

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France

*Synthèse des données quantitatives
(1994-1999)*

NOVEMBRE 1999

anRS

Agence nationale
de recherches sur le sida

Citation suggérée :

Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999). Nathalie Lydié et l'Action Coordonnée 18-1 « Comportements et prévention » (éditeur), Éditions ANRS, Collection sciences sociales et sida, Paris, novembre 1999.

Éditions ANRS, Collection sciences sociales et sida, Paris, 1999

ISBN : 2-910143-16-3

ISSN : 1262-4837

Document réalisé par Nathalie Lydié et l'Action Coordonnée 18-1
« Comportements et prévention »

COMITÉ ÉDITORIAL

Michel Bozon, Véronique Doré, Isabelle Grémy, Anne Laporte,
France Lert, Brigitte Lhomond, Laurence Meyer, Gérard Pelé,
Alain Sobel, Yves Souteyrand, Irène Théry

Remerciements à Philippe Adam (InVS), Xavier Bertin (SIS), François Bourdillon (DH, Mission Sida), Laurence Brice (ORS-Aquitaine), Frédérique Camize (ECS), Anne Catrou (DGS, Division Sida), Élisabeth Couturier (InVS), Jean-Claude Desenclos (InVS), Christiane Dressen (CFES), Julien Emmanuelli (InVS), Pascal Gouezel (InVS), Véronique Goulet (InVS), Catherine Marimoutou (INSERM U330), Marie-Jeanne Mayaux (INSERM U292), Colette Ménard (CFES), Josiane Pillonel (InVS), Anne Ramon (CFES) Dominique Rey (ORS-PACA), Michel Rotily (ORS-PACA), Caroline Six (InVS).

Conception : Éditions EDK
10, Villa d'Orléans
75014 Paris
Tél. : 01 40 64 27 49

Achévé d'imprimer en novembre 1999 par Corlet Imprimeur SA, 14110 Condé-sur-Noireau N° 42392
Dépôt légal novembre 1999

Sommaire

INTRODUCTION	1
I. Indicateurs épidémiologiques de l'infection à VIH/sida en France .	7
L'infection à VIH en France : principales tendances et caractéristiques	11
Dans la population générale	11
Chez les femmes enceintes.....	15
Chez les militaires français	18
Chez les consultants MST	19
Chez les usagers de drogue.....	20
Chez les détenus	23
Chez les personnes prostituées.....	24
Dans la population étrangère domiciliée en France	24
Évolution des maladies sexuellement transmissibles en France (hors VIH)	26
VHC et toxicomanie	28
II. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face à l'infection à VIH et au sida de la population française	31
Dans la population générale adulte	34
Dans la population des Antilles et de Guyane	42
Chez les jeunes.....	45
Chez les homo/bisexuels masculins	49
Chez les usagers de drogue.....	53
Chez les détenus	56
III. Éléments d'activité de la lutte contre l'infection à VIH/sida en France	59

Évolution de l'activité de dépistage en France	62
Première évaluation du nombre de prises en charge des expositions au VIH à l'AP-HP	64
Évolution de l'activité de <i>Sida Info Service</i> (SIS)	64
Évolution des ventes de préservatifs en France	67
Évolution des ventes de seringues en France	70
Évolution des dons collectés par <i>Ensemble contre le sida</i>	72
Évolution des crédits d'État alloués à la lutte contre l'infection à VIH.....	73
IV. Bilan des actions de communication sur l'infection à VIH/sida	77
Les campagnes de communication grand public	81
Les campagnes de communication dans les départements d'outre-mer	89
Les campagnes auprès des jeunes	95
Communication en direction des homosexuels	97
Communication en direction des usagers de drogue intraveineuse ...	102
Prévention de l'infection à VIH dans des populations en grande précarité.....	104
Autres groupes	106
 FICHES MÉTHODOLOGIQUES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 107

Introduction

L' introduction des nouvelles combinaisons thérapeutiques en 1996 a profondément modifié le visage de l'infection à VIH dans les pays développés. Les changements ne se limitent pas au champ thérapeutique et à la vie des personnes séropositives. Ils affectent aussi les représentations et les attitudes face à la maladie, la place de l'infection à VIH dans les politiques publiques, dans les médias ou dans le débat public. Les progrès des connaissances biomédicales créent ainsi des conditions nouvelles pour la prévention.

Ce document ne constitue pas une évaluation de la pertinence des stratégies, de leur degré de mise en œuvre effective, de leur adéquation par rapport à la dynamique de l'infection, de leur efficacité quant aux changements de comportements et d'attitudes. Il présente les principales données qui rendent compte des transformations et des tendances à plus long terme dans le domaine du VIH/sida au sein de la société française du point de vue de la prévention. Cette synthèse de données doit contribuer à l'information du public, des professionnels ou des médias, à l'évaluation des politiques publiques de prévention dont est saisi pour la période 1995-2000 le Conseil National de l'Évaluation ou encore à la redéfinition des orientations et des stratégies de prévention menées au deuxième semestre 1999 par les autorités sanitaires.

Les informations rassemblées portent principalement sur la période 1994-1998 encadrant en quelque sorte la date charnière qu'a été l'année 1996. L'année 1994 a correspondu à une période de grand pessimisme du fait du nombre très élevé de décès et de l'absence de progrès scientifique significatif, mais aussi à une forte solidarité à l'égard des personnes atteintes dont a témoigné la collecte de fonds exceptionnelle du premier Sidaction en avril 1994. Le temps écoulé depuis le congrès de Washington en janvier 1996, où les résultats positifs des essais de combinaisons thérapeutiques associant les antiprotéases ont été présentés, a conforté l'espoir suscité par ces progrès thérapeutiques tout en faisant émerger de nouvelles zones d'incertitude. La perception du VIH/sida dans la société française a été remodelée, comme le montrent la confrontation des résultats d'enquêtes, les bilans d'activités ou les données épidémiologiques présentés dans ce document.

Les données ont été regroupées en quatre grands domaines : (1) les données épidémiologiques sur l'évolution de l'épidémie permettent d'apprécier l'efficacité de l'action préventive dans la dynamique de l'infection à VIH. Cette dynamique ne peut cependant être approchée qu'indirectement en raison de l'imprécision des outils épidémiologiques actuellement disponibles ; (2) les connaissances, attitudes, croyances et pratiques vis-à-vis de l'infection à VIH et du sida sont saisies à travers des enquêtes menées auprès de la population générale et des groupes les plus exposés au VIH ; (3) les ventes de préservatifs ou de seringues, les recours au dépistage, les appels téléphoniques reçus par la ligne spécialisée *Sida Info Service*, ou les collectes de fonds sont l'image des mêmes phénomènes saisis dans leurs dimensions concrètes ; (4) enfin, les résultats des enquêtes d'évaluation des campagnes de communication et de leur impact rendent compte de la partie la plus visible de l'action des pouvoirs publics, la communication.

Cette rapide énumération suffit à souligner les champs non couverts, notamment le travail préventif proprement dit mené sur le terrain par de très nombreux acteurs, les apports de la recherche en sciences sociales qui permettent de comprendre les régulations et les processus de transformation ou d'adaptation au niveau subjectif, individuel ou collectif, la mobilisation sociale et politique (associations, institutions, professions, médias) qui contribue à façonner les représentations et les pratiques.

Grâce aux progrès thérapeutiques, le nombre de séropositifs, qu'on a pu considérer comme stationnaire au début des années 1990 (nombre semblable de décès de personnes atteintes et de nouvelles contaminations), s'accroît aujourd'hui en raison de la diminution de la mortalité et de la survenue de nouvelles infections. Cependant, les systèmes de surveillance épidémiologique sont à l'heure actuelle trop peu sensibles pour rendre compte de façon précise de cette dynamique, même si divers indicateurs laissent penser que le nombre annuel de nouvelles infections est stable¹.

Si la population séropositive reste majoritairement masculine et jeune, elle vieillit et se féminise. La part relative des cas liés à la transmission hétérosexuelle augmente, compte tenu de la stabilité des cas chez les homosexuels masculins et de la baisse des cas liés à l'usage de drogue intraveineuse.

