

Facteurs déterminants des connaissances, des attitudes et des pratiques en MST/SIDA et hépatites virales parmi les jeunes âgés de 18 à 29 ans au Brésil

Miguel Barbosa Fontes¹
Rodrigo Campos Crivelaro¹
Alice Margini Scartezini²
David Duarte Lima³
Alexandre de Araújo Garcia⁴
Rafael Tsuyoshi Fujioka¹

Résumé L'objectif de cette étude a été d'évaluer la vulnérabilité des jeunes brésiliens aux MST/VIH SIDA et aux Hépatites Virales. À cet effet, 1.208 jeunes (âgés de 18 à 29 ans dans 15 États brésiliens et le DF [Distrito Federal]) ont été interviewés. La marge d'erreur de la recherche pondérée régionalement et nationalement était de 2,8%. L'étude a été approuvée par le CEP [Comité d'Éthique en Recherche] de la Faculté de Médecine de l'UnB et a eu le support de l'OPAS [Organisation Panaméricaine de la Santé] et du Ministère de la Santé. Une échelle de 35 questions (-35 à +35 points) évaluant les connaissances, les attitudes et les pratiques en MST/VIH SIDA et Hépatites Virales a été utilisée comme une variable dépendante. Des modèles de régression linéaire ajustés ont identifié les facteurs démographiques et les déterminants sociaux qui expliquent la variation dans l'échelle. L'échelle a atteint un niveau satisfaisant de consistance (Alpha de Cronbach: 0,689). Des facteurs socio-démographiques associés à la variation dans l'échelle ont été pris en compte, à savoir: le genre, l'ethnie, la scolarité et l'état civil. Les déterminants sociaux associés à la variation dans l'échelle: l'habitude de discuter sur la sexualité avec les parents et des professionnels de la santé, la consommation d'alcool, profiter du loisir et être engagé, avoir accès à Internet, avoir intérêt à apprendre et avoir un parent et/ou un enseignant comme référence personnelle.

Mots-clés Jeunes brésiliens, MST/VIH SIDA, Déterminants Sociaux, Vulnérabilité

¹ JSB Ltda. Avaliação e Pesquisa. SCN Quadra 01/Bl. E/202, Ed. Central Park. 70711-903 Brasília DF Brasil.
m.fontes@johnsnow.com.br

² Instituto Caixa Seguradora. Brasília DF Brasil.

³ Área de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Opinião Consultoria. Brasília DF Brasil.

Introduction

Quatre sur dix Brésiliens sont âgés de 15 à 29 ans. Au total, ce sont 50 millions de jeunes¹. Pour ce segment, d'après une étude réalisée par l'Unesco², le principal défi sur la question des MST/VIH SIDA est de modifier leur comportement, en considérant les aspects affectifs et de vie privée déjà enracinés aux normes socioculturelles. Par contre, la jeunesse est une des périodes les plus intenses et riches de la vie, invitant à l'expérimentation et à la maturité. Justement, en raison de cela, il s'agit d'une étape délicate en ce qui concerne l'infection par des maladies, spécialement celles sexuellement transmissibles.

Une recherche des Connaissances, des Attitudes et des Pratiques (PCAP), réalisée par le Département National d'MST/VIH SIDA et Hépatites Virales du Ministère de la Santé³ a démontré des progrès, mais a également éclairci des domaines où les comportements par rapport aux MST/VIH SIDA ont besoin d'évoluer. En ce qui concerne les progrès, le rapport de la recherche démontre que "l'investissement dans la mise en œuvre d'actions auprès des services de santé et des écoles et l'appui au travail des ONG sont fondamentaux pour atteindre et maintenir les hauts niveaux de connaissance de la population".

Néanmoins, une importante lacune, c'est le manque de stratégies renforçant la protection informée d'individus sexuellement actifs conformément à leurs conditions de risque et de vulnérabilité. L'étude révèle que seulement 30,7% des jeunes âgés de 15 à 24 ans interviewés ont utilisé des préservatifs au cours de tous leurs relations sexuelles avec des partenaires fixes, et seulement 49,6% du segment ont utilisé des préservatifs au cours de tous leurs relations sexuelles avec des partenaires occasionnels pendant la l'année précédant l'étude.

D'après le Ministère de la Santé⁴, il y a une tendance à l'augmentation des infections par le VIH auprès de ce public. Suite au plus haut niveau vérifié à la décennie 1990, l'incidence de la maladie est tombée, notamment chez le public féminin. Mais, depuis 2007, ce chiffre augmente à nouveau, et atteint 44,35 enregistrements sur 100 mille habitants, y compris hommes et femmes âgés de 20 à 29 ans.

L'identification des connaissances, des attitudes et des pratiques qui exposent les jeunes adultes à une plus grande vulnérabilité offrira une aide importante à la formulation, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques publiques en santé reproductive et MST/VIH SIDA, en plus de renforcer les initiatives, les projets et

les programmes d'entreprises et d'encouragement international opérant dans la transformation et l'inclusion d'habitudes sexuelles saines de reproduction.

