



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 la personne autrice 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'autrice ou 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 en Abitibi-Témiscamingue et
Université de Sherbrooke

**Étude de la sexualité positive et du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS
chez les étudiants des Cégeps en région éloignée du Québec**

Par
Dahana Marie Luberne Deliscart
Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de
l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en
sciences de la santé

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Janvier 2026

Membres du jury d'évaluation
Mohamed N'dongo Sangaré, Ph. D., Département des sciences de la santé, Université du
Québec en Abitibi-Témiscamingue (directeur de recherche)
Oscar Labra, Ph. D., École de travail social, Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue (co-directeur de recherche)
Marie-Hélène Poulin, Ph. D., École de psychoéducation, Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue (évaluatrice interne)
Simon Coulombe, Ph. D., Département des relations industrielles, Université Laval
(évaluateur externe)

© Dahana Marie Luberne Deliscart

SOMMAIRE

Étude de la sexualité positive et du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les étudiants des Cégeps en région éloignée du Québec

Par

Dahana Marie Luberne Deliscart
Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de
l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences de la santé,
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue,
Rouyn-Noranda, Québec, Canada, J9X 5E4

Problématique : La sexualité chez les jeunes doit être abordée de manière globale afin de promouvoir un bien-être général. Cependant, peu d'études sont réalisées sur les aspects positifs de la sexualité chez les jeunes, alors que celle-ci a un impact sur les connaissances du VIH et des ITSS dans cette population. Les objectifs de l'étude étaient : 1) Analyser les facteurs liés à la sexualité positive chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec 2) Identifier les facteurs liés au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec. **Méthodologie** : La population d'étude était formée de 719 personnes étudiantes de 17 à 24 ans des cégeps de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Une étude observationnelle transversale analytique était réalisée et un questionnaire autoadministré standardisé était utilisé pour la collecte des données. Trois instruments de mesure validés étaient utilisés pour mesurer les variables dépendantes de l'étude : le Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS), le Brief HIV Knowledge Questionnaire HIV-KQ-18 et le Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ). **Résultats** : La moyenne d'âge \pm É-T de notre étude était de $19,2 \pm 1,5$ ans. Dans notre échantillon, 70,90% des personnes participantes étaient des filles, 77,14% des hétérosexuels et 89,59% étaient d'appartenance ethnique blanche. En régression logistique multivariée, une association statistiquement significative était retrouvée entre les croyances religieuses et le score global du PSAS OR=0,52 ; IC95% : 0,30-0,91 ; p=0,024. Les variables âge OR=1,63; IC95% 1,05-2,53; p=0,027 et domaine d'étude OR=0,53; IC95% 0,32-0,90; p=0,01 étaient significativement associées à un bon niveau de connaissance du VIH. Seule la variable domaine d'étude (sciences de la santé) OR=0,47; IC95% 0,26-0,87; p=0,016 était significativement associé au bon niveau de connaissance des ITSS. **Conclusion** : Les résultats variaient par rapport aux dimensions de la sexualité positive. De plus, un faible niveau de connaissance du VIH et des ITSS a été documenté dans notre échantillon.

Mots clés : sexualité positive, comportements sexuels, VIH, ITSS, jeunes, cégep

SUMMARY

Study of Positive Sexuality and Knowledge Levels of HIV and Other STIs Among CEGEP Students in Remote Regions of Quebec

By
Dahana Marie Luberne Deliscart
Health sciences Program

A memory presented to the University of Quebec in Abitibi-Temiscamingue and Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences,
University of Quebec in Abitibi-Temiscamingue,
Rouyn-Noranda, Quebec, Canada, J9X 5E4

Background: Sexuality among young people should be addressed holistically to promote overall well-being. However, few studies have been conducted on the positive aspects of sexuality among young people, even though it influences their knowledge of HIV and STIs in this population. **Objectives:**

1) To analyze factors associated with positive sexuality among CEGEP students in two remote regions of Quebec 2) To identify factors linked to adequate knowledge of HIV and other STIs among these students. **Methods:** An analytical cross-sectional observational study was conducted among 719 students aged 17–24 enrolled in CEGEPs in Abitibi-Témiscamingue and Saguenay–Lac-Saint-Jean. Data were collected using a standardized self-administered questionnaire. Three validated instruments measured the dependent variables: *Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS)*, *Brief HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ-18)*, and *Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ)*. **Results:** The mean age \pm SD was 19.2 ± 1.5 years. Among participants, 70.90% were female, 77.14% heterosexual, and 89.59% identified as White. Multivariate logistic regression revealed a significant association between religious beliefs and overall PSAS score OR=0.52; 95% CI: 0.30–0.91; $p=0.024$. Age OR=1.63; 95% CI: 1.05–2.53; $p=0.027$ and field of study OR=0.53; 95% CI: 0.32–0.90; $p=0.01$ were significantly associated with good HIV knowledge. Only field of study (health sciences) OR=0.47; 95% CI: 0.26–0.87; $p=0.016$ was significantly associated with good STI knowledge. **Conclusion:** The results varied across the dimensions of positive sexuality. In addition, a low of knowledge about HIV and STIs was documented in our sample.

Keywords: positive sexuality, sexual behaviors, HIV, STIs, youth, CEGEP.

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION.....	1
	1.1 Problématique.....	1
	1.2 Recension des écrits	4
	1.2.1 Portrait épidémiologique des ITSS chez les jeunes	4
	1.2.2 Santé sexuelle	5
	1.2.3 Sexualité positive.....	7
	1.2.4 Éducation sexuelle et son rôle dans la sexualité positive	8
	1.2.5 La sexualité positive chez les jeunes et leur niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS.....	9
	1.2.6 Éducation sexuelle en milieu scolaire au Canada et au Québec	15
	1.2.7 Aspects culturels de la sexualité au Canada et au Québec	17
	1.2.8 Limites des études consultées	20
	1.3 Objectifs de recherche	22
II.	MÉTHODOLOGIE	23
	2.1 Objectif 1	23
	2.1.1 Devis de recherche et Population d'étude.....	23
	2.1.2 Recrutement et collecte des données	23
	2.1.3 Variables à l'étude	24
	2.1.4 Analyse statistique	25
	2.2 Objectif 2	26
	2.2.1 Devis de recherche.....	26
	2.2.2 Collecte des données.....	26
	2.2.3 Population à l'étude	26
	2.2.4 Variables à l'étude	27
	2.2.5 Analyse des données	29
III.	RÉSULTATS	30
	3.1 Article 1	30
	3.2 Article 2	53
IV.	DISCUSSION GÉNÉRALE	67
	4.1 Rappel de la problématique et des objectifs.....	67
	4.2 Synthèse des résultats.....	67

4.3 Limites et pistes pour des recherches futures	70
V. CONCLUSION	72
VI. PERTINENCE ET RETOMBÉES DE L'ÉTUDE.....	73
VII. LISTE DES RÉFÉRENCES	74

LISTE DES TABLEAUX

Article 1

Tableau 1 : Characteristics of study participants (N=490)	47
Tableau 2 : Score of PSAS	48
Tableau 3 : Relationship between independent variables and overall PSAS score	48
Tableau 4 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 1	49
Tableau 5 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 2	49
Tableau 6 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 3	50
Tableau 7 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 4	50
Tableau 8 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 5	51

Article 2

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes participants et moyenne du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS dans la population d'étude	64
Tableau 2 : Analyse descriptive des scores du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS	65
Tableau 3 : Relations entre le niveau de connaissance du VIH et les variables indépendantes	65
Tableau 4 : Relations entre le niveau de connaissance des autres ITSS et les variables indépendantes	65

LISTE DES FIGURES**Article 1**

Figure 1: Flow chart of eligible participants

52

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIDS	Acquired ImmunoDeficiency Syndrome
CDC	Center for disease control and prevention
CER	Comité d'éthique de la recherche
CISSS-AT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
DASH	Division of adolescent and school health
DEC	Diplôme d'études collégiales
EPTC	Énoncé de politique des trois conseils
É-T	Écart-type
HIV-KQ	Brief HIV knowledge questionnaire
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
INSPQ	Institut National de Santé publique du Québec
IQR	Interquartile Range (Écart Inter Quartile)
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MRC	Municipalité régionale de comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds Ratio
PSAS	Positive Sexuality Scale in Adolescence
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis
SSI	Sexual Subjectivity Inventory
STD-KQ	Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire
VHS	Virus Herpès Simplex
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

*À mes parents,
Lubert et Déliciane*

REMERCIEMENTS

« Il y a des présences invisibles qui soutiennent nos pas, des forces silencieuses qui rendent le chemin plus léger ».

C'est avec beaucoup de gratitude que je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Je tiens à exprimer un merci profond à mes directions de recherche. Tout d'abord à ma direction de recherche, Professeur Mohamed N'dongo Sangaré, je suis extrêmement reconnaissante pour la confiance accordée dès le processus d'admission au programme. Tout au long de ce parcours, j'ai bénéficié d'un accompagnement attentif et d'un soutien constant. Son expertise, sa rigueur et la clarté de ses orientations ont façonné ma manière d'aborder la recherche et affiner mes compétences. Son implication a eu un impact réel sur la qualité de ce travail. J'ai énormément appris à ses côtés et j'espère sincèrement pouvoir continuer à bénéficier de ses enseignements bien au-delà de cette maîtrise.

À ma codirection de recherche, Professeur Oscar Labra, je souhaite également adresser un immense merci. La bourse qui m'a été accordée m'a permis de me consacrer pleinement à mes études de maîtrise et je lui en suis profondément reconnaissante. Sa disponibilité, la qualité de ses retours ainsi que sa bienveillance ont joué un rôle déterminant dans l'avancement de ce projet de maîtrise. Grâce à son accompagnement, j'ai pu progresser avec assurance et franchir les étapes avec confiance.

Mes remerciements les plus sincères aux participants à l'étude, aux responsables respectifs des cégeps participants qui ont apporté leur précieuse aide afin de réaliser la collecte des données. Sans eux, ce projet n'aurait pas vu le jour.

À mes collègues et amis, de la Chaire de recherche stratégique en santé et perspectives autochtones de l'UQAT, pour leurs échanges, leur soutien moral et leur bonne humeur. Leur présence quotidienne a rendu ce parcours plus enrichissant et plus humain.

Un merci chaleureux à mes parents dont l'amour, les encouragements et les valeurs ont toujours été une source de force et de motivation. Je veux surtout mentionner leurs innombrables sacrifices et leurs prières incessantes qui m'ont portée bien plus que je ne pourrais l'exprimer. Je travaille chaque jour un peu plus fort pour toujours les rendre fiers.

Je souhaite exprimer un merci tout particulier envers mon mari, Ricardo, qui a été un pilier tout au long de cette aventure. Merci pour son soutien, son écoute et sa patience. Il a rendu ce parcours beaucoup plus doux.

Enfin, je ne peux pas passer sous silence un chapitre très spécial de mon parcours : ma grossesse et la naissance de ma fille. Vivre cet accomplissement académique en parallèle de l'arrivée de mon premier bébé a été un défi immense, mais aussi une source incroyable de motivation et de joie. Merci à ma fille, Ana Malyka, qui m'a accompagnée à sa manière et qui m'a rappelé chaque jour pourquoi la persévérance a un sens.

I. INTRODUCTION

Ce premier chapitre de mémoire expose la problématique étudiée, la recension des écrits et définit les objectifs poursuivis par ce projet de recherche réalisé dans le cadre de ma maîtrise.

1.1 Problématique

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) constituent un problème de santé publique à l'échelle mondiale avec une augmentation de leur incidence chez les jeunes (Agwu, 2020; Caccamo et al., 2017). Selon les estimations, en 2016, un total de 376 millions de nouveaux cas d'ITSS a été enregistré dans le monde (Valladales-Restrepo et al., 2021). Certaines études ont montré des fréquences plus élevées chez les jeunes de 20 à 24 ans (Shannon & Klausner, 2018) suivis des jeunes de 15 à 19 ans (Inthavong et al., 2020). Aux États-Unis, l'incidence des ITSS est en hausse et une grande partie de cette augmentation concerne la population des jeunes de 15 à 24 ans (Pleasure et al., 2022). En effet, chaque année, environ 20 millions de nouvelles ITSS sont détectées aux États-Unis dont 50% concernent les jeunes de 15 à 24 ans (Shannon & Klausner, 2018). En 2018, le nombre de nouveaux cas d'ITSS était estimé à 28 millions (Agénor et al., 2023).

Au Canada, les ITSS se retrouvent en augmentation au cours de la dernière décennie, la chlamydia trachomatis étant l'ITSS la plus répandue (Agence de la santé publique du Canada, 2024). Entre 2012 et 2019, l'incidence de la gonorrhée a augmenté de 151% et la syphilis infectieuse a augmenté de 109% entre 2018 et 2022 avec des flambées déclarées dans dix provinces et territoires en 2018 et 2019 (Agence de la santé publique du Canada, 2024). En Abitibi-Témiscamingue, de 2012 à 2016, l'incidence annuelle de l'infection à chlamydia trachomatis était de 312 pour 100 000 personnes, supérieure à l'incidence québécoise, 291 pour 100 000 personnes (CISSS-AT, 2017). En 2023, des augmentations importantes de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C étaient projetées passant de 7,4 pour 100 000 personnes en 2022 à 17 pour 100 000 personnes en 2023 (INSPQ, 2024). En ce qui concerne la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, une augmentation de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C était aussi prévue en 2023. De plus, une hausse de 563% de l'incidence de l'hépatite B était observée entre 2018 et 2022 (INSPQ, 2024). Ces chiffres mettent en évidence l'augmentation de l'incidence des ITSS chez les jeunes.

Cette incidence élevée des ITSS parmi les jeunes est en partie due à un manque de connaissances sur la sexualité (Lee & Yeo, 2022). Elle implique que les jeunes qui ne sont pas correctement éduqués sur les aspects positifs de la sexualité et les moyens de prévention des ITSS sont plus susceptibles de contracter ces infections. Aussi, le niveau de connaissance qu'une personne possède sur le VIH et les autres ITSS joue un rôle important dans la façon dont elle agit en matière de prévention des risques ou de protection contre les ITSS (Stewart et al., 2022).

De plus, des études ont montré que les ITSS exposent à un risque plus élevé d'infection par le VIH (Beebwa et al., 2021). Bien que durant ces dernières années les antirétroviraux ont contribué à améliorer la qualité et l'espérance de vie des personnes (Trickey et al., 2017), le VIH demeure une infection chronique incurable conduisant au stade de SIDA avec un état de vulnérabilité du corps humain aux infections opportunistes potentiellement mortelles (Laprise, 2013). Les jeunes de 15 à 19 ans représentent une proportion croissante de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde (Teasdale et al., 2021) et portent un fardeau disproportionné de risque de l'infection par le virus (Lewis et al., 2022). Pourtant, le VIH et les autres ITSS ont un impact significatif sur la santé et la qualité de vie des jeunes (Valladales-Restrepo et al., 2021).

Ainsi, un grand nombre d'études ont été réalisées afin d'étudier la santé sexuelle chez les jeunes (Fisher, 2020; Gamelia et al., 2023; Gannon-Loew & Holland-Hall, 2020; Steiner et al., 2021). En revanche, pendant longtemps, la recherche sur la santé sexuelle a été principalement axée sur le développement de programmes de prévention visant à réduire la prévalence des ITSS et des grossesses non désirées (Goldfarb & Lieberman, 2021). Or, pour favoriser un développement positif de la sexualité chez les jeunes, il importe d'adopter une approche qui reconnaît la complexité de ce processus et qui aborde les aspects psychologiques, émotionnels et relationnels (Landers & Kapadia, 2020; Macintyre et al., 2015). Ainsi, la définition officielle de la santé sexuelle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est large et englobe plusieurs concepts. Cette définition va au-delà de la simple absence de maladie, elle met l'accent sur les droits sexuels des individus ainsi que sur la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sécurisées et plaisantes (Organisation mondiale de la santé, 2015). Alors, cette définition de l'OMS de la santé

sexuelle a orienté les différents acteurs à concevoir des programmes de santé et des interventions qui promeuvent la santé sexuelle et le bien-être général (Mitchell et al., 2021). Aujourd'hui, de plus en plus d'études réalisées démontrent que la santé sexuelle abordée de manière globale et positive favorise un comportement sexuel positif (Ford et al., 2017).

De fait, le développement positif de la sexualité chez les jeunes va au-delà de la simple prévention des ITSS. Il englobe également le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives qui permettent aux jeunes de se sentir bien dans leur corps, leur sexualité et leurs relations (Michielsen et al., 2016). Les données disponibles mettent en lumière les différentes manières dont les nombreux aspects positifs de la sexualité peuvent favoriser le bien-être global des jeunes. Ainsi, Kågesten & van Reeuwijk (2021) mettent en avant six compétences clés d'une sexualité positive à savoir ; l'éducation sexuelle, les attitudes équitables entre les sexes, le respect des droits et la compréhension du consentement, les compétences de réflexion critique, les compétences de gestion du stress, de maîtrise de soi et les compétences en relations interpersonnelles. En effet, le comportement sexuel des jeunes joue un rôle significatif dans le processus de leur développement (Kågesten et al., 2021). Promouvoir un développement positif de la sexualité et une perception positive de soi par rapport aux autres pendant l'adolescence a des avantages à la fois à court terme et à long terme pour les jeunes, car, c'est à ce moment que la curiosité sexuelle s'accroît, que les premières expériences sexuelles surviennent généralement et que l'identité sexuelle se forge (Abrams et al., 2023). Alors, la sexualité est un concept important de promotion de la santé et peut contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes dans des domaines liés aux comportements sexuels (Glasper, 2017).

À notre connaissance, très peu d'études ont été réalisées sur la sexualité positive des jeunes vivant dans des régions nordiques du Québec, ainsi que des études sur leur niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS. Alors, notre étude vise une meilleure compréhension des attitudes des jeunes en matière de santé sexuelle et de sexualité. Les résultats de notre étude permettront de proposer des suggestions et des directives sur la création d'outils, de programmes de sensibilisation et de promotion destinés à encourager une sexualité positive chez les jeunes.

1.2 Recension des écrits

Dans la recension des écrits, nous aborderons le portrait épidémiologique des ITSS chez les jeunes. Par la suite, nous examinerons le concept de santé sexuelle et de la sexualité positive qui en découle, ainsi que le rôle de l'éducation sexuelle dans la sexualité positive. De plus, nous aborderons le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les jeunes. Et enfin, nous verrons l'éducation sexuelle en milieu scolaire au Canada et au Québec, ainsi que l'aspect culturel de la sexualité au Canada et au Québec.

1.2.1 Portrait épidémiologique des ITSS chez les jeunes

Chaque année, les estimations font état de 376 millions de nouveaux cas d'ITSS curables, avec des fréquences plus élevées chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans, suivis des jeunes âgés de 15 à 19 ans (Inthavong et al., 2020; Valladales-Restrepo et al., 2021).

Aux États-Unis, les jeunes ont un risque accru d'acquisition du VIH et des autres ITSS, avec une augmentation de la fréquence de la chlamydia trachomatis, de gonorrhée, de syphilis primaire et secondaire chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, et environ 1 cas incident de VIH sur 5 concerne les jeunes âgés de 13 à 24 ans (Agwu, 2020). Au Canada, les taux d'ITSS bactériennes ont augmenté entre 2018 et 2022. Le taux de syphilis a augmenté de 109 % et de 599 % respectivement pour la syphilis infectieuse et la syphilis congénitale (Agence de la santé publique du Canada, 2024). En 2021, l'incidence nationale de la chlamydia trachomatis était de 273,2 pour 100 000 personnes (Agence de la santé publique du Canada, 2024), touchant surtout de jeunes femmes de 15 à 24 ans et des jeunes hommes de 20 à 29 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Au Québec, l'infection à chlamydia trachomatis est la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire et touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans (INSPQ, 2019). Les jeunes femmes de 15 à 29 ans représentent près de 50 % des cas en 2021 avec les taux d'incidence les plus élevés chez les 15 à 19 ans (1655 cas pour 100 000 personnes) et les 20 à 24 ans (2029 cas pour 100 000 personnes) (INSPQ, 2023). L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique en 2022 a atteint un sommet de 88 cas pour 100 000 personnes (7515 cas déclarés au Québec), cependant on observe une baisse de 21 % et de 25 % de l'incidence respectivement chez les hommes et les femmes de 15 à 19 ans (INSPQ, 2023). Dans presque toutes les régions du

Québec, l'incidence de la syphilis infectieuse a augmenté avec une croissance plus accrue dans certaines régions, comme le Nunavik qui a enregistré des incidences de 411, 463 et 556 pour 100 000 personnes respectivement en 2019, 2020 et 2021 (INSPQ, 2023). L'incidence du VIH a augmenté de 12,7 % de 2020 à 2021 et les jeunes âgés de 15 à 24 ans font partie des groupes de la population les plus touchés (INSPQ, 2023).

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de 2012 à 2016, l'incidence annuelle de la chlamydia trachomatis s'élevait à 312 pour 100 000 personnes, un résultat supérieur à l'incidence québécoise, 291 pour 100 000 personnes (CISSS-AT, 2017). En revanche, une réduction de l'incidence annuelle de l'infection à chlamydia trachomatis était constatée en Abitibi-Témiscamingue. En 2021, l'incidence annuelle était de 255 pour 100 000 personnes comparée à l'incidence annuelle de 9 cas d'infections gonococciques pour 100 000 personnes qui était enregistrée (INSPQ, 2023), avec 3 cas de VIH répertoriés annuellement de 2012 à 2016 (CISSS-AT, 2019). Des augmentations importantes de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C étaient projetées en 2023 passant de 7,4 pour 100 000 personnes en 2022 à 17 pour 100 000 personnes selon les projections de 2023 (INSPQ, 2024).

En ce qui concerne la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, une augmentation de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C était aussi prévue en 2023. En effet, l'incidence était de 5,7 pour 100 000 personnes en 2022, alors que les projections de 2023 estimaient cette incidence à 13 pour 100 000 personnes (INSPQ, 2024). Une hausse de 563 % de l'incidence de l'hépatite B était observée entre 2018 et 2022 dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (INSPQ, 2024). L'incidence de la chlamydia trachomatis était passée de 220 pour 100 000 personnes en 2022 à 310 pour 100 000 personnes selon les prévisions de 2023, dépassant ainsi l'incidence de l'Abitibi-Témiscamingue estimée à 254 pour 100 000 personnes pour l'année 2023 (INSPQ, 2024).

Les rapports gouvernementaux ne précisent pas exactement les causes pour lesquelles les ITSS sont en augmentation en région éloignée particulièrement l'Abitibi-Témiscamingue et le Saguenay-Lac-Saint-Jean. Toutefois, les études scientifiques indiquent que la hausse des ITSS est liée à de divers facteurs sociaux dont l'itinérance. La revue de la littérature de

Williams & Bryant (2018) a montré une prévalence des ITSS chez les personnes en situation d'itinérance de 7,3% à 39,9% avec des taux élevés de chlamydia, de gonorrhée et d'hépatite C. L'Abitibi-Témiscamingue est la région du Québec qui a enregistré la plus importante hausse de l'itinérance au cours des dernières années avec une augmentation de 72% (CISSSA-AT, 2025). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, la hausse estimée de l'itinérance institutionnelle au cours des dernières années est supérieure à celle observée pour l'ensemble du Québec, soit une augmentation moyenne annuelle d'environ 15%. Cependant, les jeunes en situation d'itinérance au Québec peuvent avoir une prévalence des ITSS jusqu'à 10 fois plus élevés que les autres jeunes (Gouvernement du Québec, 2019).

1.2.2 Santé sexuelle

Pendant longtemps, la santé sexuelle est reconnue comme une sphère importante de la santé publique (Harden, 2014). Cependant, la recherche sur la santé sexuelle s'était principalement orientée vers les effets indésirables tels que les ITSS, les grossesses non désirées, la dysfonction sexuelle et la violence sexuelle (Harden, 2014; Maes et al., 2023). Ainsi, la problématique prédominante dans le domaine de la santé sexuelle a été centrée sur les notions de risque (Anderson, 2013). Par conséquent, la recherche a porté sur les programmes de prévention visant à diminuer la fréquence des ITSS et des grossesses non désirées (Goldfarb & Lieberman, 2021). Ainsi, 120 articles publiés de janvier 1985 à avril 2016 avaient répondu aux critères d'inclusion d'une revue systématique dont, cinq d'entre eux étaient axés sur des programmes conçus pour prévenir les grossesses répétées chez les jeunes de moins de 20 ans, en milieu clinique. Ces études étaient réalisées dans des pays développés incluant les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et des pays européens classés comme très développés sur l'indice de développement humain. Selon les résultats, peu de programmes avaient des effets positifs sur les facteurs pouvant réduire les grossesses répétées chez les jeunes femmes (Frederiksen et al., 2018). D'autres études étaient réalisées dans des groupes socioéconomiques vulnérables. Ainsi, dix articles faisaient l'objet d'une étude narrative, publiés entre 2000 et 2015 rapportant la prévalence globale des ITSS qui variait de 6 % à 32 % parmi des jeunes âgés de 12 à 23 ans en situation d'itinérance aux États-Unis (Caccamo et al., 2017).

Néanmoins, la santé sexuelle est définie, en 2002, par l'OMS comme :

Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité ; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés (Organisation mondiale de la santé, 2015).