On ne dispose pas d'information précise sur la transformation de la structure sociale de cette population ; en effet, les enquêtes sur les caractéristiques socio-économiques sont imprécises, aussi bien pour les personnes qui connaissent leur séropositivité et qui sont prises en charge, que pour les personnes nouvellement infectées. Toutefois, quelques informations laissent penser qu'un processus de déplacement de l'épidémie vers des groupes moins favorisés peut exister. Il pourrait se lire à travers la prévalence plus élevée dans certains groupes de la population étrangère, dont on sait que la situation est plus défavorable sur de nombreux plans (statut légal, conditions de vie, accès aux soins, etc.). Certaines informations recueillies dans le cadre des enquêtes en population témoignent également d'inégalités en terme de perception du risque et de comportements préventifs : le statut social (appréhendé souvent par le niveau d'éducation) affecte les connaissances, les attitudes, les comportements préventifs et le rapport à l'information. De plus, les populations les plus précaires se reconnaissent mal dans les campagnes d'information, trop éloignées de leurs attentes.

Les autorités responsables et les acteurs à l'échelon local souhaiteraient souvent disposer de données valides pour la région ou la zone dans laquelle ils développent des actions de prévention. De fait, l'épidémiologie de l'infection à VIH connaît d'importantes variations géographiques en France. Seules ces grandes tendances épidémiologiques sont disponibles au niveau régional ou départemental car les enquêtes en population de type KABP n'ont de représentativité que nationale à l'exception de l'Île-de-France. Certains Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) présentent régulièrement un état des lieux de la situation épidémiologique dans leurs régions. Les populations des Antilles et de la Guyane sont traitées spécifiquement dans cet ouvrage compte tenu de leur situation particulière : forte prévalence, forte exposition au risque d'infection à VIH (multiparte-

¹ Pour pouvoir estimer le nombre de nouveaux cas de contamination VIH chaque année, reflet de l'efficacité de la prévention, il faudrait pouvoir comptabiliser non seulement le nombre de nouvelles contaminations diagnostiquées, mais aussi le nombre de celles qui sont effectivement survenues.

nariat important, faible utilisation du préservatif), actions préventives plus tardives.

Pour la période considérée, de nombreux indicateurs montrent une inflexion des tendances antérieures dont la signification n'est pas toujours claire.

L'évolution des attitudes de la population générale vis-à-vis de l'infection à VIH vers plus d'ouverture, de tolérance, de confiance, moins d'attitudes coercitives, tel qu'on a pu le vérifier entre 1990 et 1994, semble se stabiliser. En 1998, apparaît une certaine mise à distance du VIH avec des indicateurs relatifs qui témoignent d'une plus grande indifférence vis-à-vis des personnes atteintes, d'une moindre confiance dans les acteurs potentiels de l'information, d'un moindre intérêt pour les campagnes de prévention. La diminution très significative du nombre d'appels à *Sida Info Service* pourrait témoigner du même phénomène. Pour autant, les attitudes ouvertement discriminatoires ou coercitives vis-à-vis des personnes atteintes continuent à décroître. Les scores d'impact des campagnes grand public des pouvoirs publics restent stables et se sont même améliorés pour les campagnes traitant du thème du dépistage précoce. Il n'apparaît pas de saturation vis-à-vis de la question du VIH mais il est vrai, sans qu'on puisse le mesurer ici, que la place de ce thème dans les médias hors communication institutionnelle a diminué.

Au fil des années, on a montré le lien qui existait entre l'évolution des attitudes et l'adoption de comportements préventifs. On peut donc s'interroger sur l'impact potentiel des changements récents observés dans les attitudes, sur l'évolution des comportements préventifs.

Pour le moment, les comportements de prévention n'ont pas fléchi. L'utilisation du préservatif est stable en population générale et dans certaines populations exposées telles que les homosexuels masculins ; elle continue même d'augmenter chez les jeunes au moment du premier rapport. Ces déclarations sont corroborées par une relative stabilité des ventes de préservatifs sur la période étudiée, malgré une baisse en 1998, non confirmée par les chiffres de vente du 1^{er} semestre 1999. L'image du préservatif, et donc son acceptabilité, reste bonne.

En population générale et dans la population homosexuelle masculine, les enquêtes ont été menées au fil des années selon des méthodologies très proches (indicateurs, échantillon, mode d'enquête). Ce n'est pas le cas pour les enquêtes chez les usagers de drogue en raison des difficultés liées à l'instabilité et à la clandestinité de cette population. Ces conditions rendent plus hasardeux le suivi des évolutions qui doit davantage se fonder sur le croisement des informations ; cela d'autant que la période a été marquée par l'ouverture aux traitements de substitution qui changent radicalement les conditions de la consommation des drogues licites et illicites. On ne sait pas, pour le moment, comment a évolué le recours à l'injection : certains recoupements d'indicateurs laissent penser qu'il baisse, mais d'autres phénomènes apparaissent et modifient les modes d'usage des drogues (usage de cocaïne, administration du Subutex® par injection). L'objectif de l'utilisation d'un matériel neuf et personnel à chaque injection est encore loin d'être atteint. On peut penser que la réutilisation des seringues a baissé ; le non partage des seringues est devenu une norme depuis longtemps, mais elle reste sujette à des transgressions sous la pression des circonstances et son évolution dans le temps n'est pas aisée à mettre en évidence. Les pratiques à risque autour de la consommation de drogue ne semblent pas s'aggraver, mais on peut redouter les effets déstabilisants qu'aurait

une augmentation de la consommation de cocaïne, comme cela est observé dans d'autres pays.

Au niveau global, le changement le plus net concerne le dépistage qui a connu une baisse importante ces dernières années. Cette évolution est difficile à interpréter. Pendant longtemps, l'accent a été mis sur l'accessibilité du dépistage par l'anonymat et la gratuité du test ainsi que par la proximité des structures de dépistage. En revanche, jusqu'en 1997, le discours public n'a que modérément encouragé cette démarche. L'augmentation du recours au test a cependant accompagné le développement des comportements préventifs. Une partie des quelque quatre millions de tests réalisés chaque année correspond bien à une démarche volontaire, mais une part importante relève d'examen systématiques. Depuis 1997, le dépistage est encouragé en raison du bénéfice potentiel pour les personnes trouvées séropositives. Il est difficile d'être assuré que la baisse des recours correspond à une meilleure utilisation du dépistage : elle concerne les personnes les moins exposées mais aussi les personnes de moins de 30 ans, potentiellement plus exposées. Enfin, le nombre de personnes apprenant leur séropositivité lors de la déclaration d'une maladie opportuniste ne diminue pas, ce qui montre que le dépistage n'atteint pas certains groupes, notamment ceux qui se sentent éloignés du risque.

Les données générales présentées ici mettent en évidence quelques problèmes sur lesquels l'effort préventif devrait être accentué.

Le soutien aux personnes séropositives : pour les personnes séropositives, la question de la transmission du VIH lors des rapports sexuels reste difficile et douloureuse, pouvant gravement affecter leur vie affective et sexuelle². Pour la plupart, cette difficulté ne s'atténue pas avec le temps. Les données d'enquête en population ou dans les cohortes viennent corroborer les résultats de la recherche qualitative et montrent que les rapports non protégés restent fréquents.

Les homosexuels masculins : la perception d'un climat de relâchement de la prévention par la population homosexuelle elle-même, n'est pas pour le moment corroborée par les déclarations de comportements. Certaines personnes, cependant, déclarent plus de risques : les personnes séropositives et les multipartenaires. Cela, associé à l'observation de l'augmentation des gonococcies en 1998 après une longue période de baisse, doit inciter les pouvoirs publics à maintenir une intervention préventive vigoureuse envers les homosexuels masculins.

Les usagers de drogue : la politique sanitaire en direction des usagers de drogue a été considérablement renouvelée par l'autorisation et la diffusion à large échelle des traitements de substitution. Sa mise en œuvre encore récente doit être renforcée de façon continue. La question de la transmission ou de l'acquisition sexuelle du VIH pour les usagers de drogue reste cependant négligée. Aucune action spécifique s'attachant à la prise en compte des interactions particulières entre conditions de vie, usage de drogue, sexualité et vie affective dans cette population particulièrement défavorisée, n'a été mise en œuvre.

