.ca

Veillez conserver un exemplaire de cette page pour vos dossiers.

J'accepte de participer au questionnaire.

Cette case devra obligatoirement être cochée avant d'accéder aux questions du sondage

Veillez imprimer et conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

A. CONNAISSANCES GÉNÉRALES SUR VIH-SIDA

1. Comment juges-tu ton niveau de connaissance au sujet du VIH-sida ?

- Très bon*
- Bon*
- Moyen*
- Faible*
- Très faible*

2. Les énoncés ci-dessous visent à mesurer les connaissances générales sur le VIH-sida. Prière de répondre aux questions autant que tu saches, sans te référer à une autre source d'information. Coche une seule fois sur la même ligne.

Énoncé

Vrai

Faux

Ne sait pas

Tousser ou éternuer ne permet pas de transmettre le VIH

Une personne peut contracter le VIH en partageant son verre d'eau avec quelqu'un qui est infecté par le VIH.

Lors de relations sexuelles, le fait de retirer le pénis avant l'éjaculation (coït/jouissance) permet à la femme de ne pas contracter le VIH.

Une femme peut contracter le VIH si elle pratique le sexe anal avec un homme

Prendre une douche ou laver ses parties génitales après une relation sexuelle permet de ne pas contracter le VIH.

Toutes les femmes enceintes infectées par le VIH mettront au monde un enfant atteint du SIDA.

Les personnes qui sont infectées par le VIH présentent rapidement de sérieux signes et symptômes d'infection.

Il existe un vaccin qui peut empêcher les adultes de contracter le VIH.

Les gens sont à risque de contracter le VIH lorsqu'ils embrassent intensément/avec la langue un partenaire atteint de VIH.

Une femme ne peut pas contracter le VIH si elle a des relations sexuelles durant ses menstruations.

Il existe un condom féminin qui permet de diminuer les chances qu'une femme contracte le VIH.

Un condom de membrane naturelle est plus efficace qu'un condom en latex pour prévenir une infection par le VIH.

Une personne ne peut pas contracter le VIH si elle prend des antibiotiques.

Le fait d'avoir des relations sexuelles avec plus d'un partenaire peut augmenter les risques de contracter le VIH.

Passer un test de dépistage une semaine après une relation sexuelle permet de détecter si une personne est infectée par le VIH.

Une personne peut contracter le VIH si elle se retrouve dans un spa ou une piscine en même temps qu'une personne qui est infectée par le VIH.

Une personne peut contracter le VIH en ayant des relations sexuelles orales.

Utiliser de la vaseline ou de l'huile de bébé avec un condom diminue les chances de contracter le VIH.

B. PERCEPTIONS ET ATTITUDES FACE AU VIH-SIDA

3. Penses-tu que le VIH-sida constitue de nos jours en Belgique un problème très sérieux, assez sérieux, pas tellement sérieux ou pas du tout sérieux ?

- Pas du tout sérieux*
- Pas tellement sérieux*
- Assez sérieux*
- Très sérieux*
- Ne sais pas*

4. Comment évalues-tu ton propre risque de contracter le VIH-sida ?

- Très faible*
- Faible*
- Moyen*
- Élevé*
- Très élevé*

5. Où as-tu vu, lu ou entendu quelque chose sur le VIH-sida par le passé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Télévision (en général)*
- Nouvelles à la télévision*
- Émission de santé à la télévision*
- Nouvelles à la radio*
- Émission de santé à la radio*
- École*
- Famille ou amis*
- Livre/Bibliothèque*
- Médecin*
- Sites Web/Internet*
- Professionnels de la santé*

- Revue scientifique sur la santé*
- Article de journal*
- Magazines (en général)*
- Magazine de santé*
- Publicité (en général)*
- Organismes/organisations communautaires concernant le sida*
- École de travail social*
- Santé Canada*
- Pharmacien*
- Au travail*
- Autre réponse (préciser) : _____*
- Ne sais pas*

6. Ci-dessous les énoncés traduisant les perceptions et les attitudes que peut avoir une jeune face VIH-sida, dans quelle mesure es-tu en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés repris dans le tableau ci-dessous ?

| Énoncé | Tout à fait en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Tout à fait d' accord | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|
| Les gens qui ont le VIH-sida m'inspirent de la crainte. | | | | | | |
| Les gens qui ont le VIH-sida m'inspirent du dégoût. | | | | | | |
| Les gens qui ont le VIH-sida m'inspirent de la colère | | | | | | |

Les personnes ayant le VIH-sida devraient pouvoir servir le public, par exemple, en qualité de coiffeur, de dentistes ou de cuisiniers.

Les gens qui attrapent le VIH-sida à cause du sexe ou de la drogue ont ce qu'ils méritent.

Je ne pourrais pas être ami avec quelqu'un qui a le VIH-sida.

Les familles des personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte.

Les personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir honte.

Les personnes qui ont le VIH-sida sont maudites.

7. Ci-dessous les énoncés traduisant l'acceptabilité sociale des personnes vivant avec le VIH-sida dans leur communauté (milieu de vie ou société), dans quelle mesure es-tu en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés repris dans le tableau ci-dessous ?

| Énoncé | Tout à fait en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Tout à fait d' accord | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|
| Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida subissent le rejet de leurs pairs. | | | | | | |
| Dans ma communauté, les personnes qui ont le VIH-sida subissent des agressions verbales ou sont fréquemment sujettes à des moqueries. | | | | | | |
| Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida sont négligées par leur famille. | | | | | | |

Dans ma communauté, les personnes soupçonnées d'avoir le VIH-sida perdent souvent le respect des autres.

Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida subissent des violences physiques.

Dans ma communauté, la plupart des gens n'achèteraient pas des légumes ni une autre nourriture chez un commerçant ou un vendeur qu'ils savent avoir le VIH-sida.

Dans ma communauté, les personnes vivant avec le VIH-sida doivent être autorisées à participer pleinement aux évènements socioculturels.

8. Ci-dessous les énoncés traduisant le niveau d'aisance qu'un-e jeune peut avoir en présence d'une personne porteuse du VIH-sida dans son entourage, dans quelle mesure serais-tu à l'aise ou mal à l'aise ?

| Énoncé | Très mal à l'aise | Plutôt mal à l'aise | Neutre | Plutôt à l'aise | Très à l'aise | Ne sait pas |
|---|-------------------|---------------------|--------|-----------------|---------------|-------------|
| Si l'un-e de tes collègues de classe avait attrapé le VIH/Sida. | | | | | | |
| Si au bureau de travail l'un-e de tes collègues avait attrapé le VIH/Sida. | | | | | | |
| Si tu apprends que le propriétaire de l'épicerie du voisinage où tu fais tes emplettes a le VIH/sida. | | | | | | |
| Si ton enfant était dans une école où l'on sait que l'un des élèves a le VIH/sida. | | | | | | |
| Un bon ami ou quelqu'un de votre famille fréquentait une personne qui a le VIH/sida. | | | | | | |

9.

À ce que tu saches, connais-tu ou as-tu connu quelqu'un ayant le VIH-sida ?

- Non (passe à la question 10)*
- Oui*
- Ne sais pas*

9.1 Si oui, dans quelle mesure cela a-t-il changé ton comportement envers cette personne sur une échelle allant d'aucun effet à un effet très fort ?

- Aucun effet*
- Un effet faible*
- Un effet moyen*
- Un effet fort*
- Un effet très fort*

9.2 Si oui, en quoi ton comportement a-t-il changé ? Tu as :... (Plusieurs choix possibles)

- Passé moins de temps avec cette personne*
- Été plus prudent avec les contacts occasionnels*
- Commencer à me protéger dans mes relations sexuelles avec ce partenaire*
- Exprimé plus de sympathie envers cette personne*
- Mieux soutenu cette personne*
- Été en colère contre cette personne*
- Été plus critique envers cette personne*
- Autre (précise SVP) : _____*
- Ne sais pas*

10. Dans quelle mesure es-tu d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants concernant les droits des personnes vivant avec le VIH-sida

| Énoncé | Tout à fait en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Tout à fait d' accord | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le même droit que moi d'être bien logés. | | | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le même droit que moi d'être soignés. | | | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le même droit que moi de travailler. | | | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida ont le droit de mener une vie sexuelle. | | | | | | |
| Il faudrait publier les noms des personnes qui ont le VIH-sida afin que les autres puissent les éviter. | | | | | | |
| Les personnes vivant avec le VIH-sida méritent d'être punies. | | | | | | |
| Il est raisonnable pour un employeur de congédier les personnes qui sont porteuses du VIH-sida. | | | | | | |
| Les gens qui vivent avec le VIH-sida devraient être mis par la loi en quarantaine afin de protéger la santé publique. | | | | | | |

Les personnes qui ont le VIH-sida ne devraient pas avoir les mêmes libertés que les autres individus.