Cette définition inclut une vision globale de la santé sexuelle. En effet, la définition de la santé sexuelle de l'OMS touche des concepts tels que l'absence de maladie, de contraintes, mais aussi les droits sexuels ainsi que le plaisir sexuel (Mitchell et al., 2021). De plus, la santé sexuelle inclut des expériences sexuelles respectueuses, positives, protégées et elle est essentielle au bien-être tout au long de la vie de l'être humain (Kwok & Kwok, 2023). La santé sexuelle contribue, avec la santé mentale et physique, à un résultat de santé général et de bien-être intégral (Anderson, 2013). Par ailleurs, cette définition globale de la santé sexuelle aide les chercheuses et chercheurs, éducatrices et éducateurs, cliniciennes et cliniciens, décideuses et décideurs à reconnaître la sexualité positive et les expériences sexuelles comme des résultats clés de la santé publique (Mitchell et al., 2021).

1.2.3 Sexualité positive

La sexualité positive, quant à elle, est la reconnaissance et l'appréciation de l'importance du pouvoir des aspects positifs de la sexualité incluant la satisfaction sexuelle, l'auto-efficacité sexuelle, l'estime de soi sexuelle et le plaisir sexuel, entre autres (Anderson, 2013). Selon Pitts et Greene (2020), la sexualité positive consiste à accepter une grande diversité d'activités sexuelles et que toute expression sexuelle consensuelle est saine et élimine la croyance que certains types de relations sexuelles sont plus acceptables que d'autres. La sexualité positive affirme le droit des individus de profiter du type de relations sexuelles qu'ils ont sans se sentir jugés, et enfin promouvoir une éducation complète, en particulier sur les pratiques sexuelles, la grossesse, la construction de la famille et les ITSS.

1.2.4 Éducation sexuelle et son rôle dans la sexualité positive

Des directives préconisent la mise en œuvre de programmes d'éducation à la sexualité complets pour les jeunes afin de renforcer leurs connaissances, attitudes et compétences dans divers domaines tels que le genre, la santé sexuelle et reproductive, la citoyenneté, le plaisir, la violence, la diversité et les relations interpersonnelles (International Planned Parenthood Federation, 2010). Depuis plus de 30 ans, la division de la santé des jeunes et des écoles des *Center for Disease Control and Prevention* (DASH/CDC) a développé, aux États-Unis, des programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire afin de maximiser les connaissances et les compétences des jeunes pour maintenir des comportements sexuels positifs. Szucs et al. (2022) ont rapporté des preuves d'efficacité et de faisabilité de huit programmes des DASH/CDC visant à favoriser des comportements sexuels positifs des jeunes afin de réduire les ITSS/VIH et les grossesses non désirées.

Des études ont montré l'importance de l'éducation à la sexualité sur les connaissances et l'adoption de comportements positifs en matière de sexualité (Bishop et al., 2021; Jiménez-Ríos et al., 2023). Un essai randomisé contrôlé mené par Hu et al. (2023) en Chine dans 29 lycées professionnels à Guangdong et Yunnan avec 3151 élèves, allant d'octobre 2018 à décembre 2019, a été réalisée dans le but d'évaluer les effets d'un programme d'éducation à la sexualité à l'aide d'Internet, sur les connaissances, les attitudes et les comportements sexuels des jeunes. L'intervention était une éducation à la sexualité hebdomadaire pendant deux mois, basée sur un ensemble pédagogique intitulé « *You and Me* ». Des améliorations significatives étaient observées tant pour les connaissances sexuelles que pour les attitudes sexuelles immédiatement après l'intervention et un an après l'intervention. Ainsi, les moyennes de bonne connaissance sur les connaissances sexuelles variaient de 8/20, 13/20 et 12/20 respectivement au départ, juste à la fin de l'intervention et 1 an après celle-ci.

Toutefois, pour assurer son efficacité optimale, l'éducation à la sexualité doit être mise en place de manière constante et progressive tout au long du processus de développement des jeunes afin de renforcer les connaissances et les attitudes favorisant des décisions saines en matière de sexualité (Abrams et al., 2023). Ainsi, Helbekkmo et al. (2021) ont exploré les expériences des élèves ayant participé au programme « semaine 6 », sous le thème sexualité

positive. La « semaine 6 » est un programme norvégien d'éducation à la sexualité réalisée dans une perspective de promotion de la santé. Les résultats montraient que les élèves ayant reçu le programme d'éducation à la sexualité chaque année au lycée étaient globalement plus satisfaits de leurs expériences. En revanche, les élèves ayant eu « semaine 6 » qu'une fois pendant le lycée ont signalés dans l'ensemble une insatisfaction vis-à-vis du programme.

Néanmoins, la perception des jeunes sur les programmes d'éducation à la sexualité s'avère importante afin de mieux les adapter pour améliorer leur santé sexuelle (Haruna et al., 2018). Dans la revue intégrative de Corcoran et al., (2020) les auteurs ont examiné les impressions des jeunes à l'égard des programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Leurs résultats montraient que les programmes d'éducation complète incluant la puberté, les contraceptifs, les ITSS/VIH, la jouissance sexuelle et la prise de décision sexuelle dans les relations étaient perçues de manière plus favorable que les programmes d'éducation basés sur l'abstinence. Les jeunes canadiens ont eux aussi exprimé des opinions plus favorables à l'égard de l'éducation à la sexualité ayant un contenu basé sur l'aspect émotionnel, le plaisir sexuel et pas uniquement sur les aspects négatifs de la sexualité tels les ITSS et les grossesses non désirées (Action Canada pour la santé et les droits sexuels, 2020).

1.2.5 La sexualité positive chez les jeunes et leur niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS

La sexualité positive chez les jeunes

La sexualité positive renvoie à la capacité des jeunes de pouvoir s'épanouir en développant leur identité sexuelle et en exprimant leur sexualité (Williams et al., 2020), ce qui contribue à leur bien-être global et à leur qualité de vie. Ainsi, Harden (2014) a évalué le bien-être sexuel des jeunes en prenant en compte ces aspects clés de leurs expériences sexuelles : l'auto-efficacité, c'est-à-dire la confiance des jeunes en leur capacité à gérer leur sexualité de manière positive ; l'estime de soi sexuelle qui concerne leur perception de leur propre valeur sexuelle ; le plaisir et la satisfaction sexuels se référant à la jouissance et au consentement tirés de leurs expériences sexuelles ; ainsi que l'absence de douleur et d'effets négatifs, car les activités sexuelles ne devraient pas causer de souffrance physique ou émotionnelle (Harden, 2014). Dans cette perspective, le développement de la sexualité des

jeunes est conceptualisé comme un processus normal, avec un accent sur les résultats bénéfiques pour leur bien-être (Maes et al., 2023).

Williams et al. (2015) dans leur cadre conceptuel sur la sexualité positive mentionnent que la sexualité positive reconnaît la sexualité de chaque personne comme unique et multifactorielle. Ainsi, chaque personne a une histoire sexuelle unique faite d'expériences, de rencontres, d'apprentissages, de désirs qui contribuent à son identité sexuelle propre et ses interactions conformément à sa sexualité. Ainsi, Kotiuga et al. (2023) avaient examiné l'association entre le concept de soi sexuel et les compétences psychosociales des jeunes canadiens. Le concept de soi sexuel se réfère au sentiment de soi concernant les perceptions et les sentiments qu'une personne a à l'égard de ses qualités et de ses comportements sexuels (Zimmer-Gembeck & French, 2016). Dans un échantillon de 1584 jeunes participants âgés de 14 à 18 ans, un concept de soi général positif ainsi que des perceptions favorables des compétences interpersonnelles étaient associés à une estime de soi sexuelle et corporelle plus élevée, à un sentiment d'efficacité sexuelle accrue et à des niveaux plus faibles d'anxiété sexuelle.

Certaines études ont pris en compte la sexualité positive comme un élément essentiel du bien-être global des jeunes, en mettant en avant son rôle aux côtés de la santé mentale et physique. Ainsi, Closson et al. (2018) avaient identifié les facteurs associés à une auto-efficacité sexuelle élevée chez les jeunes de 14 à 19 ans en Afrique du Sud. Les jeunes femmes étaient significativement plus susceptibles d'avoir une auto-efficacité sexuelle élevée par rapport aux jeunes hommes ; 72,3% contre 49,5% $p < 0,001$. Cette auto-efficacité sexuelle était inversement associée au fait d'avoir déjà été victime de violence physique $OR = 0,60$ $IC95\% = 0,37-0,97$ chez les jeunes femmes. Chez les jeunes hommes, une auto-efficacité sexuelle élevée était associée à des scores plus élevés de croyances et attitudes liées aux relations sexuelles (échelle SRBS) $OR = 1,15$; $IC95\% = 1,05-1,27$ et négativement associée à une probable dépression $OR = 0,57$; $IC95\% = 0,35-0,95$. Dans cette étude, la dépression a été mesurée à l'aide de l'échelle de dépression du centre d'études d'épidémiologie composée de 20 items.

Kågesten & Reeuwijk (2021) mentionnent comment la compréhension de l'effet des normes sociales sur nos comportements et nos expériences favorise le développement de notre sexualité. Ainsi, six domaines interdépendants de compétences clés, essentiels au développement positif de la sexualité sont proposés 1) la littératie sexuelle qui fait référence à des connaissances fondamentales et adaptées au développement, à la sexualité et à la santé sexuelle et reproductive ; 2) les attitudes équitables envers le genre qui soulignent l'importance d'avoir des opinions qui soutiennent l'égalité des genres ; 3) le respect des droits de l'homme et la compréhension du consentement, soit la capacité à faire preuve de respect, de tolérance et d'empathie envers autrui indépendamment de leurs caractéristiques ; 4) les compétences de réflexion critique, considérées comme la capacité à reconnaître et comprendre comment les normes sociales et les structures façonnent nos propres sentiments, comportements et expériences ; 5) les compétences en gestion du stress et de coping, c'est à-dire la capacité de reconnaître, de gérer et de s'adapter à différents types de facteurs de stress internes ou externes liés à la sexualité et au développement ; 6) les compétences en relations interpersonnelles qui comprennent la capacité de communiquer et de négocier avec les autres, non seulement par rapport aux partenaires intimes, mais aussi avec les pairs, les membres de la famille et d'autres personnes qui influencent la vie des jeunes.

Une étude a été réalisée par Kågesten & Reeuwijk (2021) dans une population jeune de 10 à 14 ans en Indonésie afin d'évaluer la prévalence et les rapports du bien-être sexuel chez les filles et les garçons. Deux jeunes (filles et garçons) sur trois ont déclaré avoir déjà discuté avec quelqu'un d'autre à propos d'un ou de plusieurs sujets liés à la santé sexuelle et reproductive. En ce qui a trait au genre, il existe une tolérance plus grande chez les filles concernant l'acceptabilité de quelqu'un qui se comporte comme le sexe opposé 76,5% contre 67,7% $p < 0,001$. Les garçons étaient plus susceptibles que les filles de déclarer une image corporelle positive 77,1% contre 65,2% $p < 0,001$. L'auto-efficacité pour refuser les interactions sexuelles non désirées était plus élevée chez les filles 62,5% contre 50,5% $p < 0,001$.

Connaissance générale du VIH chez les jeunes

Les connaissances sur le VIH, c'est-à-dire les informations factuelles qu'une personne possède sur le virus, sont un déterminant clé des comportements à risque et des comportements sécurisés (Stewart et al., 2022).

Des études avaient exploré le niveau de connaissance du VIH chez les jeunes. Ainsi, Beebwa et al. (2021) dans une étude qualitative exploratoire, ont analysé les connaissances sur le VIH et les attitudes parmi 48 jeunes âgés de 12 à 19 ans fréquentant les écoles secondaires de Mbarara, en Ouganda. Tous les répondants étaient au courant du VIH et la plupart d'entre eux indiquaient que les symptômes et les signes n'apparaissent pas rapidement et que le VIH est une maladie incurable. Les personnes étudiantes, plus âgées, en classes avancées de cinq et six, avaient une meilleure connaissance des modes de transmission du VIH. D'autres étaient bien informés sur son traitement. Malgré des connaissances notables sur le VIH parmi les jeunes participants, il y avait un groupe plus restreint des personnes participantes qui avaient des idées fausses considérables sur le VIH, pensant notamment que la maladie n'existe pas. Par conséquent, la connaissance du VIH demeure une construction psychosociale centrale dans la lutte pour mettre fin à la pandémie du VIH (Stewart et al., 2022).

D'autres études sont venues confirmer l'importance de l'acquisition des connaissances du VIH dans la lutte contre la pandémie. L'étude de Míguez et al. (2015) sur les connaissances du VIH auprès de 400 jeunes hispaniques âgés de 11 à 18 ans résidant en Floride montrait qu'environ 25% des personnes participantes avaient incorrectement répondu à toutes les questions. Dans cette étude, moins de 10% de l'échantillon avaient des connaissances complètes sur le VIH. De plus, les questions concernant la transmission avaient été incorrectement répondues par plus de la moitié de l'échantillon. La majorité des jeunes (61%) croyaient à tort que le VIH pouvait être guéri, qu'un vaccin efficace était disponible (61%) et que les antibiotiques protégeaient contre l'infection par le VIH (76%). Au vu de ces données, une augmentation des connaissances sur le VIH peut aider les jeunes à remettre en question de fausses croyances et conduire à des interventions réussies afin de réduire l'incidence du VIH (Stewart et al., 2022).

Ce manque de connaissance vis-à-vis du VIH a été constaté dans d'autres populations. L'étude ougandaise réalisée chez les 1096 élèves âgés de 10 à 14 ans avait révélé que seulement 47% des personnes participantes connaissaient au moins une manière d'acquérir le VIH et seulement 8% connaissaient au moins quatre méthodes d'acquisition du VIH (Kemigisha et al., 2018). Aussi, selon une étude menée en 2020 auprès de 644 étudiants de deux universités rwandaises, plus de la moitié des personnes participantes, soit 56,8% avaient un faible niveau de connaissances du VIH. Seulement 16,3%, donc moins d'un étudiant rwandais sur cinq avaient de bonnes connaissances sur le VIH (Mukeshimana, 2021). Une autre étude transversale menée en 2019 auprès de 801 personnes étudiantes âgées de 18 à 24 ans dans une université publique italienne montrait que seulement 7% IC95% 5,2-8,8 des personnes participantes ont répondu correctement aux questions sur les principales conséquences biologiques de l'infection au VIH, et seulement 14,0% IC95% 11,6-16,4 ont correctement répondu à l'ensemble des questions sur les modes de transmission et de non-transmission du virus. Pour les outils et stratégies de prévention, seuls 14,0% IC95% 11,0-16,1 ont aussi démontré une connaissance complète à la fois des moyens de prévention efficaces et de ceux qui ne protègent pas contre le virus (Mereu et al., 2022).

Mais, ce niveau de connaissances peut être influencé par certains facteurs. Ainsi, Yu et al. (2022) avaient montré dans leur étude que l'association entre les connaissances sur le VIH et l'intention d'utilisation du préservatif était influencée par l'auto-efficacité. Aussi, dans cette étude, les auteurs avaient montré que la perception de l'utilisation du préservatif par leurs pairs avait un effet important sur leur propre utilisation du préservatif.

Chez les jeunes, ce niveau de connaissance sur le VIH serait faible dans certaines populations et pourrait impacter négativement la lutte contre la pandémie. L'étude transversale de Labra et al. (2017) auprès de 658 personnes étudiantes inscrites à un programme de 1^{er}, 2^e ou 3^e cycle à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, avait montré que les personnes étudiantes nées dans un autre pays que le Canada, inscrits au 1^{er} cycle et n'avoit jamais connu quelqu'un vivant avec le VIH étaient associés à un faible niveau de connaissance du VIH. Aussi, les étudiants dans le domaine de la santé avaient moins de chance de présenter un faible niveau de connaissance des ITSS OR=0,4 ; IC95% 0,2-0,9. Le niveau de connaissance du VIH constitue une variable importante à prendre en compte dans la recherche sur la santé

sexuelle. De ce fait, établir une compréhension précise du VIH dès le développement sexuel pendant le jeune âge peut favoriser l'engagement dans des comportements sains de prévention à l'âge adulte et au-delà (Stewart et al., 2022). Ainsi, l'éducation sexuelle doit prendre en compte tous les aspects de la sexualité afin de favoriser des concepts de soi sains (Kim et al., 2023).

Connaissance générale des autres ITSS chez les jeunes

L'acquisition de connaissances précises sur les ITSS s'avère nécessaire pour le développement sexuel des jeunes, leur santé sexuelle et leur bien-être général (Lederer & Vertacnik, 2021). Les ITSS autres que le VIH comprennent : la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le virus du papillome humain (VPH), le virus herpès simple (VHS-1 et VHS-2), l'hépatite virale B et l'hépatite virale C (Agence de la santé publique du Canada, 2024). Des études ont montré que les jeunes ont des connaissances limitées liées aux ITSS qui varient en fonction du sexe, de l'origine et du comportement sexuel. En effet, les résultats de l'étude de Lederer & Vertacnik (2021) concernant le niveau de connaissance des ITSS chez les jeunes de l'université du Midwest aux États-Unis ont montré un score moyen de connaissance sur les ITSS de 15,25/30. Les jeunes femmes avaient une connaissance plus précise des ITSS que les jeunes hommes 16,37 contre 13,36 $p < 0,001$. Les personnes étudiantes nationales avaient une connaissance plus élevée des ITSS que les personnes étudiantes internationales 16,39 contre 11,69 $p < 0,001$. Les personnes participantes non hétérosexuelles avaient une connaissance plus précise des ITSS que leurs pairs hétérosexuels 18,00 contre 15,17 $p < 0,001$. Aussi, l'année d'étude avait une relation significative avec le score de connaissance des ITSS $p < 0,001$.

Certaines études ont montré que le niveau de connaissance varie selon les ITSS. Rummel et al. (2022) ont évalué la connaissance des jeunes élèves de 12 à 17 ans en Allemagne concernant les ITSS. Le niveau de connaissance pour le VPH et la gonorrhée était moindre comparé à celui du VIH et des hépatites A et B. Seulement 30% des personnes participantes du lycée et 22% des personnes participantes des écoles secondaires avaient des connaissances concernant le VPH et seulement 28% des personnes participantes du lycée et 23% des personnes participantes des écoles secondaires avaient des connaissances

concernant la gonorrhée ($p < 0,001$). En revanche, 98% des personnes participantes du lycée et 96% des personnes participantes des écoles secondaires avaient des connaissances sur le VIH, 88% des participants du lycée et 76% des participants des écoles secondaires avaient des connaissances concernant les hépatites A et B. Les résultats nous laissent entrevoir qu'il existe aussi une association positive statistiquement significative du niveau de connaissance des ITSS en fonction du niveau d'études ($p < 0,001$).

D'autres études plus spécifiques ont été réalisées. Sidiropoulou et al. (2022) ont examiné les connaissances et les attitudes des jeunes adultes grecs concernant la prévention de l'infection par le VPH. Le score moyen \pm É-T de connaissance du VPH était de $53,26 \pm 20,65$. Les relations entre le niveau de connaissance du VPH et les variables suivantes : le sexe féminin, l'emploi, le mariage, le lieu de résidence et les antécédents d'infection par le VPH étaient toutes significatives avec respectivement un $p = 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,001$ et $p < 0,001$. Dans le modèle multivarié, les facteurs positivement associés à la connaissance du VPH étaient le sexe féminin ($p = 0,007$), le lieu de résidence ($p = 0,002$) et une infection positive par le VPH $p < 0,001$.

1.2.6 Éducation sexuelle en milieu scolaire au Canada et au Québec

Au Canada, l'éducation est sous la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux, par conséquent, chaque province et territoire a la liberté de développer ses propres programmes éducatifs, y compris ceux concernant la sexualité (Action Canada pour la santé et les droits sexuels, 2020). Par ailleurs, les perceptions et les réactions des parents à l'égard des programmes d'éducation à la santé sexuelle dans les écoles ont un impact significatif sur leur conception, leur adaptation et leur mise en œuvre (Wood et al., 2021). Des études réalisées en Ontario (McKay et al., 2014), au Nouveau-Brunswick (Weaver et al., 2001) et en Saskatchewan (Advisory Committee on Family Planning, 2008) indiquent que les parents de ces provinces veulent que leurs enfants reçoivent une éducation à la sexualité. De plus, les parents souhaitent que cette éducation sexuelle soit globale et aborde à la fois la prévention des problèmes tels que les ITSS, les grossesses non désirées, les comportements à risque liés à la santé sexuelle, mais aussi la promotion d'une sexualité positive et du bien-être général. De ce fait, l'école est la principale source d'informations sur

la sexualité pour les jeunes canadiens et canadiennes, toutefois la responsabilité de l'éducation à la sexualité étant partagée entre les parents et les écoles (Maticka-Tyndale et al., 2007).

L'enquête sur la santé des enfants et des jeunes au Canada réalisée en 2019 a révélé que parmi les jeunes de 15 à 17 ans, 96,6% ont au moins une source où obtenir des renseignements sur la santé sexuelle. Plus de la moitié des personnes participantes ont indiqué que l'école dans 55,6% IC95% 54,0-57,3 et les parents ou tuteurs dans 51,2% IC95% 49,6-52,8 étaient des sources en matière de renseignements sur la santé sexuelle. Parmi les jeunes nés à l'extérieur du Canada, 61,9% IC95% 58,0-65,6 ont déclaré obtenir leurs renseignements sur la santé sexuelle à l'école, et moins de la moitié 44,7% IC95% 41,1-48,5 obtenaient cette information de leurs parents ou de leurs tuteurs. Pour les jeunes nés au Canada, 54,2% IC95% 52,4-56,1 ont sélectionné l'école comme source d'information et 52,6% IC95% 50,8-54,4 ont indiqué leurs parents. La présence d'un adulte avec qui parler dépendait de divers facteurs dont le statut d'immigrant 22,5% IC95% 19,4-26,0. En effet, de jeunes immigrants déclaraient ne pas avoir un adulte à qui parler pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle (Rotermann & McKay, 2024).

Tous les territoires et provinces du Canada exigent une forme quelconque d'éducation à la sexualité et les lignes directrices nationales encouragent une approche globale qui inclut des sujets traitant à la fois de l'amélioration de la santé sexuelle et de la prévention des problèmes de santé sexuelle (Action Canada pour la santé et les droits sexuels, 2020). Ainsi, le programme d'éducation du Québec adopte une vision globale de la sexualité en mettant l'accent sur les dimensions relationnelles, globales et positives (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, 2018). De plus, depuis la réforme des programmes au Québec en 2005 (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport & Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008), l'éducation à la sexualité adopte une approche interdisciplinaire avec une plus grande responsabilité pour tout adulte travaillant avec les enfants, les adolescentes et adolescents et les jeunes. De ce fait, selon les lignes directrices pour la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire au Québec (Ministère de l'Éducation du Québec & Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003), l'accompagnement de l'élève en matière de sexualité ne repose plus uniquement sur un seul professionnel, mais

divers intervenantes et intervenants du milieu scolaire avec les membres du secteur de la santé qui doivent travailler ensemble afin d'offrir aux élèves des opportunités d'explorer la santé sexuelle par le biais de projets interdisciplinaires (Garcia, 2015).

1.2.7 Aspects culturels de la sexualité au Canada et au Québec

La santé sexuelle est influencée par des facteurs socioculturels (tabous culturels, traditions religieuses et attitudes familiales restrictives) qui peuvent constituer des barrières à la connaissance en matière de sexualité et empêcher les jeunes d'accéder à des informations fiables et complètes sur la sexualité (Metusela et al., 2017). En effet, certains parents migrants perçoivent les discussions sur la santé sexuelle avec les jeunes comme étant principalement centrées sur les pratiques sexuelles et pensent que promouvoir la sexualité incite les jeunes à devenir sexuellement actifs plus tôt (Herzig van Wees et al., 2021). Ainsi, des différences en matière de santé sexuelle ont été constatées dans des populations immigrantes jeunes (Botfield et al., 2016). La revue de littérature de Wong et al. (2017) a révélé que les jeunes musulmans de 13 à 18 ans vivant à Toronto avaient tendance à avoir moins d'informations sur la santé sexuelle, en particulier dans les domaines des relations intimes et du plaisir (Causarano et al., 2010). L'équipe de l'enquête sur les jeunes de Toronto avait réalisé une étude dans le but de documenter le comportement sexuel d'un échantillon urbain de 1200 jeunes d'origines ethnoculturelles diverses et d'évaluer l'association de leur expérience avec onze comportements en analysant les facteurs tels que l'âge, le sexe, l'immigration, la race, la religion, le lieu d'éducation sexuelle et l'orientation sexuelle. Les personnes participantes n'ayant déclaré aucune expérience sexuelle étaient plus jeunes, plus susceptibles d'être nées à l'étranger et d'être arrivées plus récemment par rapport à celles nées au Canada. Comparé aux personnes participantes de 13 ans, celles de 17 ans et plus de 18 ans ont respectivement 8,9 et 20,5 fois plus de probabilité d'être dans une catégorie de risque plus élevé d'avoir des rapports sexuels. Les personnes répondantes nées à l'extérieur du Canada sont moins susceptibles d'être dans une catégorie de comportement à risque plus élevée par rapport à un jeune né au Canada, qu'ils aient vécu au Canada pendant trois ans ou moins $OR=0,60$ $IC95\%$ 0,39-0,93 ou quatre ans ou plus $OR=0,71$; $IC95\%$ 0,52-0,98. Les personnes répondantes s'identifiant comme musulmans étaient moins susceptibles d'être

dans une catégorie de comportement sexuel à risque plus élevé par rapport à ceux qui n'avaient aucune religion OR=0,35 ; IC95% 0,21-0,60 (Flynn et al., 2010).