On a évoqué précédemment l'existence de risques accrus concernant les populations défavorisées : cette notion recouvre des groupes dont les situations sont d'une très grande variété, depuis les populations ayant un niveau scolaire faible

² Sur ce sujet, on pourra se reporter au document ANRS intitulé « Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH », Collection sciences sociales et sida, ANRS, Paris, septembre 1999, 174 pages.

ou moyen, aux personnes en extrême précarité, en passant par les personnes d'origine étrangère, hétérogènes quant à leurs origines, l'ancienneté de leur résidence en France ou les conditions légales, sociales et culturelles de leur immigration. Leurs besoins en matière de prévention sont diversifiés et restent pour partie mal identifiés. Cela nuit à la construction d'actions préventives pertinentes qui, lorsqu'elles existent, ne trouvent pas toujours des relais suffisants.

L'infection à VIH reste une maladie grave en dépit des progrès thérapeutiques : l'astreinte même du traitement, les difficultés de l'adhérence sur le long terme, les effets secondaires qui affectent la vie quotidienne ou sont générateurs de nouveaux risques, l'incertitude sur l'efficacité des traitements sur la maladie elle-même, affectent la qualité de vie des personnes atteintes. La prévention restera donc, pour les années qui viennent, un axe majeur de la politique de lutte contre l'infection à VIH alors que beaucoup redoutent que les moyens consacrés à cette maladie diminuent. La lutte contre le sida (à l'exclusion des dépenses de soins) est une responsabilité de l'État dans la répartition des compétences entre l'échelon central et les collectivités locales. En 1998, si les dépenses de l'État se sont stabilisées, on ne sait rien de la contribution des collectivités locales. Il est probable qu'à l'image de la collecte de fonds d'*Ensemble Contre le Sida*, les contributions privées s'amenuisent tandis que les associations font état d'une démobilisation des bénévoles. Il est ainsi possible qu'en dépit du maintien de l'effort de l'État, les moyens disponibles aient diminué et que l'effort préventif des institutions, peu à peu, se relâche.

I. Indicateurs épidémiologiques de l'infection à VIH/sida en France

RÉSUMÉ

Plusieurs systèmes de surveillance, continus ou par enquêtes répétées, exhaustifs ou sur échantillon, permettent de suivre l'évolution de la prévalence du VIH et d'autres MST depuis 1985 en France, à la fois à un niveau national et régional, pour la population générale et des sous-groupes spécifiques de population. Les données issues de ces systèmes permettent de mesurer l'évolution du phénomène épidémiologique dans le temps et sont aussi le reflet des adaptations collectives et individuelles aux risques d'infection à VIH. Leur interprétation n'est toutefois pas toujours facile car les éléments susceptibles d'expliquer les tendances observées ne font pas l'objet d'un recueil systématique.

Les données fournies par la déclaration obligatoire des cas de sida, qui reflétaient avec un délai de plusieurs années la dynamique de l'épidémie, ont perdu de leur intérêt pour la surveillance depuis que les traitements antirétroviraux permettent d'éviter la survenue des pathologies définissant le stade sida. Le suivi des déclarations, aujourd'hui, reflète surtout les retards du dépistage et les difficultés d'accès aux soins.

Le nombre de tests VIH positifs dans les enquêtes portant sur l'activité de dépistage a fortement diminué entre 1989 et 1994. Depuis 1995, ce nombre évolue peu, mais reste décroissant. Cette relative stabilité est le marqueur de nouvelles infections et donc d'une épidémie active, en particulier chez les homo/bisexuels masculins et dans les populations originaires d'Afrique noire et des Caraïbes. Le profil des personnes découvrant leur séropositivité s'est modifié depuis 1989 : l'âge des sujets testés séropositifs a progressivement augmenté et une féminisation croissante a été enregistrée. La chute du nombre de toxicomanes et d'homosexuels, parmi les personnes découvrant leur séropositivité entre 1989 et 1997, s'est traduite par une forte augmentation de la proportion du nombre de contaminations par voie hétérosexuelle, responsable de la moitié des cas diagnostiqués dans les 13 régions du RESORS-VIH.

Les enquêtes chez les usagers de drogue ont montré une baisse de la prévalence du VIH qui semble aujourd'hui atteindre un palier dans ce sous-groupe. Ces tendances s'expliquent en partie par une diminution progressive, depuis 1988, du partage des seringues mais la réutilisation des seringues et le partage du reste du matériel d'injection demeurent importants. Ces pratiques contribuent au maintien, à un niveau élevé, de la prévalence du VHC. De plus, l'utilisation du préservatif, largement insuffisante compte tenu du risque, contribue à la transmission du VIH parmi les usagers de drogue et leurs partenaires sexuels.

Chez les détenus, parmi lesquels les usagers de drogue sont nombreux, les prévalences du VIH varient fortement selon les enquêtes. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que certains détenus ne souhaitent pas être dépistés à leur entrée en prison (la proposition doit leur en être faite systématiquement) tandis que d'autres ne déclarent pas leur séropositivité. Les niveaux de prévalence sont plus élevés chez les toxicomanes que chez les autres détenus.

La surveillance des autres MST fournit un indicateur complémentaire de l'évolution des pratiques préventives ; elle signale, en 1998, une recrudescence des gonococcies, plus forte en Île-de-France que dans les autres régions. L'augmentation des isolements ano-rectaux et la valeur élevée du sex ratio suggèrent que cette recrudescence concerne plus particulièrement les homosexuels, surtout en Île-de-France, même si la dernière enquête comportementale réalisée auprès de cette population en 1997 n'a pas enregistré de relâchement notable du *safer sex*. Tout aussi importante est l'augmentation du nombre de cas d'urétrite masculine enregistré dans 80 % des cas chez des patients hétérosexuels.

Au début des années 1980, la Direction générale de la santé mettait en place le système national de surveillance du sida, fondé sur la déclaration d'un cas clinique¹. Depuis le début de l'épidémie et au 30 juin 1998, 48 453 cas de sida ont été déclarés en France, dont environ 60 % sont décédés. Ainsi, au premier semestre 1998, le nombre de personnes vivantes, atteintes de sida, était estimé entre 19 500 et 21 500.

Le nombre de nouveaux cas de sida a enregistré une diminution brutale au second semestre de 1996 (- 31 % entre les deux semestres de 1996). Cette baisse se poursuit mais à des taux de plus en plus faibles : elle est de - 6 % entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998. La diminution des décès par sida est plus importante (- 27 %), expliquant que le nombre de personnes vivantes au stade sida de la maladie continue d'augmenter.

Les homosexuels représentent 29 % des cas de sida diagnostiqués au cours du premier semestre 1998. Le nombre de nouveaux cas de sida continue de diminuer dans ce groupe (- 15 % entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998). La baisse est moins importante chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (- 7 %) ; ce groupe de transmission représente 35 % des cas diagnostiqués. Ainsi, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels est supérieur à celui diagnostiqué chez les homosexuels. Enfin, après une forte baisse comparable à celle observée chez les homosexuels, le nombre de nouveaux cas de sida est resté stable chez les usagers de drogues injectables entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998.

Le nombre de patients développant un sida sans connaître leur séropositivité au moment du diagnostic ne diminue que très faiblement depuis 1994. Cette diminution ne s'est pas accélérée avec l'arrivée, en 1996, des nouveaux traitements contre le sida. Les dépistages tardifs concernent davantage les personnes hétérosexuelles alors que la baisse du nombre de nouveaux cas de sida est plus importante chez les homosexuels/bisexuels et chez les usagers de drogues. Cela s'explique, en partie, par le fait que ces personnes ne se sont jamais considérées comme exposées au risque d'infection à VIH et n'ont donc pas eu recours au test de dépistage. L'information sur l'efficacité des nouveaux traitements n'a eu aucun impact sur leur comportement.

Avec respectivement 116 et 100 cas de sida déclarés par million d'habitants entre juillet 1997 et juin 1998, la région Antilles-Guyane et l'Île-de-France restent les régions les plus touchées par l'épidémie.

Les données de surveillance du sida ont été d'un grand intérêt pour comprendre l'étiologie et les modes de transmission de la maladie, pour planifier les ressources nécessaires à la prise en charge des malades et définir les actions de prévention en direction du public. Elles sont néanmoins vite apparues insuffisantes et ont été complétées, vers la fin des années 1980, par de nombreuses enquêtes sur l'infection à VIH. Ces études ont permis de suivre l'activité de dépistage en France, de décrire les caractéristiques des personnes venant de découvrir leur séropositivité, d'adapter la politique de dépistage et de faire des hypothèses sur l'évolution des contaminations des différents groupes de population. Ces nouvelles données reposent sur un ensemble de structures dont font partie les labo-

¹ Voir *fiche n° 1* pour les repères méthodologiques et les références.

ratoires publics et privés (réseau RENAVI), les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les établissements de transfusion sanguine (ETS) et les médecins généralistes (réseau Sentinelles).