Les personnes vivant avec le VIH-sida devraient être traitées de la même façon que tout le monde.

11. Selon toi, est-il indiqué d'emprisonner quelqu'un reconnu coupable d'avoir su être séropositif et de ne pas l'avoir divulgué à ses partenaires sexuels ?

- Tout à fait indiqué*
- Probablement indiqué*
- Peut-être ou peut-être pas indiqué*
- Probablement pas indiqué*
- Certainement pas indiqué*
- Ne sait pas*

C. FICHE SIGNALÉTIQUE DES PARTICIPANTS

12. À ton dernier anniversaire dans quel groupe d'âge te situes-tu ?

- Moins de 20 ans
- 20-24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35 ans et plus

13. À quel genre (sexe) tu t'identifies mieux ?

- Masculin
- Féminin
- 2 Autres : _____

14. Quel est ton pays de naissance ?

- Belgique

- Suisse
- Un pays de l'Union européenne
- autres pays, précisez STP): _____

15. En dehors de tes études, as-tu présentement un travail rémunéré ?

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel (20 heures ou moins par semaine)
- Je ne travaille pas

16. Présentement, quel est ton statut matrimonial ?

- Célibataire
- En couple ou marié(e)
- Séparé(e) ou divorcé(e)

17. Quel est votre revenu annuel brut (avant impôts) ?

- Moins de 5 000€
- Entre 5 000€ et 9 999€
- Entre 10 000 € et 19 999€
- Entre 20 000 € et 29 000€
- Entre 30 000 € et 39 999€
- Entre 40 000 € et 49 999 €
- Entre 50 000 € et 59 999 €
- Entre 60 000 € et 69 999 €
- 45 000 € et plus

18. Ta résidence principale se trouve sur quel territoire (réfère-toi à ton lieu de provenance)?

- Urbain
- Rural
- Urbano-rural (comme la banlieue ou la périphérie d'un centre urbain)

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE : BRIEF HIV KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE – HIV-KQ-18 (ESPAGNOL)

Introducción

Este estudio tiene como objetivo describir y analizar las percepciones de los futuros trabajadores sociales sobre el VIH/SIDA en un entorno universitario de región.

Usted, está invitado a participar en este estudio realizado por el Dr. Oscar Labra, y el Dr. Augustin Ependa, ambos profesores del Departamento de Ciencias del Desarrollo Humano y Social, Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); André Antoniadis, Profesor de la Escuela de Trabajo Social y de la Salud de Lausana, Isis Chamblas, Profesora de la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad de Concepción y Cathérine Biston, de la Escuela de Trabajo Social de Namur.

Este proyecto de investigación fue financiado por el fondo personal del investigador principal y co-investigador Pr. Ependa y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue.

Su participación en este proyecto de investigación consiste en dedicar unos 15 minutos de su tiempo para completar nuestro cuestionario en línea. Tienes hasta [15 de enero de 2019] para participar.

Usted no tendrá ningún beneficio directo relacionado con su participación en este estudio y no se otorgará ninguna compensación monetaria por ello. Sin embargo, nuestros resultados contribuirán al avance del conocimiento sobre un tema de investigación actual.

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo contribuir de manera importante al desarrollo del conocimiento científico y a su difusión en un campo poco estudiado en el Trabajo Social. El único inconveniente de su participación sería, el tiempo dedicado a completar nuestro cuestionario en línea.

Toda la información obtenida sobre usted en este proyecto de investigación será confidencial y no se utilizará ninguna identificación personal para vincular su nombre con sus respuestas.

Nuestro equipo de investigación declara que no tiene conflictos de interés reales, potenciales o aparentes con este proyecto y que no se pretende bajo ninguna manera comercializar los resultados del estudio.

Queremos asegurarle que su participación en este estudio es voluntaria y que puede, en cualquier momento, dejar de completar el cuestionario en línea. Al aceptar participar en este estudio, no renuncia a ninguno de sus derechos ni libera a los investigadores o a su institución académica de sus obligaciones legales y profesionales hacia Usted.

La Asociación de Estudiantes de su Escuela será contactada para organizar al menos una reunión de transferencia de los resultados destacados del estudio. Además, se enviará un resumen de los resultados de la investigación al Director/a de la Escuela para su distribución a los estudiantes de Trabajo Social.

Cualquier pregunta relacionada con el proyecto puede dirigirse a Oscar Labra:

1-877-870-8728, anexo 2335

Oscar.labra@ugat.ca

Para obtener más información sobre sus derechos, puede comunicarse con:

Comité de Ética para la Investigación con seres humanos

de la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue

Vicerrectorado de Educación e Investigación

445, boulevard de l'Université,

Rouyn-Noranda (Quebec) J9X 5E4

1-877-870-8728, anexo 2252

cer@ugat.ca

Se le pide, conserve una copia de lo indicado más arriba en caso de necesidad.

Acepto participar en el estudio o en la investigación

Esta casilla deberá ser completada antes de acceder a las preguntas del estudio

A. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE EL VIH-SIDA

1. ¿Cómo califica su nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA?

- Muy bueno*
- Bueno*
- Regular*
- Malo*
- Muy malo*

2. Las siguientes afirmaciones están destinados a medir el conocimiento general sobre el VIH/SIDA. Responda las preguntas tanto como Usted lo sepa, sin consultar ninguna otra fuente de información. Marque una sola respuesta en la misma línea.

| Afirmación | Verdadero | Falso | No se |
|---|-----------|-------|-------|
| La tos o los estornudos no transmiten el VIH | | | |
| Una persona puede contraer el VIH compartiendo un vaso de agua con alguien que está infectado con el VIH. | | | |
| Durante las relaciones sexuales, la extracción del pene antes de la eyaculación (coito/placer) le permite a la mujer no infectarse del VIH. | | | |
| Una mujer puede infectarse de VIH si practica el sexo anal con un hombre. | | | |

Tomar una ducha o lavarse los genitales después de tener relaciones sexuales no permite infectarse del VIH.

Todas las mujeres embarazadas infectadas con VIH darán a luz a un niño/a con SIDA.

Las personas que están infectadas con el VIH pronto tienen signos y síntomas graves de infección.

Existe una vacuna que puede evitar que los adultos se infecten del VIH.

Las personas corren el riesgo de contraer el VIH cuando besan con la lengua a una pareja con VIH.

Una mujer no puede contraer el VIH si tiene relaciones sexuales durante su período menstrual.

Hay un condón femenino que reduce las posibilidades de que una mujer se infecte del VIH.

Un condón de piel de animal es más efectivo que un condón de goma de látex para prevenir la infección del VIH.

Una persona no puede contraer el VIH si toma antibióticos.

Tener relaciones sexuales con más de una pareja puede aumentar las posibilidades de infectarse del VIH.

Hacerse examen que detecta el VIH una semana después de tener relaciones sexuales permite saber si una persona está infectada con el VIH.

Una persona puede infectarse del VIH si está en un spa o piscina al mismo tiempo que alguien que ya está infectado con el VIH.

Una persona puede infectarse VIH teniendo sexo oral.

Usar vaselina o aceite de bebé con un condón reduce las posibilidades de infección del VIH.

B. PERCEPCIONES Y ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA

3. ¿Crees que el VIH/SIDA es un problema hoy en día en Chile?