Dans ce contexte, il a été présenté et approuvé un protocole d'étude au Comité d'Éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Brasília, ayant pour but principal d'investiguer les déterminants principaux et la situation actuelle des Connaissances, des Attitudes et des Pratiques (CAP) MST/VIH SIDA et Hépatites Virales parmi les Jeunes âgés de 18 à 29 ans au Brésil. La recherche a été officiellement approuvée et suivie par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPAS) et par le Département d'MST/VIH SIDA et Hépatites Virales du Ministère de la Santé.

L'étude révèle quels facteurs sont déterminants pour que le jeune adopte une attitude adéquate en ce qui concerne sa santé sexuelle et la prévention au SIDA. Ces découvertes peuvent offrir une recommandation aux entités intéressées à ce thème et au Gouvernement Fédéral afin d'améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes par rapport aux infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA et Hépatites Virales.

Dans 15 États brésiliens et le Distrito Federal, 1.208 jeunes âgés de 18 à 29 ans ont été entendus. La totalité de ceux-ci a signé le Terme de Consentement Libre et Éclairé (TCLE) approuvé dans le protocole d'étude. Les jeunes ont été interviewés chez eux. La marge d'erreur de la recherche, pondérée régionalement et nationalement, est de 2,8%. Les femmes correspondent à 55% de l'analyse, tandis que les hommes équivalent à 45%.

La recherche a été réalisée à échantillonnage aléatoire de domiciles obtenu en quatre étapes: unités primaires, états; unités secondaires, villes; unités tertiaires, divisions de recensement; et, finalement, domiciles. Pour la sélection des unités primaires et secondaires, il a été adopté la division territoriale et le réseau sectoriel du Recensement 2010 de l'IBGE [INSTITUT BRÉSILIEN DE GÉOGRAPHIE ET DE STATISTIQUE]⁶.

Il faut souligner que cette étude a analysé la vulnérabilité des jeunes relativement à la transmission d'MST/VIH SIDA par voie sexuelle. D'autres formes de contamination n'ont pas été recherchées comme, par exemple, la transmission de la mère infectée à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein, l'utilisation de la même seringue partagée ou d'une aiguille contaminée, la transfusion de sang contaminé, ou les instruments perçants ou coupants non stérilisés.

Méthodes

Les principales hypothèses recherchées dans cette étude sont les suivantes:

- *Hypothèse nulle 1 (Ho1)*: Niveaux de Santé Sexuelle, Santé de Reproduction et MST/VIH SIDA (CAP) ne diffèrent pas quant au genre, âge, race, éducation, orientation sexuelle et statut socioéconomique;

- *Hypothèse nulle 2 (Ho2)*: La variance entre les niveaux de Santé Sexuelle, Santé de Reproduction et MST/VIH SIDA ne s'expliquent pas par l'âge de la première relation sexuelle, par l'âge de la première relation (éducation) sexuelle, par la source d'éducation sexuelle, par le nombre de partenaires sexuels et/ou par l'état civil;

- *Hypothèse nulle 3 (Ho3)*: Les niveaux de Santé Sexuelle, Santé de Reproduction et MST/VIH SIDA ne diffèrent pas par la construction des relations familiales, de relations interpersonnelles, par l'accès à des politiques publiques d'éducation et de santé et d'autres comportements sexuels de santé et sociaux (ex.: consommation d'alcool et d'autres drogues);

- *Hypothèse nulle 4 (Ho4)*: Les Niveaux de Santé Sexuelle, Santé de Reproduction et MST/VIH SIDA ne diffèrent pas entre les cinq régions du pays.

Il a été élaboré une échelle de Connaissances, d'Attitudes et de Pratiques (CAP⁷) spécifiquement pour le VIH/SIDA, les MST et les Hépatites Virales comprenant 17 connaissances, 10 attitudes et 08 pratiques, totalisant 35 variables. Les Échelles des Connaissances, des Attitudes et des Pratiques (CAP) se réfèrent à des instruments pour vérification des Connaissances, des Attitudes et des Pratiques au plan social, environnemental ou culturel. Pour qu'elle soit terminée, cette Échelle a été analysé quant à sa validité et sa consistance après la réalisation d'un essai préalable du questionnaire dérivé de l'Échelle auprès de 30 répondants âgés de 18 à 29 habitant au Distrito Federal/DF, qui ont signé un terme de consentement libre.

À propos de la Validation de l'Échelle, ses variables ont été soumises à des évaluateurs et des experts sur le thème issu du Ministère de la Santé et de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPAS) qui les ont analysées de façon minutieuse, en tenant compte de leurs expériences quant au sujet abordé et qui ont également participé à l'étape ultérieure, qui a été l'Analyse de Consistance. Sur le niveau de consistance de l'Échelle, son Alpha de Cronbach a été de 0,689.

Ci-après, sont présentés quelques exemples de variables figurant dans l'Échelle finale. Le questionnaire complet suit ci-joint.

Connaissances:

- Croire que, même dans le cadre d'une relation sérieuse, il faut utiliser le préservatif.
- Identifier correctement, dans une liste de maladies, celles sexuellement transmissibles.
- Savoir qu'une personne à l'apparence saine peut être atteinte du SIDA.
- Savoir que l'abus de l'alcool ou de drogues peut induire les gens à avoir des rapports sexuels sans protection.