L'infection à VIH en France : principales tendances et caractéristiques

Dans la population générale

Ces résultats ont été obtenus à partir des études mises en place sur l'activité des laboratoires publics et privés, réseau RENAVI (*fiche n° 2*), l'activité des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (*fiche n° 3*), le dépistage des dons de sang (*fiche n° 4*) et l'activité des médecins généralistes (réseau Sentinelles, *fiche n° 5*). Les données régionales sont issues du Réseau des ORS pour la surveillance du dépistage de la contamination par le VIH (RESORS-VIH, *fiche n° 6*) et du Groupement d'Epidémiologie Clinique sur le Sida en Aquitaine (GECSA, *fiche n° 7*).

Les proportions de tests positifs sont en constante diminution, rapide jusqu'en 1995, plus lente par la suite

En 1997, les laboratoires du réseau RENAVI ont testé plus de 3 millions de sérums. Le nombre de tests positifs a été estimé à 10 067. Ce nombre est supérieur au nombre réel de sujets venant de découvrir leur séropositivité car il n'est pas possible d'identifier les personnes qui ont été testées plusieurs fois. Seule une sérologie sur deux concernerait un sujet nouvellement dépisté, ce qui correspondrait à une détection d'environ 5 000 nouveaux cas en 1997. Ceux-ci ne peuvent pas tous être assimilés à un nombre de contaminations récentes car bien que l'intervalle moyen qui sépare la contamination du dépistage diminue, une part des dépistages correspond encore à des sujets contaminés depuis plusieurs années.

Le nombre annuel de tests positifs a diminué de 59 % entre 1989 et 1997. Pendant la période où le nombre de tests réalisés a augmenté (de 1989 à 1994), le taux de séropositivité a diminué (de 0,97 % à 0,31 %). Cette baisse ne peut donc pas s'expliquer par une diminution du recours au dépistage en France. Le taux de séropositivité évolue peu depuis 1995 : il est passé de 0,30 % à 0,28 % entre 1995 et 1997.

Ces tendances sont confirmées par les données issues du dispositif gratuit de dépistage VIH. Dans les CDAG, la proportion de tests positifs est passée de 4,6 % à 0,52 % entre 1988 et 1997. Cette décroissance est plus modérée depuis l'année 1994 mais elle persiste malgré une relative stabilisation du nombre de tests. Le pourcentage de tests positifs est plus élevé dans les CDAG que dans le réseau RENAVI, le dispositif gratuit semble attirer une population plus à risque que les autres structures de dépistage.

Chez les donneurs de sang, la prévalence du VIH a régulièrement baissé entre 1992 et 1996, chez les nouveaux (2,9 pour 10 000 donneurs en 1992 à 1,1 pour 10 000 donneurs en 1996) comme chez les anciens donneurs (0,5 pour 10 000 donneurs en 1992 à 0,2 pour 10 000 donneurs en 1996). La prévalence

chez les donneurs connus a été inférieure à celle des nouveaux donneurs sur l'ensemble de la période 1992-1996.

Au final, en se fondant sur les analyses faites par l'InVS (ex-RNSP), la proportion de tests positifs dans le dispositif général métropolitain, hors dons de sang, a pu être estimée à 2,6/1 000 tests en 1997.

La diminution du pourcentage de sérologies positives s'explique en partie par l'augmentation de l'activité de dépistage hors dons de sang, notamment jusqu'en 1993, qui s'est étendue vers une population moins exposée. Chez les donneurs de sang, elle est le reflet de l'exclusion progressive et définitive des porteurs du virus dans la population des donneurs connus au fur et à mesure de leur dépistage. La diminution plus forte chez les hommes que chez les femmes observée chez les donneurs de sang s'explique par la sélection des donneurs qui conduit à la diminution du nombre d'homosexuels alors que les femmes infectées par voie hétérosexuelle, qui n'ont pas forcément connaissance de leur statut VIH, sont plus difficiles à identifier lors de l'entretien préalable au don.

Malgré une féminisation croissante, les nouveaux séropositifs sont essentiellement des hommes, et sont de plus en plus âgés

En 1997, 70 % des dépistés séropositifs dans le réseau RENAVI étaient des hommes. Pour la même année, le sex ratio dans les CDAG était de 2,8 hommes séropositifs pour une femme. Cependant, le sex ratio des personnes dépistées positives tend à diminuer au fil des années, ce qui veut dire que la proportion de femmes dépistées séropositives augmente.

On observe un vieillissement, au cours du temps, des sujets séropositifs dépistés dans les différents systèmes. Dans le réseau RENAVI, l'âge médian des sujets testés séropositifs est passé, pour les hommes, de 31,8 ans en 1989 à 35 ans en 1997 et pour les femmes de 29,5 ans en 1989 à 32 ans en 1997. Quelle que soit l'année, les femmes ont en moyenne 3 ans de moins que les hommes. La proportion de patients de moins de 30 ans diminue chaque année depuis 1989 (*figure I.1*). Entre 1996 et 1997, on a surtout observé une augmentation de la proportion de patients de plus de 35 ans.

Un mode de contamination de plus en plus souvent hétérosexuel

Le RESORS-VIH est un système de surveillance du VIH regroupant 13 régions et fonctionnant sous la coordination de l'ORS Aquitaine. Il permet notamment de connaître, pour ces régions, le mode de contamination des personnes qui découvrent leur séropositivité.

En 1997, la moitié des découvertes de séropositivité dans les régions du RESORS-VIH a concerné des personnes contaminées lors de relations hétérosexuelles. Cette proportion était particulièrement élevée en Guyane (94,4 %) et en Picardie (75,0 %). Elle était plus faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur (44,8 %).

Quelques particularités régionales sont toutefois à noter. Contrairement aux autres régions, le premier mode de contamination des personnes apprenant leur séropositivité en Pays de la Loire et en Poitou-Charentes étaient les relations homo ou bisexuelles (respectivement 43,9 % et 57,1 %). Leur proportion était significativement plus importante que dans l'ensemble des régions du RESORS-

VIH (28,4 %). À l'opposé, en Guyane (3,7 %) et en région PACA (24,3 %), la proportion de personnes contaminées lors de relations homo ou bisexuelles était plus faible que l'ensemble du RESORS-VIH. Enfin, si dans l'ensemble des régions, 11 % des personnes ont été contaminées suite à une toxicomanie intraveineuse, cette proportion est significativement plus élevée en Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,8 %).

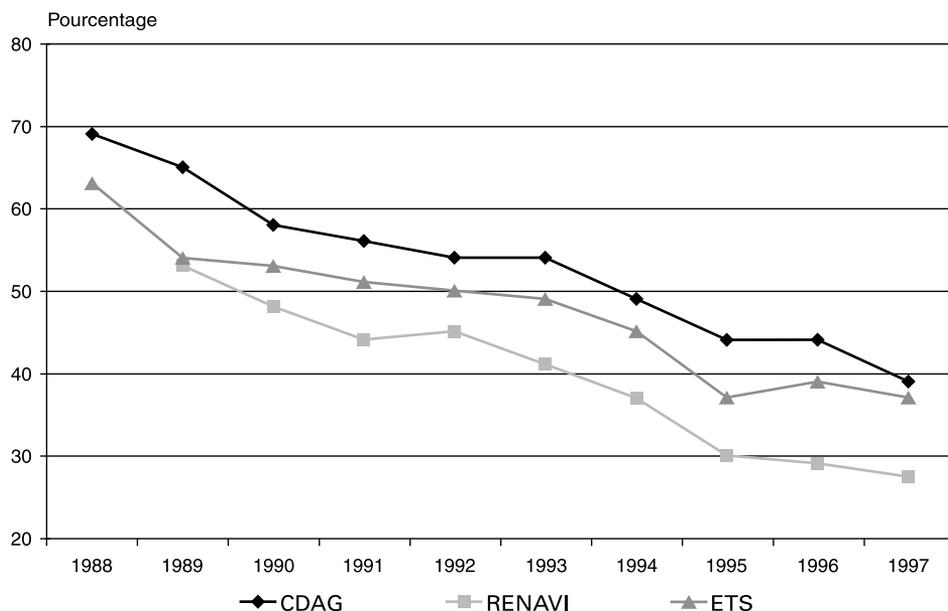


Figure 1.1
Évolution de la proportion des moins de 30 ans parmi l'ensemble des séropositifs dépistés dans les CDAG, RENAVI et les ETS entre 1988 et 1997