De même, les croyances et les pratiques culturelles et religieuses exercent une influence sur l'acquisition de la littératie en santé sexuelle, sur les comportements sexuels et peuvent donc contribuer à un manque de connaissance sur la santé sexuelle (Kingori et al., 2018). Dans l'étude de Metusela et al. (2017) sur les constructions et les expériences des femmes réfugiées à Sydney et à Vancouver, les participantes se sont décrites comme ayant des connaissances insuffisantes et incorrectes sur la santé sexuelle, notamment les ITSS. Selon de nombreuses participantes, parler de sexe en tant que femme mariée ou non mariée n'était pas permis et avoir des relations sexuelles avant le mariage était cause d'exclusion familiale et sociale. Même penser au sexe avant le mariage allait à l'encontre de leur culture et de leur religion. Certaines participantes ont déclaré que leur religion leur interdisait d'utiliser des contraceptifs et elles étaient incapables de demander à leur mari de se faire dépister pour les ITSS.

D'autres études ont exploré les perceptions des jeunes immigrants concernant les obstacles pour accéder aux soins et services de santé sexuelle. En effet, les principaux obstacles à l'accès aux soins signalés par les jeunes participants de l'étude de Meherali et al. (2021) étaient la peur de la stigmatisation et du jugement. Particulièrement, les jeunes femmes craignaient que leur famille ou des membres de leur communauté et leurs pairs découvrent qu'elles accédaient à des services de santé sexuelle. Cela impliquerait des jugements ou des soupçons qu'elles sont sexuellement actives. Des personnes participantes sud-asiatiques mentionnaient que leur communauté résumait une visite dans un centre de soins de santé sexuelle à des fins d'avortements ou de récupération de préservatifs.

De fait, les diverses origines culturelles semblent influencer les connaissances, les comportements et les attitudes des jeunes envers leur santé sexuelle. Quoiqu'ayant des activités sexuelles restreintes et un nombre de partenaires limité, des études sur de jeunes immigrants montrent qu'ils sont à risque de mauvais résultats en matière de santé sexuelle en raison des normes culturelles de leur pays d'origine et des obstacles signalés pour accéder aux soins de santé sexuelle (Botfield et al., 2016; Metusela et al., 2017; Wong et al., 2017).

Inégalités sociales de santé en Abitibi-Témiscamingue et au Saguenay- Lac-Saint-Jean

Selon le ministère de la Culture et Communication (Ministère de la culture et communications), l'Abitibi-Témiscamingue et le Saguenay-Lac-Saint-Jean figurent parmi les régions éloignées du Québec. Des données officielles ont montré des inégalités en matière de soins de santé dans les régions éloignées notamment en Abitibi-Témiscamingue. Le nombre d'infirmières et d'infirmiers par millier d'habitants (7,8) est plus faible comparé aux autres régions telles que la Côte-Nord (8,4) et la Gaspésie (9,3) (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2022). Selon le même rapport, la MRC de Rouyn-Noranda présente un faible ratio de médecins omnipraticiennes et omnipraticiens (1,1), bien en deçà de la moyenne québécoise (1,3), ce qui s'accompagne également d'un nombre élevé de personnes en attente d'un médecin de famille. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, les inégalités sociales de santé sont inéquitables et elles concernent l'ensemble des groupes sociaux (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2024). De plus, les inégalités de santé peuvent augmenter le risque de contracter des maladies infectieuses en raison d'un moindre accès aux services préventifs, un sous-dépistage et une prise en charge tardive des infections (Gouvernement britannique, 2025).

Au-delà des inégalités en matière de soins de santé, des enjeux de confidentialité peuvent décourager les jeunes des petites communautés, comme l'Abitibi-Témiscamingue et le Saguenay-Lac-Saint-Jean, à consulter ou à se procurer des services de santé sexuelle par crainte d'être reconnus. Dans l'étude de Abu Lekham et al., (2025) visant à identifier les principaux obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes dans une communauté rurale de l'État de New York, 26,4% ont mentionné la crainte que leurs parents soient informés. Dans une autre étude qualitative réalisée dans une petite ville rurale en Australie, les personnes participantes ont souligné que les services de santé sexuelle devraient rendre l'information plus visible, facilement accessible et développée en partenariat avec différents milieux. Ils ont notamment indiqué que les jeunes pourraient recevoir de l'information en santé sexuelle dans des contextes variés comme les clubs sportifs ou les commerces à forte affluence. Les jeunes participants ont aussi mentionné une communication limitée entre les services médicaux et leur école avec très peu de collaboration visible. Un autre obstacle mentionné par les personnes participantes concernait

l'incertitude entourant les services accessibles ainsi que ceux qui étaient pris en charge ou non par le système de santé (Heslop et al., 2019).

D'autres barrières à l'utilisation des services de santé sexuelle telles que la disponibilité des transports et les contraintes financières ont été rapportées respectivement par 19,9% et 18,86% des jeunes participants dans l'étude de Abu Lekham (2025). Sur le plan socio-économique, l'Abitibi-Témiscamingue présente une proportion de ménages à faible revenu plus faible que celle observée dans l'ensemble du Québec (6,7% contre 9,3%). Cependant, malgré cette situation économique relativement favorable, la région affiche une espérance de vie plus faible que la moyenne québécoise (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2022), mettant en évidence des besoins particuliers en matière d'accès aux services de santé. En ce qui a trait au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en 2023, le PIB était de 4,7%, ce qui est inférieur au PIB de l'ensemble du Québec. De plus, la croissance du revenu disponible par habitant figure parmi les plus faibles observées au Québec. Avec un montant de 34572 CAD en 2023, le Saguenay-Lac-Saint-Jean se situe au 12^e rang des régions administratives du Québec (Institut de la Statistique du Québec, 2025).

En vue de tout cela, l'augmentation des ITSS peut être mise en lien avec les inégalités sociales de santé en Abitibi-Témiscamingue et au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

1.2.8 Limites des études consultées

Les études consultées sur la sexualité positive des jeunes ont mesuré des facteurs spécifiques de la sexualité positive comme variables dépendantes, à savoir ; le bien-être sexuel global incluant l'image corporelle, l'estime de soi et les normes équitables de genre (E. Kemigisha et al., 2018), le concept de soi sexuel incluant l'estime de soi sexuelle et corporelle, l'auto-efficacité et l'anxiété (Closson et al., 2018; Kotiuga et al., 2023). Alors que la sexualité positive regroupe plusieurs facteurs (Harden, 2014). Dans notre étude, nous allons mesurer la sexualité positive de manière intégrée et globale chez les jeunes. Certaines études ont sélectionné un sous-ensemble d'items de l'instrument de mesure utilisé (E. Kemigisha et al., 2018). Les études (E. Kemigisha et al., 2018; Kemigisha et al., 2018) concernaient un échantillon d'adolescentes et d'adolescents de 10 à 14 ans, ce qui limite la capacité d'extrapolation des résultats au-delà de cette tranche d'âge. Des études ont adopté un devis

descriptif (Kemigisha et al, 2018), limitant les auteurs à tester des associations entre les différentes variables. De plus, certaines études sur le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS avaient utilisé un questionnaire ad hoc (Mereu et al., 2022). D'autres avaient une faible taille d'échantillon (Hedayat et al., 2024).

Enfin, à notre connaissance, il n'y a aucune étude sur la sexualité positive réalisée en région éloignée. Une étude concernant le niveau de connaissance du VIH a été réalisée (Labra et al., 2017), mais celle-ci n'avait pas pris en compte les autres ITSS. De ce fait, notre étude sur la sexualité positive a été l'une des premières à être effectuée dans le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay-Lac-Saint-Jean et notre étude sur le niveau de connaissance du VIH et des ITSS viendra amplifier les données existantes sur le niveau de connaissance du VIH et communiquer des informations supplémentaires sur le niveau de connaissance des autres ITSS des jeunes des deux régions.

Considérations éthiques

Cette étude était approuvée par le comité d'éthique de la recherche (CER) avec des êtres humains de l'UQAT (#Référence : 2024-03_Labra, O.), du CER du cégep de l'Abitibi-Témiscamingue (29-08-2024), du CER du cégep de Jonquière (CER-2425-08A) et du CER du collège Alma (CER2024-14). (**Annexe 1**). Deux convenances institutionnelles ont été établies avec le cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et le cégep de Jonquière.

1.3 Objectifs de recherche

Objectif principal

Étudier la sexualité positive et le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec.

Objectifs spécifiques

- 1- Analyser les facteurs liés à la sexualité positive chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec : Abitibi-Témiscamingue et Saguenay-Lac-Saint-Jean.

- 2- Identifier les facteurs liés au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec : Abitibi-Témiscamingue et Saguenay-Lac-Saint-Jean.

II. MÉTHODOLOGIE

Dans notre mémoire, une seule et même méthodologie a été utilisée pour répondre à nos deux objectifs. De ce fait, le devis de recherche, le recrutement, l'échantillon, la collecte des données, les variables indépendantes et les analyses statistiques effectuées sont identiques.

2.1 Objectif 1

2.1.1 Devis de recherche et Population d'étude

Une étude observationnelle transversale analytique a été menée auprès d'une population composée de personnes étudiantes âgées de 17 à 24 ans, inscrites aux Cégeps de l'Abitibi-Témiscamingue ou du Saguenay-Lac-Saint-Jean au moment de l'étude, sans distinction de parcours ou du domaine d'étude. Un échantillonnage non probabiliste basé sur le volontariat a été utilisé. Dans cette étude, l'échantillonnage non probabiliste se justifie par sa pertinence méthodologique car, ce type d'échantillon peut offrir une valeur scientifique réelle lorsque la population d'étude est relativement homogène (Jager et al., 2017). Notre population d'étude a été formée de personnes étudiantes collégiales, d'un groupe d'âge restreint et qui vivaient en région éloignée. Ce degré d'homogénéité justifie l'utilisation d'un échantillon non probabiliste pour cette étude. Toutes les personnes participantes étaient capables de lire et de comprendre le français.

2.1.2 Recrutement et collecte des données

Pour cette étude, afin de maximiser le taux de participation, un comité de pilotage a été mis sur pied. Les personnes participantes étaient recrutées à travers la plateforme respective de leur Cégep. Les stratégies uniformisées de recrutement étaient assurées par la direction des Cégeps. Ainsi, une personne ressource de chaque Cégep a assuré la distribution du questionnaire auprès de toutes les personnes participantes qui répondaient aux critères d'inclusion. Les correspondantes et correspondants des Cégeps ont assuré la diffusion du questionnaire auprès des personnes participantes via la plateforme respective des Cégeps. Ainsi, pour recueillir les données de l'étude, un questionnaire autoadministré standardisé en ligne hébergé par la plateforme LimeSurvey a été utilisé. Le questionnaire a été

acheminé sous forme d'un lien par courriel aux correspondants respectifs du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, du Cégep de Jonquière et du collège Alma. Les correspondantes et correspondants des Cégeps ont ensuite acheminé le lien par courriel aux personnes étudiantes répondants à nos critères d'inclusion. De plus, des stratégies de relance étaient utilisées pour assurer un bon suivi et pour l'amélioration de la participation.

2.1.3 Variables à l'étude

Variables indépendantes

Les variables indépendantes suivantes étaient considérées dans notre analyse : l'âge (*1=inférieur à 19 ans, 2= supérieur ou égal à 19 ans*), le sexe biologique à la naissance (*1=Masculin, 2=Féminin*), l'orientation sexuelle (*1=Homosexuel.le, 2=Hétérosexue.l.el, 3=Bisexuel.le, 4=Autre*), l'appartenance ethnique (*1=Blanc.he, 2=Afro-américain.e ou Noir.e, 3=Autre*), les croyances religieuses (*1=Athée, 2=Chrétien.ne, 3=Autre*), le statut familial (*1=Vit avec les deux parents, 2=Vit dans une famille monoparentale, 3=Vit seul, 4=Vit en couple*), le Cégep (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Autre*), le parcours d'étude (*1=DEC préuniversitaire, 2= DEC-Technique, 3=Tremplin DEC et Formation continue*), le statut étudiant (*1=Étudiant.e québécois.e, 2=Étudiant.e international.e*), la région de résidence (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Autre*), la Municipalité régionale de comté (MRC) de résidence (*1=Rouyn-Noranda, 2=Saguenay, 3=Autre*) et enfin le domaine d'étude. Nous avons listé 25 domaines d'études qui ont ensuite été dichotomisés (*1=Sciences de la santé, 2=Autre*). Les personnes participantes en sciences de la santé regroupaient les personnes participantes en soins infirmiers, soins préhospitaliers d'urgence, techniques de pharmacie, techniques de physiothérapie et travail social.

Variables dépendantes

La variable dépendante de notre étude était la sexualité positive qui était mesurée à l'aide du questionnaire *Positive Sexuality Scale in Adolescence* (PSAS) (Maes et al., 2023). Le PSAS est un instrument de mesure complet, autoadministré qui permet de mesurer la sexualité positive. Le PSAS contient 22 items évalués sur une échelle Likert à 7 points (*1=Fortement en désaccord à 7=Tout à fait d'accord*). Les items représentent cinq facteurs

clés de la sexualité positive : 1) une approche positive des relations sexuelles, 2) l'acceptation de sa propre sexualité, 3) une approche respectueuse des différentes expressions sexuelles, 4) le contrôle des interactions sexuelles et 5) la résilience face aux expériences sexuelles difficiles. Le score global et le score pour chaque facteur étaient calculés à partir de la somme des items respectifs du PSAS. Par la suite, les scores du PSAS étaient dichotomisés à partir de la médiane afin d'effectuer les analyses inférentielles. Ainsi, un score inférieur ou égal à la médiane reflétait une approche moins positive de la sexualité et un score supérieur à la médiane traduisait une approche positive de la sexualité tenant compte des différents facteurs. À notre connaissance, il n'existe pas une version française du PSAS. Une traduction indépendante à double auteur (Beaton et al., 2000) a été effectuée afin d'obtenir une version française pour la collecte des données. La fiabilité interne des items des différents facteurs du PSAS était de 0,93 pour les items de l'approche positive des relations sexuelles, de 0,85 pour les items de la résilience face à des expériences sexuelles difficiles, de 0,85 pour les items de l'acceptation respectueuse des différentes expressions sexuelles et de 0,86 pour les items de l'acceptation de sa propre sexualité. Concernant le contrôle de ses propres interactions sexuelles, les deux items étaient significativement corrélés, $r=0,64$ $p<0,001$. La validité du PSAS était mesurée en comparant les scores du PSAS avec ceux du *Sexual Self-efficacy Scale* (Rostosky et al., 2008) et le *Sexual Subjectivity Inventory* (SSI) (Zimmer-Gembeck et al., 2016). Une corrélation positive respective de 0,88 et 0,55 a été retrouvée.

2.1.4 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 30. Une analyse statistique initiale a été faite pour décrire notre échantillon, repérer les valeurs aberrantes ou extrêmes. Les distributions de fréquence étaient utilisées pour les variables catégoriques. Pour les variables quantitatives (l'âge, le score global et le score des différents facteurs du PSAS), les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion étaient mesurées. Toutes les variables indépendantes étaient considérées comme des potentielles variables associées au score global ou à un facteur de la sexualité positive. Un modèle de régression logistique était utilisé pour déterminer les variables associées au score global et à chaque facteur du PSAS. Les scores du PSAS étaient dichotomisés à partir

de la médiane afin d'effectuer les analyses inférentielles. Des tests bivariés (Khi-carré) étaient utilisés pour étudier la relation entre le score global, les facteurs du PSAS et les variables indépendantes. L'existence de multicolinéarité était testée entre toutes les variables indépendantes à partir d'une matrice de corrélation. Si une corrélation supérieure à 0,25 était retrouvée entre deux variables, celle avec un p-value plus significatif était considérée dans l'analyse multivariée. Dans le modèle final, seules les variables avec un $p < 0,05$ étaient retenues. L'adéquation du modèle a été mesurée par le test de Hosmer Lemeshow.

2.2 Objectif 2

2.2.1 Devis de recherche

Pour répondre à l'objectif de recherche, une étude observationnelle transversale analytique a été réalisée.

2.2.2 Collecte des données

Un questionnaire autoadministré était mis en ligne via la plateforme LimeSurvey. Ce questionnaire était distribué auprès des personnes participantes éligibles à l'aide d'un lien voyant. L'envoi du questionnaire aux personnes participantes était assuré par l'administration respective des Cégeps. Le questionnaire en ligne contenait un formulaire d'informations et une question sur le consentement était obligatoire avant de pouvoir accéder aux questions du sondage.

2.2.3 Population à l'étude

Les personnes participantes ont été sélectionnées selon un mode d'échantillonnage non aléatoire. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 17 à 24 ans, être inscrit au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue ou l'un des Cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean (deux provinces éloignées du Québec) au moment de l'étude et être capable de lire et de comprendre le français. La population d'étude présentait un certain niveau d'homogénéité car il s'agissait de personnes étudiantes collégiales, d'un groupe d'âge restreint et qui vivaient en région

éloignée, ce qui limite la présence de biais de sélection et de problème d'extrapolation des résultats (Jager et al., 2017). Ainsi, 719 personnes participantes étaient retrouvées dans la base de données exportées via LimeSurvey. Cependant, 41 personnes participantes n'avaient pas donné le consentement, 36 avaient plus de 24 ans, 151 n'avaient pas indiqué leur âge et une personne participante n'avait pas mentionné son Cégep. Ainsi, un total de 229 personnes participantes ne répondait pas aux critères d'inclusion. Donc, la population d'étude était formée de 490 personnes participantes qui répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen (É-T) de l'échantillon était 19,23 (1,52) ans, 70,90% étaient des filles et 77,14% hétérosexuels. L'échantillon était en majorité blanc à 89,59%, composé de personnes étudiantes québécoises à 94,90% et la moitié était athée. Le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue était représenté à 84,69% et la moitié était en DEC-Technique. Ensuite, 55,31% des personnes participantes vivaient avec leurs deux parents, 83,16% résidaient en Abitibi-Témiscamingue et 46,01% dans la MRC de Rouyn-Noranda.

2.2.4 Variables à l'étude

Variables indépendantes

Nous avons mesuré les variables indépendantes suivantes : l'âge (*1=inférieur à 19 ans, 2=supérieur ou égal à 19 ans*), le sexe biologique à la naissance (*1=Masculin, 2=Féminin*), l'orientation sexuelle (*1=Homosexuelle, 2=Hétérosexuel.le, 3=Bisexuelle, 4=Autre*), l'appartenance ethnique (*1=Blanche, 2=Afro-américain.e ou Noir.e, 3=Autre*), les croyances religieuses (*1=Athée, 2=Chrétien.ne, 3=Autre*), le statut familial (*1=Vit avec les deux parents, 2=Vit dans une famille monoparentale, 3=Vit seul, 4=Vit en couple*), le cégep (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Autre*), le parcours d'étude (*1=DEC préuniversitaire, 2= DEC-Technique, 3=Tremplin DEC et Formation continue*), le statut étudiant (*1=Étudiant.e québécois.e, 2=Étudiant.e international.e*), la région de résidence (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Autre*), la Municipalité Régionale de Comté (MRC) de résidence (*1=Rouyn-Noranda, 2=Saguenay, 3=Autre*) et enfin le domaine d'étude. Nous avons listé 25 domaines d'études qui ont ensuite été dichotomisés (*1=Sciences de la santé, 2=Autre*). Les personnes participantes en sciences de la santé regroupaient les personnes

participantes en soins infirmiers, soins préhospitaliers d'urgence, techniques de pharmacie, techniques de physiothérapie et travail social.

Variables dépendantes

Les variables dépendantes de l'étude étaient le niveau de connaissance du VIH et des ITSS. Le niveau de connaissance du VIH était mesuré par le *Brief HIV Knowledge Questionnaire* (HIV-KQ-18) (Carey & Schroder, 2002), dans sa version française adaptée (Labra et al., 2017). Le HIV-KQ-18 est un instrument autoadministré qui sert à évaluer les connaissances nécessaires à la prévention du VIH et adapté à une population avec un faible niveau de littératie. Le HIV-KQ-18 compte 18 items évalués à l'aide d'une échelle nominale (Vrai, Faux, Je ne sais pas). Une note de 1 point était attribuée aux bonnes réponses, une note de 0 était attribuée aux mauvaises réponses et les réponses « Je ne sais pas » étaient considérées comme étant de mauvaises réponses. Le HIV-KQ-18 montre une bonne validité convergente vis-à-vis du STD-KQ ($r=0,64$ $p<0,01$) (Carey & Schroder, 2002). Les scores totaux de connaissance du VIH s'étendent de 0 à 18. Un score inférieur ou égal à 13 traduisait un faible niveau de connaissance, tandis qu'un score supérieur à 13 indiquait un bon niveau de connaissance du VIH (Wagenaar et al., 2012).

Le niveau de connaissance des autres ITSS était mesuré par le *Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire* (STD-KQ) (Jaworski & Carey, 2007). C'est un instrument autoadministré qui mesure les connaissances sur six ITSS : la chlamydia, l'herpès génital, la gonorrhée, l'hépatite B, le VIH et le VPH. Le STD-KQ compte 27 items évalués chacun par une échelle nominale (Vrai, Faux, Je ne sais pas). Une note de 1 point était attribuée aux bonnes réponses, une note de 0 était attribuée aux mauvaises réponses et les réponses « Je ne sais pas » étaient considérées comme étant de mauvaises réponses. Par la suite, tous les items étaient additionnés pour créer un score total de 0 à 27, un score plus élevé indiquait un bon niveau de connaissance des ITSS. Le STD-KQ a une fiabilité test-retest à deux semaines d'intervalle ($r = 0,88$ $p<0,01$). Le STD-KQ présente une cohérence interitems de 0,86 et une validité convergente de 0,64 $p<0,01$ avec le HIV-KQ-18.

En l'absence d'un seuil de référence dans la littérature, le 3^e quartile (près de deux tiers des bonnes réponses) du score du niveau de connaissance des ITSS des personnes participantes était utilisé comme cut-off dans notre étude. Un score supérieur au 3^e quartile était considéré comme étant un bon niveau de connaissance des ITSS.

2.2.5 Analyse des données

Le logiciel IBM SPSS version 30 a été utilisé afin d'effectuer les analyses statistiques. Des analyses descriptives étaient réalisées afin de décrire l'échantillon. Les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion étaient effectuées pour les variables quantitatives. Les distributions de fréquence ont été calculées pour les variables catégoriques. La différence de moyenne était calculée en utilisant le test T de Student quand les conditions d'application du test étaient réunies et le test ANOVA était utilisé pour les variables normalement distribuées ayant plus de deux échantillons indépendants. Des tests bivariés (Khi-carré) étaient utilisés pour étudier la relation entre le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS et les variables indépendantes. Un modèle de régression logistique était utilisé pour les variables associées au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS. La présence de multicollinéarité a été vérifiée entre toutes les variables indépendantes au moyen d'une matrice de corrélation. Lorsqu'une corrélation supérieure à 0,25 était observée entre deux variables, celle présentant la valeur de p la plus significative était retenue pour l'analyse multivariée. Seules les variables avec une valeur de p inférieure à 0,05 ont été conservées dans le modèle final. L'ajustement du modèle a été évalué à l'aide du test de Hosmer Lemeshow.

III. RÉSULTATS

3.1 Article 1

Factors associated with positive sexuality in young people enrolled in post-secondary colleges in Abitibi-Témiscamingue and Saguenay-Lac-Saint-Jean, two remote regions of Quebec, Canada

Auteurs :

Deliscart, Dahana Marie Luberne¹, Sangaré Mohamed N'dongo¹, Labra, Oscar¹

Affiliations:

¹Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

État actuel de l'article : Cet article a été soumis à la revue *The journal of sex research*

Contribution de l'étudiant : La contribution de l'étudiante comprend : la réalisation de la recension des écrits, la rédaction du protocole de recherche, la collecte de données, l'analyse des données et la rédaction du 1^{er} draft de l'article. Tous ces travaux ont été réalisés sous la supervision directe et permanente du directeur de recherche Mohamed N'dongo Sangaré et du codirecteur Oscar Labra. La version finale de l'article a été approuvée par tous les coauteurs avant sa soumission.

Corresponding author:

Oscar Labra, T.S., Ph. D.

Professeur titulaire

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, QC, Canada

Courriel : Oscar.labra@uqat.ca

Abstract

Positive sexuality constitutes an essential aspect of sexual health, favoring personal fulfillment, autonomy, and responsible sexual behaviors. Research on its determinants remains limited, particularly as concerns young people residing in remote regions. The present study aims to examine factors associated with positive sexuality among students attending CEGEPs (post-secondary colleges) in the remote Quebec regions of Abitibi-Témiscamingue and Saguenay–Lac-Saint-Jean. A total of 490 participants answered a self-administered questionnaire, providing sociodemographic data and completing the Positive Sexuality Adolescence Scale (PSAS), which assessed five factors: positive approach to sexual relationships, resilience against challenging sexuality-related experiences, control over sexual experiences, respectful approach to different sexual expressions, and acceptance of one's own sexuality. The mean age of participants \pm SD was 19.2 ± 1.5 years; 70.9 % identified as female; 77.1 % identified as heterosexual. The median PSAS score was 123.5 [IQR: 118.0–129.0]. Religious beliefs were negatively associated with overall PSAS scores $p=0.02$ but positively associated with resilience against challenging sexuality-related experiences $p=0.02$. Biological sex at birth was significantly associated with control over sexual experiences $p=0.01$ and acceptance of one's own sexual identity $p<0.001$. These results underline the influence of sex and religion in the development of positive sexuality in young people.

Key words: positive sexuality, sexual behaviors, young people, post-secondary students.

INTRODUCTION

Positive sexuality is increasingly adopted as a perspective on sexual fulfillment and satisfaction that focuses on individuals' own perceptions of their various sexual practices and modes of expression (Andreoli et al., 2024; Pitts & Greene, 2020; Williams & Prior, 2025). In defining sexual health, The World Health Organization (WHO) emphasizes the need to adopt a positive and respectful approach to sexuality and sexual relations (World Health Organization, 2015). Correspondingly, positive sexuality encourages free, fulfilling, and satisfying sexual experiences as essential components of individuals' wellbeing and self-realization (Mitchell et al., 2021; Williams et al., 2015). A positive sexuality, moreover, is one that integrates the positive aspects of sexuality, including, among others: sexual satisfaction, sexual self-efficacy, sexual self-esteem, and sexual pleasure (Anderson, 2013; del Mar Sánchez-Fuentes & Sierra, 2015; Lorimer et al., 2019).