Attitudes:

- Entièrement d'accord sur le fait que la femme peut proposer l'utilisation du préservatif.
- Considère avoir un faible risque de s'infecter par une MST.

Pratiques:

- La consommation d'alcool ou de drogues vous a déjà amené à avoir des rapports sexuels sans protection.
- Vous n'êtes pas gêné d'acheter des préservatifs dans des pharmacies ou d'en demander dans des services de santé.
- Vous avez déjà fait appel à un service médical pour demander des informations sur des questions liées aux MST/SIDA.

En considérant ces 35 variables, un jeune aurait pu obtenir le score maximal dans l'échelle CAP de comportements concernant les MST/VIH SIDA (+35 points), s'il avait répondu à tous ces points correctement. Le contraire peut également avoir lieu: celui ayant obtenu tous les CAPs erronés aura -35 points dans l'échelle et sera considéré comme étant plus vulnérable à une infection sexuellement transmissible.

Ainsi, un questionnaire a été émis à partir de l'échelle, ayant été préalablement testé avec 30 individus et ajusté quant à l'adéquation de langage du contenu, la durée de saisie, l'approche de collecte de données, les aspects de validité du contenu indiqués par les chercheurs principaux et les membres de l'OPAS et du Département National MST/VIH SIDA et Hépatites Virales, en plus des aspects de consistance liés aux variables et ayant contribué le plus, dans le cadre de la statistique, à la consolidation de la maîtrise des Connaissances, des Attitudes et des Pratiques.

Les procédures de l'essai préalable du questionnaire et la collecte effective des données ont été réalisés au cours du premier semestre 2011. L'échantillonnage utilisé a été celui du type aléatoire et composé de jeunes âgés de 18 à 29 ans de toutes les régions du pays. Les questionnaires ont été appliqués en domicile conformément au tirage au sort réalisé et en utilisant les unités de recensement de l'Institut Brésilien de Géographie et de Statistique – IBGE.

L'échantillonnage a été de 1.208 jeunes âgés de 18 à 29 ans dans 15 états brésiliens et le Distrito Federal et l'erreur échantillonnage défini à 2,7% sur la base d'un niveau de signification de 95%. La procédure d'échantillonnage a également utilisé une stratification par portée de ville en 3 catégories: jusqu'à 50 mille habitants, de 50 mille à 500 mille habitants et au-dessus de 500 mille habitants. Bref, la procédure d'échantillonnage a eu quatre étapes dont la première implique les États; ultérieurement, les Villes, les Divisions de Recensement selon une sélection aléatoire simple et l'IBGE et, finalement, les domiciles, par sélection systématique.

Suite à la collecte des données, une banque de données a été générée en Microsoft Excel et, après la saisie, trois membres de l'équipe de chercheurs devraient vérifier d'éventuelles inconsistances et erreurs d'inscription. Avec la confirmation de la consistance de la banque de données, la feuille de calcul a été exportée vers le système STATA 9.0 pour la réalisation des analyses statistiques des données.

Deux approches d'analyse statistique ont été employées: exploratoire et explicative. Pour les analyses exploratoires, les moyennes, les intervalles de confiance et les essais de normalité ont été réalisés pour les variables composant l'échelle d'étude (variable dépendante). En plus de cela, il a été analysé le profil sociodémographique de l'échantillonnage et d'autres variables indépendantes comme, par exemple, la source principale d'éducation sexuelle, le niveau d'accès à des services de santé, des références personnelles, l'historique d'usage d'alcool et de drogues et la fréquence des relations sexuelles.

Pour les analyses explicatives, premièrement, il a été analysé la normalité de la distribution de la principale variable dépendante (échelle CAP) et, suite à la vérification de la non-normalité, le modèle de *Generalizing Estimation Equation* [Équation d'Estimation Généralisée] (GEE) a été utilisé. Pour les régressions GEE, les modèles non ajustés (variable à variable) et un modèle ajusté ont été générés juste comprenant les variables de profil sociodémographique des interviewés. Après la définition du modèle ajusté, les variables indépendantes de l'étude (source d'éducation sexuelle, niveau d'accès à des services de santé, références personnelles, historique d'usage d'alcool et de drogues et fréquence des relations sexuelles) ont été testées une par une pour la vérification de signification statistique.

De plus, en fonction de la complexité du plan d'échantillonnage, il a fallu corriger les estima-

tions. Ainsi, sur la base de la variable de weighting générée sur la population recherchée, des commandes de correction pour la conception d'échantillonnage simple aléatoire avec post-stratification ont été utilisées.

Avant le traitement et l'analyse statistique des données, il a été réalisé la pondération individuelle des observations, découlant du procédé d'échantillonnage proposé. Ainsi, les écarts entre le plan conçu et celui exécuté ont été corrigés.

Résultats

D'après l'échantillonnage obtenu, la plupart des jeunes était du sexe féminin (55%), autodéterminés métis ou noirs (56%), a déjà terminé le lycée (43,46%) et travaille (60%). Toutefois, seulement 17% ont poursuivi leurs études, 70% n'étudient pas et la rémunération de 62,4% des jeunes ne dépasse pas deux salaires minimums.