D'une manière générale, il faut rappeler que c'est la chute du nombre de toxicomanes et d'homosexuels parmi les personnes découvrant leur séropositivité entre 1989 et 1997 qui est à l'origine de la forte augmentation de la proportion de personnes contaminées par voie hétérosexuelle. Par exemple, en Aquitaine en 1989, les principaux modes de contamination des personnes qui découvraient leur séropositivité étaient la toxicomanie intraveineuse (34,5 % des cas) et l'homosexualité masculine (32,4 %, *figure 1.2*). L'hétérosexualité ne représentait que 16,5 % des cas. En 1997, plus de la moitié des personnes découvrant leur séropositivité ont été contaminées par voie hétérosexuelle. Sur l'ensemble de la période 1989-1997, cette proportion est de 26 %. La toxicomanie intraveineuse n'est plus le mode de contamination que de 6,8 % des personnes qui découvrent leur séropositivité en 1997. La proportion de personnes contaminées lors de relations homosexuelles est de 34,6 % parmi les séropositifs diagnostiqués en 1997, peu différente de celle observée sur l'ensemble de la période (31,8 %).

La chute de la proportion de toxicomanes parmi les personnes découvrant leur séropositivité correspond à une baisse importante du nombre absolu des cas diagnostiqués en Aquitaine : plus de 250 en 1989, moins de 20 en 1997 (*figure 1.2*). Le nombre de personnes découvrant leur séropositivité et contami-

nées lors de relations homosexuelles a également diminué, passant d'environ 230 en 1989 à moins de 100 en 1997. Cette évolution est identique à celle de l'ensemble des cas, ce qui explique que la part de l'homosexualité parmi les personnes découvrant leur séropositivité soit la même entre 1989 et 1997. À l'inverse, le nombre de personnes découvrant leur séropositivité et contaminées par relations hétérosexuelles est le même en 1989 et 1997 (autour de 120), ce qui explique la forte augmentation du pourcentage d'hétérosexuel(le)s parmi les personnes apprenant leur séropositivité.

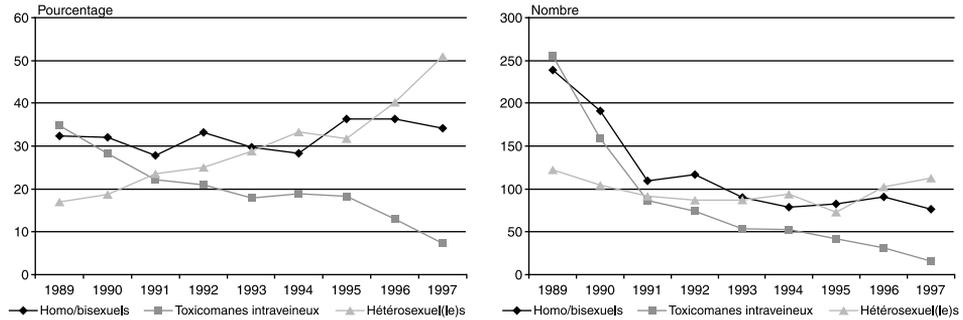
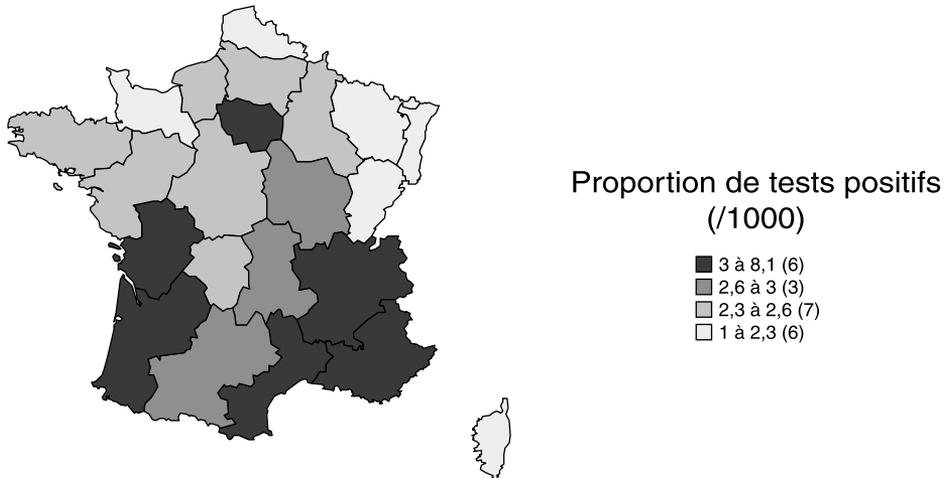


Figure I.2

Répartition par mode de contamination des personnes âgées de 5 ans et plus ayant découvert leur séropositivité en Aquitaine entre 1989 et 1997, en pourcentage et en nombre (source : RESORS-VIH, 1998)

Les résultats globaux cachent de fortes disparités régionales

Les proportions de tests positifs varient fortement d'une région à l'autre. En 1997, dans les CDAG, la proportion de tests positifs variait de 1/1000 en Franche-Comté à 8,1/1 000 en Île-de-France (carte I.1).



Carte I.1

Proportion de tests positifs pour l'ensemble du dispositif gratuit en 1997 par région française métropolitaine

En France métropolitaine, trois régions sont particulièrement touchées : l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Aquitaine. Il existe dans cette dernière région, depuis 1987, un système d'information hospitalier de l'infection à VIH qui porte sur les sujets séropositifs pris en charge au sein du CHU de Bordeaux et de 4 centres hospitaliers généraux de la région Aquitaine (le Groupement d'épidémiologie clinique sur le sida en Aquitaine, GECSA). Durant la période 1993-1995, ce système a repéré 686 personnes dépistées VIH⁺ : 521 hommes et 165 femmes (sex ratio : 3,16). Au moment du diagnostic, 73 % des hommes étaient âgés de 30 ans et plus contre 54 % des femmes. Un comportement à risque était le motif de prescription du test conduisant au diagnostic dans 54 % des cas, suivi par une symptomatologie évocatrice pour 26 %. Près d'un tiers des sujets nouvellement diagnostiqués étaient inclus au stade symptomatique de la maladie du VIH, dont 61 % présentaient un sida avéré.

Parmi les sujets diagnostiqués VIH⁺ pendant la période 1993-1995 dans cette même enquête, 29 % ont mentionné un test négatif antérieur. Ces sujets présentaient un profil clinique et épidémiologique particulier par rapport aux sujets qui avaient découvert leur séropositivité au premier dépistage. On notait une proportion plus élevée de sujets âgés de moins de 30 ans et de sujets homo/bisexuels (53 % *versus* 33 %) ; la découverte de la séropositivité se faisait aussi plus souvent à un stade asymptomatique de la maladie. Ces personnes constituent un groupe qui ne semble pas se soustraire à l'exposition malgré la remise d'un premier résultat négatif de test de dépistage. Leur fréquentation répétée des structures de dépistage pourrait toutefois entraîner la découverte de la séropositivité à un stade peu évolué de l'infection et ainsi favoriser une prise en charge médicale précoce.

Évolution de la population séropositive en France

La taille de la population séropositive avait pu être estimée autour de 110 000 personnes fin 1995 par une modélisation mathématique². Cette population était estimée relativement stable au début des années 1990 car les décès de personnes atteintes et les nouvelles contaminations étaient estimées du même ordre de grandeur. Depuis l'avènement des nouvelles stratégies thérapeutiques, on peut penser que la population des personnes séropositives s'accroît compte tenu de la baisse importante de la mortalité et d'une certaine stabilité des dépistages positifs. Une estimation plus précise de la dynamique de l'infection VIH est aujourd'hui en cours au sein de l'Action Coordonnée 23 de l'ANRS.