- Para nada*
- No tanto*
- Bastante*
- Demaciado*
- No se*

4. ¿Cómo califica su propio riesgo de contraer el VIH/SIDA (considerando las relaciones que mantiene con su entorno)?

- Muy bajo*
- Bajo*
- Regular*
- Alto*
- Muy alto*

5. ¿Dónde viste, leíste o escuchado sobre el VIH/SIDA en el pasado? (Varias respuestas posibles)

- Televisión en general

- Noticias en la televisión
- Programa de salud en la televisión
- Noticias en la radio
- Programa de salud en la radio
- Escuela
- Familia o amigos/as
- Libros o biblioteca
- Médico
- Sitio Web/Internet
- Profesionales de la salud
- Revistas científicas de salud
- Artículo de periódicos
- Revistas (en general)
- Revistas de salud
- Publicidad (en general)
- Organismos comunitarios que trabajan en torno al VIH/SIDA
- Escuela de Trabajo Social
- Ministerio de Salud
- Farmacéutico
- En el trabajo
- Otra respuesta (precisar) : _____
- No se

6. A continuación algunas afirmaciones que reflejan las percepciones y actitudes que puede tener una persona joven con respecto al VIH/SIDA, ¿en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones indicadas en la siguiente tabla?

| Afirmación | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | No se |
|---|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|-------|
| Las personas que viven con VIH/SIDA me inspiran miedo. | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA me dan asco. | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA me producen rabia. | | | | | |
| Las personas con VIH/SIDA deberían poder trabajar como, por ejemplo: peluqueros, dentistas o cocineros. | | | | | |
| Las personas que se infectan con VIH/SIDA a causa del sexo o las drogas « tienen » lo que se merecen. | | | | | |
| No podría ser amigo de alguien que viva con VIH/SIDA. | | | | | |
| Las familias de las personas que viven con VIH/SIDA deberían estar avergonzadas. | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA deberían tener vergüenza. | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA son malditas. | | | | | |

7. A continuación algunas afirmaciones que reflejan la aceptación social de las personas que viven con VIH/SIDA en su comunidad (entorno de vida o sociedad), ¿en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones indicadas en la siguiente tabla?

| Afirmación | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | No se |
|--|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|-------|
| En mi comunidad, las personas que viven con VIH/SIDA están siendo rechazadas por sus cercanos. | | | | | |
| En mi comunidad, las personas que viven con VIH/SIDA sufren de agresiones verbales o con frecuencia son objeto de burlas. | | | | | |
| En mi comunidad, las personas que viven con VIH/SIDA son abandonadas por sus familias. | | | | | |
| En mi comunidad, las personas a las cuales se sospecha viven con VIH/SIDA, a menudo pierden el respeto del resto de la gente. | | | | | |
| En mi comunidad, las personas que viven con VIH/SIDA viven violencia física. | | | | | |
| En mi comunidad, la mayoría de las personas no compraría verduras u otros alimentos a un comerciante o vendedor que viva con VIH/SIDA. | | | | | |
| En mi comunidad, las personas que viven con VIH/SIDA deben tener autorización para participar en eventos socioculturales. | | | | | |

8. A continuación, algunas afirmaciones que reflejan el nivel de comodidad que un joven puede tener en presencia de una persona con VIH/SIDA en su entorno, ¿en qué medida se sentiría cómodo o incómodo?

Afirmación

Muy incómodo
Bastante incómodo
Algo cómodo
Muy cómodo
No se

Si uno/a de tus compañeros de clase ha sido infectado con VIH/SIDA.

Si uno/a de sus colegas en la oficina ha sido infectado con VIH/SIDA.

Si descubres que el dueño del almacén del barrio donde compras vive con VIH/SIDA.

Si su hijo/a está en una escuela donde se sabe que uno de los escolares vive con VIH/SIDA.

Un buen amigo o alguien de tu familia esta con alguien que vive con VIH/SIDA.

9. ¿Conoces a alguien con VIH/SIDA?

- No (pase a la pregunta 8)**
- Si*

9.1 Si es así, ¿cómo ha cambiado esto tu comportamiento hacia esta persona en una escala de ningún efecto a un efecto muy importante?

- Ningún*
- Un bajo efecto*
- Un regular efecto*
- Un efecto importante*
- Un efecto muy importante*

9.2 Si es así, ¿cómo ha cambiado tu comportamiento? Tienes: ... (varias opciones posibles)

- Paso menos tiempo con esta persona*
- Soy más cauteloso en mis contactos con ella/él*
- Comienzo a protegerme en mis relaciones sexuales con esta persona*
- Expreso más simpatía hacia esta persona*
- Apoyo más a esta persona*
- Soy más crítico con esta persona*
- Otra (precisar por favor: _____)*
- No se*

10 ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones sobre los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA?

| Afirmación | en | | | de | | |
|---|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|-------|--|
| | Totalmente desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente acuerdo | No se | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA tienen el mismo derecho que yo a tener una vivienda. | | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA tienen el mismo derecho que yo a recibir atención de salud. | | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA tienen el mismo derecho que yo a trabajar. | | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA tienen el mismo derecho que yo a llevar una vida sexual. | | | | | | |
| Los nombres de las personas con VIH/SIDA deben publicarse para que así otros no los eviten. | | | | | | |
| Las personas que viven con VIH/SIDA merecen ser castigadas. | | | | | | |

Es comprensible que un empleador despida a personas infectadas por el VIH.

Las personas que viven con VIH/SIDA deben ser puestas en cuarentena por ley para proteger la salud pública.

Las personas que viven con VIH/SIDA no deberían tener las mismas libertades que otras personas.

Las personas que viven con VIH/SIDA deben ser tratadas de la misma manera que todos los demás.

11. En su opinión, ¿es apropiado mandar a prisión a alguien que ha sido declarado culpable sabiendo que él tenía VIH positivo y no se lo contó a sus parejas sexuales?

- Absolutamente apropiado*
- A lo mejor no es apropiado*
- Probablemente no sea apropiado*
- Probablemente poco apropiado*
- Claramente no apropiado*
- No se*

C. INFORMACIONES PERSONALES

12. ¿En tu último cumpleaños en qué grupo de edad estabas?

- Menos de 20 años
- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35 años y más

13. ¿Con qué género te identificas?

- Masculino
- Femenino
- Otro: _____

14. ¿Actualmente tiene un trabajo remunerado?

- Trabajo a tiempo completo
- Trabaja a tiempo parcial (20 horas por semana)
- No trabajo

15. Actualmente, ¿cuál es su estado civil?

- Soltero
- Con pareja o casado(a)
- Separado(a) o divorciado(a)

16. ¿Cuál es su ingreso mensual?

- Menos de \$276 000
- Entre \$276 000 y \$400 999
- Entre \$500 000 y \$900 999
- Entre \$1 000 000 y más

17. Su residencia principal es en qué territorio (refiérase su lugar donde vive actualmente)?

- Urbano
- Rural
- Urbano-rural (a las afueras de un centro urbano)

ANNEXE E

LETTRE AUX RESPONSABLES DE PROGRAMME EN TRAVAIL SOCIAL (FRANÇAIS)

Rouyn-Noranda, [_____2018]

Au responsable de programme

**OBJET: SOLLICITATION DE DIFFUSION D'UN PROJET DE RECHERCHE
AUPRÈS D'ÉTUDIANTS DU [_____]**

Madame, Monsieur,

C'est avec plaisir que nous vous informons, en votre qualité de responsable de École/Module en travail social de [_____], qu'une équipe de chercheurs composée de professeurs de l'UQAT, UQAC, Oscar Labra, PhD, et Augustin Ependa, PhD, tous deux professeurs au Département des sciences du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); André Antoniadis, professeur à la Haute école de travail et de la santé de Lausanne, Isis Chamblas, professeure à l'École de travail social, Université de Concepción et Cathérine Biston, de la Haute école de travail; veulent entamer un projet de recherche intitulé *Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : Une étude comparative*. À cet effet, tous les étudiants en travail social de votre Institution (à temps plein ou à temps partiel) seront invités à remplir un questionnaire électronique standardisé par le biais de la plateforme pédagogique [_____].