En ce qui concerne les aspects de la sexualité, 93% déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 21,9% indiquent que les amis et les collectes sont leur principale source d'éducation sexuelle. Les parents ou responsables jouent ce rôle dans 20,1 des cas. 34,7% ont la mère comme étant la principale source de soutien lorsqu'ils ont besoin de parler de leurs problèmes personnels. Le père figure seulement dans sixième position, avec 6,5%, derrière les amis, les partenaires et les frères. De plus, bien que 54,3% déclarent toujours parler ou presque toujours à leurs parents ou responsables, les sujets les moins abordés sont la violence, les drogues et la sexualité.

Sur 35 variables comprises à l'échelle des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) pour l'utilisation dans le modèle, quelques résultats exploratoires incluent (IC 95%):

Connaissances:

- 40% des interviewés ne considèrent pas l'usage du préservatif comme étant une méthode très efficace de prévention contre les MST/VIH SIDA ou la grossesse.
- 24% croient que l'on peut attraper le VIH/Sida par la salive.
- 15% des jeunes croient que le paludisme, la dengue, la maladie de Hansen sont des MST.

Attitudes:

- 40% des interviewés croient que, dans le cadre d'une relation stable, il ne faut pas utiliser de préservatif.
- 23,3% des interviewés croient que le fait d'être fidèle à un(e) partenaire ne diminue pas les chances d'attraper des MST.

- Quelque 20% des jeunes se sentiraient insultés ou seraient énervés si l'on leur demandait d'utiliser un préservatif lors de la relation sexuelle.

- L'homme est 2,5 fois plus susceptible de se déclarer homosexuel que la femme. D'autre côté, les femmes sont 2,2 fois plus susceptibles de se déclarer bisexuelles que les hommes.

Pratiques:

- 36,1% des interviewés n'ont pas utilisé de préservatif dans leur dernière relation sexuelle.

- Juste 9,4% des interviewés se sont adressés à un service de santé dans les 12 derniers mois afin d'obtenir des informations ou un traitement contre les IST.

Pour le calcul de l'âge moyen de la "perte de la virginité", le modèle de *Kaplan-Meier* a été utilisé. Le diagramme ci-dessous présente les résultats de "survie" à la virginité pour les hommes et les femmes brésiliens. Les analyses réalisées au moyen du modèle révèlent que l'âge moyen de la perte de la virginité est de 17 ans (IC 95% 16,75, 17,21). Parmi les adolescents, l'âge moyen a atteint 17,4 ans pour les jeunes femmes et 16,5 pour les jeunes hommes.

En utilisant le score de l'échelle et en procédant à l'agrégation de toutes les 35 variables CAP de l'étude, les jeunes brésiliens ont obtenu un score moyen de 14,03 points. Le score total des variables des Connaissances a atteint 8,02. En ajoutant à celui-ci juste le score des Attitudes (4,64), on obtient 12,66 points. Et en ajoutant le score des pratiques (juste 1,37 points), on obtient la moyenne finale de l'échelle, à savoir 14,03. C'est-à-dire, les scores individuels les plus faibles sont justement liés aux attitudes et aux pratiques des interviewés. On vérifie ainsi que les jeunes brésiliens ont une connaissance raisonnable sur les IST et le Sida. Toutefois, lorsque le sujet est la disposition ou la prévention effective à une infection, la vulnérabilité est plus grande.

Sur la base de ce résultat, tout d'abord, des modèles de régression non ajustés et ajustés ont été élaborés afin de tester d'éventuelles associations entre les facteurs sociodémographiques et la variation dans l'échelle CAP des MST/VIH SIDA et Hépatites Virales. Les résultats sont présentés dans le Tableau 1.

Ainsi, d'après le profil sociodémographique, on a eu quatre associations trouvées dans l'ordre suivant de signification statistique:

- *Être du sexe masculin* fait que le jeune ait moins 2,15 points dans l'Échelle. En d'autres mots, cela veut dire que les jeunes brésiliennes sont moins susceptibles d'adopter des compor-

tements sexuels de risque que les jeunes hommes de la même tranche d'âge.

- *Être Indigène* fait que le jeune ait moins 4,01 points dans l'Échelle. On peut dire que les jeunes indigènes sont plus vulnérables que les autres jeunes dans le cadre des connaissances, des attitudes et des pratiques de MST/SIDA. Ils ont moins d'accès aux informations sur le thème et il se peut que ces informations, traduites dans des matériels de prévention et d'autres, doivent être mieux adaptés pour cette population.

- *Être marié ou vivre en concubinage* fait que le jeune soit plus vulnérable. Être marié, en 1,73 points quel que soit son genre et son âge. Vivre en concubinage, sur la même ligne, fait que les jeunes soient plus vulnérables 1,55 points. C'est-à-dire, le jeune marié ou vivant en concubinage se protège moins, non seulement en ce qui concerne l'usage du préservatif, mais il cherche moins d'informations sur les MST/VIH SIDA que les jeunes célibataires. La négociation du préservatif est encore un tabou dans les relations stables.