Positive sexuality favors the development of social, emotional, and cognitive skills (Harden, 2014; Maes et al., 2023). These skills contribute to young people's overall wellbeing and allow them to feel comfortable in their bodies, their sexuality, and their relationships (Kotiuga et al., 2022; Kwok & Kwok, 2023; Michielsen et al., 2016). Favoring positive sexual development and positive self-perception has both short- and long-term benefits (Abrams et al., 2023). Consequently, positive sexuality represents a key concept for health promotion and can play a significant role in health improvement (Flynn et al., 2016; Gianotten et al., 2021), particularly in relation to aspects of sexual behavior in young people (Glasper, 2017).

Studies have shown that positive sexuality favors healthy sexual behaviors (Evans-Paulson et al., 2021; Ford et al., 2017) and improves sexual health (Anderson, 2013; Vasconcelos et al., 2024). For example, expressing sexual preferences and desires with one's partner plays an essential role in the ability to make informed decisions in order to maintain sexual health (Harden, 2014). However, the literature remains limited in terms of studies of positive sexuality (Bond & Ford, 2024).

To our knowledge, very few studies of positive sexuality have comprehensively assessed its relevant factors, particularly in Quebec's remote regions. One study of positive

sexuality, conducted in nine secondary schools in the region of Quebec City, focused exclusively on psychosocial skills and sexual self-concept in young people (Kotiuga et al., 2023). Studies of positive sexuality have also been conducted in southwestern Uganda, centering on specific factors, such as overall sexual wellbeing (Kemigisha et al., 2018), as well as in South Africa, centering on sexual self-concept (Closson et al., 2018). Yet positive sexuality involves a diversity of factors (Harden, 2014). The present study seeks to assess positive sexuality in young people within a comprehensive and integrated approach. Specifically, our aim is to analyze the factors linked with positive sexuality in young people attending CEGEPs (Collège d'enseignement général et professionnel [College of General and Professional Education]—post-secondary college system exclusive to Quebec) in two remote regions of Quebec: Abitibi-Témiscamingue and Saguenay-Lac-Saint-Jean.

METHODOLOGY

Study design and population

A cross-sectional observational analytical study was conducted. The study was carried out in French, the language of instruction in the participating CEGEPs. The study population consisted of young people aged 17–24, enrolled in CEGEPs in the Abitibi-Témiscamingue or Saguenay-Lac-Saint-Jean regions (province of Quebec, Canada) at the time of data collection, without distinction of program of study. In this study, non-probability sample is justified by its methodological relevance because this type of sample can offer real scientific value when the study population is relatively homogeneous (Jager et al., 2017). Our study population consisted of college students, a limited age group living in remote regions. This degree of homogeneity justifies the use of a non-probability sample for this study.

Participant recruitment and data collection

A steering committee was formed to oversee the study. Study data were collected through a self-administered standardized questionnaire accessible online through the LimeSurvey platform. The survey was delivered, in the form of an online link, to the respective correspondents at the CEGEPs of Abitibi-Témiscamingue and Jonquière as well as Alma

College, who ensured that the questionnaires were distributed among participants fulfilling the study inclusion criteria.

Study variables

Independent variables

The following independent variables were included in the analysis: age (*1=below 19, 2=equal to or above 19*), biological sex at birth (*1=Male, 2=Female*), sexual orientation (*1=Homosexual, 2=Heterosexual, 3=Bisexual, 4=Other*), ethnicity (*1=White, 2=Afro-American or Black, 3=Other*), religious beliefs (*1=Atheist, 2=Christian, 3=Other*), family status (*1=Living with both parents, 2=Living in a single-parent family, 3=Living alone, 4=Living with a partner*), CEGEP of attendance (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Other*), study program (*1=pre-university diploma, 2=technical diploma, 3=college preparation and continuing education*), student status (*1=Domestic Quebec student, 2=International student*), region of residence (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Other*), the Regional county municipality (RCM) of residence (*1=Rouyn-Noranda, 2=Saguenay, 3=Other*), and, finally, field of study. We identified 25 distinct fields of study, which were dichotomized for the purposes of analysis (*1=Health sciences, 2=Other*). Participants studying in health sciences included those enrolled in nursing, prehospital emergency care, pharmacy studies, physiotherapy, and social work.

Dependent variables

The dependent variable considered in the study was positive sexuality, assessed through the *Positive Sexuality Scale in Adolescence* (PSAS) questionnaire (Maes et al., 2023). The PSAS is a comprehensive self-administered measuring instrument allowing for assessments of positive sexuality. The questionnaire consists of 22 items evaluated on a 7-point Likert scale (*1=Strongly disagree to 7=Completely agree*). The items represent five key factors of positive sexuality: 1) Positive approach to sexual relationships (7 items); 2) Resilience against challenging sexuality-related experiences (5 items); 3) control over sexual experiences (2 items); 4) respectful approach to different sexual expressions (4 items); 5) acceptance of one's own sexuality (4 items). Overall scores and scores for each

factor were calculated based on the sum of respective PSAS items. The PSAS scores were then dichotomized, based on the median, for the purposes of inferential analyses. Scores lower than or equal to the median represented less positive approaches to sexuality, while scores above the median indicated positive approaches to sexuality. To our knowledge, there exists no French-language version of the PSAS. Therefore, two of the article authors (M.S. and O.L.) produced a French translation suitable for data collection among a French-speaking population (Beaton et al., 2000).

The internal reliability of items related to the factors assessed through the PSAS was: 0.93 for items related to a positive approach to sexual relations; 0.85 for those linked with resilience against challenging sexuality-related experiences; 0.85 for items relating to respectful approaches toward different modes of sexual expression; and 0.86 for those associated with acceptance of one's own sexuality. As concerns the factor of control over sexual experiences, the two items were significantly correlated $r=0.64$; $p<0.001$. The validity of the PSAS was measured by comparing the scores with those of the *Sexual Self-efficacy Scale* (Rostosky et al., 2008) and the *Sexual Subjectivity Inventory* (SSI) (Zimmer-Gembeck et al., 2016), producing positive correlations of 0.55 and 0.88 respectively.

Statistical analysis

Statistical analyses were carried out using SPSS version 30 software. An initial statistical analysis was conducted in order to describe the sample and to identify outlying or extreme values. Frequency distributions were used for categorical variables. Measures of central tendency and dispersion were calculated for quantitative variables (age, overall PSAS scores, individual factor scores). All independent variables were considered as potentially associated with the overall score or with individual factors of positive sexuality. A logistic regression model was used to determine the variables associated with the overall score and with each PSAS factor. The PSAS scores were then dichotomized based on the median for the purposes of inferential analyses. Bivariate chi-square tests were used to evaluate the relationships between the overall score, individual PSAS factors, and independent variables. The presence of multicollinearity was tested between all independent variables using a correlation matrix. If a correlation higher than 0.25 was found between any two

variables, the variable with the more significant p-value was included in the multivariate analysis. Only variables with a $p < 0.05$ were retained in the final model. Model adequacy was assessed using the Hosmer Lemeshow test.

Ethical considerations

The study protocol was approved by the research ethics committees of Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) (2024-03_Labra, O.), the CEGEP of Abitibi-Témiscamingue (29-08-2024), the CEGEP of Jonquière (CER-2425-08A), and Alma College (CER2024-14).

RESULTS

A total of 719 participants were identified within the database extracted from LimeSurvey. Of this number, 229 were excluded because they did not satisfy the inclusion criteria. Consequently, the study population consisted of 490 participants aged 17–24 and attending the CEGEP of Abitibi-Témiscamingue, or the CEGEP of Jonquière, or Alma College at the time of data collection (Figure 1).

Participant characteristics are given in Table 1. The average age \pm SD of the study population was 19.2 ± 1.5 years. In the sample, 70.9% of participants were female, 77.1% reported heterosexual orientation, 89.6% identified as White, and half considered themselves to be atheist. The majority of participants 84.7% attended the CEGEP of Abitibi-Témiscamingue, 52.9% were enrolled in a technical diploma program, 94.9% were domestic Quebec students, and 23.3% were studying health sciences. Moreover, 55.3% were living with two parents, while 83.2% were residents of Abitibi-Témiscamingue and 46.5% of the Rouyn-Noranda RCM.

The PSAS questionnaire was completed in its entirety by 370 participants. The median overall PSAS score was 123.5 [118.0–129.0]. The median scores of factors 1 through 5 were, respectively: 41.0 [40.0–42.0]; 24.0 [20.0–28.0]; 12.0 [10.0–14.0]; 22.0 [21.0–22.0]; and 27.0 [25.0–28.0] (Table 2). For the overall PSAS score, in bivariate analysis using the chi-square test, the religious beliefs and RCM of residence variables were retained in the multivariate model. Logistic regression showed a statistically significant association

between religious beliefs and the overall PSAS score OR=0.5; CI95% 0.3–0.9; p=0.024 (Table 3). Model adequacy was evaluated using the Hosmer-Lemeshow test $\chi^2=10.9$; ddl=5; p=0.052.

For PSAS Factor 1 (Positive approach to sexual relations), based on the chi-square test, the ethnicity and religious beliefs variables were retained in the multivariate model. In logistic regression, a statistically significant association was found with ethnicity OR=0.2; CI95% 0.1-0.9; p=0.039 (Table 4). The adequacy of the logistic regression model evaluated through the Hosmer-Lemeshow test was: $\chi^2=3.0$; ddl=4; p=0.556.

For PSAS Factor 2 (Resilience against challenging sexuality-related experiences), the variables selected in bivariate analysis for inclusion in the multivariate model were: sexual orientation, ethnicity, religious beliefs, program of study, student status, and RCM of residence. In logistic regression, a statistically significant association was found with religious beliefs OR=1.7; CI95% 1.1–2.8; p=0.021 (Table 5). The Hosmer-Lemeshow test result was: $\chi^2=4.0$; ddl=5; p=0.549.

For PSAS Factor 3 (Control over sexual experiences), the variables selected in bivariate analysis for inclusion in the multivariate model were: age, sex, religious beliefs, CEGEP of attendance, student status, region of residence, and RCM of residence. In logistic regression, a statistically significant association was found with biological sex at birth OR=1.7; CI95% 1.1–2.8; p=0.016, student status OR=3.0; CI95% 1.1–8.0; p=0.025, and region of residence OR=0.4; CI95% 0.2–0.7; p=0.003 (Table 6). The Hosmer-Lemeshow test result was: $\chi^2=3.4$; ddl=3; p=0.329.

For PSAS Factor 4 (Respectful approach to different sexual expressions), the variables selected in bivariate analysis for inclusion in the multivariate model were ethnicity, family status, student status, and RCM of residence. In logistic regression, a statistically significant association was found with the RCM of residence OR=2.0; CI95% 1.0–4.2; p=0.042 (Table 7). The Hosmer-Lemeshow test result was: $\chi^2=0.8$; ddl=2; p=0.667.

For PSAS Factor 5 (Acceptance of one's own sexuality), the variables selected in bivariate analysis for inclusion in the multivariate model were: sex, sexual orientation, ethnicity,

CEGEP of attendance, family status, and region of residence. In logistic regression, a statistically significant association was found with biological sex at birth OR=0.4; CI95% 0.2–0.6; $p < 0.001$ (Table 8). The Hosmer-Lemeshow test result was: $\chi^2=0.2$; $ddl=3$; $p=0.966$.

DISCUSSION

The present study analyzed factors linked with positive sexuality in young people attending CEGEPs (post-secondary colleges) in the Abitibi-Témiscamingue and Saguenay-Lac-Saint-Jean regions of the province of Quebec, Canada. The study results show that participants holding religious beliefs were less likely to adopt a positive sexuality (overall PSAS score) than were participants identifying as atheist. In terms of individual PSAS factors, Afro-American/Black participants presented less positive approaches to sexual relationships (Factor 1), while Christian participants manifested better resilience against challenging sexuality-related experiences (Factor 2). Male and international student participants presented higher control over sexual experiences (Factor 3) in contrast with participants living in a region other than Abitibi-Témiscamingue, who manifested less control over sexual experiences. Furthermore, participants residing in a RCM other than Rouyn-Noranda demonstrated more respectful approaches to different sexual expressions (Factor 4), while male participants were less likely to accept their own sexuality (Factor 5).

Multiple previous studies had not considered religious beliefs as an independent variable (Closson et al., 2018; Kemigisha et al., 2018; Kotiuga et al., 2023). A study by Kågesten et al. (2021) is the only one to have found elevated levels of body satisfaction among highly religious participants, both among males OR=1.40; CI95% 1.04–1.90; $p < 0.05$ and females OR=1.43; CI95% 1.13–1.81; $p < 0.001$. It should be noted that a majority of the study population identified as Muslim (63.2% of the sample). Moreover, Metusela et al. (2017) state that sociocultural factors, including religious traditions, influence sexuality and may constitute barriers preventing young people from accessing reliable and comprehensive information on sexuality. It is worth noting that although Afro-American/Black

participants presented less positive approaches to sexual relationships (PSAS Factor 1) than did their White counterparts, they also represented only 4.1% of the sample.

As concerns resilience against challenging sexuality-related experiences (PSAS Factor 2), higher levels were noted among Christian, compared with atheist, participants. In the study by Gower (2020), divine support was positively associated with resilience after sexual abuse in adolescents $r=0,14$, $p=0,001$. The influence of religion on resilience in the face of difficult sexual experiences can be explained by two factors. Firstly, it is evident that religious faith has the capacity to assign a positive value to challenging experiences, which are perceived as a stage of personal growth or an opportunity for a new beginning (Ahrens et al., 2010). However, this resilience can also be explained by the fear of being judged or stigmatised (Meherali et al., 2021). In terms of control over sexual experiences (Factor 3) two factors may explain better control among male, as compared with female, participants: men appear more favorable toward expressing sexual desires (Frankenbach et al., 2022) and are less exposed to pressures and physical threats (Brown & Mazuy, 2021; Gana et al., 2023; Li et al., 2023). However, Kågesten et al. (2021) reported that male participants were less likely than their female counterparts to say “no” to unwanted sexual experiences 50.5% vs 62.5%; $p<0,001$.

Residing in a RCM other than Rouyn-Noranda, which is the regional urban centre of Abitibi-Témiscamingue, was more frequently associated with respectful approaches to different sexual expressions (PSAS Factor 4). These results diverge from those found in the literature, which tend to show that young people in rural contexts have more negative experiences surrounding sexuality and sexual orientation than do their counterparts in urban settings (GLSEN, 2012, as cited in Schroth, 2018).

Finally, male participants appeared less likely than female participants to accept their own sexuality (PSAS Factor 5). This result parallels those reported by Kemigisha et al. (2018), whose study found that girls had better self-esteem than did boys in a sample of 10–14-year-olds 46.4% vs 34.6%; $p<0,0001$.

Given the relatively low representation of the CEGEP of Saguenay-Lac-Saint-Jean and Alma College in the sample, a comparative analysis of participants enrolled in these two

institutions could not be carried out. Sensitivity analyses were therefore conducted with participants from the CEGEP of Abitibi-Témiscamingue. Results similar to the overall sample were found for the overall PSAS score, positive approaches to sexual relationships (Factor 1), control over sexual experiences (Factor 3), and acceptance of one's own sexuality (Factor 5). However, divergent results were obtained for PSAS factors 2 (resilience against challenging sexuality-related experiences) and 4 (respectful approach to different sexual expressions). Consequently, it is not possible to extrapolate the findings of this study to the broader population under study. Moreover, the participation rate was notably low for both Alma College and Jonquière CEGEP. This may result in non-response bias, thereby limiting the generalizability of the results obtained.

These results demonstrate that positive sexuality does not develop in a uniform manner, but is rather modulated by complex cultural, social, and identity contexts. Religion, for example, appears to play a dual role: although it is associated with lower overall acceptance of sexuality, it can also favor resilience against challenging sexuality-related experiences. Furthermore, significant differences associated with biological sex at birth emerge from the data in relation to control over sexual experiences (higher scores among male participants) and acceptance of one's own sexuality (higher scores among female participants), suggesting that the influence of gendered social norms remains persistent.

The present study contains a number of strengths. First, it assessed positive sexuality overall through a questionnaire assessing five key factors. Second, the participants were recruited from a population of students attending post-secondary education institutions in northern Quebec. Our study is therefore among the first to assess positive sexuality among young people in remote regions in the province of Quebec.

The present study also presents certain limitations which must be considered. Given that an online questionnaire was used to collect the data, self-selection bias must be taken into account, since some students may have participated based on specific academic interests or personal affinity with the study subject of positive sexuality. Moreover, the sample was predominantly composed of White and domestic Quebec students and overrepresented the CEGEP of Abitibi-Témiscamingue. These factors may limit the generalizability of our

findings with respect to other sociodemographic characteristics of the study population. In addition, the self-administered questionnaire may introduce information biases, including social desirability bias, given that PSAS questions reflect sexual experiences and behaviors. This information bias is non-differential and may result in an underestimation of the effect of the independent variable (positive sexuality) on the dependent variables. Finally, the cross-cutting nature of our study limits its capacity to detect a causal relationship between dependent and independent variables.

In terms of directions for further research, qualitative and longitudinal studies are necessary to understand more fully the mechanisms underlying the differentiated influence of certain sociodemographic factors on key dimensions of positive sexuality in order to better guide public policy and educational practice within a perspective of sexual health promotion for young people.

Conclusion

The present reveals the differentiated influence of certain sociodemographic factors, notably religious beliefs, sex, and regional municipality of residence, on key dimensions of positive sexuality among young people attending CEGEPs (post-secondary colleges) in two remote regions of Quebec. These findings underline the need to develop sexual education programs that are comprehensive, intersectional (interaction among multiple factors: social, economic, cultural and territorial), and adapted to the realities of young people living in remote regions. Ultimately, a sensitive approach to religious identity, and regional specificities is essential in order to foster positive sexuality among this demographic.

Acknowledgements

The authors would like to thank the research ethics committees of Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, the CEGEP of Abitibi-Témiscamingue, the CEGEP of Jonquière, and Alma College for their approval of the present study and their collaboration in the collection of data. We also thank all participants for their contribution to the study.

Author contributions

Each of the authors of the present work contributed directly to its design and completion (D. D, S. N. M, L. O.), or data collection (D. D.), or data management and analysis (D. D, S. N. M), or result interpretation (D. D, S. N. M, L. O.). All authors have read, revised, and approved the submitted version.

Conflicts of interest

No potential conflicts of interest were reported by the authors.

Funding

The present study was supported by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) [#Reference: 190836].

References

- Abrams, R., Nordmyr, J., & Forsman, A. K. (2023). Promoting sexual health in schools: a systematic review of the European evidence. *Front Public Health*, *11*, 1193422. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193422>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, *56*(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andreoli, G., Rafanelli, C., Gremigni, P., Hofmann, S. G., & Casu, G. (2024). Positive sexuality, relationship satisfaction, and health: a network analysis [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, *Volume 15* - 2024. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1420148>
- Bond, J. C., & Ford, J. V. (2024). A call for sex-positive epidemiology. *Am J Epidemiol*, *193*(9), 1205-1210. <https://doi.org/10.1093/aje/kwae054>
- Brown, E., & Mazuy, M. (2021). Violences conjugales subies par les femmes. Persistance du continuum des violences et de l'asymétrie de genre. *Terrains/Théories*(14).
- Closson, K., Dietrich, J. J., Lachowsky, N. J., Nkala, B., Palmer, A., Cui, Z., Chia, J., Hogg, R. S., Gray, G., Miller, C. L., & Kaida, A. (2018). Gender, Sexual Self-Efficacy and Consistent Condom Use Among Adolescents Living in the HIV Hyper-Endemic Setting of Soweto, South Africa. *AIDS Behav*, *22*(2), 671-680. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1950-z>
- del Mar Sánchez-Fuentes, M., & Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: The role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. *Sexual and Relationship Therapy*, *30*(2), 226-242.
- Evans-Paulson, R., Widman, L., Brasileiro, J., Maheux, A. J., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining the link between sexual self-concept and sexual communication among adolescents. *Communication quarterly*, *69*(5), 525-543.
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A., & Weinfurt, K. P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The journal of sexual medicine*, *13*(11), 1642-1650.
- Ford, J. V., Ivankovich, M. B., Douglas, J. M., Jr., Hook, E. W., 3rd, Barclay, L., Elders, J., Satcher, D., & Coleman, E. (2017). The Need to Promote Sexual Health in

- America: A New Vision for Public Health Action. *Sex Transm Dis*, 44(10), 579-585. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000660>
- Frankenbach, J., Weber, M., Loschelder, D. D., Kilger, H., & Friese, M. (2022). Sex drive: Theoretical conceptualization and meta-analytic review of gender differences. *Psychological Bulletin*, 148(9-10), 621.
- Gana, K., Dulin, N., & Hebrard, L. (2023). La violence conjugale en population estudiantine: y a-t-il une symétrie de genre? *Psychologie Française*, 68(2), 227-245.
- Gianotten, W. L., Alley, J. C., & Diamond, L. M. (2021). The health benefits of sexual expression. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 478-493.
- Glasper, E. A. (2017). Promoting Optimum Sexual Health of Children and Young People. *Compr Child Adolesc Nurs*, 40(3), 137-141. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1348754>
- Harden, K. P. (2014). A Sex-Positive Framework for Research on Adolescent Sexuality. *Perspect Psychol Sci*, 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Kågesten, A. E., Pinandari, A. W., Page, A., Wilopo, S. A., & van Reeuwijk, M. (2021). Sexual wellbeing in early adolescence: a cross-sectional assessment among girls and boys in urban Indonesia. *Reprod Health*, 18(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01199-4>
- Kemigisha, E., Nyakato, V. N., Bruce, K., Ndaruhutse Ruzaaza, G., Mlahagwa, W., Ninsiima, A. B., Coene, G., Leye, E., & Michielsen, K. (2018). Adolescents' Sexual Wellbeing in Southwestern Uganda: A Cross-Sectional Assessment of Body Image, Self-Esteem and Gender Equitable Norms. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020372>
- Kotiuga, J., Vaillancourt-Morel, M. P., Yampolsky, M. A., & Martin, G. M. (2023). Adolescents' Self Perceptions: Connecting Psychosocial Competencies to the Sexual Self-Concept. *J Sex Res*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2222285>
- Kotiuga, J., Yampolsky, M. A., & Martin, G. M. (2022). Adolescents' perception of their sexual self, relational capacities, attitudes towards sexual pleasure and sexual practices: a descriptive analysis. *Journal of youth and adolescence*, 51(3), 486-498.

- Kwok, K., & Kwok, D. K. (2023). Community matters: barriers and opportunities to sexual health and sexuality education of young female migrants in Hong Kong. *Front Psychol*, *14*, 1270885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1270885>
- Li, L., Shen, X., Zeng, G., Huang, H., Chen, Z., Yang, J., Wang, X., Jiang, M., Yang, S., & Zhang, Q. (2023). Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC women's health*, *23*(1), 196.
- Lorimer, K., DeAmicis, L., Dalrymple, J., Frankis, J., Jackson, L., Lorgelly, P., McMillan, L., & Ross, J. (2019). A rapid review of sexual wellbeing definitions and measures: should we now include sexual wellbeing freedom? *The Journal of Sex Research*, *56*(7), 843-853.
- Maes, C., Trekels, J., Impett, E., & Vandenbosch, L. (2023). The Development of the Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS). *J Sex Res*, *60*(1), 45-61. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.2011826>
- Meherali, S., Salami, B., Okeke-Ihejirika, P., Vallianatos, H., & Stevens, G. (2021). Barriers to and facilitators of South Asian immigrant adolescents' access to sexual and reproductive health services in Canada: a qualitative study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *30*(3), 329-338.
- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med*, *24*(6), 836-845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>
- Michielsen, K., De Meyer, S., Ivanova, O., Anderson, R., Decat, P., Herbiet, C., Kabiru, C. W., Ketting, E., Lees, J., Moreau, C., Tolman, D. L., Vanwesenbeeck, I., Vega, B., Verhetsel, E., & Chandra-Mouli, V. (2016). Reorienting adolescent sexual and reproductive health research: reflections from an international conference. *Reprod Health*, *13*, 3. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0117-0>
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*, *6*(8), e608-e613. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00099-2)
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique*.
- Pitts, R. A., & Greene, R. E. (2020). Promoting Positive Sexual Health. *Am J Public Health*, *110*(2), 149-150. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305336>

Schroth, R. K. (2018). Growing up gay in small towns, farm communities, urban centers, and suburban neighborhoods. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk: Problems and Solutions*, 57-74.

Vasconcelos, P., Carrito, M. L., Quinta-Gomes, A. L., Patrão, A. L., Nóbrega, C. A., Costa, P. A., & Nobre, P. J. (2024). Associations between sexual health and well-being: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 102(12), 873-887d. <https://doi.org/10.2471/blt.24.291565>

Williams, D., & Prior, E. E. (2025). Introduction: Toward Solutions: The Transition from Sex-Negativity to Positive Sexuality. In *Positive Sexuality* (pp. 1-16). Routledge.

Williams, D., Thomas, J. N., Prior, E. E., & Walters, W. (2015). Introducing a multidisciplinary framework of positive sexuality. *Journal of Positive Sexuality*, 1(1), 6-11.