Chez les femmes enceintes : l'enquête PREVAGEST

L'enquête PREVAGEST a pour objectif d'étudier l'évolution de la prévalence VIH dans une population de femmes enceintes. Elle a eu lieu tous les deux ans de 1991 à 1997, en région parisienne sous la direction du Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida et depuis 1992 en Provence-Alpes-Côte d'Azur sous la direction de l'Observatoire Régional de la Santé (*fiche n° 8*).

² L'infection VIH en France : quelques données. *BEH*, 1996, 47.

Les femmes ayant une IVG/ITG restent plus infectées

Entre 1991 et 1997, la prévalence VIH globale est restée stable en Île-de-France comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur (*figure 1.3*). Depuis l'enquête de 1993 en Île-de-France, la prévalence est un peu plus élevée dans cette région qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Chaque année la prévalence du VIH parmi les femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse ou une interruption thérapeutique de grossesse (IVG/ITG) a été plus élevée que celle des accouchées. Pour ces femmes, les taux observés dans chaque région sont très proches. Le taux élevé pour les IVG/ITG s'explique, en partie, par le lien entre la connaissance, antérieure à l'enquête, de la sérologie positive et la décision d'interrompre une grossesse. Ces prévalences élevées devraient inciter à proposer systématiquement un dépistage VIH à toute femme venant pour une IVG ne connaissant pas son statut sérologique récent. Or les résultats des enquêtes conduites parmi les gynéco-obstétriciens de tous les établissements participant aux enquêtes ont révélé qu'en Île-de-France, en 1997, plus de 97 % d'entre eux font un dépistage VIH de routine à une femme désirant poursuivre sa grossesse mais qu'ils ne sont que la moitié à le proposer à une femme désirant l'interrompre. Ces chiffres étaient semblables à ceux enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1996 (respectivement 89 % et 54 %).

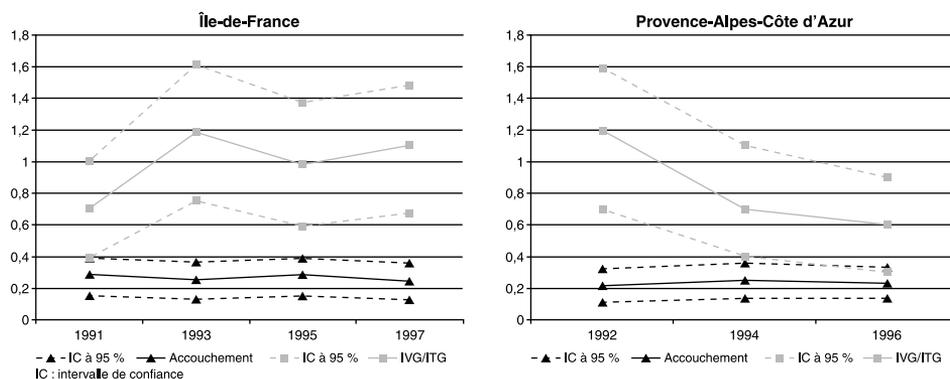


Figure 1.3
Prévalence du VIH par terminaison de grossesse et par année PREVAGEST
en Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (en %)

Comme dans d'autres systèmes de surveillance, l'âge des femmes séropositives a augmenté

En Île-de-France, l'âge moyen des femmes VIH positives a augmenté, de 27,7 ans [26,6-28,8] à 30,8 ans [29,4-32,2], plus que celui des femmes VIH négatives, de 29 ans [28,9-29,1] à 29,9 ans [29,8-30,0]. La prévalence VIH n'a augmenté, entre 1991 et 1997, de façon significative que chez les femmes de plus de 35 ans (de 0,05 % en 1991 à 0,62 % en 1997). L'augmentation de l'âge des femmes séropositives a été observée dans d'autres systèmes de surveillance du VIH.

Les femmes nées en Afrique sub-saharienne sont significativement plus infectées

Le pays de naissance a été demandé à partir de 1993. En Île-de-France, la population née hors de France est plus diverse quant à ses origines géographiques qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et permet de comparer les taux de prévalence en fonction de grandes régions de naissance. Chaque année, les prévalences VIH des femmes nées dans l'un des pays du Maghreb ont été proches de celles des femmes nées en France métropolitaine (*figure 1.4*). À l'exception de 1995, les prévalences VIH des femmes nées dans les Caraïbes étaient plus élevées que celles des femmes nées en France métropolitaine. De même, chaque année, la prévalence du VIH parmi les femmes nées en Afrique sub-saharienne a été significativement plus élevée que celle des femmes nées en France métropolitaine : 4,3 fois plus en 1993, 8,4 fois plus en 1995 et 7,9 fois plus en 1997. Ces prévalences élevées sont peut être le reflet de celles observées dans les pays de cette région mais sont sans doute influencées par les contextes de l'immigration et les modes de vie en France. Elles indiquent au moins en partie une diffusion plus rapide du VIH dans les communautés originaires des régions du monde les plus touchées.

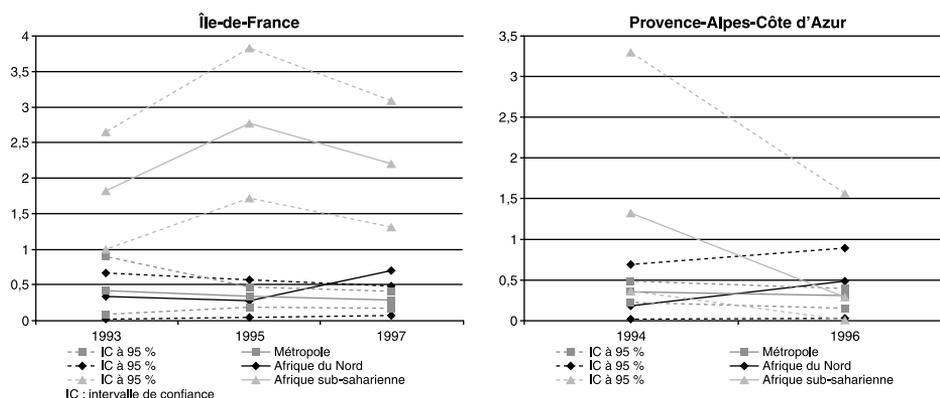


Figure 1.4
Prévalence par pays/région de naissance et par année PREVAGEST Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (en %)

Prévention de la transmission verticale (*fiche n° 8 bis*)

Depuis 1994, à la suite de l'essai franco-américain ACTG 076/ANRS 024, la zidovudine a été prescrite à 90 % des femmes enceintes³, réduisant ainsi fortement le taux de la transmission verticale dans les pays industrialisés. La raison de non-prescription était essentiellement l'arrivée tardive dans la maternité pour les grossesses non suivies ; les refus étaient exceptionnels. Le pourcentage des femmes traitées est resté stable depuis 1994. Le taux de transmission a ainsi été réduit de 20 % à 6 % dans la cohorte française comme dans diverses cohortes étrangères.

³ Traitement de la femme enceinte par la zidovudine dès la 14^e semaine de grossesse, à l'accouchement par perfusion puis de l'enfant jusqu'à 6 semaines.

Plus récemment une méta-analyse, à laquelle ont participé toutes les cohortes ayant inclus plus de 100 couples mère-enfant, a permis de montrer que le taux de transmission verticale était plus bas en cas d'accouchement par césarienne avant tout début de travail et à membranes intactes, que dans les autres modes d'accouchement⁴. Ce résultat a été confirmé par un essai européen⁵. Le pourcentage de césarienne est ainsi passé de 14 % en 1994 à 44 % en 1998 en France ; le taux de transmission verticale se situe, dans ce cas, aux alentours de 3 %. De nouvelles recommandations sont en cours d'élaboration sur les combinaisons thérapeutiques optimales tenant compte des avancées récentes et des risques à plus long terme pour l'enfant.

À mesure de la diffusion du dépistage de l'infection à VIH, la proportion de femmes apprenant leur séropositivité à l'occasion de leur grossesse a diminué. Cette proportion ne peut être appréhendée qu'à partir des données de l'Enquête Périnatale Française mise en place en 1985. Cette enquête qui porte sur des femmes séropositives ayant accouché et leurs enfants, indique que le pourcentage de femmes qui connaissaient leur séropositivité avant la grossesse a été en constante augmentation : on est passé de 7 % en 1986, à 70 % en 1998.