Ce projet de recherche poursuit quatre objectifs : 1) Identifier les connaissances et les croyances du VIH-sida, par des étudiants en travail social de cinq institutions d'éducation ciblées ; 2) déterminer selon les variables sociodémographiques, entre autres, le genre et le type d'établissement d'éducation, les croyances et connaissances d'étudiants du VIH-sida ; 3) identifier les besoins tels que perçus par les étudiants en matière de formation universitaire et de prévention du VIH-sida.

L'ensemble de cette démarche répond à des critères scientifiques et éthiques en recherche. De plus, le projet de recherche est approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT. Certificat d'éthique : [_____]

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser au chercheur principal du projet, le Pr. Oscar Labra, 1-877-870-8728, poste 2335 (au Canada) ; 011-56-262013 (au Chili) ou Oscar.labra@uqat.ca

Enfin, nous désirons solliciter votre collaboration afin de nous aider à diffuser ce projet de recherche auprès de vos étudiants et les encourager à répondre à notre questionnaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments respectueux.

Oscar Labra, Ph.D.
Professeur agrégé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Téléphone : 819-762-0971 (2335)
Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)
Télécopieur : 819-797-4727
Courriel : Oscar.labra@uqat.ca

Augustin Ependa, Ph.D.
Professeur agrégé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Téléphone : 819-762-0971 (2032)
Sans frais : 1-877-870-8728 (2032)
Télécopieur : 819-797-4727
Courriel : Augustin.epend@uqat.ca

ANNEXE F

LETTRE AUX RESPONSABLES DE PROGRAMME EN TRAVAIL SOCIAL (ESPAGNOL)

Rouyn-Noranda, [_____2018]

Dra. Jefa de Carrera

SUJETO: SOLICITUD PARA LA DIFUSIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL

Estimada Jefa de Carrera,

Con mucho placer que le informamos, en su calidad de Jefa de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, que un equipo de investigadores integrado por el Dr. Oscar Labra, Dr. Augustin Ependa, ambos profesores en el Departamento de Ciencias de Desarrollo Humano y Social, Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); André Antoniadis, profesor en Trabajo Social, Alta Escuela de Trabajo Social y la salud de Lausana, Isis Chamblas, profesora, en la Escuela de Trabajo Social, Universidad de Concepción y Cathérine Biston, de la Escuela de Trabajo Social, desean iniciar un proyecto de investigación titulado *Representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de Trabajo Social: un estudio comparativo*. Con este fin, se les pedirá a todos los estudiantes de Trabajo Social de su institución (a tiempo completo o parcial) para completar un cuestionario electrónico estandarizado a través de la plataforma educativa [_____].

Este proyecto de investigación tiene cuatro objetivos: 1) identificar los conocimientos y las creencias del VIH-SIDA en los estudiantes de Trabajo Social de cinco instituciones educativas específicas; 2) determinar, de acuerdo a variables sociodemográficas, entre otros, el tipo de institución educativa, las creencias y el conocimiento de los estudiantes sobre el VIH/SIDA; 3) identificar las necesidades percibidas por los estudiantes en términos de formación académica y prevención del VIH/SIDA.

Este proyecto en su totalidad responde a los criterios científicos y éticos en investigación. Además, el proyecto de investigación es aprobado por el Comité de la Investigación en Seres Humanos, de la UQAT. Certificado de Ética: [_____]

Si tiene otras preguntas más adelante o durante este estudio, puede comunicarse con:

Oscar Labra, 011-56-262013 (Chile); 1-877-870-8728, anexo 2335 (Canadá) o Oscar.labra@uqat.ca

Finalmente, nos gustaría solicitar su colaboración para ayudarnos a difundir este proyecto de investigación a sus estudiantes y motivarlos a responder nuestro cuestionario.

Reciba de parte de todo el equipo de investigación nuestros saludos respetuosos.

Dr. Oscar Labra
Profesor
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Teléfono: 819-762-0971 (2335)
Sin costo: 1-877-870-8728 (2335)
Fax: 819-797-4727
Correo electrónico: Oscar.labra@uqat.ca

Dr. Augustin Ependa
Profesor
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Teléfono: 819-762-0971 (2032)
Sin costo: 1-877-870-8728 (2032)
Télécopieur: 819-797-4727
Correo electrónico: Augustin.ependa@uqat.ca

ANNEXE G

LETTRE À L'ASSOCIATION ÉTUDIANTE (FRANÇAIS)

Rouyn-Noranda, [_____ 2018]

OBJET: SOLLICITATION DE DIFFUSION D'UN PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS D'ÉTUDIANTS DU [_____]

Madame, Monsieur

C'est avec plaisir que nous vous informons, en votre qualité de représentant de l'Association d'étudiants du/de [_____], qu'une équipe de chercheurs composée de professeurs de l'UQAT, UQAC, Oscar Labra, PhD, et Augustin Ependa, PhD, tous deux professeurs au Département des sciences du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); André Antoniadis, professeur à la Haute école de travail et de la santé de Lausanne, Isis Chamblas, professeure à l'École de travail social, Université de Concepción et Cathérine Biston, de la Haute école de travail, veulent entamer un projet de recherche intitulé *Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : Une étude comparative*. À cet effet, tous les étudiants en travail social de votre Institution (à temps plein ou à temps partiel) seront invités à remplir un questionnaire électronique standardisé par le biais de la plateforme pédagogique [_____].

Ce projet de recherche poursuit quatre objectifs : 1) Identifier les connaissances et les croyances du VIH-sida, par des étudiants en travail social de cinq institutions d'éducation ciblées ; 2) déterminer selon les variables sociodémographiques, entre autres, le genre et le type d'établissement d'éducation, les croyances et connaissances d'étudiants du VIH-sida ; 3) identifier les besoins tels que perçus par les étudiants en matière de formation universitaire et de prévention du VIH-sida.

L'ensemble de cette démarche répond à des critères scientifiques et éthiques en recherche. De plus, le projet de recherche est approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT. Certificat d'éthique : [_____]

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser au chercheur principal du projet, le Pr. Oscar Labra, 1-877-870-8728, poste 2335 (au Canada); 011-56-262013 (au Chili) ou Oscar.labra@uqat.ca

Enfin, nous désirons solliciter votre collaboration afin de nous aider à diffuser ce projet de recherche auprès des étudiants et les encourager à répondre à notre questionnaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments respectueux.

Oscar Labra, Ph.D.
Professeur agrégé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Téléphone : 819-762-0971 (2335)
Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)
Télécopieur : 819-797-4727
Courriel : Oscar.labra@uqat.ca

Augustin Ependa, Ph.D.
Professeur agrégé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Téléphone : 819-762-0971 (2032)
Sans frais : 1-877-870-8728 (2032)
Télécopieur : 819-797-4727
Courriel : Augustin.epend@uqat.ca

ANNEXE H

LETTRE À L'ASSOCIATION ÉTUDIANTE (ESPAGNOL)

Rouyn-Noranda, [_____ 2018]

SUJETO: SOLICITUD PARA LA DIFUSIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL

Con mucho placer que le informamos, en su calidad de Representante de la Asociación de Estudiantes, de la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad de Concepción, que un equipo de investigadores integrado por el Dr. Oscar Labra, Dr. Augustin Ependa, ambos profesores en el Departamento de Ciencias de Desarrollo Humano y Social, Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); Dr. Dominic Bizot, profesor en el Departamento de Desarrollo Humano y Social, Universidad de Quebec en Chicoutimi (UQAT), Andre Antoniadis, profesor en Trabajo Social, Alta Escuela de Trabajo Social y la salud de Lausana, Isis Chamblas, profesora, en la Escuela de Trabajo Social, Universidad de Concepción y Cathérine Biston, de la Escuela de Trabajo Social, desean iniciar un proyecto de investigación titulado *Representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de Trabajo Social: un estudio comparativo*. Con este fin, se les pedirá a todos los estudiantes de Trabajo Social de su institución (a tiempo completo o parcial) para completar un cuestionario electrónico estandarizado a través de la plataforma educativa [_____].