Tableau 1 : Characteristics of study participants (N=490)

Participant characteristics	N (%)
Age	
• < 19 years	260 (53.1)
• ≥ 19 years	230 (46.9)
Biological sex at birth	
• Female	346 (70.9)
• Male	142 (29.1)
Sexual orientation	
• Homosexual	15 (3.1)
• Heterosexual	378 (77.1)
• Bisexual	72 (14.7)
• Other	25 (5.1)
Ethnicity	
• White	439 (89.6)
• Afro-American/Black	20 (4.1)
• Other	31 (6.3)
Religious beliefs	
Atheist	246 (50.2)
Christian	136 (27.8)
Other	108 (22.0)
CEGEP	
• Abitibi-Témiscamingue	415 (84.7)
• Jonquière	34 (6.9)
• Alma	41 (8.4)
Family status	
• Living with both parents	271 (55.3)
• Living in a single-parent family	62 (12.7)
• Living alone	113 (23.1)
• Living with a partner	44 (8.9)
Program of study	
• Pre-university diploma	191 (39.1)
• Technical diploma	258 (52.9)
• College preparation/Continuing education	39 (8.0)
Student status	
Domestic Quebec student	465 (94.9)
International student	25 (5.1)
Field of study	
Health sciences	114 (23.3)
Other	376 (76.7)
Region of residence	
Abitibi-Témiscamingue	405 (83.2)
Other	82 (16.8)
RCM of residence	
Rouyn-Noranda	226 (46.5)
Saguenay	30 (6.2)
Other	230 (47.3)

Abbreviations : CEGEP, post-secondary colleges ; RCM, regional county municipality

Tableau 2 : Score of PSAS

Score global PSAS	
Median [25%–75%]	123.5 [118.0–129.0]
Factor 1 Score	
Median [25%–75%]	41.0 [40.0–42.0]
Factor 2 Score	
Median [25%–75%]	24.0 [20.0–28.0]
Factor 3 Score	
Median [25%–75%]	12.0 [10.0–14.0]
Factor 4 Score	
Median [25%–75%]	22.0 [21.0–22.0]
Factor 5 Score	
Median [25%–75%]	27.0 [25.0–28.0]

Abbreviations : PSAS, positive sexuality in adolescence scale

Tableau 3 : Relationship between independent variables and overall PSAS score

Variables	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (CI 95%)	P-Value	OR (CI 95%)	P-Value
Age	0.9 (0.6–1.4)	0.755	—	—
Sex	0.9 (0.7–1.1)	0.669	—	—
Sexual orientation	1.0 (0.7–1.5)	0.430	—	—
Ethnicity	0.7 (0.5–1.1)	0.477	—	—
Religious beliefs	0.7 (0.5–0.9)	0.037	0.5 (0.3–0.9)	0.024
Family status	0.9 (0.7–1.0)	0.595	—	—
CEGEP	0.9 (0.5–1.6)	0.890	—	—
Program of study	1.0 (0.7–1.4)	0.985	—	—
Student status	0.7 (0.3–1.7)	0.500	—	—
Field of study	0.8 (0.4–1.3)	0.387	—	—
Region of residence	0.8 (0.5–1.4)	0.578	—	—
RCM of residence	1.2 (1.0–1.5)	0.079	—	—

Abbreviations : CEGEP, post-secondary colleges ; OR, odds ratio ; CI 95%, 95% confidence interval ; RCM, regional county municipality

Tableau 4 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 1

Variables	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (CI 95%)	P-Value	OR (CI 95%)	P-Value
Age	1.1 (0.7–1.6)	0.638	—	—
Sex	0.9 (0.7–1.1)	0.492	—	—
Sexual orientation	1.2 (0.8–1.7)	0.628	—	—
Ethnicity	0.7 (0.4–1.2)	0.091	0.2 (0.1–0.9)	0.039
Religious beliefs	0.7 (0.5–0.9)	0.099	—	—
Family status	1.0 (0.9–1.2)	0.705	—	—
CEGEP	0.8 (0.5–1.5)	0.693	—	—
Program of study	1.0 (0.7–1.4)	0.592	—	—
Student status	0.9 (0.3–2.3)	0.950	—	—
Field of study	0.9 (0.5–1.5)	0.801	—	—
Region of residence	0.8 (0.4–1.4)	0.529	—	—
RCM of residence	0.8 (0.7–1.0)	0.324	—	—

Abbreviations : CEGEP, post-secondary colleges ; OR, odds ratio ; CI 95%, 95% confidence interval ; RCM, regional county municipality

Tableau 5 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 2

Variables	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (CI 95%)	P-Value	OR (CI 95%)	P-Value
Age	1.0 (0.7–1.5)	0.795	—	—
Sex	0.8 (0.7–1.1)	0.358	—	—
Sexual orientation	0.7 (0.5–1.1)	0.046	—	—
Ethnicity	0.9 (0.6–1.4)	0.121	—	—
Religious beliefs	0.9 (0.7–1.1)	0.004	1.7(1.1–2.8)	0.021
Family status	0.9 (0.8–1.1)	0.731	—	—
CEGEP	1.3 (0.7–2.2)	0.317	—	—
Program of study	1.0 (0.7–1.5)	0.180	—	—
Student status	2.2 (0.8–5.4)	0.080	—	—
Field of study	0.7 (0.4–1.2)	0.317	—	—

Region of residence	1.1 (0.7–2.0)	0.510	—	—
RCM of residence	1.1 (0.9–1.4)	0.171	—	—

Abbreviations : CEGEP, post-secondary colleges ; OR, odds ratio ; CI 95%, 95% confidence interval ; RCM, regional county municipality

Tableau 6 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 3

Variables	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (CI 95%)	P-Value	OR (CI 95%)	P-Value
Age	1.3 (0.8–2.0)	0.154	—	—
Sex	1.3 (1.1–1.7)	0.005	1.7 (1.1–2.8)	0.016
Sexual orientation	0.9 (0.6–1.4)	0.811	—	—
Ethnicity	1.1 (0.7–1.8)	0.277	—	—
Religious beliefs	0.9 (0.7–1.2)	0.185	—	—
Family status	0.9 (0.7–1.0)	0.774	—	—
CEGEP	0.4 (0.2–0.8)	0.013	—	—
Program of study	1.0 (0.7–1.4)	0.894	—	—
Student status	2.4 (0.9–6.2)	0.057	3.0 (1.1–8.0)	0.025
Field of study	1.3 (0.8–2.2)	0.211	—	—
Region of residence	0.4 (0.2–0.7)	0.003	0.4 (0.2–0.7)	0.003
RCM of residence	0.9 (0.7–1.2)	0.011	—	—

Abbreviations: CEGEP, post-secondary colleges ; OR, odds ratio ; CI 95%, 95% confidence interval ; RCM, regional county municipality

Tableau 7 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 4

Variables	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (CI 95%)	P-Value	OR (CI 95%)	P-Value
Age	0.8 (0.4–1.5)	0.509	—	—
Sex	1.0 (0.7–1.4)	0.816	—	—
Sexual orientation	0.7 (0.4–1.3)	0.606	—	—
Ethnicity	1.5 (0.8–2.6)	0.188	—	—
Religious beliefs	1.0 (0.7–1.5)	0.469	—	—

Family status	0.9 (0.7–1.2)	0.220	—	—
CEGEP	1.3 (0.6–2.9)	0.469	—	—
Program of study	0.9 (0.5–1.6)	0.500	—	—
Student status	1.8 (0.5–5.8)	0.218	—	—
Field of study	1.6 (0.6–3.7)	0.267	—	—
Region of residence	1.3 (0.6–2.8)	0.446	—	—
RCM of residence	1.4 (1.0–2.0)	0.127	2.0 (1.0–4.2)	0.042

Abbreviations: CEGEP, post-secondary colleges ; OR, odds ratio ; CI 95%, 95% confidence interval ; RCM, regional county municipality

Tableau 8 : Relationship between independent variables and PSAS Factor 5

Variables	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (CI 95%)	P-Value	OR (CI 95%)	P-Value
Age	1.0 (0.7–1.6)	0.701	—	—
Sex	0.6 (0.5–0.8)	0.000	0.4 (0.2–0.6)	<0.001
Sexual orientation	0.9 (0.6–1.4)	0.032	—	—
Ethnicity	0.6 (0.4–1.0)	0.148	—	—
Religious beliefs	0.8 (0.6–1.0)	0.262	—	—
Family status	1.2 (1.1–1.4)	0.067	—	—
CEGEP	1.4 (0.8–2.5)	0.161	—	—
Program of study	1.1 (0.8–1.5)	0.760	—	—
Student status	0.7 (0.2–1.7)	0.457	—	—
Field of study	0.6 (0.4–1.1)	0.085	—	—
Region of residence	1.5 (0.8–2.5)	0.126	—	—
RCM of residence	1.0 (0.8–1.2)	0.922	—	—

Abbreviations: CEGEP, post-secondary colleges ; OR, odds ratio ; CI 95%, 95% confidence interval ; RCM, regional county municipality

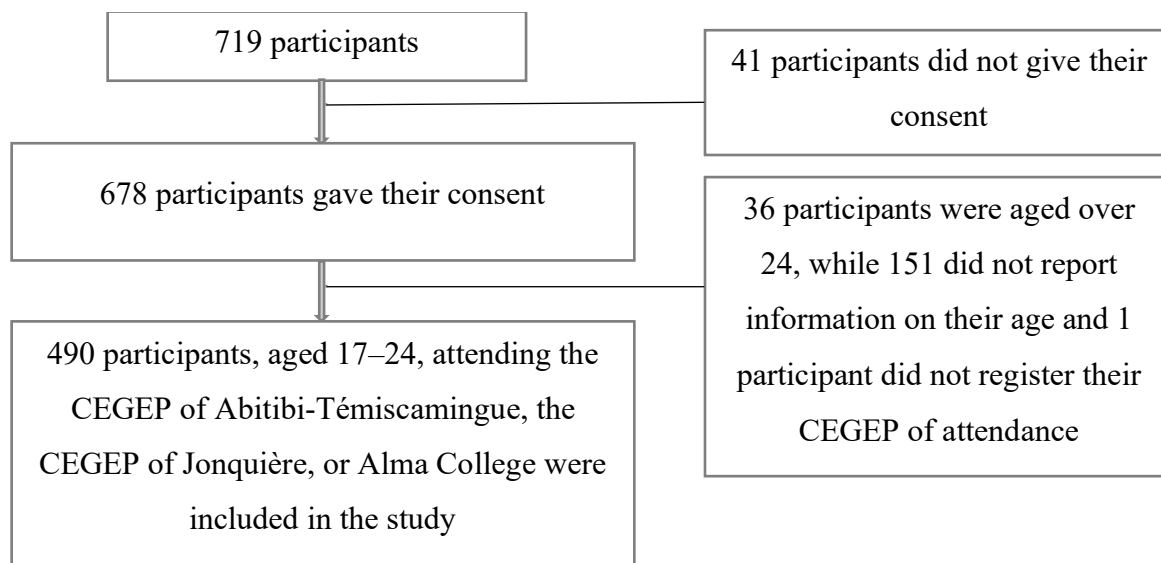
Figure 1: Flow chart of eligible participants**List of figures**

Figure 1: Flow chart of eligible participants

3.2 Article 2

Factors associated with the level of knowledge about HIV and others STIs among young people enrolled in post-secondary colleges in Abitibi-Témiscamingue and Saguenay-Lac-Saint-Jean, two remote regions of Quebec, Canada.

Auteurs :

Deliscart, Dahana Marie Luberne¹, Labra, Oscar¹, Sangaré Mohamed N'dongo¹,

Affiliations:

¹Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

État actuel de l'article : article à soumettre

Contribution de l'étudiant : La contribution de l'étudiante comprend : la réalisation de la recension des écrits, la rédaction du protocole de recherche, la collecte de données, l'analyse des données et la rédaction de l'article et la rédaction du 1^{er} draft de l'article. Tous ces travaux ont été réalisés sous la supervision directe et permanente du directeur de recherche Mohamed N'dongo Sangaré et du codirecteur Oscar Labra. La version finale de l'article a été approuvée par tous les coauteurs avant sa soumission.

Corresponding author: Oscar Labra

Oscar Labra, T.S., Ph. D.

Professeur titulaire

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, QC, Canada

Courriel : Oscar.labra@uqat.ca

Résumé de l'article

L'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est en hausse chez les jeunes, mais les connaissances demeurent insuffisantes. Cette étude vise à identifier les facteurs associés à un bon niveau de connaissance du VIH et des ITSS chez des personnes étudiantes de Cégeps dans deux régions nordiques du Québec. Un questionnaire autoadministré incluant les échelles HIV-KQ-18 et STD-KQ a été complété par 490 personnes participantes. Les résultats indiquent que l'âge et le domaine d'études sont associés à une meilleure connaissance du VIH, tandis que seul le domaine d'études l'est pour les ITSS. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer une éducation sexuelle complète dans tous les programmes collégiaux, peu importe le champ d'études, afin de renforcer la prévention.

Mots clés : niveau de connaissance du VIH et des ITSS, jeunes, Cégep

INTRODUCTION

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) demeurent un problème de santé publique à l'échelle mondiale (Aggarwal et al., 2022; Fasciana et al., 2022; Voyiatzaki et al., 2021) avec une augmentation de leur incidence chez les jeunes (Agwu, 2020; Caccamo et al., 2017; Fernández-García et al., 2022). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2020, 374 millions de nouveaux cas d'ITSS curables dont la chlamydia (129 millions), la gonorrhée (82 millions), la syphilis (7,1 millions) et le trichomonas (156 millions) ont été enregistrés dans le monde (Organisation mondiale de la santé, 2025). Des fréquences plus élevées d'ITSS ont été constatées chez les jeunes de 20 à 24 ans (Shannon & Klausner, 2018) suivis des jeunes de 15 à 19 ans (Inthavong et al., 2020). Au Canada, les ITSS sont en augmentation au cours de la dernière décennie (Krahn et al., 2025) et la chlamydia trachomatis reste l'ITSS la plus répandue (Agence de la santé publique du Canada, 2024). Au Québec, la situation est comparable et les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus touchés par les ITSS, notamment l'infection à chlamydia trachomatis, qui reste la plus fréquente des infections à déclaration obligatoire (INSPQ, 2023). Parmi les maladies déclarées aux directions de santé publique du Québec, les ITSS représentent les trois quarts (Gouvernement du Québec, 2017). Chaque année, plus de 40 000 Québécoises et Québécois reçoivent un diagnostic d'ITSS (Ministère de la santé et des services sociaux, 2020).

Par ailleurs, le manque d'informations sur le VIH et les autres ITSS influence les comportements en matière de prévention des risques ou de protection contre les ITSS (Stewart et al., 2022). Ainsi, les jeunes n'ayant pas d'informations nécessaires sur les moyens de prévention des ITSS sont plus susceptibles de contracter ces infections (Hoehn et al., 2016; Hughes & Field, 2015). De plus, malgré les nombreuses avancées dans la recherche, les données probantes indiquent que les connaissances sur le VIH et les autres ITSS restent insuffisantes chez les jeunes (Badawi et al., 2019; Beebwa et al., 2021; Zanotta et al., 2025). Dans une étude réalisée chez des athlètes universitaires au Saskatchewan (Canada), la médiane du score des personnes participantes était de seulement 44% des bonnes réponses sur les connaissances des ITSS (Hedayat et al., 2024). En outre, le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS est associé à plusieurs

facteurs, notamment des facteurs sociodémographiques (Mabaso et al., 2018; Sidiropoulou et al., 2022).

À notre connaissance, peu d'études sont effectuées sur le niveau de connaissance des jeunes sur les ITSS dans des régions éloignées du Québec. Bien que Labra et al. (2017) avaient mené une étude sur le niveau de connaissance du VIH chez les personnes étudiantes de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, cette étude a été réalisée sur le niveau de connaissance du VIH sans tenir compte des autres ITSS. Ainsi, notre étude a pour objectif d'identifier les facteurs liés au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les jeunes des Cégeps de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

MÉTHODOLOGIE

Devis de recherche

Pour répondre à l'objectif de recherche, une étude observationnelle transversale analytique a été réalisée.

Collecte des données

Un questionnaire autoadministré a été mis en ligne via la plateforme LimeSurvey. Ce questionnaire a été distribué auprès des personnes participantes éligibles à l'aide d'un lien voyant. L'envoi du questionnaire aux personnes participantes a été assuré par l'administration respective des Cégeps. Le questionnaire en ligne contenait un formulaire d'informations et une question sur le consentement était obligatoire avant de pouvoir accéder aux questions du sondage.

Population à l'étude

Les personnes participantes ont été sélectionnées selon un mode d'échantillonnage non aléatoire. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 17 à 24 ans, être inscrit au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue ou l'un des cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean au moment de l'étude et être capable de lire et de comprendre le français. La population d'étude présentait un certain niveau d'homogénéité car il s'agissait de personnes étudiantes collégiales, d'un

groupe d'âge restreint et qui vivaient en région éloignée, ce qui justifie le choix d'un échantillon non probabiliste (Jager et al., 2017). Ainsi, 719 personnes participantes étaient retrouvées dans la base de données exportées via LimeSurvey. Cependant, 41 personnes participantes n'avaient pas donné le consentement, 36 avaient plus de 24 ans, 151 n'avaient pas indiqué leur âge et une personne participante n'avait pas mentionné son cégep. Ainsi, un total de 229 personnes participantes ne répondait pas aux critères d'inclusion. Donc, la population d'étude était formée de 490 personnes participantes qui répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen (É-T) de l'échantillon était 19,23 (1,52) ans, 70,90% étaient des filles et 77,14% hétérosexuels. L'échantillon était en majorité blanc à 89,59%, composé de personnes étudiantes québécoises à 94,90% et la moitié était athée. Le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue était représenté à 84,69% et la moitié était en DEC-Technique. Ensuite, 55,31% des personnes participantes vivaient avec leurs deux parents, 83,16% résidaient en Abitibi-Témiscamingue et 46,01% dans la MRC de Rouyn-Noranda.

Variables à l'étude

Variables indépendantes

Nous avons considéré les variables indépendantes suivantes dans notre analyse : l'âge (*1=inférieur à 19 ans, 2= supérieur ou égal à 19 ans*), le sexe biologique à la naissance (*1=Masculin, 2=Féminin*), l'orientation sexuelle (*1=Homosexuel.le, 2=Hétérosexue.lel, 3=Bisexuel.le, 4=Autre*), l'appartenance ethnique (*1=Blanc.he, 2=Afro-américain.e ou Noir.e, 3=Autre*), les croyances religieuses (*1=Athée, 2=Chrétien.ne, 3=Autre*), le statut familial (*1=Vit avec les deux parents, 2=Vit dans une famille monoparentale, 3=Vit seul, 4=Vit en couple*), le cégep (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Autre*), le parcours d'étude (*1=DEC préuniversitaire, 2= DEC-Technique, 3=Tremplin DEC et Formation continue*), le statut étudiant (*1=Étudiant.e québécois.e, 2=Étudiant.e international.e*), la région de résidence (*1=Abitibi-Témiscamingue, 2=Autre*), la Municipalité Régionale de Comté (MRC) de résidence (*1=Rouyn-Noranda, 2=Saguenay, 3=Autre*) et enfin le domaine d'étude. Nous avons listé 25 domaines d'études qui ont ensuite été dichotomisés (*1=Sciences de la santé, 2=Autre*). Les personnes participantes en sciences de la santé

regroupaient les personnes participantes en soins infirmiers, soins préhospitaliers d'urgence, techniques de pharmacie, techniques de physiothérapie et travail social.

Variables dépendantes

Les variables dépendantes de l'étude étaient le niveau de connaissance du VIH et des ITSS. Le niveau de connaissance du VIH était mesuré par le *Brief HIV Knowledge Questionnaire* (HIV-KQ-18) (Carey & Schroder, 2002), dans sa version française adaptée (Labra et al., 2017). Le HIV-KQ-18 est un instrument autoadministré qui sert à évaluer les connaissances nécessaires à la prévention du VIH et adapté à une population avec un faible niveau de littératie. Le HIV-KQ-18 compte 18 items évalués à l'aide d'une échelle nominale (Vrai, Faux, Je ne sais pas). Une note de 1 point était attribuée aux bonnes réponses, une note de 0 était attribuée aux mauvaises réponses et les réponses « Je ne sais pas » étaient considérées comme étant de mauvaises réponses. Le HIV-KQ-18 montre une bonne validité convergente vis-à-vis du STD-KQ ($r=0,64$ $p<0,01$) (Carey & Schroder, 2002). Les scores totaux de connaissance du VIH s'étendent de 0 à 18. Un score inférieur ou égal à 13 traduisait un faible niveau de connaissance, tandis qu'un score supérieur à 13 indiquait un bon niveau de connaissance du VIH (Wagenaar et al., 2012).

Le niveau de connaissance des autres ITSS était mesuré par le *Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire* (STD-KQ) (Jaworski & Carey, 2007). C'est un instrument autoadministré qui mesure les connaissances sur six ITSS : la chlamydia, l'herpès génital, la gonorrhée, l'hépatite B, le VIH et le VPH. Le STD-KQ compte 27 items évalués chacun par une échelle nominale (Vrai, Faux, Je ne sais pas). Une note de 1 point était attribuée aux bonnes réponses, une note de 0 était attribuée aux mauvaises réponses et les réponses « Je ne sais pas » étaient considérées comme étant de mauvaises réponses. Par la suite, tous les items étaient additionnés pour créer un score total de 0 à 27, un score plus élevé indiquait un bon niveau de connaissance des ITSS. Le STD-KQ a une fiabilité test-retest à deux semaines d'intervalle ($r = 0,88$ $p<0,01$). Le STD-KQ présente une cohérence interitems de 0,86 et une validité convergente de 0,64 $p<0,01$ avec le HIV-KQ-18.

En l'absence d'un seuil de référence dans la littérature, le 3^e quartile (près de deux tiers des bonnes réponses) du score du niveau de connaissance des ITSS des personnes participantes était utilisé comme cut-off dans notre étude. Un score supérieur au 3^e quartile était considéré comme étant un bon niveau de connaissance des ITSS.

Analyse des données

Les analyses statistiques étaient effectuées à l'aide du logiciel IBM SPSS version 30. Des analyses descriptives étaient réalisées afin de décrire l'échantillon. Les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion étaient effectuées pour les variables quantitatives. Les distributions de fréquence étaient effectuées pour les variables catégoriques. La différence de moyenne était calculée en utilisant le test T de Student quand les conditions d'application du test étaient réunies et le test ANOVA était utilisé pour les variables normalement distribuées ayant plus de deux échantillons indépendants. Des tests bivariés (Khi-carré) étaient utilisés pour étudier la relation entre le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS et les variables indépendantes. Un modèle de régression logistique était utilisé pour les variables associées au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS. L'existence de multicolinéarité était testée entre toutes les variables indépendantes à partir d'une matrice de corrélation. Si une corrélation supérieure à 0,25 était retrouvée entre deux variables, celle avec un p-value plus significatif était retenue pour l'analyse multivariée. Dans le modèle final, seules les variables avec un $p < 0,05$ étaient retenues. L'adéquation du modèle était mesurée par le test de Hosmer Lemeshow.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche avait eu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (2024-03_Labra, O.), du cégep de l'Abitibi-Témiscamingue (29-08-2024), du cégep de Jonquière (CER-2425-08A) et du collège Alma (CER2024-14).

RÉSULTATS

Niveau de connaissance du VIH

Dans notre échantillon, 342 personnes participantes ont rempli intégralement le HIV-KQ-18. La moyenne \pm É-T du niveau de connaissance du VIH était $12,34 \pm 3,36$. Moins de la moitié (42,98%) des personnes participantes avait un score du niveau de connaissance du VIH >13 . Les personnes étudiantes homosexuelles, afro-américaines/noires, internationales, en sciences de la santé et résidents dans la MRC du Saguenay avaient une moyenne \pm É-T du niveau de connaissance du VIH >13 respectivement de $13,46 (2,37)$, $13,79 (2,75)$, $13,11 (2,58)$, $13,46 (2,84)$ et $13,04 (3,21)$. En analyse bivariée, les variables suivantes étaient retenues à l'inclusion dans le modèle multivarié : l'âge $p=0,014$, l'orientation sexuelle $p=0,160$, l'appartenance ethnique $p=0,240$, le parcours d'étude $p=0,183$ et le domaine d'étude $p=0,009$. En régression logistique multivariée, les variables âge OR=1,63 ; $p=0,027$; IC95% 1,05-2,53 et domaine d'étude OR=0,53 ; $p=0,018$; IC95% 0,32-0,90 étaient significativement associées à un bon niveau de connaissance du VIH (Tableau 3) L'adéquation du modèle était évaluée à l'aide du test de Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 1,16$; ddl=2 ; $p=0,559$.

Niveau de connaissance des ITSS

Pour le niveau de connaissance des ITSS, 310 personnes participantes avaient répondu intégralement au questionnaire. La moyenne \pm É-T du niveau de connaissance des ITSS était de $12,19 (6,05)$. La médiane (1^{er} – 3^e quartile) du niveau de connaissance des ITSS était $13,00 (8,00-17,00)$. Seulement, 22,58 % des personnes participantes avaient un niveau de connaissance des ITSS >17 (supérieur au 3^e quartile). Aucune catégorie n'avait une moyenne du niveau de connaissance des ITSS >17 . Cependant, les moyennes (É-T) élevées du niveau de connaissance des ITSS étaient retrouvées chez les personnes participantes homosexuelles $16,08 (3,61)$ suivis des personnes participantes en sciences de la santé $14,57 (3,61)$ et des personnes participantes afro-américaines/noires $14,25 (6,20)$. En analyse bivariée, les variables suivantes ont été retenues pour l'inclusion dans le modèle multivarié : l'âge $p=0,084$, l'orientation sexuelle $p=0,082$, l'appartenance ethnique $p=0,189$, le statut familial $p=0,043$ le cégep $p=0,088$, le parcours d'études $p=0,007$, la

région de résidence $p=0,042$ et le domaine d'étude $p=0,006$. En régression logistique multivariée, seule la variable domaine d'étude $OR=0,47$; $p=0,016$; $IC95\%$ 0,26-0,87 était significativement associée au bon niveau de connaissance des ITSS (Tableau 4). L'adéquation du modèle était évaluée à l'aide du test de Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 0,573$; $ddl=2$; $p=0,751$.