Le suivi des femmes de la cohorte SEROCO pendant une période médiane de 36 mois après le diagnostic de séropositivité a montré une forte réduction de la probabilité de conception après la connaissance de la séropositivité. Le taux de conception passe ainsi de 20 % durant l'année précédant le dépistage de la séropositivité à 8 pour 100 personnes années après. Après le diagnostic de leur séropositivité, 80 % des femmes étaient sexuellement actives : 61 % d'entre elles utilisaient systématiquement des préservatifs mais 21 % ne prenaient aucune précaution contraceptive ; 24 % des femmes ont été enceintes au cours de la période de suivi. La proportion de grossesses menées à terme passe de 71 % avant le diagnostic de séropositivité à 29 % ensuite. Ces chiffres concernaient essentiellement des femmes d'origine française, contaminées par injection de drogues intraveineuses ou par voie sexuelle. Le retentissement de la séropositivité sur la fécondité diffère selon les femmes : la fécondité des femmes africaines ne semble pas être affectée par la découverte de la séropositivité, surtout si elles n'ont pas déjà au moins 2 enfants alors que les grossesses deviennent moins fréquentes après découverte de la séropositivité chez les autres femmes. Ces données portent sur la période précédant les innovations thérapeutiques majeures introduites en 1994 pour la transmission mère-enfant et depuis 1996 avec les antiprotéases. Il est possible que tant la fécondité que le taux de grossesses menées à terme aient augmenté depuis, mais aucune donnée n'est encore disponible.

Chez les militaires français

Les armées disposent de deux systèmes de surveillance épidémiologique : le système de Recueil et Exploitation des Données Épidémiologiques des Armées et le système de Surveillance Épidémiologique Hebdomadaire (*fiche n° 9*).

⁴ The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 : a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med.* 1999 Apr 1 ; 340 (13) : 977-87.

⁵ Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission : a randomised clinical trial. The European Mode of Delivery Collaboration. *Lancet.* 1999 Mar 27 ; 353 (9158) : 1035-9.

La population concernée était constituée en 1996 de 500 000 personnes : 200 000 appelés faisant leur service militaire et 300 000 militaires de carrière, en majorité de sexe masculin. Entre 1990 et 1996, l'incidence annuelle des cas de séropositivité est passée de 0,43 pour mille à 0,14 pour mille. Sur les 71 contaminations enregistrées en 1996, 29 étaient liées à un séjour outre-mer situant l'incidence annuelle à 0,72 pour mille pour l'outre-mer *versus* 0,09 pour mille pour la métropole.

Le service des armées attribue cette baisse aux campagnes de sensibilisation réalisées en 1986, 1988, 1992 et 1995, aux séances d'éducation pour la santé, et à la distribution gratuite de préservatifs depuis 1986 aux militaires affectés outre-mer, et depuis 1994 pour tous les appelés.

Chez les consultants MST : l'enquête PREVADAV

PREVADAV a pour objectif d'étudier l'évolution de la prévalence du VIH chez les patients consultant pour suspicion de maladie sexuellement transmissible (MST) dans les dispensaires antivénéériens (DAV). L'étude a lieu tous les deux ans depuis 1993 sous la responsabilité de l'unité 292 de l'INSERM (*fiche n° 10*).

Baisse de la prévalence du VIH chez les homo/bisexuels et les hétérosexuels non originaires d'Afrique noire ou des Caraïbes

Quel que soit le groupe de transmission, les prévalences du VIH restent plus élevées à Paris que dans les autres villes. Chez les hommes, la prévalence du VIH à Paris n'a cessé de baisser (de 9,9 % en 1991 à 5,4 % en 1997). La même tendance est observée chez les homo/bisexuels (de 35,2 % en 1991 à 23,2 % en 1997) et les hétérosexuels non originaires d'Afrique noire ou des Caraïbes (de 2,0 % à 0,0 %). La prévalence est stable et élevée chez les hétérosexuels originaires d'Afrique noire ou des Caraïbes (3,6 % en 1991 à 3,3 % en 1997). Malgré la faiblesse des effectifs, les mêmes tendances semblent se dégager en province.

Lors de l'enquête de 1997 à Paris, la prévalence globale chez les femmes était inférieure à celle des hommes (1,7 % contre 5,4 %) ; les femmes originaires d'Afrique noire et des Caraïbes restaient plus infectées que celles nées ailleurs (4,6 % contre 0,5 %). Entre 1991 et 1997, on observe une stabilité des prévalences quelle que soit l'origine géographique.

Au total, 70 % des patients VIH⁺ de l'étude 1997 étaient des hommes homo/bisexuels et 27 % étaient nés en Afrique noire.

Le dépistage du VIH continue à se diffuser dans cette population de patients consultant pour MST : la proportion de patients déclarant avoir déjà effectué au moins un test était de 73 % en 1997.

L'estimation de la fréquence des contaminations dans le groupe des patients ayant rapporté un test négatif dans les deux années précédant l'inclusion et se déclarant homo/bisexuels est passée de 9 % jusqu'en 1995 à 5,8 % en 1997. Elle est stable chez les hétérosexuels d'Afrique noire ou des Caraïbes (autour de 2 %).

Ces données ne mettent pas en évidence une flambée de l'épidémie de VIH en France mais la stabilité des prévalences, marqueur reconnu de la persistance de nouvelles contaminations, indique que le problème reste important dans certains sous-groupes de population.

Chez les usagers de drogue

Plusieurs études permettent de suivre l'évolution de l'infection à VIH chez les toxicomanes. Parce qu'elles concernent le plus souvent des populations très différentes, elles sont traitées séparément. Ces études sont présentées dans les *fiches n° 11, 12, 13 et 14*.

Les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH)

Au premier semestre 1998, les CSSTH ont accueilli 2 096 toxicomanes. Le nombre de résidents a quasiment doublé entre le 2^e semestre 1993 (1 071) et le 1^{er} semestre 1998 (2 096). Environ deux tiers des résidents sont des hommes et le groupe d'âge le plus représenté est celui des 15-29 ans.

La durée médiane de toxicomanie variait de 8 à 10 ans pour les hommes selon les semestres, et de 7 à 8 ans pour les femmes. La proportion de résidents ayant utilisé des produits par voie injectable dans leur vie a progressivement diminué au cours du temps, passant de 91 % en 1993 à 80 % en 1998. L'année d'entrée dans la toxicomanie précède généralement l'année de première injection de 1 à 3 ans pour les deux sexes.

La prévalence de l'infection à VIH parmi les résidents ayant déclaré leur statut sérologique était de 12 % (11,2 % pour l'ensemble des résidents et 13,6 % pour les injecteurs qui représentent 80 à 90 % des résidents selon les années). La prévalence de l'infection à VIH parmi les résidents a baissé de façon constante entre 1993 et 1995 passant de 21 % à 12 % pour ensuite se stabiliser à ce niveau les semestres suivants. La même tendance a été observée chez les injecteurs (22,2 % en 1993, autour de 13 % depuis 1995) tout en restant légèrement supérieure. La proportion d'injecteurs ayant un résultat de test « incertain » pour le VIH (soit parce qu'ils ont déclaré avoir été testés séronégatifs plus de 12 mois avant l'entrée en CSSTH ou à une date inconnue, soit parce qu'ils ont déclaré ne jamais avoir été testés ou ignorer le résultat du test) a diminué de 39 % (1993) à 26 % (1995) et a réaugmenté par la suite jusqu'à 38 % (1998).

L'âge médian des résidents séropositifs était de 33 ans en 1998 ; il a augmenté au cours du temps (30 ans en 1993). La prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (12,9 % contre 10,9 % en 1998). Un des facteurs pouvant expliquer cette différence est le fait que les femmes toxicomanes ont une probabilité plus élevée d'avoir un partenaire masculin lui-même toxicomane que les hommes toxicomanes d'avoir une partenaire consommatrice de drogues. De plus, diverses études indiquent que les femmes auraient davantage de rapports non protégés que les hommes.

Parmi les usagers injecteurs dont la date de première injection est connue, on constate que plus la date de première injection est récente, plus la proportion de séropositivité déclarée est faible. La proportion de séropositifs au VIH se situe aux alentours de 30 % pour ceux qui ont utilisé de la drogue injectable pour la première fois au début des années 1980 (1981-1983) et aux alentours de 4 % pour ceux dont la date de première injection était située entre 1990 et 1992.