- *Avoir une Faible Scolarité* est un facteur significatif de vulnérabilité. Ne pas avoir étudié fait que le jeune soit plus vulnérable sur un surprenant score de 11,47 points par rapport à d'autres jeunes. Les études primaires incomplètes font que les jeunes soient plus vulnérables aux MST/VIH SIDA en 2,78 points et les études primaires complètes impliquent un score négatif de 2,05 points. Avoir terminé seulement le premier cycle du secondaire les rendent vulnérables en 1,52 points en comparaison avec les jeunes ayant terminé le Lycée.

En utilisant le modèle ajusté des facteurs sociodémographiques comme base, d'autres modèles de régression linéaire ont été testés afin de vérifier d'éventuelles associations entre les déterminants sociaux (source d'éducation sexuelle, habitude de discussion sur la sexualité avec les parents et les enseignants, etc.) et les variations dans l'échelle CAP d'MST/VIH SIDA et Hépatites Virales.

Sur la base de ces modèles, les déterminants sociaux suivants ont atteint une signification statistique pour expliquer les variations dans l'échelle CAP d'MST/VIH SIDA et Hépatites Virales.

- *Avoir l'habitude de discuter sur le sexe avec les parents ou les professionnels de la santé*

Bien que les amis soient la source d'éducation sexuelle la plus citée parmi les jeunes, ceux-là ne sont pas associés à une variation positive dans l'échelle CAP. Le fait d'avoir les parents et les professionnels de la santé comme étant les principales sources d'éducation sexuelle est associé à des niveaux plus significatifs de CAP.

Tableau 1. Facteurs Sociodémographiques et la Variation dans l'échelle CAP.

Regression Multivariée de l'Échelle CAP	Coefficient	Intervale de Confiance 95%		P > t
Âge	0,12	- 0,02	0,27	0,097
Homme	- 2,15	- 3,08	- 1,22	-
Indigène	- 4,01	- 7,63	- 0,38	0,030
Noire	0,24	- 1,01	1,50	0,706
Métisse	0,24	- 0,76	1,24	0,636
Jaune	0,14	- 3,22	2,93	0,927
Autre race	- 0,19	- 1,89	1,52	0,830
Revenu Familial	- 0,00	- 0,00	0,00	0,637
Revenu Personnel	- 0,00	- 0,00	0,00	0,812
Séparé	-0,97	- 3,74	1,80	0,492
Vit en concubinage	- 1,55	- 2,87	- 0,24	0,021
Marié	-1,73	- 2,81	0,65	0,002

Référence: Femme, blanche, célibataire, catholique, lycéen, étudiant, n'a pas doublé et hétérosexuel.

• *Ne pas consommer d'alcool fréquemment*

Le nombre de fois par semaine dans laquelle le jeune consomme de l'alcool révèle aussi une association avec des variations dans l'échelle CAP, indépendamment de son degré de scolarité, son âge, son ethnie et son orientation sexuelle. Plus grande est la fréquence d'ingestion d'alcool par le jeune, plus faible sera son score dans l'échelle CAP. Le rapport est linéaire et inversement proportionnel selon le Diagramme 1.

• *Profiter du loisir et être engagé*

Les jeunes ayant accès aux loisirs et divertissements sont également ceux qui ont les niveaux de CAP les plus élevés, notamment en ce qui concerne le loisir dans des lieux publics comme les parcs.

On observe donc un standard similaire lorsqu'on les compare à des jeunes participant à un mouvement ou programme social car ceux qui déclarent avoir une participation sociale présentent des niveaux de CAP plus élevés.

• *Accès à Internet, sous réserves*

De manière générale, l'habitude d'accéder à Internet est associée aussi à de hauts niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques en MST/VIH SIDA et hépatites virales. Toutefois, cette association dépend du type de site visité. Dans les cas des sites de recherche et des blogs, l'association est significativement positive; pourtant, pour ceux qui ont l'habitude d'accéder à sites de sexe, l'association est significativement négative (Diagramme 2).

• *Intérêt à apprendre*

Des jeunes intéressés à apprendre de nouvelles choses démontrent avoir des niveaux de CAP plus élevés. Cela arrive indépendamment de l'ethnie, du degré de scolarité, de l'âge, du genre, du revenu et de l'orientation sexuelle (Diagramme 3).

• *Trouver chez son père ou l'enseignant une référence*

Finalement, quand le jeune trouve chez son père ou un enseignant une référence principale pour parler de ses problèmes personnels, des niveaux plus élevés de CAP en MST/VIH SIDA et Hépatites Virales sont également observés (Diagramme 4).

Discussion

Sur la base d'une révision de la littérature nationale et internationale, on vérifie qu'il y a une consistance dans les résultats trouvés dans cette étude. Cela vaut aussi bien pour les facteurs sociodémographiques que pour les déterminants sociaux liés à la variation du niveau des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en MST/VIH SIDA et Hépatites Virales.