Este proyecto de investigación tiene cuatro objetivos: 1) identificar los conocimientos y las creencias del VIH-SIDA en los estudiantes de Trabajo Social de cinco instituciones educativas específicas; 2) determinar, de acuerdo a variables sociodemográficas, entre otros, el tipo de institución educativa, las creencias y el conocimiento de los estudiantes sobre el VIH/SIDA; 3) identificar las necesidades percibidas por los estudiantes en términos de formación académica y prevención del VIH/SIDA.

Este proyecto en su totalidad responde a los criterios científicos y éticos en investigación. Además, el proyecto de investigación es aprobado por el Comité de la Investigación en Seres Humanos, de la UQAT. Certificado de Ética: [_____]

Si tiene otras preguntas más adelante o durante este estudio, puede comunicarse con:

Oscar Labra, 011-56-262013 (Chile); 1-877-870-8728, anexo 2335 (Canadá) o Oscar.labra@uqat.ca

Finalmente, nos gustaría solicitar su colaboración para ayudarnos a difundir este proyecto de investigación a sus estudiantes y motivarlos a responder nuestro cuestionario.

Reciba de parte de todo el equipo de investigación nuestros saludos respetuosos.

Dr. Oscar Labra
Profesor
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Teléfono: 819-762-0971 (2335)
Sin costo: 1-877-870-8728 (2335)
Fax: 819-797-4727
Correo electrónico: Oscar.labra@uqat.ca

Dr. Augustin Ependa
Profesor
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Teléfono: 819-762-0971 (2032)
Sin costo: 1-877-870-8728 (2032)
Télécopieur: 819-797-4727
Correo electrónico: Augustin.ependa@uqat.ca

ANNEXE I
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



Référence : 2018-06_Labra, O.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Certificat attestant du respect des normes éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Pr Oscar Labra

Projet intitulé : « *Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : Une étude comparative* »

Décision :

Accepté

Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 28 juin 2019

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web du CÉR-UQAT : <http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

| Nom | Poste occupé | Département ou discipline |
|------------------------|------------------|-------------------------------|
| Doina Muresanu | Membre substitut | UER en sciences de la gestion |
| Nabiha Benyamina Douma | Membre étudiant | UER en sciences de la santé |
| Pascal Grégoire | Président CÉR | UER en éducation |

Date : 2018-06-28

Pascal Grégoire, Ph.D., président par intérim du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

ANNEXE J

LETTRE CONSEILLÈRE EN GESTION DE LA RECHERCHE DE L'UQAT



Le 4 mai 2021

Pr Oscar Ramon Sandro Labra
Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Objet : Réception et acceptation des modifications au projet

Projet intitulé : « Représentations sociales du VIH-Sida chez les étudiants en travail social: Une étude comparative »

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CÉR-UQAT) a pris connaissance de l'avis de modifications que vous lui avez soumis le 28 avril 2021 relativement au projet cité en rubrique. Nous vous remercions pour votre diligence.

La lecture de cet avis nous a permis de constater l'acceptabilité éthique des modifications apportées au projet.

En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions de recevoir, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in cursive script that reads 'Maryse Delisle'.

Maryse Delisle
Conseillère en gestion de la recherche
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
cer@uqat.ca

MD/bg

ANNEXE K
ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ



**Formulaire d'engagement à la confidentialité pour la participation
à la collecte et/ou l'analyse de données de recherche**

Titre du projet : « Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : Une étude comparative »

Chercheur principal : Oscar Labra

Par la présente, les conditions selon lesquelles pourra être réalisée la transcription d'entrevues du projet de recherche nommé en titre sont établies.

Je m'engage à :

- ✓ Ne pas divulguer à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche les renseignements confidentiels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche;
- ✓ Analyser les données dans un environnement électronique sécurisé prévu à cet effet;
- ✓ Ne divulguer à aucun tiers le mot de passe pour avoir accès aux fichiers électroniques du projet ou à l'environnement électronique sécurisé où ils se trouvent;
- ✓ Ne transmettre à aucun tiers les résultats de recherche sans la permission du chercheur principal;
- ✓ Ne pas exercer un droit de propriété intellectuelle ou tout autre droit sur ces données de recherche.

Je, Nancy Marcoux, ai pris connaissance des modalités de l'entente ci-dessus et accepte les conditions qui y sont précisées.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Nancy Marcoux', is written above a horizontal line.

Signature

31 mai 2021

Date

RÉFÉRENCES

- ACTS. (2011). *La pratique du travail social relative au VIH/SIDA*. Récupéré de <https://www.casw-acts.ca/fr/la-pratique-du-travail-social-relative-au-vihsida>
- Abiodun, O., Sotunsa, J., Jaiyesimi, E. et Ani, F. (2014). Knowledge of HIV/AIDS and predictors of uptake of HIV counseling and testing among undergraduate students of a privately owned university in Nigeria. *BMC Res Notes* 7(639). Récupéré de : <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-639#citeas>
- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Éditions Coyoacán. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Abric+1994&btnG=
- Adrien, A., Beaulieu, M. et Leane, V. (2013). Trends in attitudes toward people living with HIV, homophobia, and HIV transmission knowledge in Quebec, Canada (1996, 2002, and 2010). *AIDS care*, 25(1), 55-65.
- Agence de la santé publique du Canada. (2003). VIH/sida - Une enquête attitudinale. Récupéré de CATIE : <https://www.catie.ca/sites/default/files/SR-personnes-vivant-avec-le-VIH.pdf>
- Aggleton, P., Parker, R. et Maluwa, M. (2003). Stigma y discriminación por VIH y Sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción. *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina*, 1(1).
- AIS - Aide Info Sida. (2014). *L'histoire du Sida*. Récupéré sur Aide Info Sida: http://www.aideinfosida.be/histoire_sida_ais.php
- Alamta, K. F. (2012). *Formation et de recherche appliquée (IPR/IFRA) en matière de VIH et le sida*. (Thèse de Doctorat). Université des sciences des techniques et technologies de Bamako.
- Alarcón, A. C. (2018). Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 35(3). Récupéré de <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/117>
- Andrewin, A. et Li-Yin, C. (2007). Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(11), 897-906.
- Apostolidis, T. (2011). *Représentations sociales et construction de la responsabilité dans le contexte du VIH : le cas de la Grèce*. Aix-Marseille 1 : Doctoral dissertation de l'Université de Provence AIX-MARSEILLE I.

- Astbury-Ward, E. (2011). A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 254-270. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Astbury-Ward%2C+2011&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AUi_fm_3fkMJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dfr
- Barré-Sinoussi, F. (2018). L'infection VIH/sida : l'histoire exemplaire d'une épidémie qui résiste. *Med Sci (Paris) Les Cahiers de Myologie*, 34(6-7), 499-500. DOI : [10.1051/medsci/20183406001](https://doi.org/10.1051/medsci/20183406001)
- Baty, J. (2016). *Impacts des réseaux sociaux et applications sociales sur la représentation d'un soi pluriel*. Mémoire présenté à Université Paris-Sorbonne - Paris 4 et à IMT-MINES ALES-IMT-MINES ALES. (Récupéré de : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01612229?fbclid=IwAR0-JKS_DWdhF40rFB35qEP3WpWLVv_01O8qvljpUalxMyAwwIolx-YC8nY)
- Belenko, S., Dembo, R., Copenhaver, M., Hiller, M., Swan, H., Garcia, CA, O'Connell, D., Oser, C., Pearson, F. et Pankow, J. (2016). La stigmatisation liée au VIH dans les prisons et les prisons : résultats d'une enquête auprès du personnel, *AIDS and Behavior*, 20(1) : 71-84.
- Beltzer, N., Saboni, L., Sauvage, C. et Sommen, C. (2011). *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au VIH sida en Ile-de-France en 2010*. (Étude de l'Observatoire régional de santé). Récupéré de l'Observatoire régional de santé (ORS) : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-des-franciliens-face-au-vih-sida-en-ile-de-france-en-2010>
- Billiez, J. et Millet, A. (2001, avril 10). Représentations sociales : trajets théoriques et méthodologiques. Dans Moore, D., coord., *Les représentations des langues et de leur apprentissage. Références, modèles, données et méthodes*, 31-49. Récupéré de Google Scholar : https://scholar.google.ca/scholar?q=REPRESENTATIONS+SOCIALES+:+TRAJETS+THEORIQUES+ET+METHODOLOGIQUES+Jacqueline+Billiez+%3B+Agne+C3%A8s+Millet,&hl=fr&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
- Bourgeois, I., Auclair, I., Beaud, J.-P., Bernatchez, J., Bourgeois, I., Brière, S., . . . Gingras, F.-P. (2021). *Recherche sociale, 7^e édition. De la problématique à la collecte des données*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Carey, M., et Schroder, K. (2002). Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 172-182. DOI :<https://doi.org/10.1521/aeap.14.2.172.23902>
- Cassagnes Breidenbach, M. (2020). L'accompagnement socio-éducatif des mineurs non accompagnés. *Empan*, 4(4). DOI: <https://doi.org/10.3917/empa.120.0168>, 168-175
- Ceccarelli, P. R. (2009). Réflexions sur l'homosexualité. *Chimères*, (69), 121-134. DOI: <https://doi.org/10.3917/chime.069.0121>