DISCUSSION

Notre étude réalisée auprès de personnes étudiantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue ou l'un des Cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean a montré un niveau de connaissance faible du VIH (13 bonnes réponses ou moins sur 18 du HIV-KQ-18) et des autres ITSS (17 bonnes réponses ou moins sur 27 du STD-KQ). Ces résultats sont en phase avec l'étude de Mereu et al. (2022) réalisée chez des personnes étudiantes de première année à l'université de Cagliari en Italie, où seulement 14% des personnes participantes avaient correctement identifié les modes de transmission, les outils et les stratégies de prévention du VIH. Les personnes participantes de l'étude de Hedayat et al. (2024), avaient trouvé un score médian du niveau de connaissance des ITSS de 12 sur 27, confirmant un faible niveau de connaissance des ITSS chez les jeunes.

Les variables associées au bon niveau de connaissance du VIH dans notre étude étaient l'âge et le domaine d'étude et la variable associée au bon niveau de connaissance des ITSS était uniquement le domaine d'étude. Les personnes participantes plus âgées, de 19 ans et plus, avaient une plus grande probabilité d'avoir un bon niveau de connaissance du VIH que les personnes participantes de moins de 19 ans. Ces résultats sont en phase avec l'étude de Míguez et al. (2015), où le score du niveau de connaissance du VIH était corrélé avec l'âge $r=0,39$; $p=0,001$. Pour le domaine d'étude, les personnes étudiantes des autres domaines hormis les sciences de la santé avaient un faible niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature. L'étude de Mukeshimana (Mukeshimana et al., 2023) réalisée au Rwanda avait montré un bon niveau de connaissance du VIH chez les personnes participantes en sciences infirmières comparé aux personnes participantes d'autres facultés $p=0,003$. Dans l'étude multinationale de Terra et al. (2024), les personnes participantes qui poursuivaient leurs

études dans une filière médicale étaient associés à un bon niveau de connaissance du VIH OR=2,4 ; IC95% : 2,00-2,80. De plus, dans l'étude de (Alshemeili et al., 2023), les personnes participantes en sciences de la santé avaient un bon niveau de connaissance des ITSS comparées aux autres personnes participantes OR=4,45 ; IC95% :3,07-6,45. Cette différence pourrait s'expliquer par la nature du cursus académique des filières en sciences de la santé qui incluent des modules de formation sur le VIH et les autres ITSS. À l'inverse les autres filières n'intègrent pas ou intègrent rarement des modules sur le VIH et les autres ITSS. Par conséquent, ces personnes étudiantes ont un accès limité à des informations structurées et fondées sur des données scientifiques.

En analyse de sensibilité avec uniquement les personnes participantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, des résultats similaires étaient retrouvés pour le niveau de connaissance du VIH. En effet, le domaine d'études était significativement associé au bon niveau de connaissance du VIH OR=0,56 ; p=0,035 ; IC95% 0,32-0,96 et l'âge y était marginalement significatif OR=1,55 ; p=0,072 IC95% 0,96-2,51. En revanche, seul le statut familial était associé à un bon niveau de connaissance des ITSS. Les résultats révélaient que les personnes participantes qui vivaient dans une famille monoparentale étaient moins susceptibles d'avoir un bon niveau de connaissance des ITSS comparées à celles qui vivaient avec leurs deux parents. Compte tenu des résultats de l'analyse de sensibilité, nous ne pouvons pas extrapoler les résultats du niveau de connaissance des autres ITSS à l'ensemble de la population d'étude. De plus, le taux de réponse était très faible pour le collège Alma et le cégep de Jonquière, ce qui peut amener à des biais de non-réponses.

Notre étude présente plusieurs forces. En effet, elle est réalisée en Abitibi-Témiscamingue et au Saguenay-Lac-Saint-Jean, deux régions éloignées du Québec, sous-représentées dans la littérature scientifique, en ce qui a trait au niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les personnes étudiantes des Cégeps. Nous avons utilisé des questionnaires validés, reconnus pour leur fiabilité et leur pertinence à mesurer le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS permettant une comparabilité avec les données probantes.

Notre étude comporte aussi des limites. Notre échantillon était composé majoritairement de personnes participantes blanches, ce qui pourrait limiter la généralisation de nos résultats à des populations appartenant à d'autres ethnies. De plus, les personnes participantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue étaient largement majoritaires (84,69%) limitant ainsi la comparaison entre les personnes étudiantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et ceux des Cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Enfin, nous avons utilisé un questionnaire en ligne basé sur le volontariat pour la collecte des données entraînant ainsi un biais de volontariat, car, des personnes étudiantes pourraient participer à l'étude en raison de leur intérêt académique ou leur affinité en lien avec le VIH et les autres ITSS.

Conclusion

Cette étude met en évidence un niveau de connaissance globalement insuffisant du VIH et des autres ITSS chez les jeunes des cégeps, en particulier chez celles et ceux inscrits dans des programmes d'études non liés aux sciences de la santé. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer une éducation en santé sexuelle dans l'ensemble des programmes d'enseignement collégial, quel que soit le domaine d'étude. Une telle approche contribuerait à réduire les inégalités informationnelles et renforcerait les capacités des jeunes à adopter des comportements de prévention. En favorisant un accès équitable à des connaissances actualisées sur le VIH et les autres ITSS, les établissements postsecondaires peuvent jouer un rôle clé dans la lutte contre la propagation des ITSS et dans la promotion d'une sexualité plus informée et sécuritaire chez les jeunes.

Financement : Cette étude rentre dans le cadre du projet « se protéger, une bonne idée pour garder ton corps en santé » subventionné par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC), (#Référence : 190836).

Contribution des auteurs. Tous les auteurs de ce document de recherche ont directement contribué à la conception et à la rédaction (D. D, S. M N., L. O.) ou à la collecte des données (D. D.) ou à la gestion, à l'analyse des données (D. D, S. M., N.) ou à l'interprétation des résultats (D. D, S. M N., L. O.). Tous les auteurs ont ensuite lu, révisé et approuvé la version qui est prête à être soumise.

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes participantes et moyenne du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS dans la population d'étude

Caractéristiques des participants	N (%)	M (É-T) HIV-KQ-18	P	M (É-T) STD-KQ	P
Âge			0,569		0,443
• < 19 ans	260 (53,06)	12,05 (3,38)		11,39 (6,06)	
• ≥ 19 ans	230 (46,94)	12,65 (3,32)		13,06 (5,93)	
Sexe			0,522		0,614
• Féminin	346 (70,90)	12,40 (3,37)		12,48 (6,02)	
• Masculin	142 (29,10)	12,29 (3,20)		11,47 (6,13)	
Orientation sexuelle			0,315		0,016
• Homosexuel	15 (3,06)	13,46 (2,37)		16,08 (3,61)	
• Hétérosexuel	378 (77,14)	12,27 (3,32)		11,89 (6,06)	
• Bisexuel	72 (14,69)	12,70 (3,33)		13,33 (6,10)	
• Autre	25 (5,11)	11,33 (4,59)		9,38 (5,59)	
Appartenance ethnique			0,167		0,174
• Blanc	439 (89,59)	12,32 (3,34)		12,23 (6,02)	
• Afro-américain/noir	20 (4,08)	13,79 (2,75)		14,25 (6,20)	
• Autre	31 (6,33)	11,56 (3,94)		10,00 (6,11)	
Croyances religieuses			0,103		0,083
• Athée	246 (50,20)	11,97 (3,71)		11,59 (6,12)	
• Chrétien	136 (27,76)	12,82 (2,90)		13,37 (5,88)	
• Autre	108 (22,04)	12,60 (2,96)		11,96 (5,98)	
Cégep			0,202		0,427
• Abitibi-Témiscamingue	415 (84,69)	12,31 (3,40)		12,32 (6,19)	
• Jonquière	34 (6,94)	12,70 (2,66)		11,42 (5,52)	
• Alma	41 (8,37)	12,34 (3,62)		11,77 (5,35)	
Statut familial			0,404		0,347
• Vit avec les deux parents	271 (55,31)	12,31 (3,19)		12,25 (6,05)	
• Vit dans une famille monoparentale	62 (12,65) 113 (23,06)	11,76 (3,58) 12,79 (3,40)		11,20 (5,50) 11,97 (6,23)	
• Vit seul	44 (8,98)	12,17 (3,90)		13,89 (6,28)	
• Vit en couple					
Parcours			0,023		0,006
• DEC pré-universitaire	191 (39,14)	11,92 (3,33)		11,17 (5,80)	
• DEC-Technique	258 (52,87)	12,80 (3,32)		13,22 (6,16)	
• Tremplin DEC/Formation continue	39 (7,99)	11,43 (3,46)		10,56 (5,53)	
Statut étudiant			0,189		0,504
• Étudiant québécois	465 (94,90)	12,30 (3,40)		12,12 (6,07)	
• Étudiant international	25 (5,10)	13,11 (2,58)		13,41 (5,64)	
Domaine d'études			0,122		0,809
• Sciences de la santé	114 (23,27)	13,46 (2,84)		14,57 (5,96)	
• Autre	376 (76,73)	12,01 (3,43)		11,51 (5,91)	
Région de résidence			0,669		0,076
• Abitibi-Témiscamingue	405 (83,16)	12,33 (3,38)		12,37 (6,21)	
• Autre	82 (16,84)	12,41 (3,31)		11,47 (5,31)	
MRC de résidence			0,401		0,961
• Rouyn-Noranda	226 (46,50)	12,46 (3,49)		12,31 (6,32)	
• Saguenay	30 (6,17)	13,04 (3,21)		12,09 (6,30)	
• Autre	230 (47,33)	12,13 (3,26)		12,12 (5,83)	

Abréviations: É-T, Écart-type; MRC, Municipalité Régionale de Comté; HIV-KQ, HIV Knowledge Questionnaire; STD-KQ, Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire; DEC, Diplôme d'Études Collégiales

Tableau 2 : Analyse descriptive des scores du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS

	Niveau de connaissance du VIH	Niveau de connaissance des ITSS
Moyenne (É-T)	12,34 (3,36)	12,19 (6,05)
Médiane (IQR)	13,00 (10,00-15,00)	13,00 (8,00-17,00)
Mode	14	13

Abréviations: É-T, Écart- type; IQR, Intervalle interquartile; VIH, Virus de l'immunodéficience humaine; ITSS, Infection transmissible sexuellement et par le sang

Tableau 3 : Relations entre le niveau de connaissance du VIH et les variables indépendantes

Variables	Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	OR (IC 95%)	P-Value (χ^2)	OR (IC 95%)	P-Value
Âge	1,71 (1,11-2,64)	0,014	1,63 (1,05-2,53)	0,027
Sexe	0,93 (0,73-1,18)	0,562	—	—
Orientation sexuelle	1,18 (0,81-1,70)	0,160	—	—
Appartenance ethnique	0,83 (0,52-,31)	0,240	—	—
Croyances religieuses	0,94 (0,71-1,22)	0,606	—	—
Statut familial	1,11 (0,94-1,31)	0,499	—	—
Cégep	1,24 (0,70-2,18)	0,445	—	—
Parcours d'étude	1,06 (0,75-1,51)	0,183	—	—
Statut étudiant	1,20 (0,47-3,04)	0,691	—	—
Domaine d'étude	0,51 (0,30-0,85)	0,009	0,53 (0,32-0,90)	0,018
Région de résidence	1,13 (0,66-1,94)	0,652	—	—
MRC de résidence	0,86 (0,69-1,08)	0,307	—	—

Abréviations: OR, Odds ratio; IC 95%, Intervalle de confiance à 95%; MRC, Municipalité régionale de comté

Tableau 4 : Relations entre le niveau de connaissance des autres ITSS et les variables indépendantes

Variables	Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	OR (IC 95%)	P-Value (χ^2)	OR (IC 95%)	P-Value
Âge	1,60 (0,93-2,74)	0,084	—	—
Sexe	0,88 (0,65-1,20)	0,452	—	—
Orientation sexuelle	0,89 (0,55-1,44)	0,082	—	—
Appartenance ethnique	0,67 (0,34-1,34)	0,189	—	—
Croyances religieuses	1,07 (0,77-1,49)	0,370	—	—
Statut familial	0,98 (0,79-1,22)	0,043	—	—
Cégep	0,50 (0,22-1,12)	0,088	—	—
Parcours d'étude	1,20 (0,78-1,84)	0,007	—	—
Statut étudiant	1,05 (0,33-3,35)	0,560	—	—
Domaine d'étude	0,44 (0,24-0,79)	0,006	0,47 (0,26-0,87)	0,016

Région de résidence	0,44 (0,20-0,98)	0,042	—	—
MRC de résidence	0,81 (0,61-1,07)	0,352	—	—

Abréviations: OR, Odds ratio; IC 95%, Intervalle de confiance à 95%; MRC, Municipalité régionale de comté

IV. DISCUSSION GÉNÉRALE

4.1 Rappel de la problématique et des objectifs

Nous avons mené une étude sur la sexualité positive et le niveau de connaissances du VIH et des autres ITSS chez les jeunes. Notre étude était conduite en tenant compte des connaissances issues de la littérature scientifique qui stipulent que la sexualité doit être abordée de façon globale chez les jeunes afin d'optimiser leur santé sexuelle (Kwok & Kwok, 2023; Michielsen et al., 2016). De ce fait, les recherches ne devraient plus être axées que sur les ITSS et les grossesses non désirées (Anderson, 2013; Maes et al., 2023), mais devraient aussi prendre en compte d'autres aspects dits positifs de la sexualité, à savoir ; le respect du consentement, une attitude positive envers les différentes expressions sexuelles, une auto-efficacité sexuelle, etc. (Anderson, 2013). En effet, les lignes directrices du Canada (Action Canada pour la santé et les droits sexuels, 2020) exigent une éducation à la sexualité adoptant une approche globale dans tous les provinces et territoires. De fait, le programme d'éducation du Québec met l'accent sur les dimensions relationnelles, globales et positives, adoptant ainsi une approche globale de la sexualité (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, 2018). Notre travail avait deux objectifs spécifiques : 1) Analyser les facteurs liés à la sexualité positive chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec : Abitibi-Témiscamingue et Saguenay-Lac-Saint-Jean. 2) Identifier les facteurs liés au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec : Abitibi-Témiscamingue et Saguenay-Lac-Saint-Jean.

4.2 Synthèse des résultats

Les résultats de notre étude sur la sexualité positive ont montré des différences en ce qui a trait aux divers aspects de la sexualité positive entre les croyances religieuses des personnes participantes, leur appartenance ethnique, leur sexe, leur statut étudiant et leur lieu de résidence. Les résultats sur le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS avaient montré des associations statistiquement significatives avec l'âge et le domaine d'étude. De fait, les personnes participantes religieuses avaient moins de probabilité d'adopter une sexualité positive que les personnes participantes athées et le fait d'être chrétienne ou

chrétien était associé à une meilleure résilience face aux expériences sexuelles difficiles. Les personnes participantes afro-américaines/noires avaient moins de probabilité d'avoir une approche positive des relations sexuelles que les personnes participantes blanches. Mais les personnes afro-américaines/noires étaient sous-représentées dans l'échantillon. Les personnes participantes de sexe masculin avaient un meilleur autocontrôle sur les interactions sexuelles tandis qu'ils avaient moins de probabilité d'accepter leur propre sexualité. Les personnes étudiantes internationales avaient un meilleur autocontrôle sur les interactions sexuelles. Les personnes participantes qui résidaient au Saguenay-Lac-Saint-Jean ou dans une autre région et ceux qui résidaient dans une MRC de l'Abitibi-Témiscamingue autre que Rouyn-Noranda avaient moins de probabilité d'avoir respectivement un autocontrôle sur les interactions sexuelles et une approche respectueuse des différentes expressions sexuelles.

En ce qui a trait au niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS, les personnes participantes de sexe masculin avaient une moyenne inférieure du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS comparée aux filles. De même, les personnes participantes athées avaient une moyenne du niveau de connaissance du VIH et d'autres ITSS inférieure comparée aux personnes participantes chrétiennes et celles appartenant à d'autres religions. Les personnes étudiantes internationales avaient une moyenne du niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS supérieure à celle des personnes étudiantes québécoises. Cependant, cette population était aussi sous-représentée dans notre échantillon. Les personnes participantes du Saguenay-Lac-Saint-Jean et des autres régions ainsi que les personnes participantes de la MRC du Saguenay avaient une moyenne du niveau de connaissance du VIH supérieure, mais une moyenne inférieure du niveau de connaissance des autres ITSS.

En raison de la faible représentativité de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, nous avons réalisé des analyses de sensibilité. Alors que les personnes participantes afro-américaines et les personnes étudiantes internationales étaient sous-représentées dans notre échantillon, en revanche, l'analyse de sensibilité avec l'Abitibi-Témiscamingue avait montré des résultats similaires ; les personnes participantes afro-américaines/noires étaient moins probables d'adopter une approche positive des relations sexuelles que les personnes participantes blanches et les personnes étudiantes internationales avaient un meilleur autocontrôle sur les

interactions sexuelles que les personnes étudiantes québécoises. Des résultats similaires étaient aussi retrouvés avec les analyses de sensibilité sur le score global de la sexualité positive et l'acceptation de sa propre sexualité qui révélait respectivement que les personnes participantes ayant une croyance religieuse avaient une probabilité moindre d'adopter une attitude positive envers la sexualité que les personnes participantes athées et que les personnes participantes de sexe masculin seraient moins susceptibles d'accepter leur propre sexualité. Nous pouvons ainsi extrapoler ces résultats à l'ensemble de notre échantillon, car, les résultats similaires retrouvés dans l'ensemble de l'échantillon avec ceux des personnes participantes provenant que de l'Abitibi-Témiscamingue, renforce les résultats de l'étude et ainsi renforce la confiance que nous pouvons accorder à nos conclusions. Cependant, pour la résilience face aux expériences sexuelles difficiles et l'approche respectueuse des différentes expressions sexuelles, les résultats de l'analyse de sensibilité différaient avec ceux de l'échantillon total. Ce qui limite l'extrapolation de ces résultats. En ce qui a trait au niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS, les résultats différaient car c'est le fait de vivre dans une famille monoparentale qui était associé au niveau de connaissance des autres ITSS. Ainsi, les personnes participantes qui vivaient dans une famille monoparentale avaient moins de chance d'avoir un bon niveau de connaissance des ITSS comparé à celles qui vivaient avec leurs deux parents.

En tenant compte de nos résultats, nos recommandations seraient d'avoir des modules de formation, de sensibilisation et des ateliers prenant en compte l'éducation à la sexualité dans sa globalité. Des modules de formation pourraient aborder les connaissances de base sur le VIH et les autres ITSS (les généralités sur les ITSS, les modes de transmission, les moyens de prévention, etc.), des facteurs clés de la sexualité positive (une approche positive des relations sexuelles, une résilience face aux expériences sexuelles difficiles, un autocontrôle sur les interactions sexuelles, une approche respectueuse des différentes expressions sexuelles et une acceptation de sa propre sexualité). Ces formations et ateliers devraient prendre en considération le sexe, certaines diversités (les croyances religieuses et appartenances ethniques) et devraient être accessibles pour tous les programmes d'études et dans toutes les MRC des régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. De plus, ces formations devraient inclure des personnes professionnelles formées, accessibles et qui ne portent pas de jugements car, dans une étude qualitative menée au

Nouveau-Mexique aux États-Unis dans une population de jeunes d'une grande diversité géographique et ethnique, les personnes participantes ont mentionné l'importance d'avoir des formateurs formés qui soient à l'aise de leur parler de sexualité et qui doivent être confortables de répondre à leurs questions (Dickson et al., 2024). Aussi, pour une meilleure efficacité, les interventions doivent s'inscrire dans un continuum éducatif (Sexuality Information and Education Council of the United States, 2021), et les interventions doivent être diversifiées et adaptées à la culture des jeunes, à leur stade de développement et à leur expériences sexuelles (Kirby, 2007).

4.3 Limites et pistes pour des recherches futures

Notre étude comporte des limites qui nous amènent à formuler des pistes pour de future recherche. Ces limites seront discutées en fonction de la validité interne et de la validité externe de nos résultats. Les deux objectifs de recherche sont analysés conjointement car, ils s'appuient sur le même échantillon et sur la même procédure de collecte de données.

Validité interne

Biais de sélection

Notre échantillon était formé des personnes étudiantes des Cégeps de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Seuls deux Cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont pris part à notre étude à savoir le Cégep de Jonquière et le collège Alma. Or, deux autres Cégeps se retrouvent au Saguenay-Lac-Saint-Jean dont le cégep de Saint-Félicien et le Cégep de Chicoutimi. De plus, le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue représentait environ 85% de notre échantillon alors que les deux Cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean représentaient seulement 15%. Nous avons donc eu une sous-représentation de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Bien que nous ayons fait des analyses de sensibilité avec les personnes participantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et que des résultats similaires étaient retrouvées, ceux-ci doivent être interprétés avec précaution. Par conséquent, des études ciblant uniquement le Saguenay-Lac-Saint-Jean pourraient être envisagées.

Nous pouvons aussi confronter à un biais de volontariat. Nous avons fait un sondage en ligne. Les personnes étudiantes pourraient participer en fonction de leur motivation ou de leur expérience personnelle à des sujets en lien avec la santé sexuelle.

Biais d'information

Un questionnaire autoadministré standardisé était utilisé pour recueillir nos données. Ce questionnaire était en ligne, de ce fait aucun enquêteur n'était sur place pour clarifier les questions pour les personnes participantes qui en auraient besoin. Ce qui peut amener à des biais de subjectivité. Notre étude étant sur la santé sexuelle, nous pourrions aussi confronter à des biais de désirabilité sociale. Les personnes participantes pourraient donner des réponses socialement correctes et pas forcément en lien avec leur connaissance du VIH et des autres ITSS ou leur propre perception de la sexualité positive. Toutefois, nous avons utilisé des questionnaires validés afin de mesurer les variables dépendantes de notre étude. Cela présume que nos questionnaires mesurent de manière fiable et précise le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS ainsi que la sexualité positive.

Même si ce biais existait, il serait non différentiel et entraînerait une sous-estimation de l'effet.

Validité externe

Les biais qui émanent de notre étude sont susceptibles de compromettre sa validité externe. La surreprésentation des personnes participantes blanches et la sous-représentation des personnes étudiantes internationales et de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean limitent la généralisation de nos résultats à des populations appartenant à d'autres appartenances ethniques, à toutes les personnes étudiantes internationales et à la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Notre étude était réalisée en région, ce qui peut limiter l'extrapolation des résultats à des métropoles.

V. CONCLUSION

Notre mémoire avait pour objectif principal d'étudier la sexualité positive et le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS chez les personnes étudiantes des Cégeps dans deux régions éloignées du Québec. Ainsi, nous avons réalisé une étude afin d'analyser, dans un premier temps, les facteurs liés à la sexualité positive chez les jeunes et dans un second temps, d'identifier les facteurs liés au bon niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS. En raison d'un manque d'études dans la littérature réalisées dans des régions éloignées du Québec, notre étude a été menée en Abitibi-Témiscamingue et au Saguenay-Lac-Saint-Jean considérées comme des régions éloignées au Québec. Notre échantillon composait de personnes étudiantes âgées de 17 à 24 ans du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et deux Cégeps du Saguenay-Lac-Saint-Jean à savoir le Cégep de Jonquière et le collège Alma.

Cette étude nous a permis d'avoir un regard global sur la sexualité des jeunes dans les deux régions. Nous avons pu aborder leur niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS, mais aussi leur approche de la sexualité positive. Nos résultats avaient montré une association statistiquement significative avec l'âge et le domaine d'étude pour le niveau de connaissance du VIH et pour le niveau de connaissance des autres ITSS, seul le domaine d'étude y était associé. Quant à la sexualité positive, les croyances religieuses, l'appartenance ethnique, le sexe, le statut étudiant et le lieu de résidence étaient associés aux différents facteurs de la sexualité positive. Ainsi, nous recommandons la tenue d'ateliers et de séances de formations sur la sexualité de manière globale touchant à la fois les connaissances sur le VIH et les autres ITSS, mais aussi sur des facteurs clés de la sexualité positive.

Enfin, notre étude ouvre la voie à de nouvelles pistes de recherches qui pourraient explorer la sexualité de manière globale chez les personnes appartenant à des minorités visibles ou encore aux personnes étudiantes internationales. D'autres études sur le niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS pourraient être effectuées dans d'autres régions éloignées afin de comparer les résultats obtenus.

VI. PERTINENCE ET RETOMBÉES DE L'ÉTUDE

Chez les jeunes, la sexualité positive joue un rôle essentiel dans leur développement et leur bien-être global (Anderson, 2013) car elle prend en compte leur plaisir, leur satisfaction et aussi la qualité de leurs relations. Le manque d'études sur la sexualité positive chez les jeunes peut contribuer à une compréhension incomplète de leur expérience sexuelle et de leur besoin en matière de sexualité (Bond & Ford, 2024). Par ailleurs, l'étude de Zaneva et al. (2022) fournit des preuves de l'impact du plaisir sexuel, une dimension de la sexualité positive, sur les connaissances du VIH et des ITSS. Ainsi, ce mémoire visait à combler un manque dans la littérature existante en documentant des aspects essentiels de la sexualité positive chez les étudiants des cégeps en région éloignée. Nous avons aussi documenté leur niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS.