En ce qui concerne les facteurs sociodémographiques, les jeunes indigènes sont en situation de plus grande vulnérabilité. D'après Garnelo e Pontes⁸, la situation des peuples indigènes est considérée à haute vulnérabilité aux MST/VIH

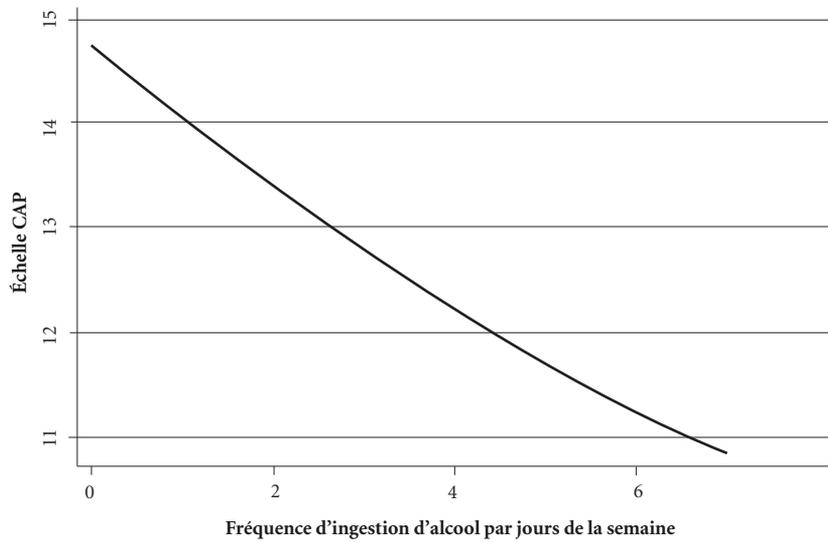


Diagramme 1. Échelle CAP par fréquence d'ingestion d'alcool par semaine.

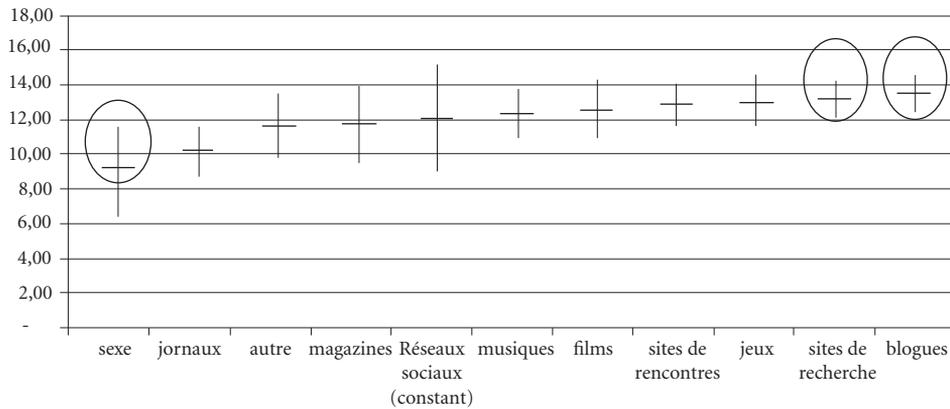


Diagramme 2. Impact de réduction dans la vulnérabilité dû à l'accès à Internet.

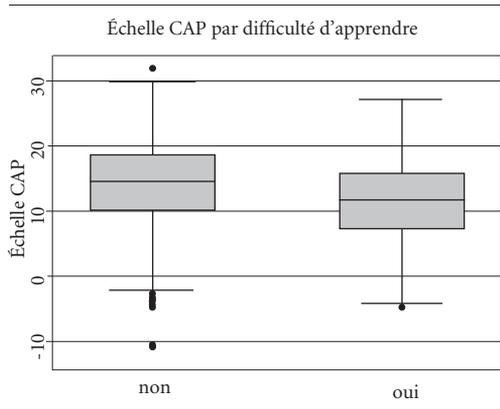


Diagramme 3. Rapport entre Difficulté d'Apprentissage et variation dans l'Échelle CAP.

SIDA face à leur particulière insertion dans les relations interethniques et à la marginalisation dans l'accès aux soins de santé dans tous les niveaux.

Le genre et la scolarité sont aussi des facteurs sociodémographiques largement cités dans la littérature nationale et internationale comme étant des variables à haute vulnérabilité par rapport au VIH/SIDA/Hépatites Virales. Dans les dernières décennies, on a vérifié une forte hausse dans la transmission du virus VIH et d'autres MST parmi les jeunes femmes brésiliennes⁹. Toutefois, il faut souligner que la plupart des cas est liée aux populations de jeunes hommes. Côté scolarité, un bulletin épidémiologique de VIH/SIDA du Ministère de la Santé confirme la constante