- Chamberland, L. (1997). Présentation: du fléau social au fait social. L'étude des homosexualités. *Sociologie et sociétés*, 29(1), pp. 5-20.
- Chaudoir, S. R. et Fisher, J. D. (2017). Stigma and the "social epidemic" of HIV: Understanding bidirectional mechanisms of risk and resilience. Dans *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health* (p. 457). Oxford University Press. Récupéré de : https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Chaudoir+et+Fisher%2C+2017&btnG=
- Cianelli, R., Lara, L., Villegas, N., Bernales, M., Ferrer, L., Kaelber, L. et Peragallo, N. (2013). Impact of Mano a Mano-Mujer, an HIV prevention intervention, on depressive symptoms among Chilean women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20(3), pp. 263-272.
- Claussion, N. I. (1989). Le SIDA : la réponse communautaire. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 80, S20–S23. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/41989654>
- Codol, J.-P. (1970). La représentation du groupe : Son impact sur les comportements des membres d'un groupe et leurs représentations de la tâche, d'autrui et de soi-même. *Bulletin de psychologie*, 24, 111-122.
- Davtyan, M., Olshansky, EF, Brown, B. et Lakon, C. (2017). Une étude théorique fondée sur la stigmatisation liée au VIH dans les établissements de soins de santé aux États-Unis, *Journal de l'Association des infirmières en soins du sida* 28(6) : 907-22.
- D'Armenio, Enzo (2021). Les influenceurs et l'économie des identités dans les réseaux sociaux. Dans S. Badir et C. Servais, *Médiations visibles et invisibles. Essais critiques sur les dispositifs médiatiques contemporains* (pp. 33-70). Louvain-la-Neuve : Academia-L'Harmattan. Récupéré de : <https://www.base-search.net/Record/9ab02f0300230ce6b6a97abb9d422615508bc3a99b1f59ca8960be2ba8e83d05/>
- Degroote, S., Vogelaers, D. et Liefhooghe, G. (2014). *Sexual experience and HIV-related knowledge among Belgian university students: a questionnaire study*. BMC Research Notes, 7(299), 1-6.
- Deturck, Kévin (2018). Conférence diffusée sur le site de l'ARIA (Association Francophone de Recherche d'Information (RI) et Applications), *Actes de CORIA-TALN 2018*. Récupéré de <https://www.base-search.net/Record/a94c2332a632b9345f9d14653c65d458a138328efbfd41b2946b64b2374da58f/https://dx.doi.org/10.24348/coria.2018.rjcpaper14>
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales, définition d'un concept. Dans Doise, W. et Palmonari, A., *L'étude des représentations sociales*, 81-94. Paris: Delachaux & Niestlé.
- Doise, W., Clemence, A., et Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service social*, 59(1), 63-80. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=L%27%C3%A9valuation+des+services+sociaux+et+de+sant%C3%A9+offerts+aux+minorit%C3%A9s+sexuelles+par+le+CSSS+Jeanne-Mance&btnG=
- Echabe, A. E. et Paez Rovira, D. (1989). Social representations and memory: The case of AIDS. *European Journal of Social Psychology*, 19(6), 543-551. DOI : <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420190605>
- Ependa, A. (2017). *Pièges et étapes du processus de recherche*. Paris : Éditions L'Harmattan.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. 3^e éd. Montréal : Chenelière Éducation.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation.
- Francœur, C. (Automne 2011). Les multiples visages du VIH-SIDA. Représentations, expériences et interventions. *Reflets*, 17(2), 150–162. DOI : <https://doi.org/10.7202/1012133ar>
- Geter, A., Herron, A.R. et Sutton, M.Y. (2018). La stigmatisation liée au VIH par les prestataires de soins de santé aux États-Unis : un examen systématique, *AIDS Patient Care and STDS* 32(10) : 418-24.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.
- Gwadz, M., Leonard, N., Honig, S., Freeman, R., Kutnick, A. et Ritchie, A. (2018). Doing battle with “the monster”: How high-risk heterosexuals experience and successfully manage HIV stigma as a barrier to HIV testing. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-18.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. et Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hajiheydari, N., Salehi, M. et Goudarzi, A. (2018). Optimizing Humanitarian Aids: Formulating Influencer Advertisement in Social Networks. In: Camarinha-Matos, L., Afsarmanesh, H., Rezgui, Y. (eds) *Collaborative Networks of Cognitive Systems*. PRO-VE 2018. IFIP Advances in Information and Communication Technology, vol 534. Springer, Cham. Récupéré de : https://doi.org/10.1007/978-3-319-99127-6_9
- Halfen, S., Féliès, K., Grémy, I. et ORS Ile-de-France. (2006). *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. (Étude ANRS-EN16-KABP-DFA). Paris: Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. Récupéré sur <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-vih-sida-aux-antilles-et-en-guyane-en-2004/>

- Handal, C. M. (2017). *Exploration of graduate Social Work students' knowledge and attitudes towards people living with HIV/AIDS*. (Mémoire de maîtrise). Université d'État de Californie, Sacramento. Récupéré de <http://csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.3/190811/Completed%20Thesis.pdf?sequence=1>
- Herek, G. (2004). Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1, 6-24.
- Herzlich, C. (1972). *Introduction à la psychologie sociale*. Paris : Larousse.
- Herzlich, C. (1969). *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse.
- Inungu, J., Mumford, V. et Younis, M. (2009). HIV knowledge, attitudes and practices among college students in the United States. *Journal of Health and Human Services Administration*, 32(3), 259-277.
- Jahn, A., Floyd, S., Crampin, A., Mwaungulu, F., Mvula, H., Munthali, F., ..., Glynn, J. (2008). Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *The Lancet*, 371(9624), 1603-1611. DOI : [10.1016/S0140-6736\(08\)60693-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60693-5). PMID: 18468544; PMCID: [PMC2387197](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2387197/)
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales : un domaine en expansion*. Paris : Presses universitaires de France.
- Joffe, H. (1995). Social Representations of AIDS: Towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4(1), pp. 29-40.
- Joffe, H. et Bettega, N. (2003). Social Representation of AIDS among Zambian Adolescents. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 616-631.
- Kacou, E. (2020). *Comportements sexuels à risque au temps du VIH/Sida : le cas des jeunes en Côte d'Ivoire*. (Thèse de doctorat). Université Panthéon-Sorbonne - Paris I. Récupéré de CRIDUP - Centre de recherches de l'Institut de Démographie de l'Université Paris: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02978732/>
- Kaës, R. (1968). *Images de la culture chez les ouvriers français*. France: Éditions Cujas.
- Koob, J. J. et Harvan, J. S. (2003). AIDS instruction in US schools of social work: 20 years into the epidemic. *Social work education*, 22(3), 309-319. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=AIDS+instruction+in+US+schools+of+social+work%3A+20+years+into+the+epidemic&btnG=