Ainsi, les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ont permis de repérer des facteurs sociodémographiques statistiquement associés à la sexualité positive parmi lesquels ; les croyances religieuses, l'appartenance ethnique, le statut étudiant, le sexe et le lieu de résidence et des facteurs statistiquement associés au niveau de connaissance du VIH et des autres ITSS tels que l'âge et le domaine d'étude. En vue de ces résultats, nous avons formulé plusieurs recommandations visant à améliorer la santé sexuelle des personnes étudiantes des Cégeps en région éloignée. Par conséquent, il serait pertinent de mettre en place une éducation à la sexualité complète et uniforme dans l'ensemble des programmes d'enseignement collégial afin d'assurer que toutes les personnes étudiantes aient accès à des informations fiables indépendamment de leur domaine d'étude. Cette éducation à la sexualité devrait s'adapter à l'identité religieuse permettant de reconnaître et de respecter les valeurs et croyances des personnes étudiantes. L'appartenance ethnique et le statut étudiant devraient être aussi considérés, tenant compte de la diversité culturelle et des expériences spécifiques des personnes étudiantes issues de milieux différents. Le contexte rural devrait aussi être pris en compte vu les réalités propres aux régions éloignées, notamment en matière d'accès à l'information, aux services et aux ressources disponibles. Enfin, des modules de formation sur le VIH et les autres ITSS devraient aussi être envisagées au profit de l'ensemble des personnes étudiantes des Cégeps.

VII. LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abrams, R., Nordmyr, J., & Forsman, A. K. (2023). Promoting sexual health in schools: a systematic review of the European evidence. *Front Public Health*, *11*, 1193422. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193422>
- Abu Lekham, L., Catalano, O., Abueed, O., Hey, E., Wang, Y., & Khasawneh, M. T. (2025). Enhancing Youth Access to Reproductive Health Services in Rural Communities Through Clinical and Educational Interventions in Upstate New York, USA. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *57*(4), 480-491.
- Action Canada pour la santé et les droits sexuels. (2020). *L'état de l'éducation à la sexualité au Canada*. Retrieved from https://www.actioncanadashr.org/sites/default/files/2020-07/Action%20Canada_StateofSexEd-2ndEd_French.pdf
- Advisory Committee on Family Planning. (2008). *Sexual Health Education Survey*. Retrieved from <https://skprevention.ca/wp-content/uploads/2022/04/7-504-ACFP-Education-Survey-Report.v2.pdf?x23283>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Chlamydia, gonorrhée et syphilis infectieuse au Canada: Mise à jour des données de surveillance de 2021*. Retrieved from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/chlamydia-gonorrhea-infectious-syphilis-2021-surveillance-data/chlamydia-gonorrhée-syphilis-infectieuse-2021-donnees-surveillance.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *PLAN D'ACTION 2024–2030 DU GOUVERNEMENT DU CANADA SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)*.
- Agénor, M., Geller, A. B., Crowley, J. S., & Boyer, C. B. (2023). The Importance of Structural Interventions for Advancing Sexual Health and Health Equity in the United States: A Review of the Evidence and Recommendations for Action on Sexually Transmitted Infections. *Sex Transm Dis*, *50*(1), 1-4. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000001695>
- Aggarwal, S., Singh, A. K., Balaji, S., & Ambalkar, D. (2022). Sexually Transmitted Infections (STIs) and Its Changing Scenario: A Scoping Review. *Comb Chem High Throughput Screen*, *25*(10), 1630-1638. <https://doi.org/10.2174/1386207324666210301093001>

- Agwu, A. (2020). Sexuality, Sexual Health, and Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. *Top Antivir Med*, 28(2), 459-462.
- Alshemeili, A., Alhammadi, A., Alhammadi, A., Al Ali, M., Alameeri, E. S., Abdullahi, A. S., Abu-Hamada, B., Sheek-Hussein, M. M., Al-Rifai, R. H., & Elbarazi, I. (2023). Sexually transmitted diseases knowledge assessment and associated factors among university students in the United Arab Emirates: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1284288.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Badawi, M. M., SalahEldin, M. A., Idris, A. B., Hasabo, E. A., Osman, Z. H., & Osman, W. M. (2019). Knowledge gaps of STIs in Africa; Systematic review. *PLoS One*, 14(9), e0213224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213224>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beebwa, E., Muzoora, C., Ashaba, S., Groves, S., & Atwine, F. (2021). Knowledge, attitude, and preferred strategies towards HIV/AIDS prevention among adolescents attending secondary schools in South Western Uganda. *Afr Health Sci*, 21(3), 1067-1073. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i3.14>
- Bishop, M. D., Mallory, A. B., Gessner, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). School-based Sexuality Education Experiences across Three Generations of Sexual Minority People. *J Sex Res*, 58(5), 648-658. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1767024>
- Bond, J. C., & Ford, J. V. (2024). A call for sex-positive epidemiology. *Am J Epidemiol*, 193(9), 1205-1210. <https://doi.org/10.1093/aje/kwae054>
- Botfield, J. R., Newman, C. E., & Zwi, A. B. (2016). Young people from culturally diverse backgrounds and their use of services for sexual and reproductive health needs: a structured scoping review. *Sex Health*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1071/sh15090>
- Caccamo, A., Kachur, R., & Williams, S. P. (2017). Narrative Review: Sexually Transmitted Diseases and Homeless Youth-What Do We Know About Sexually Transmitted Disease Prevalence and Risk? *Sex Transm Dis*, 44(8), 466-476. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000633>

- Carey, M. P., & Schroder, K. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Educ Prev*, 14(2), 172-182. <https://doi.org/10.1521/aeap.14.2.172.23902>
- Causarano, N., Pole, J. D., Flicker, S., Flynn, S., Layne, C., Larkin, J., & Salehi, R. (2010). Exposure to and desire for sexual health education among urban youth: Associations with religion and other factors. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 19(4), 169-184.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2024). *Portrait de la santé et du bien-être de la population : Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Retrieved from <https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/2024/11/Portrait-SLSJ-octobre-2024.pdf>
- CISS-AT. (2017). *PORTRAIT DE SANTÉ—ÉTAT DE SANTÉ*. Retrieved from https://www.ciiss-at.gouv.qc.ca/partage/ETAT-SANTE_PHYSIQUE/MALADIES-INFECTIEUSES/2017-03_Chlamydia-2012-2016.pdf
- CISS-AT. (2019). *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang en Abitibi-Témiscamingue*. Retrieved from https://www.ciiss-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/03/itss_mars2019.pdf
- CISSA-AT. (2025). *Une mobilisation face à la hausse marquée de l'itinérance*. Retrieved April 18, 2026 from <https://www.ciiss-at.gouv.qc.ca/une-mobilisation-collective-face-a-la-hausse-marquee-de-litinerance/>
- Closson, K., Dietrich, J. J., Lachowsky, N. J., Nkala, B., Palmer, A., Cui, Z., Chia, J., Hogg, R. S., Gray, G., Miller, C. L., & Kaida, A. (2018). Gender, Sexual Self-Efficacy and Consistent Condom Use Among Adolescents Living in the HIV Hyper-Endemic Setting of Soweto, South Africa. *AIDS Behav*, 22(2), 671-680. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1950-z>
- Corcoran, J. L., Davies, S. L., Knight, C. C., Lanzi, R. G., Li, P., & Ladores, S. L. (2020). Adolescents' perceptions of sexual health education programs: An integrative review. *J Adolesc*, 84, 96-112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.07.014>
- Dickson, E., Brakey, H. R., Wilson, P., Hackett, J. M., & McWethy, M. (2024). Classroom Voices: Youth Perspectives to Direct School-based Sexual Health Education. *Sex Educ*, 24(4), 479-496. <https://doi.org/10.1080/14681811.2023.2218267>
- Fasciana, T., Capra, G., Lipari, D., Firenze, A., & Giammanco, A. (2022). Sexually Transmitted Diseases: Diagnosis and Control. *Int J Environ Res Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095293>

- Fernández-García, O., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2022). Sexual Health among Youth in Residential Care in Spain: Knowledge, Attitudes and Behaviors. *Int J Environ Res Public Health*, *19*(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912948>
- Fisher, M. (2020). Foreword: Update on sexually transmitted infections (STIs) in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, *50*(7), 100833. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2020.100833>
- Flynn, S., Crystal Layne, D., Larkin, J., Travers, R., Palmer, H., & Schwartz, A. (2010). Sexual behaviour profile of a diverse group of urban youth: An analysis of the Toronto Teen Survey. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *19*(4), 40.
- Ford, J. V., Ivankovich, M. B., Douglas, J. M., Jr., Hook, E. W., 3rd, Barclay, L., Elders, J., Satcher, D., & Coleman, E. (2017). The Need to Promote Sexual Health in America: A New Vision for Public Health Action. *Sex Transm Dis*, *44*(10), 579-585. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000660>
- Frederiksen, B. N., Rivera, M. I., Ahrens, K. A., Malcolm, N. M., Brittain, A. W., Rollison, J. M., & Moskosky, S. B. (2018). Clinic-Based Programs to Prevent Repeat Teen Pregnancy: A Systematic Review. *Am J Prev Med*, *55*(5), 736-746. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.08.001>
- Gamelia, E., Anies, Widjanarko, B., & Shaluhayah, Z. (2023). Systematic review: risk sexual behavior, sexually transmitted infections, and adolescent pregnancy prevention interventions. *J Public Health Afr*, *14*(12), 2672. <https://doi.org/10.4081/jphia.2023.2672>
- Gannon-Loew, K. E., & Holland-Hall, C. (2020). A review of current guidelines and research on the management of sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Ther Adv Infect Dis*, *7*, 2049936120960664. <https://doi.org/10.1177/2049936120960664>
- Garcia, C. K. (2015). Sexual health education in Quebec schools: A critique and call for change. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *24*(3), 197-204.
- Glasper, E. A. (2017). Promoting Optimum Sexual Health of Children and Young People. *Compr Child Adolesc Nurs*, *40*(3), 137-141. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1348754>
- Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2021). Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *J Adolesc Health*, *68*(1), 13-27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>

- Gouvernement britannique. (2025). Health inequalities in health protection report 2025. <https://www.gov.uk/government/publications/health-inequalities-in-health-protection-report/health-inequalities-in-health-protection-report-2025#contents>
- Gouvernement du Québec. (2017). *JOINDRE, DÉPISTER ET DÉTECTER, TRAITER : Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique*. Gouvernement du Québec Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-216-04W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Portrait des personnes en situation d'itinérance*. Retrieved April 18, 2026 from <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/itinerance/portrait-des-personnes-en-situation-ditinerance>
- Gower, T., Rancher, C., Campbell, J., Mahoney, A., Jackson, M., McDonald, R., & Jouriles, E. N. (2020). Caregiver and divine support: Associations with resilience among adolescents following disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 109, 104681. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104681>
- Harden, K. P. (2014). A Sex-Positive Framework for Research on Adolescent Sexuality. *Perspect Psychol Sci*, 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Haruna, H., Hu, X., Chu, S. K. W., Mellecker, R. R., Gabriel, G., & Ndekao, P. S. (2018). Improving Sexual Health Education Programs for Adolescent Students through Game-Based Learning and Gamification. *Int J Environ Res Public Health*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph15092027>
- Hedayat, I., Steinberg, N., Akhtar, S., Clay, A. T., & Frost, D. R. (2024). Exploration du besoin d'éducation en matière d'infections transmissibles sexuellement chez les étudiants-athlètes de l'Université de la Saskatchewan. *Canada Communicable Disease Report*, 50(7/8).
- Helbekkmo, E., Trengereid Tempero, H., Sollesnes, R., & Langeland, E. (2021). 'We expected more about sex in the sex week' - A qualitative study about students' experiences with a sexual health education programme, from a health-promotion perspective. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 16(1), 1963035. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1963035>
- Herzig van Wees, S., Fried, S., & Larsson, E. C. (2021). Arabic speaking migrant parents' perceptions of sex education in Sweden: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 28, 100596. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100596>
- Heslop, C. W., Burns, S., & Lobo, R. (2019). 'Everyone knows everyone': youth perceptions of relationships and sexuality education, condom access and health services in a rural town. *Sex Education*, 19(6), 644-660.

- Hoehn, E. F., FitzGerald, M. R., Bhatt, S. R., Robinson, V. M., Lippe, J. E., & Reed, J. L. (2016). Do Adolescents With Higher Knowledge of HIV Have Lower Sexual Risk Behaviors? *Pediatr Emerg Care*, 32(12), 846-850. <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000000612>
- Hu, Z., Fu, Y., Wang, X., Zhang, H., Guo, F., Hee, J., & Tang, K. (2023). Effects of Sexuality Education on Sexual Knowledge, Sexual Attitudes, and Sexual Behaviors of Youths in China: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Adolesc Health*, 72(4), 607-615. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.11.006>
- Hughes, G., & Field, N. (2015). The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK: impact of behavior, services and interventions. *Future Microbiol*, 10(1), 35-51. <https://doi.org/10.2217/fmb.14.110>
- INSPQ. (2019). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec*. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2783-portrait-infections-transmissibles-sexuellement-sang.pdf>
- INSPQ. (2023). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2021 et projections 2022*. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3364-portrait-itss-2021-projections-2022.pdf>
- INSPQ. (2024). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2022 et projections 2023*. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3533-infections-transmissibles-sexuellement-2022-projections-2023.pdf>
- Institut de la Statistique du Québec. (2025). *Coup d'oeil sur le Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Retrieved from <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/coup-oeil-saguenay-lac-saint-jean-2025.pdf>
- Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. (2022). *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Abitibi-Témiscamingue*. Retrieved from https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/Abitibi_WEB.pdf
- International Planned Parenthood Federation. (2010). *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)*. Retrieved from https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf
- Inthavong, K., Ha, L. T. H., Anh, L. T. K., & Sychareun, V. (2020). Knowledge of safe sex and sexually transmitted infections among high school students, Vientiane

- Prefecture, Lao PDR. *Glob Health Action*, 13(sup2), 1785159. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1785159>
- Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). II. MORE THAN JUST CONVENIENT: THE SCIENTIFIC MERITS OF HOMOGENEOUS CONVENIENCE SAMPLES. *Monogr Soc Res Child Dev*, 82(2), 13-30. <https://doi.org/10.1111/mono.12296>
- Jaworski, B. C., & Carey, M. P. (2007). Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS and Behavior*, 11, 557-574.
- Jiménez-Ríos, F. J., González-Gijón, G., Martínez-Heredia, N., & Amaro Agudo, A. (2023). Sex Education and Comprehensive Health Education in the Future of Educational Professionals. *Int J Environ Res Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043296>
- Kågesten, A., & van Reeuwijk, M. (2021). Healthy sexuality development in adolescence: proposing a competency-based framework to inform programs and research. *Sex Reprod Health Matters*, 29(1), 1996116. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1996116>
- Kågesten, A. E., Pinandari, A. W., Page, A., Wilopo, S. A., & van Reeuwijk, M. (2021). Sexual wellbeing in early adolescence: a cross-sectional assessment among girls and boys in urban Indonesia. *Reprod Health*, 18(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01199-4>
- Kemigisha, Bruce, K., Nyakato, V. N., Ruzaaza, G. N., Ninsiima, A. B., Mlahagwa, W., Leye, E., Coene, G., & Michielsen, K. (2018). Sexual health of very young adolescents in South Western Uganda: a cross-sectional assessment of sexual knowledge and behavior. *Reproductive health*, 15(1), 148.
- Kemigisha, E., Nyakato, V. N., Bruce, K., Ndaruhutse Ruzaaza, G., Mlahagwa, W., Ninsiima, A. B., Coene, G., Leye, E., & Michielsen, K. (2018). Adolescents' Sexual Wellbeing in Southwestern Uganda: A Cross-Sectional Assessment of Body Image, Self-Esteem and Gender Equitable Norms. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020372>
- Kemigisha et al. (2018). Sexual health of very young adolescents in South Western Uganda: a cross-sectional assessment of sexual knowledge and behavior. *Reprod Health*, 15(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0595-3>
- Kim, E. J., Park, B., Kim, S. K., Park, M. J., Lee, J. Y., Jo, A. R., Kim, M. J., & Shin, H. N. (2023). A Meta-Analysis of the Effects of Comprehensive Sexuality Education

- Programs on Children and Adolescents. *Healthcare*, 11(18), 2511. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/18/2511>
- Kingori, C., Ice, G. H., Hassan, Q., Elmi, A., & Perko, E. (2018). 'If I went to my mom with that information, I'm dead': sexual health knowledge barriers among immigrant and refugee Somali young adults in Ohio. *Ethnicity & health*, 23(3), 339-352.
- Kirby, D. (2007). *Emerging answers : Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases*. <https://icahtoolkit.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/03/emerging-answers-2007-exec-sum.pdf>
- Kotiuga, J., Vaillancourt-Morel, M. P., Yampolsky, M. A., & Martin, G. M. (2023). Adolescents' Self Perceptions: Connecting Psychosocial Competencies to the Sexual Self-Concept. *J Sex Res*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2222285>
- Krahn, J., Gratrix, J., Khan, M., Meyer, G., Smyczek, P., & Singh, A. E. (2025). Retrospective Cohort Study of Financial Incentives for Sexually Transmitted Infection Testing and Treatment in an Outreach Population in Edmonton, Canada, 2018-2019. *Sex Transm Dis*, 52(1), 37-42. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000002068>
- Kwok, K., & Kwok, D. K. (2023). Community matters: barriers and opportunities to sexual health and sexuality education of young female migrants in Hong Kong. *Front Psychol*, 14, 1270885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1270885>
- Labra, O., Lacasse, A., & Gingras-Lacroix, G. (2017). Attitudes et connaissances d'étudiants universitaires à l'égard du VIH-sida. *Service Social*, 63(2). <https://doi.org/10.7202/1046496ar>
- Landers, S., & Kapadia, F. (2020). The Public Health of Pleasure: Going Beyond Disease Prevention. *Am J Public Health*, 110(2), 140-141. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305495>
- Laprise, C. (2013). *Cohorte de patients vivant avec le VIH/SIDA : Échecs virologiques et effets de thérapies antirétrovirales sur la fonction rénale et l'hyperbilirubinémie* [Université de Montréal].
- Lederer, A. M., & Vertacnik, A. L. (2021). Correlates of sexually transmitted infection knowledge among late adolescents. *Sex Health*, 18(4), 303-310. <https://doi.org/10.1071/sh20092>

- Lee, S. H., & Yeo, K. J. (2022). Sexual and reproductive health knowledge among primary school students in Malaysia. *J Educ Health Promot*, *11*, 89. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_542_21
- Lewis, L., Kharsany, A. B. M., Humphries, H., Maughan-Brown, B., Beckett, S., Govender, K., Cawood, C., Khanyile, D., & George, G. (2022). HIV incidence and associated risk factors in adolescent girls and young women in South Africa: A population-based cohort study. *PLoS One*, *17*(12), e0279289. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279289>
- Mabaso, M., Sokhela, Z., Mohlabane, N., Chibi, B., Zuma, K., & Simbayi, L. (2018). Determinants of HIV infection among adolescent girls and young women aged 15-24 years in South Africa: a 2012 population-based national household survey. *BMC Public Health*, *18*(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5051-3>
- Macintyre, A. K., Montero Vega, A. R., & Sagbakken, M. (2015). From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*, *15*, 945. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2253-9>
- Maes, C., Trekels, J., Impett, E., & Vandenbosch, L. (2023). The Development of the Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS). *J Sex Res*, *60*(1), 45-61. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.2011826>
- Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K. R., & Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: the experience of immigrants from Iran. *Can J Public Health*, *98*(3), 183-186. <https://doi.org/10.1007/bf03403709>
- McKay, A., Byers, E. S., Voyer, S. D., Humphreys, T. P., & Markham, C. (2014). Ontario parents' opinions and attitudes towards sexual health education in the schools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *23*(3), 159-166.
- Meherali, S., Salami, B., Okeke-Ihejirika, P., Vallianatos, H., & Stevens, G. (2021). Barriers to and facilitators of South Asian immigrant adolescents' access to sexual and reproductive health services in Canada: a qualitative study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *30*(3), 329-338.
- Mereu, A., Liori, A., Fadda, L., Puddu, M., Chessa, L., Contu, P., & Sardu, C. (2022). What do young people know about HIV? Results of a cross sectional study on 18-24-year-old students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, *63*(4), E541.
- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual

and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med*, 24(6), 836-845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>

Michielsen, K., De Meyer, S., Ivanova, O., Anderson, R., Decat, P., Herbiet, C., Kabiru, C. W., Ketting, E., Lees, J., Moreau, C., Tolman, D. L., Vanwesenbeeck, I., Vega, B., Verhetsel, E., & Chandra-Mouli, V. (2016). Reorienting adolescent sexual and reproductive health research: reflections from an international conference. *Reprod Health*, 13, 3. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0117-0>

Míguez, M. J., Espinoza, L. A., Vargas, M. E., Perez, C., Ergon, E., & Tarter, R. (2015). Low HIV/AIDS Knowledge among Hispanic Adolescents. *J AIDS Clin Res*, 6(7). <https://doi.org/10.4172/2155-6113.1000483>

Ministère de la culture et communications. *Annexe 2 : Typologie des régions*. Retrieved from <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/culture-communications/Aides-financieres/Ententes-developpement-culturel-PEDC/Annexe-II-typologies-regions-pedc.pdf>

Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport & Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *L'éducation à la sexualité en milieu scolaire: Oui, mais comment?* Retrieved from https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/EducationSexualite_Oui-mais-comment_FR.pdf

Ministère de l'Éducation du Québec & Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-education-sexualite.pdf>

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur. (2018). *Contenus en éducation à la sexualité*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2020, october 27, 2025). *Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. Retrieved august 7, 2025 from <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/its/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-its/#:~:text=Ressources-.La%20pr%C3%A9vention%20des%20ITSS,infect%C3%A9es%20et%20de%20leurs%20partenaires.>

Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*, 6(8), e608-e613. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00099-2)

- Mukeshimana, M. (2021). *Connaissances, attitudes et pratiques des étudiantes et étudiants universitaires rwandais.es à l'égard du VIH-sida* [Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et Université de Sherbrooke].
- Mukeshimana, M., Labra, O., & Ependa, A. (2023). CONNAISSANCES D'ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES RWANDAIS À L'ÉGARD DU VIH-SIDA. *Science et Comportement*, 33(1), 21-31.
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ecb56967-5972-4c80-97e5-eae792c5741f/content>
- Organisation mondiale de la santé. (2025, May 29, 2025). *Infections sexuellement transmissibles (IST)*. Retrieved august 7, 2025 from [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=En%202020%2C%20on%20estimait%20%C3%A0,des%20IST%20d'ans%20le%20monde.](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=En%202020%2C%20on%20estimait%20%C3%A0,des%20IST%20d'ans%20le%20monde.)
- Pitts, R. A., & Greene, R. E. (2020). Promoting Positive Sexual Health. *Am J Public Health*, 110(2), 149-150. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305336>
- Pleasure, Z. H., Lindberg, L. D., Mueller, J., & Frost, J. J. (2022). Patterns in receipt and source of STI testing among young people in the United States, 2013–2019. *Journal of Adolescent Health*, 71(5), 642-645.
- Rostosky, S. S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K., & Anderman, E. M. (2008). Sexual Self-Concept and Sexual Self-Efficacy in Adolescents: A Possible Clue to Promoting Sexual Health? *The Journal of Sex Research*, 45(3), 277-286. <https://doi.org/10.1080/00224490802204480>
- Rotermann, M., & McKay, A. (2024). Où les adolescents de 15 à 17 ans au Canada obtiennent-ils leurs renseignements sur la santé sexuelle? *Statistique Canada*, 35, Article 1. <https://doi.org/https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400100001-fra>
- Rummel, M., Clanner-Engelshofen, B. M., Nellesen, T., Zippel, S., Schuster, B., French, L. E., & Reinholz, M. (2022). Evaluation of the knowledge of students concerning sexually transmitted infections in Bavaria/Germany (a cross-sectional study). *J Dtsch Dermatol Ges*, 20(2), 169-176. <https://doi.org/10.1111/ddg.14653>
- Sexuality Information and Education Council of the United States. (2021). *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*. Retrieved from <https://siecus.org/wp-content/uploads/2018/07/Guidelines-CSE.pdf>

- Shannon, C. L., & Klausner, J. D. (2018). The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Curr Opin Pediatr*, *30*(1), 137-143. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000578>
- Sidiropoulou, M., Gerogianni, G., Kourti, F. E., Pappa, D., Zartaloudi, A., Koutelekos, I., Dousis, E., Margari, N., Mangoulia, P., Ferentinou, E., Giga, A., Zografakis-Sfakianakis, M., & Dafogianni, C. (2022). Perceptions, Knowledge and Attitudes among Young Adults about Prevention of HPV Infection and Immunization. *Healthcare (Basel)*, *10*(9). <https://doi.org/10.3390/healthcare10091721>
- Steiner, R. J., Pampati, S., Kortsmit, K. M., Liddon, N., Swartzendruber, A., & Pazol, K. (2021). Long-Acting Reversible Contraception, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Prev Med*, *61*(5), 750-760. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.032>
- Stewart, J. L., Wallace, D. D., Nance, A., Schalkoff, C. A., Uhrig Castonguay, B. J., Widman, L., Carey, M. P., & Golin, C. E. (2022). Validated HIV Knowledge Scales for Use with Adults and Adolescents: A Systematic Review. *AIDS Behav*, *26*(5), 1695-1715. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03521-4>
- Szucs, L. E., Barrios, L. C., Young, E., Robin, L., Hunt, P., & Jayne, P. E. (2022). The CDC's Division of Adolescent and School Health Approach to Sexual Health Education in Schools: 3 Decades in Review. *J Sch Health*, *92*(2), 223-234. <https://doi.org/10.1111/josh.13115>
- Teasdale, C. A., Brittain, K., Zerbe, A., Mellins, C. A., Falcao, J., Couto, A., Pimentel De Gusmao, E., Vitale, M., Kapogiannis, B., Simione, T. B., Myer, L., Mantell, J., Desmond, C., & Abrams, E. J. (2021). Characteristics of adolescents aged 15-19 years living with vertically and horizontally acquired HIV in Nampula, Mozambique. *PLoS One*, *16*(4), e0250218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250218>
- Terra, M., Okereke, P. U., Wandera, F., Edith, K., Kitonga, M. S., Ally, A. M., Noah, O. A., Iheanyichukwu, N. R., Luyirika, E., & AbdulBasit, A. O. (2024). HIV related knowledge and practices among undergraduate students in Africa: a cross-sectional multinational study. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, *3*, 100126.
- Trickey, A., May, M. T., Vehreschild, J.-J., Obel, N., Gill, M. J., Crane, H. M., Boesecke, C., Patterson, S., Grabar, S., & Cazanave, C. (2017). Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *The lancet HIV*, *4*(8), e349-e356.
- Valladales-Restrepo, L. F., Ospina-Cano, J. A., Londoño-Serna, M. J., & Machado-Alba, J. E. (2021). Characterization of sexually transmitted infections, their pharmacological treatment, and recurrence in a Colombian population. *Biomedica*, *41*(Sp. 2), 130-139.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.5872> (Caracterización de las infecciones de transmisión sexual, su tratamiento farmacológico y la recurrencia en una población colombiana.)