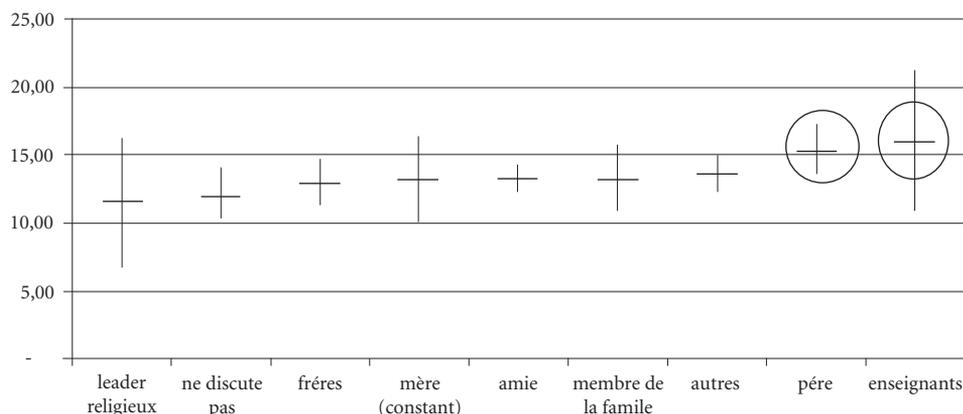


Diagramme 4. Rapport entre avoir le père ou l'enseignant comme étant une référence et la variation dans l'Échelle CAP.

concentration des cas dans des populations moins scolarisées et plus pauvres¹⁰.

Les jeunes mariés présentent aussi des niveaux de CAP plus faibles par rapport aux jeunes célibataires. Quelques études attestent cette tendance au Brésil. Sur la base d'une recherche réalisée par Maia et al.¹¹ au Distrito Federal avec des hommes et des femmes mariés, âgés de 18 à 49 ans, les auteurs concluent que "leurs perceptions conjugales reflètent leur acculturation sur les rôles de genre et de hiérarchisation de la relation affective et sexuelle pouvant collaborer pour que les comportements de prévention soient peu adoptés".

D'après les résultats de cette étude, avoir les parents et les professionnels de la santé comme étant la source principale d'éducation sexuelle et trouver chez l'enseignant la référence principale contribuent significativement à atteindre des niveaux plus élevés de CAP, indépendamment de l'ethnie, du genre, de l'âge, du revenu et du degré de scolarité.

Ce résultat renforce plusieurs études déjà réalisées sur l'importance des parents dans l'éducation sexuelle des enfants. Bien que l'on cite les amis comme la source principale d'éducation sexuelle et que les parents se trouvent souvent au deuxième plan, l'importance du dialogue avec les parents ne doit pas être minimisée. Au contraire, l'étude révèle que l'association entre des niveaux plus élevés d'éducation sexuelle et l'engagement des parents est significative. Pereira et al.¹² indique que:

"(sont) identifiées quelques caractéristiques spécifiques de la sexualité des adolescents qui

vivent dans des environnements moins favorisés, à savoir: accès restreint à l'information, peu de communication avec les parents et une plus grande tendance au comportement de risque".

D'autres références adultes sont fondamentales et l'éducation sexuelle doit être objet d'une conversation sincère et ouverte entre jeunes et adultes (notamment enseignants et professionnels de la santé). Dans ce sens, les écoles doivent souvent aborder les sujets d'éducation sexuelle. Pour cela, il faut offrir une formation aux enseignants et aux professionnels de la santé pour qu'ils deviennent une référence dans ce sujet pour tous leurs élèves et leurs patients. Étant donné que la question de la durabilité environnementale est déjà devenue un thème transversal dans les écoles, les droits sexuels et de reproduction peuvent et doivent aussi être objet de débat et utilisés comme des exemples dans toutes les matières scolaires.

Il est évident que la déficience de l'éducation sexuelle contemporaine dans les écoles n'est pas seulement un problème brésilien. Des études réalisées par Foster¹³, Klinkert¹⁴, Mlyakado¹⁵ sont claires dans ce sens. Au Portugal, Macário¹⁶ démontre que, bien que la législation insère le caractère transversal de l'éducation sexuelle, d'après l'auteur:

"Les stratégies utilisées devraient être plus participatives, développées selon la méthodologie de travail de projet. A priori, les enseignants ne doivent pas juger que ses élèves sont "très jeunes", car le degré de maturation et les expériences sont bien plus importants que leur âge..."

D'autres déterminants sociaux sont directement liés au comportement des jeunes eux-mêmes devant leur communauté, leur intérêt à apprendre, accéder à des sites de recherche et blogues sur Internet et fréquence de l'ingestion d'alcool. Il est intéressant d'observer que ces déterminants sont exercés par le jeune lui-même, mais finissent par intervenir sur leurs niveaux de CAP en MST/SIDA/Hépatites Virales.

Même en considérant que de nombreux déterminants sont aussi orientés par l'environnement où ils vivent comme, par exemple, la glamourisation de l'alcool par des groupes jeunes, il est évident que ces jeunes résilients et socialement engagés sont ceux qui atteignent les plus hauts niveaux de CAP. Peu de références sont trouvées dans la littérature qui démontrent cette association. Ceci est dû au fait que ses hypothèses ont comme principale variable dépendante une action spécifique: la non utilisation du préservatif dans la dernière relation sexuelle. On sait que l'alcool intervient directement dans la décision du sexe avec protection d'après Ruzany et al.¹⁷, Jeolás e Ferrari¹⁸.

Toutefois, selon cette étude, l'ingestion continue d'alcool contribue également aux plus faibles niveaux de connaissance, d'attitudes et d'autres pratiques de prévention aux MST/VIH SIDA et Hépatites Virales.