- Korbéogo, G., et Lingani, S. (2013). Des vies reconstruites. Exclusion et réinsertion sociale des femmes vivant avec le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). *Sciences sociales et santé*, 31(3), 5-28.
- Labra, O. (2011). *Représentations sociales du VIH-SIDA dans l'environnement des services sociaux et de santé de la région du Maule, au Chili*. (Thèse de doctorat). Université Laval.
- Labra, O. (2015). Social representations of HIV/AIDS in mass media: Some important lessons for caregivers. *Journal International Social Work*. 58(2), 238-248.
- Labra, O. et Dumont, S. (2012). Representaciones sociales del VIH-SIDA en la Región del Maule, Chile. *Revista de trabajo social*, 83, 35-40.
- Labra, O., Ependa, A., Antoniadis, A., Chamblas, I. et Biston, B. (2018). Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants en travail social : une étude comparative [Projet de recherche]. Cette recherche réunit des chercheurs provenant du département du développement humain et social de l'UQAT, de l'École de travail social de l'Université de Concepción et de la Haute École de Namur-Luxemburg.
- Labra, O., Ependa, E., Chamblas, I., Gingras-Lacroix, G., Antoniadis, A., Biston, C., Mukeshimana, M. et Giroux, M.E. (2021). HIV/AIDS knowledge and attitudes among social work students: A comparative study. *International Social Work (ISW)*, 1-15. DOI : <https://doi.org/10.1177%2F00208728211004676>
- Labra, O., Ependa, A., Castro, C., et Wright, R. (2021). Conocimientos y significado atribuidos al VIH en jóvenes mapuche. Récupéré de <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/12408/11230>
- Labra, O., Gingras Lacroix, G., Ependa, A., Isabelle, S., Bedoya Mejia, J., Tremblay, G., . . . Cousineau, T. (2020). Building together: A reflection on community-based participatory research priorities in relation to HIV/AIDS in a remote region of Quebec. *Canadian Social Work Review* 37(2), 77-96.
- Labra, O. et Lacasse, A. (2015). Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. *Revue canadienne de service social*, 32(1-2), 161-180. DOI: <https://doi.org/10.7202/1034149ar>
- Labra, O., Lacasse, A. et Gingras-Lacroix, G. (2017). Attitudes et connaissances d'étudiants universitaires à l'égard du VIH-sida. *Service social* 63(2), pp. 1-20.
- Labra, O. et Thomas, D. (2017). The Persistence of Stigma Linked with HIV/AIDS in Health-Care Contexts: A Chronic Social Incapacity. Dans Dumais, N. (Ed.), *HIV/AIDS-Contemporary Challenges* (125-139). [Livre électronique]. Éditeur : IntechOpen. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Labra+et+Thomas%2C+2017&btnG=

- Lam Rueda, D. O. et López Herrera, N. Y. (2016). Análisis de la enseñanza y aprendizaje sobre el VIH y Sida en los estudiantes del último año de la carrera de medicina de dos universidades de Nicaragua, UAM y UNAN-León, en el año 2013. (Thèse de doctorat). Université nationale autonome du Nicaragua. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Rueda+2016+vih+sida&oq=Rueda+2016+vi
- Lance, S., Scott, A., Kosneko, K. et Vjensen, R. (2007). Male patient perceptions of HIV stigma in health care contexts. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(12), 956-969.
- Leiblum, S. R. (2001). An established medical school human sexuality curriculum: Description and evaluation. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(1), 59-70 Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Leiblum%2C+S.+R.+%282001%29.+An+established+medical+school+human+sexuality+curriculum%3A+Description+and+evaluation.+Sexual+and+Relationship+Therapy%2C+16%281%29%2C+59-70.&btnG=
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (2000). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (2e éd., p. 163-188.). Sage Publications Inc.
- Linsk, N. L. (2011). Thirty years into the HIV epidemic: Social work perspectives and prospects. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 10(3), 218-229. Récupéré de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2011.598714?journalCode=whiv20>
- Lo Monaco, G. et Lheureux, F. (2007). Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 1, 55-64. Récupéré de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01736607/document>
- Logie, C., James, L., Tharao, W. et Loutfy, M. (2012). "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), DOI : <https://doi.org/10.7448/IAS.15.2.17392>
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Ortiz, D., Szekeres, G. et Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS (London, England)*, 22(Suppl 2), S67. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Stigma+in+the+HIV/AIDS+epidemic:+A+review+of+the+literature+and+recommendations+for+the+way+forward&author=Mahajan+AP&author=Sayles+JN&author=Patel+VA&author=Remien+RH&author=Ortiz+D&author=Szekeres+G&publication_year=2008&journal=AIDS&volume=22&issue=%5Es2&pages=S67-S79

- Markova, I. et Wilkie, P. (1987). Representations, concepts and social change: The phenomenon of AIDS. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 17(4), pp. 389-409. DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1987.tb00105.x%20%20>
- Maswanya, E., Moji, K., Aoyagi, K., Yahata, Y., Kusano, Y., Nagata, K. et Izumi, T. (2000). Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Education Research*, 15(1), 5-11.
- Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. John Wiley & Sons.
- McGrath, J. W., Winchester, M. S., Kaawa-Mafigiri, D., Namutiibwa, F., Walakira, E., Ssendegye, G., . . . Kisakye, S. (2014). Challenging the paradigm: anthropological perspectives on HIV as a chronic disease. *Medical Anthropology*, 33(4), 303-317.
- Moatti, J.-P., Manesse, C. et Galles, J. (1988). Social perception of AIDS in the general public: a French study. *Health Policy*, 9(1), 1-8.
- Moracchini, J., Godard-Marceau, A. et Aubry, R. (2020). Revisiter le concept des représentations en médecine palliative. *Médecine Palliative*, 19(3), 123-125.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. (2^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public : Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Murphy, J. J., MacDonncha, C., Murphy, M. H., Murphy, N., Nevill, A. M. et Woods, C. B. (2019). What psychosocial factors determine the physical activity patterns of university students? *Journal of Physical Activity and Health*, 16(5), 325-332. Récupéré de https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=What+psychosocial+factors+determine+the+physical+activity+patterns+of+university+students%3F&btnG=
- Natale, A. P., Biswas, B., Urada, L., et Scheyett, A. M. (2010). Global HIV and AIDS: Calling all social work educators. *Social Work Education*, 29(1), 27-47. https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Natale%2C+A.+P.%2C+Biswas%2C+B.%2C+Urada%2C+L.%2C+%26+Scheyett%2C+A.+M.+%282010%29.+Global+HIV+and+AIDS%3A+Calling+all+social+work+educators.+Social+Work+Education%2C+29%281%29%2C+27-47.&btnG=
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS. Théories et recherches* [en ligne]. DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.993>

- ONUSIDA. (2017). *Un travail social à l'échelle mondiale pour riposter au VIH*. Récupéré de https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2017/march/20170321_socialwork
- ONUSIDA. (2020). *L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies*. Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2020. Récupéré de <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2020/prevaling-against-pandemics>
- Otis, J. (2015). Parcours de recherches participatives avec la communauté gaie au Québec : engagement et doutes. Dans M. B. J. Otis, *La recherche communautaire VIH/sida : des savoirs engagés*, 51-78. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Pasteur, I. (2019, septembre 16). *SIDA VIH*. Récupéré sur Institut Pasteur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih>
- Plummer, D. et Simpson, J. E. (2014). Using In-Depth Interviews to Research Taboo Issues, Stigmatized Conditions and Marginalized Populations: Lessons Learned from the Caribbean Masculinities Project. Dans *SAGE Research Methods Cases*. SAGE Publications, Ltd. DOI : <https://www.doi.org/10.4135/978144627305014534171>
- Preston, D. F. (2000). Personal and social determinants of rural nurses willingness to care for persons with AIDS. *Research in Nursing Health*, 23, pp. 67-68.
- Quinn, T. (2008). HIV epidemiology and the effects of antiviral therapy on long-term consequences. *AIDS*, 22(3), 57-12.
- Ramirez-Valles, J., Fergus, S., Reisen, C.A., Poppen, P.J. et Zea, M.C. (2005). Confronting stigma: Community involvement and psychological well-being among HIV-positive Latino gay men. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27(1), 101-119.
- Rateau, P. et Lo Monaco, G. (2013). La Théorie des Représentations Sociale : orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *Revista CES Psicologia* 6(1), 1-21. Récupéré de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539419002>
- Reddy, A., Bommireddy, V. S., Pachava, S., Chandu, V. C., Yaddanapalli, S. C. et Lodagala, A. (2018). HIV knowledge, attitude, and practices among nursing students in Guntur city. *J NTR Univ Health Sci*; 7(3), 162-167.
- Rotily, M., Prudhomme, J., Dos Santos Pardal, M., Hariga, F., Iandolo, E., Papadourakis, A. et Moatt, J.P. (2001). Connaissances et attitudes du personnel de surveillance pénitentiaire face au VIH et/ou sida : une enquête européenne. *Santé Publique* 4(13), 325-338.
- Rutledge, S.E., Abell, N., JPadmore, J., McCann, T.J. (2009). AIDS stigma in health services in the Eastern Caribbean. *Sociology of health & illness*, 31(1), 17-34.