- Voyiatzaki, C., Venetikou, M. S., Papageorgiou, E., Anthouli-Anagnostopoulou, F., Simitzis, P., Chaniotis, D. I., & Adamopoulou, M. (2021). Awareness, knowledge and risky behaviors of sexually transmitted diseases among young people in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10022.
- Wagenaar, B. H., Sullivan, P. S., & 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.
- Weaver, A. D., Byers, E. S., Sears, H. A., Cohen, J. N., & Randall, H. E. (2001). Sexual health education at school and at home: Attitudes and experiences of New Brunswick parents. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11(1), 19-32.
- Williams, D., Prior, E. E., & Vincent, J. (2020). Positive sexuality as a guide for leisure research and practice addressing sexual interests and behaviors. *Leisure Sciences*, 42(3-4), 275-288.
- Williams, D., Thomas, J. N., Prior, E. E., & Walters, W. (2015). Introducing a multidisciplinary framework of positive sexuality. *Journal of Positive Sexuality*, 1(1), 6-11.
- Williams, S. P., & Bryant, K. L. (2018). Sexually Transmitted Infection Prevalence among Homeless Adults in the United States: A Systematic Literature Review. *Sex Transm Dis*, 45(7), 494-504. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000780>
- Wong, J. P.-H., Macpherson, F., Vahabi, M., & Li, A. (2017). Understanding the sexuality and sexual health of Muslim young people in Canada and other Western countries: A scoping review of research literature. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 26(1), 48-59.
- Wood, J., McKay, A., Wentland, J., & Byers, S. E. (2021). Attitudes towards sexual health education in schools: A national survey of parents in Canada. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(1), 39-55.
- Yu, B., Wang, Y., & Chen, X. (2022). Perception of Peer Condom Use Buffers the Associations Between HIV Knowledge, Self-efficacy, and Condom-Use Intention Among Adolescents: a Moderated Mediation Model. *Prev Sci*, 23(6), 879-888. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01324-6>

- Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G., & Gonsalves, L. (2022). What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *17*(2), e0261034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261034>
- Zanotta, N., West, N., Cason, C., Degli Ivanissevich, S., Meneghel, A., Righi, F., Brunelli, L., Casuccio, A., Gazzetta, S., Gianfrilli, D., Fasciana, T. M. A., Salfa, M. C., Sesti, F., Suligo, B., Valent, F., Esprit Study Collaboration, G., & Comar, M. (2025). New Trends in Sexually Transmitted Infections Among Adolescents and Young People: Epidemiology, Clinical and Diagnostic Management. *Microorganisms*, *13*(6). <https://doi.org/10.3390/microorganisms13061411>
- Zimmer-Gembeck, & French, J. (2016). Associations of Sexual Subjectivity with Global and Sexual Well-Being: A New Measure for Young Males and Comparison to Females. *Arch Sex Behav*, *45*(2), 315-327. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0387-y>
- Zimmer-Gembeck, J. M., & Jessica, F. (2016). Associations of Sexual Subjectivity with Global and Sexual Well-Being: A New Measure for Young Males and Comparison to Females. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(2), 315-327. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0387-y>

ANNEXE

Annexe 1 - Approbation du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT, du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, du Cégep de Jonquière et du Collège Alma.



Rouyn-Noranda, le 14 mai 2024

Monsieur Oscar Labra
École de travail social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Objet : Évaluation éthique - Projet « Se protéger : une bonne idée pour garder ton corps en santé! »

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CER-UQAT) a eu recours à la procédure d'évaluation en comité plénier pour le projet cité en rubrique, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (article 5.5.1).

Le CER-UQAT a évalué les modifications apportées au projet à la suite de l'évaluation éthique. Comme toutes les modifications ont été faites à notre satisfaction, nous sommes heureux de vous délivrer une approbation éthique, qui vient attester du respect des normes éthiques.

Je vous invite également à nous faire part de tout changement important qui pourrait être apporté en cours de recherche aux procédures décrites dans le formulaire de demande d'évaluation éthique ou dans tout autre document destiné aux personnes participantes.

En vous souhaitant tout le succès dans la réalisation de votre projet, je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Anthony Voisard'.

Anthony Voisard, Ph. D.
Coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

/md

p. j. Approbation éthique

Référence : 2024-03_Labra, O.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Approbation éthique

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

Monsieur Oscar Labra

Objet : **Évaluation éthique - Projet « Se protéger : une bonne idée pour garder ton corps en santé! »**

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 : 14 mai 2025

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 de l'UQAT : <https://www.uqat.ca/recherche/ethique/etres-humains/>

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anthony Voisard', is written over a light blue horizontal line.

Date : 14 mai 2024

Anthony Voisard, coordonnateur du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca



Le 29 août 2024

Monsieur Oscar Labra
Chercheur principal
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Objet : Suivi d'évaluation de la convenance institutionnelle du projet - Acceptation conditionnelle à l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR).

Monsieur Labra,

C'est avec intérêt que le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue a pris connaissance de votre projet de recherche s'intitulant « *Se protéger : une bonne idée pour garder ton corps en santé* ».

Nous avons le plaisir de vous informer que vous êtes autorisé à effectuer la collecte de données liée à votre projet au sein de notre établissement, selon la période mentionnée dans votre formulaire de demande de convenance institutionnelle.

De plus, puisque votre projet de recherche implique des participantes et des participants humains, vous devez le soumettre au comité d'éthique de la recherche (CÉR). Le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue a conclu une entente avec le Cégep de Jonquière ; c'est donc le CÉR du Cégep de Jonquière qui procède à l'évaluation éthique des activités de recherche. Je vous invite à consulter ce [site web](#) pour obtenir les renseignements relatifs à cette procédure. Une confirmation de l'approbation éthique devra être transmise à alexandre.nana@cegepat.qc.ca avant le début de la collecte de données.

Je vous remercie de votre intérêt à réaliser des travaux de recherche au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue.

Veillez recevoir, Monsieur Labra, nos salutations distinguées.



Caroline Rioux
Directrice des études
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue

c.c. Comité d'éthique de la recherche (CÉR) - cer@cegepjonquiere.ca



Direction des études et de la vie étudiante

PAR COURRIEL

Jonquière, le 12 décembre 2024

Monsieur Oscar Labra
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
oscar.labra@uqat.ca

Objet : Autorisation en lien avec le projet « Se protéger : une bonne idée pour garder ton corps en santé ! »

Monsieur,

C'est avec intérêt que le Cégep de Jonquière a pris connaissance de votre projet de recherche s'intitulant « Se protéger : une bonne idée pour garder ton corps en santé ! ».

Nous avons le plaisir de vous informer que vous êtes autorisé à effectuer des collectes de données liées à votre projet au sein de notre établissement. Puisque votre projet de recherche implique des participants humains, vous devrez le soumettre au Comité d'éthique de la recherche (CER) du Cégep. Je vous invite à consulter notre site web pour obtenir tous les renseignements relatifs à cette procédure: <https://www.cegepjonquiere.ca/ethique.html>.

Pour déposer une demande auprès du Comité, vous devrez remplir un [formulaire](#) et nous faire parvenir la documentation relative à votre projet de recherche deux semaines avant la date visée. Les prochaines dates de rencontre du CER sont les 14 janvier et 4 février 2025.

Madame Marie Briand, conseillère pédagogique à la recherche, est responsable d'assurer le suivi de votre dossier auprès du CER. Je vous invite à lui faire parvenir votre demande d'approbation éthique à l'adresse cer@cegepjonquiere.ca. Vous pouvez également la consulter pour obtenir des informations additionnelles ou du soutien, en communiquant avec elle au 418 547-2191, poste 6303. Je vous remercie de votre intérêt à réaliser des travaux de recherche en collaboration avec le Cégep de Jonquière.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, veuillez recevoir, Monsieur, nos salutations distinguées.

Anne-Marie Pilote

Anne-Marie Pilote,
Directrice adjointe des études et de la vie étudiante

MJ/ma
c.c. Comité d'éthique de la recherche (CER)

2505, rue Saint-Hubert
Jonquière (QC) G7X 7W2
Téléphone : 418 547-2191



Certificat éthique

Porteur du projet : Oscar Labra

Titre du projet : Se protéger : une bonne idée pour garder ton corps en santé !

Le comité d'éthique à la recherche (CER) du Collège d'Alma certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que le projet de recherche ci-dessus mentionné a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique à la recherche avec des êtres humains conformément à l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de recherche avec des êtres humains* ainsi qu'à la *Politique sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* du Collège d'Alma en vigueur.

Date d'approbation du projet : 3 février 2025

N° de certificat : CER2024-14

Date d'entrée en vigueur du certificat : 3 février 2025

Date d'échéance du certificat : 2 février 2026

Président du CER du Collège d'Alma
Vincent Doucet-Bouchard

Annexe 2 - Calcul de la taille d'échantillon

OR	SD	Pr	N
1,2	0,5	0,1	2058
1,2	0,5	0,2	1168
1,2	0,5	0,4	787
1,5	0,5	0,1	411
1,5	0,5	0,2	242
1,5	0,5	0,4	169
2,5	0,5	0,1	81

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement

Présentation générale du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à identifier les bonnes pratiques et les préoccupations en matière de santé sexuelle chez les jeunes dans des régions du Québec. Votre participation consiste à consacrer environ 15 minutes de votre temps pour remplir notre questionnaire en ligne. Ce sondage comporte des interrogations portant sur votre expérience de vie sexuelle, vos attitudes à propos de la sexualité, ainsi que vos connaissances des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les résultats de ce projet de recherche contribueront à identifier les facteurs associés à une santé sexuelle positive et à un bon niveau de connaissance des ITSS y compris le VIH. Ainsi, les résultats de ce projet de recherche nous permettront de faire des propositions, des

suggestions et donner des directives sur la création d'outils, de programmes de sensibilisation et de promotion destinés à encourager une santé sexuelle positive chez les jeunes.

Risques et inconvénients

Excepté le temps que vous prendrez à remplir ce sondage et un léger inconfort que vous pourrez ressentir face à certaines questions sur la sexualité, les risques et les inconvénients découlant de votre participation ne sont pas plus grands que ceux qui sont associés à votre vie quotidienne.

Toutefois, si vous ressentez un inconfort en répondant à certaines questions et vous avez le besoin d'obtenir du soutien psychosocial, vous pouvez prendre un rendez-vous en tout temps avec l'équipe des services psychosociaux du cégep de l'Abitibi-Témiscamingue via ce lien <https://www.cegepat.qc.ca/etudiants/services-aux-etudiants/bien-etre-orientation/>.

Vous pouvez aussi vous référer à des ressources disponibles en ligne, Info-Social au 811, pour obtenir de l'aide en tout temps.

Avantages et bénéfices

La participation à ce projet de recherche pourrait avoir l'avantage direct de vous permettre de réfléchir sur votre comportement en regard de la sexualité. Aussi, votre participation contribuera significativement à l'avancement des connaissances dans le domaine des études sur la santé sexuelle des jeunes.

Incitatif

Si vous participez à ce projet de recherche, vous pourrez gagner une carte-cadeau VISA de 50 dollars.

Si vous souhaitez participer au tirage, à la fin du sondage, vous allez être dirigé vers une autre page afin d'inscrire votre adresse courriel. Ainsi, vos réponses resteront confidentielles et ne seront pas associées à votre adresse courriel.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer et vous pouvez à tout moment décider de vous en retirer. Vous n'avez qu'à cesser de répondre au sondage.

Vous n'êtes pas obligé(e) de remplir ce sondage ni de répondre à toutes les questions qu'il comporte. Cependant si vous ne soumettez pas le sondage, vos réponses ne seront pas enregistrées et ne pourront pas être prises en compte. La complétion et la soumission du sondage sont signe de votre consentement libre et éclairé à participer à ce projet de recherche.

Confidentialité et protection des données

Ce présent sondage est anonyme. Aussi, plus tard, les analyses statistiques qui seront réalisées à partir des données recueillies respecteront scrupuleusement la confidentialité et seront conservées dans la nuage sécurisée du serveur de l'UQAT. Ces données ne seront accessibles que par Dahana Deliscart, assistante de recherche et son Directeur de recherche, Mohamed N'dongo Sangaré.

En vertu du calendrier d'archivage en vigueur dans les établissements universitaires, les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin du projet. Passé cette date, les données seront complètement détruites du serveur sécurisé de l'UQAT.

On vous suggère fortement de répondre au sondage dans un endroit tranquille.

Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats de recherche seront vulgarisés par des midi-causeries, deux midi-causeries seront réalisés dans chacun des Cégeps. Les résultats seront diffusés auprès des groupes d'intérêt via Facebook, et reportages dans les médias. Deux articles et un rapport de recherche seront publiés. De plus, des infographies contenant les principaux résultats de la recherche seront envoyés dans les Cégeps. Ainsi, les participants pourront avoir accès aux résultats du projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits des participantes et des participants

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit à la suite de votre participation à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'équipe de recherche, l'organisme de financement ou votre établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Pr Oscar Labra, Téléphone : 819-762-0971, poste 2335, Courriel : Oscar.Labra@uqat.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités de l'équipe de recherche concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter : 1) le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT à l'adresse courriel suivante : cer@uqat.ca, le comité d'éthique de la recherche du Cégep de Jonquière à l'adresse courriel suivante : cer@cegepjonquiere.ca

Consentement

J'ai pris connaissance de l'information ci-jointe, décrivant la nature et le déroulement du projet de même que les risques et les inconvénients qui pourraient survenir.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage l'équipe de recherche de leurs responsabilités.

Annexe 4 - Questionnaire autoadministré standardisé

Fiche signalétique

Cette section vise à recueillir des informations générales sur vos caractéristiques telles que votre âge, votre genre, votre niveau d'éducation, votre situation professionnelle, etc. Ces données permettront d'analyser les réponses en tenant compte des divers contextes individuels.

- 1- Veuillez entrer la date de complétion du sondage svp

- 2- Veuillez entrer votre date de naissance svp

- 3- Quel âge avez-vous ?

- 4- Quel est le sexe biologique qui vous a été assigné à la naissance svp ?
 - Masculin
 - Féminin
 - Je préfère ne pas répondre

- 5- Comment vous identifiez-vous sur le plan de l'orientation sexuelle svp ?
 - Hétérosexuel
 - Gai
 - Lesbienne
 - Bisexuel
 - Non binaire
 - Trans
 - Je préfère ne pas répondre
 - Autre

- 6- Comment décririez-vous votre race ou votre appartenance ethnique svp ?
 - Asiatique
 - Afro-américain.e ou noir.e
 - Autochtone
 - Blanc.he
 - Hispanique ou latino-américain.e
 - Iles du Pacifique
 - Moyen-Orient
 - Multi-racial.e
 - Je préfère ne pas répondre

- Autre

7- Comment décririez-vous vos croyances religieuses svp?

- Agnostique
- Athée
- Bouddhiste
- Chrétien.ne
- Catholique
- Hindou.e
- Juif.ve
- Musulman.e
- Je préfère ne pas répondre
- Autre

8- Quel est votre statut familial svp ?

- Vis avec les deux parents
- Vis dans une famille monoparentale
- Vis seul
- Vis en couple
- Je préfère ne pas répondre

9- Quel cégep fréquentez-vous svp ?

- Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
- Cégep de Jonquière
- Collège Alma

10- Dans quel parcours êtes-vous inscrit svp ?

- DEC préuniversitaire
- DEC-Technique
- Tremplin DEC
- Formation continue

11- Quel est votre statut d'étudiant svp ?

- Étudiant québécois
- Étudiant international
- Je préfère ne pas répondre
- Autre

12- Quel est votre domaine ou votre champ d'études svp ?

- Administration et Gestion
- Art et Technologie des médias
- Art, Lettres et Communication
- Art visuel
- Aménagement et Urbanisme
- Environnement, Hygiène et Sécurité au travail
- Sciences de la nature
- Sciences humaines
- Soins infirmiers
- Soins préhospitaliers d'urgence
- Techniques d'éducation
- Techniques de l'informatique
- Techniques du milieu naturel
- Techniques de pharmacie
- Techniques de physiothérapie
- Techniques de santé animale
- Techniques de travail social
- Techniques policières
- Techniques d'intervention en criminologie
- Technologie forestière
- Technologie de l'architecture
- Technologie du génie civil
- Technologie du génie électrique

- Technologie industrielle
- Technologie minérale
- Autre

13- Quelle est votre région de résidence svp ?

- Abitibi-Témiscamingue
- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Autre

14- Quelle est votre MRC de résidence svp ?

- Rouyn-Noranda
- Vallée-de-l'Or
- Témiscamingue
- Abitibi
- Abitibi-Ouest
- Le-Domaine-du-Roy
- Lac-Saint-Jean-Est
- Le Fjord-du-Saguenay
- Maria Chapdelaine
- Saguenay
- Autre

Sexualité positive (PSAS)

Vous trouverez ci-dessous une liste sur la sexualité positive. Veuillez svp lire chaque affirmation et répondre en indiquant votre niveau d'accord.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord

- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

15- Je pense qu'il est important qu'un partenaire se sente en sécurité lorsque nous sommes en intimité (l'intimité renvoie à ce qui est privé, confidentiel et qui n'est pas partagé avec des personnes en qui on n'a pas une grande confiance). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

16- Je veux seulement approcher un partenaire avec respect (par exemple, si je veux embrasser mon partenaire, mais qu'il ne le veut pas, j'arrêterai d'essayer). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

17- Si je voulais être en intimité avec quelqu'un, je pense qu'il est important que nous apprécions ensemble l'expérience. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

18- Je m'assurerais que mon partenaire soit satisfait lorsque nous sommes en intimité. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord

- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

19- Je pense qu'il est important, quand nous sommes en intimité, que mon partenaire puisse dire « non » lorsqu'il ne veut pas faire quelque chose. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

20- Même si j'espère être en intimité avec quelqu'un (par exemple, un baiser avec la personne que j'aime), si cette personne ne le souhaite pas, je respecterai sa décision (par exemple, je ne la forcerai pas à faire quelque chose). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

21- Si j'avais des questions sur ma sexualité ou ma relation, j'en parlerais ouvertement avec mon partenaire. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

22- Si mes amis se moquaient de moi à propos de mes sentiments ou de mes expériences sexuelles (par exemple, s'ils critiquent l'apparence de mon prétendant), j'essaierai de me distraire en faisant quelque chose d'amusant (par exemple, en pratiquant mon loisir. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

23- Si mes amis se moquaient de moi à propos de mes sentiments ou de mes expériences sexuelles (par exemple, s'ils me forcent à avoir des relations sexuelles), alors j'essaierai de penser à des choses qui pourraient me remonter le moral. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

24- Si mes amis se moquaient de moi à propos de mes sentiments ou de mes expériences sexuelles (par exemple, s'ils critiquent l'apparence de mon prétendant), alors je me distrairai en pensant à quelque chose de positif. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

25- Si j'avais une expérience négative avec un partenaire ou un prétendant (par exemple, ma petite amie/mon petit ami rompt avec moi), alors je me distrairais en pensant à quelque chose de positif. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

26- Si j'avais une expérience négative avec un partenaire ou un prétendant (par exemple, ma petite amie/mon petit ami rompt avec moi), j'essaierais de me distraire en faisant quelque chose d'amusant (par exemple, pratiquer mon hobby). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

27- Si quelqu'un m'obligeait à être en intimité avec lui, je serais capable de dire « non » si je ne le veux pas. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

28- Je serais capable de dire non pendant une activité intime, même si j'avais d'abord donné l'impression que je voulais être en intimité (par exemple, si je flirtais, mais que je ne veux pas aller plus loin). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

29- Je respecte le fait que deux personnes ayant le même sexe puissent tomber amoureuses. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

30- Les garçons ne peuvent tomber amoureux que des filles, et les filles ne peuvent tomber amoureuses que des garçons (et inversement). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

31- Je comprends que certaines personnes ne savent pas encore par qui elles sont attirées (par exemple, attirées par un garçon, une fille ou les deux). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

32- Chacun a des désirs sexuels différents (par exemple, certaines personnes se tournent vers des individus du même sexe), cela est différent pour chaque personne et doit être respecté (par exemple, vous ne devriez pas rire de cette personne). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

33- Il est tout à fait normal de se découvrir sur le plan sexuel. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

34- Il me semble normal que je me sente parfois excité sexuellement. Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

35- J'aime explorer mes sentiments et mes désirs sexuels (par exemple, fantasmer sur mon prétendant). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord

- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

36- Il me semble normal d'explorer ma propre sexualité (par exemple, les personnes qui m'attirent). Veuillez choisir une réponse.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plutôt en désaccord
- 4 = Indifférent
- 5 = Plutôt d'accord
- 6 = D'accord
- 7 = Tout à fait d'accord

Niveau de connaissance du VIH/SIDA

Les énoncés ci-dessous visent à mesurer les connaissances générales sur le VIH-SIDA. Répondez aux questions suivantes selon les connaissances que vous possédez sans vous référer à une autre source d'information.

37- Tousser ou éternuer ne permet pas de transmettre le VIH.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

39- 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.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux

- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

48- Un condom de membrane naturelle (fabriqué à partir de l'intestin d'agneau et parfois de mouton) est plus efficace qu'un condom en latex pour prévenir une infection par le VIH.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

52- 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.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

Niveau de connaissance des autres ITSS

Les énoncés ci-dessous visent à mesurer les connaissances générales sur les autres ITSS. Répondez aux questions suivantes selon les connaissances que vous possédez sans vous référer à une autre source d'information.

55- L'herpès génital est causé par le même virus que le VIH.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

56- Les infections urinaires fréquentes peuvent entraîner la chlamydie.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

57- Il existe un traitement pour la gonorrhée.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

58- On attrape plus facilement le VIH si on a une autre infection transmise sexuellement.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

59- Le virus du papillome humain (VPH) est causé par le même virus que celui qui cause le VIH.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

60- Les relations sexuelles anales augmentent les risques d'attraper l'hépatite B.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

61- Peu après l'infection par le VIH, les parties génitales (pénis ou vagin) deviennent douloureuses.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

62- Il existe un traitement pour la chlamydie.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

63- Une femme qui a de l'herpès génital peut transmettre l'infection à son bébé pendant l'accouchement.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

64- Une femme peut dire si elle a la gonorrhée en observant son corps.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

65- Le même virus est à l'origine de toutes les infections transmises sexuellement.

- Vrai
- Faux

- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

66- Le virus du papillome humain (VPH) peut entraîner un condylome acuminé (petites excroissances de peau au niveau des organes génitaux).

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

67- L'utilisation d'un condom en peau naturelle (peau d'agneau) peut empêcher d'attraper le VIH.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

68- Le virus du papillome humain (VPH) peut être à l'origine d'un cancer chez les femmes.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

69- Un homme doit avoir des relations sexuelles vaginales pour attraper un condylome.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

70- Les infections transmises sexuellement peuvent entraîner des problèmes de santé qui sont habituellement plus graves pour les hommes que pour les femmes.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

- Je préfère ne pas répondre

71- Une femme peut dire si elle a la chlamydie si une mauvaise odeur se dégage de son vagin.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

72- Si le test du VIH d'une personne est positif, il peut indiquer à quel point la personne va être malade.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

73- Il existe un vaccin permettant d'empêcher d'attraper la gonorrhée.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

74- Une femme peut dire si elle a une infection transmise sexuellement selon comment elle se sent.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

75- Une personne qui a de l'herpès génital doit avoir une plaie ouverte pour transmettre l'infection à son partenaire sexuel.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

76- Il existe un vaccin permettant d'empêcher d'attraper la chlamydie.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

77- Un homme peut dire s'il a l'hépatite B selon comment il se sent.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

78- Si une personne a eu la gonorrhée par le passé, elle est immunisée, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas l'attraper de nouveau.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

79- Le virus du papillome humain (VPH) peut entraîner le VIH.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

80- Un homme peut éviter d'attraper un condylome en se lavant les parties génitales après les relations sexuelles.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre

81- Il existe un vaccin permettant d'empêcher d'attraper l'hépatite B.

- Vrai
- Faux

- Ne sait pas
- Je préfère ne pas répondre