Dans ce contexte, on suggère la promotion d'autres études qui puissent mesurer d'une façon plus étendue comment ces déterminants individuels interviennent dans un ensemble de connaissances, d'attitudes et de pratiques de prévention. C'est-à-dire, on peut inférer que le processus d'autoapprentissage et d'engagement est associé à un comportement plus durable de prévention aux MST/VIH SIDA et Hépatites Virales.

Même en tenant compte de la robustesse des résultats trouvés dans cette étude, il faut souligner quelques limitations de l'étude pouvant contribuer à compromettre la validité et la consistance des résultats trouvés. Par rapport à la validité, bien que quelques essais préalables aient été réalisés, quelques questions n'ont pas été peut-être bien comprises par certains jeunes dans certaines régions spécifiques du pays. Cela s'explique par le fait que quelques expressions peuvent être distinctes en chacune des régions au Brésil.

De plus, l'échelle CAP d'MST/VIH SIDA et Hépatites Virales, bien qu'elle puisse être utilisée comme un paramètre efficace, elle n'aborde pas toutes les questions liées aux pratiques sexuelles, aux attitudes concernant les droits sexuels, etc. C'est-à-dire, l'échelle ne s'approprie pas de tous

les éléments qui définissent la sexualité humaine et ses vulnérabilités. Des questions plus spécifiques sur les procédures de prévention, le traitement et l'éducation pourraient amplifier la consistance de l'échelle. Toutefois, il faut souligner que, malgré cette limitation, les paramètres utilisés ont été appliqués de façon homogène à tous les interviewés.

La vulnérabilité des jeunes brésiliens est bien élevée. Toutefois, la perception de risque est significativement faible. La compréhension sur les vulnérabilités des jeunes brésiliens et de ses déterminants sociaux est fondamentale pour le renforcement de programmes et de politiques publiques. Ainsi, sur la base des résultats de cette étude, des politiques et des programmes intégraux encouragent l'accès à des options de loisirs, à des services de santé sexuelle et milieux de débat et de participation démocratique, avec la participation de la famille, sur la sexualité humaine et offrent des conditions propices et des expériences enrichissantes pour la prévention des MST/VIH SIDA et Hépatites Virales. Le coût pour le traitement de ces MST est élevé et la prévention est toujours la meilleure option. Des programmes tenant compte des facteurs sociodémographiques et des déterminant sociaux qui influencent la vulnérabilité des jeunes ont plus de chances à réussir et à élever le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques.

Colaborations

MB Fontes et RC Crivelaro ont travaillé dans toutes les étapes de l'étude, dès la conception, dans la soumission du protocole de recherche au comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Brasília, dans le suivi de la collecte de données sur le terrain, dans les analyses et la rédaction finale.

AM Scartezini a travaillé dans la conception de l'étude, dans la soumission du protocole de recherche au comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Brasília et dans le suivi de la rédaction finale. DD Lima et AA Garcia ont travaillé dans la soumission du protocole de recherche au comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Brasília, dans la coordination de la collecte de données et dans la formation et consolidation de la banque de données. RT Fujioka a appuyé la soumission du protocole de recherche, la révision des banques de données et des diagrammes et tableaux élaborés.

Références

1. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). *Juventude Levada em Conta – Demografia*. [acessado 2015 mar 28]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/130722_apresentacao2_juventudedemografia.pdf. 2013
2. United Nations Education, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). *AIDS: o que pensam os jovens*. Brasília: UNESCO, UNAIDS; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico- AIDS e DST*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2012.
5. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). *Juventude Levada em Conta – Demografia*. [acessado 2015 mar 28]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/130722_apresentacao2_juventudedemografia.pdf. 2013
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo*. Brasília: IBGE; 2010.
7. Kaliyaperumal K, IEC; Expert, Diabetic Retinopathy Project. Guideline for conducting a knowledge, attitude, and practice (KAP) study. *Community Ophthalmology* 2004; 4(1):7-9.
8. Garnelo LE, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS); Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico- AIDS e DST*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico- AIDS e DST*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2012.
11. Maia C, Guilhem D, Freitas, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):1-6.
12. Pereira S, Matos MG, Leal I. Iniquidade, Etnicidade e Educação Sexual. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2011; 12(1):77-90.
13. Foster LR, Byers ES, Sears HA. Middle school students' perceptions of the quality of the sexual health education received from their parents. *The Canadian Journal Human Sexuality* 2011; 20(3):55-65.
14. Klinkert MPP. De por qué los adolescentes en medellín no reflejan la educación sexual escolar que reciben-hablan adolescentes, padres y maestros. *Cuestiones Teológicas* 2010; 37(88):369-397.
15. Mlyakado BP. Schoolgirls' Knowledge of, and Efforts against Risky Sexual Activity: The Needs for Sex Education in Schools. *International Journal of Education* 2013; 5(1):69-80.
16. Macário RMB. *Educação Sexual em Contexto Escolar: Outro ano zero?* [dissertação]. Montenegro: Universidade do Algarve; 2010.
17. Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *Jornal de Pediatria* 2003; 79(4):349-354.
18. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):611-620.

Article soumis 08/07/2015

Approuvé 22/10/2015

Version finale soumise 24/10/2015