- Sacks, V. (1996). Women and AIDS: An analysis of media misrepresentations. *Social Science & Medicine*, 42(1), 59-73.
- Saldivia Mansilla, C., Faundez Reyes, B., Sotomayor Ilanos, S. et Cea Leiva, F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. *Ultima década* 25(46), 184-212. Récupéré de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-22362017000100184&lng=es&nrm=iso
- Sanogo, D. (2006). *Aspects épidémiologiques du VIH/SIDA à Sikasso de 2000 à 2004*. (Thèse de doctorat). Université de Bamako. Récupéré sur <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M162.pdf>
- Sciensano (2020). *Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2020*. Récupéré sur Sciensano <https://doi.org/10.25608/zepg-vg62>
- Sidaction. (2017, 03 23). *Sondage IFOP et Bilendi : les Français, l'information et la prévention du sida*. Récupéré sur Sidaction : <https://www.sidaction.org/actualites/sondage-ifop-et-bilendi-les-francais-linformation-et-la-prevention-du-sida-654>.
- Sogren, M. , Jones, A. , Nathaniel, K. et Cameron-Padmore, J. (2012). Reconfigurer l'enseignement du travail social pour lutter contre le VIH-SIDA : un modèle pour les contextes de développement. *Formation en travail social*, 31(7), 880-895. DOI : <https://doi.org/10.1080/02615479.2011.599841>
- Soumah, M.M., Ouédraogo, M.Y.M.J., Dia, S.A., Ndiaye, M., Fall, M.C.G., Sow, M.L. (2010). Secret médical et VIH/sida au Sénégal : connaissances, pratiques, aspects éthiques et perspectives. *La Revue de Médecine Légale*, 1(3-4), 100-108. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2010.11.001>
- Soumahoro, M-K., Attoh-Touré, H., N'Dri, K. M., Mian, N. A., Diomandé, M., Koné, C. J. et Ouattara, A. (2019). Knowledge, attitudes, perception and behaviors of HIV/AIDS among end-cycle students in Cote d'Ivoire. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 11(5), 108-113.
- Stangl, A., Brady, L., Eckhaus, T., Claeson, M. et Nyblade, L. (2010). *Tackling HIV-related Stigma and Discrimination in South Asia*. Consulté le février 2021, sur World Bank Publications : <http://hdl.handle.net/10986/2492>
- Stowers Johansen, P. et Kohli, H. (2012). Survivants à long terme du VIH/sida : stratégies d'adaptation et défis. *Journal du VIH/sida et des services sociaux*, 11(1) : 6-22.
- Surlis, S. et Hyde, A. (2001). HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *Journal Association Nurses in AIDS Care*, 12(6), 68-77.
- Taylor, B. (2001). HIV, stigma, and health: Integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 792-798.

- Toudeft, F. (2010). *Étude sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes universitaires en matière de l'infection à VIH/SIDA: Évaluation des actions de proximité*. Alger : AIDS-Algérie. Récupéré de <https://www.aidsalgerie.org/telechargement/category/3-etudes?download=12:etude-sur-les-connaissances-atitudes-et-comportements-des-jeunes-universitaires-et-vih-sida-aids-algerie-2010>
- Treichler, P. (2013). Le sida, l'homophobie et le discours biomédical: une épidémie de signification [1987]. *Genre, sexualité & société* [en ligne], (9). DOI : <https://doi.org/10.4000/gss.2850>
- Trottier, G., Lévy, J. J., Otis, J., Bastien, R., Pelletier, R., Bourdages, A., et Fernet, M. (2014). Effets des nouvelles thérapies sur la qualité de la vie des HARSAH vivant avec le VIH/SIDA. *Enjeux psychosociaux de la santé*, 301-314. DOI : <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgq5w.25>
- Trujillo-Cáceres, S. J., Castillo, J., Alvarez-Moreno, C., Valbuena, A. et Acuña, L. (2021). Burden and magnitude of risk in HIV/AIDS in the Colombian health system: a real-world data approach. *Infectio*, 25(3), 163-168. DOI : <https://doi.org/10.22354/in.v25i3.941>
- Tsang, E., Qiao, Y.-h., Wilkinson, J., Fung, A., Lipeleke, F. et Li, X. (2010). Multilayered stigma and vulnerabilities for HIV infection and transmission: a qualitative study on male sex workers in Zimbabwe. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 1557988318823883. DOI : <https://doi.org/10.1177/1557988318823883>
- Tsapi, A., Dongho, G., Sangong, R., Makemjio, E., Semengue, E., Pallawo, I. et Sobze, M. (2018). Knowledge on STIs/HIV/AIDS, Stigma-Discrimination and Sexual Behaviors among Students of the University of Dschang, in Cameroon. *Igiene e sanita pubblica*, 74(5), 419.
- Tung, W.-C., Ding, K., et Farmer, S. (2008, September-October). Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to HIV and AIDS Among College Students in Taiwan. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 19(5) 397-408. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.jana.2008.04.009>
- Tung, W.-C., Lu, M. et Cook, D. M. (2013). HIV/AIDS knowledge and attitudes among Chinese college students in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(4), 788-795.
- Ugwu, N. U., Ugwu, N. C., Onoka, C.A., Iyare, F. E. et Una, A. F. (2015). Knowledge, perception and practice of preventive lifestyle against HIV/AIDS among students of a tertiary educational institution in South Eastern Nigeria. *Clinical Research in HIV AIDS and Prevention*, 2(2), 29-38. DOI : <https://DOI.org/10.14302/issn.2324-7339.jcrhap-15-648>
- Valence, A. (2010). *Les représentations sociales*. (1^{re} édition). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Varas-Díaz, N. et Marzán-Rodríguez, M. (2007). The emotional aspect of AIDS stigma among health professionals in Puerto Rico. *AIDS Care*, 19(10), 1247-1257.
- Velimirovic, B. (1987). AIDS as a social phenomenon. *Social Science & Medicine*. 25(6), 541-552.

- Veinot, T., et Harris, R. (2011). Parler, connaître le VIH / sida au Canada: une comparaison rurale-urbaine. *Journal of Rural Health*, 27, 310-318. DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00353.x>
- Vidal, F., Zorrilla, C., Donoso, A., Hevia, A., et Pascal, R. (2002). Situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH-sida en Chile. Santiago de Chile : Vivo POSitivo. Consulté le avril 2021, sur <http://www.vivopositivo.org/portal/datos/ftp/situacionesdiscriminacion.pdf>
- Wagenaar, B., Sullivan, P. et Stephenson, R. (2012). HIV knowledge and associated factors among Internet-using men who have sex with men (MSM) in South Africa and the United States. *PLoS One*, 7(3), e32915. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032915>
- Weeks, J. (1989). *AIDS: Social representations, social practices*. London : Falmer Press.
- World Health Organization (WHO). (2020-11-30). *VIH et sida*. Récupéré sur WHO : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Wu, H. (2000). Infección por virus de inmunodeficiencia humana en la mujer y en el niño. *Revista Chilena de Infectología*, 17(4), pp. 287-288.