La baisse de la prévalence au cours des années 1993-1995 a été expliquée notamment par des changements dans les modes d'administration de produits (moins d'injecteurs), l'arrêt de la toxicomanie et la mortalité élevée des toxicomanes séropositifs. Mais la stabilité enregistrée depuis 1996 témoigne de l'exis-

tence de nouvelles contaminations chez les moins de 25 ans et les injecteurs récents.

Enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les Programmes d'Échange de Seringues (PES) une semaine donnée (mars 1998)

743 des 1 004 répondants (74 %) à cette enquête étaient des hommes, avec un niveau d'instruction assez faible (78 % avaient arrêté leur scolarité avant le baccalauréat). Près des deux tiers avaient des antécédents d'incarcération.

La durée moyenne de la toxicomanie était de 11 années. 76 % des participants ont déclaré s'injecter plus d'une fois par jour.

Le Subutex® était le produit le plus consommé (70 % des participants), suivi de l'héroïne et de la cocaïne (respectivement 51 % et 48 %).

Une grande majorité des participants avait fait un test de dépistage VIH (92 %). Parmi les sujets testés, 19,2 % ont déclaré être séropositifs. Les femmes étaient plus souvent séropositives que les hommes (23,5 % *versus* 17,6 %). La séropositivité au VIH était aussi plus fréquente chez les sujets vivant seuls ou n'ayant pas de partenaires stables. Les usagers consommant du Subutex® se sont déclarés moins souvent séropositifs mais la différence n'était pas significative (17,8 % *versus* 23,3 %). Les consommateurs de méthadone (traitement de substitution) ont plus souvent affirmé être séropositifs (28,5 % *versus* 17,7 %), mais il s'agit aussi de sujets plus âgés.

Les toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales

En novembre 1996, environ 20 700 personnes ont eu recours au dispositif de prise en charge sanitaire et sociale (12 300 dans les centres spécialisés pour les soins aux toxicomanes, 7 220 dans les établissements hospitaliers et 4 160 dans les établissements sociaux non spécialisés). Ce chiffre était de 12 500 en 1990. L'augmentation a été la plus forte dans les centres spécialisés dans les années 1992-1995 (+ 20 % en moyenne). Le champ des établissements enquêtés et répondants étant relativement stable, l'évolution du nombre de toxicomanes suivis en novembre 1996 peut être imputée à une augmentation des recours, à mettre en liaison avec les nouvelles orientations prises concernant la prise en charge des toxicomanes, et notamment le développement des traitements de substitution.

Le sex ratio est resté proche de 3 hommes pour 1 femme ; l'âge moyen des toxicomanes s'est accru de 2 ans depuis 1987 (il était de 28,6 ans en 1996). Les toxicomanes sont plus jeunes lorsqu'ils utilisent des produits comme les solvants ou le cannabis en produit principal ; les plus âgés ayant une toxicomanie en général plus lourde axée sur des produits comme l'héroïne, les autres opiacés et les médicaments psychotropes.

L'héroïne reste la principale drogue consommée mais régresse : 55 % des toxicomanes la déclarait en produit principal en 1992, 47 % en 1995, 38 % en 1996. En revanche, l'usage du cannabis et de ses dérivés est en progression constante. En 1996, 62 % des personnes suivies étaient polytoxicomanes ; les produits les plus fréquemment utilisés en association étaient l'alcool, les produits psychotropes (amphétamines et tranquillisants), et le cannabis.

En 1996, quatre toxicomanes sur cinq avaient effectué un test de dépistage du

VIH. Cette pratique est en augmentation depuis 1994. L'amélioration du dépistage n'a cependant pas mis en évidence une proportion plus élevée de séropositifs, qui reste dans la population suivie comprise entre 16 et 25 %. Les utilisateurs de drogues intraveineuses sont plus infectés que les autres toxicomanes concernés par l'enquête (respectivement 20-25 % et 16-21 %).

Les toxicomanes des enquêtes menées par l'Institut de Recherche en Épidémiologie et Pharmacodépendance (IREP)

Les toxicomanes inclus dans les enquêtes IREP présentent des caractéristiques socio-démographiques proches de celles des toxicomanes rencontrés dans les structures sanitaires et sociales : plus de 70 % d'hommes, niveau d'éducation assez faible, 2/3 de célibataires, forte proportion d'inactifs.

En 1996, la première drogue consommée par les 1 703 toxicomanes de l'enquête était l'héroïne (85 % en consommaient au moment de l'enquête et 56 % quotidiennement). Plus de la moitié des héroïnomanes avait commencé à consommer au début des années 1980 ; 16 % dans les années 1970. À l'inverse, le crack est une consommation récente : 70 % des sujets avaient commencé entre 1990 et 1994.

La voie intraveineuse était utilisée par 77 % des usagers d'héroïne, 68 % des usagers de cocaïne et 48 % des usagers de crack.

En 1996, 88 % des répondants avaient effectué un dépistage pour le VIH ; ils étaient 78 % au cours de l'enquête de 1987-1988 et 82 % en 1990-1991. Dans la moitié des cas, le dernier test datait de 1995. La prévalence globale de l'infection à VIH trouvée parmi les dépistés était de 20 %, avec des différences assez importantes selon les sites : 5 % à Lille, 6 % à Metz, 25 % à Paris, 26 % en banlieue parisienne, 36 % à Marseille. Une baisse significative et progressive de la prévalence est enregistrée depuis les premières enquêtes puisqu'elle était de 40 % en 1987, 34 % en 1990 et 20 % en 1995. Soixante et onze pour cent des dépistés VIH étaient des hommes ; 5 % des enquêtés étaient porteurs d'une triple infection VIH, VHC et VHB. Cette triple infection variait également selon les sites affectant 1 % des toxicomanes à Metz et 20 % des toxicomanes à Marseille.

La baisse de la prévalence du VIH chez les usagers de drogue a été en partie expliquée par une diminution progressive et constante depuis 1988 du partage des seringues ; la libéralisation des seringues en 1987 a largement contribué à la transformation des pratiques des usagers, renforcée au milieu des années 1990 par la diffusion du Stéribox[®], la mise en place des programmes d'échange de seringues et des lieux d'accueils pour les usagers de drogues les plus précaires. Cependant, malgré une tendance significative à la baisse, la réutilisation des seringues et le partage du reste du matériel d'injection se maintiennent à un niveau élevé. De plus, l'exposition au risque lors de rapports sexuels reste fréquente. La prise de conscience du risque et de la gravité de l'hépatite C a été plus tardive et l'adaptation et la diffusion de l'information, notamment sur les risques de mise en commun du matériel est encore récente ce qui peut expliquer le maintien d'un haut niveau de prévalence pour le VHC (voir p. 27).

Chez les détenus

Trois études ont été relevées concernant les détenus : deux enquêtes nationales (*fiches n° 15 et 16*) et une enquête ponctuelle réalisée au centre pénitentiaire de Marseille par l'Observatoire Régional de la Santé (*fiche n° 17*).

La santé à l'entrée en prison

En 1997, la Direction de l'administration pénitentiaire a enregistré plus de 75 000 entrées dans les 135 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires français ; une même proportion a concerné des mineurs et des femmes (5 % environ).

À leur arrivée en prison, une personne sur cinq a déclaré ne pas avoir de domicile stable et plus de 17 % des entrants n'avaient pas de protection sociale. Une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 derniers mois a été enregistrée chez près d'un tiers des entrants et 12 % ont déclaré avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Par ailleurs, à leur arrivée en prison, 7 % des personnes ont rapporté avoir bénéficié d'un traitement de substitution, neuf fois sur dix par Subutex®.

Près de la moitié des entrants ont fait un test de dépistage du VIH avant l'incarcération et 1,7 % ont déclaré une séropositivité. Un traitement par antirétroviraux était en cours chez 38 % des entrants séropositifs. Un détenu sur cinq avait fait un test de dépistage de l'hépatite C pour un taux de prévalence déclaré de 4,4 %. Moins de 4 % des individus VHC⁺ étaient sous traitement par interféron.

Les entrants en prison qui ont déclaré s'être injectés au moins une fois au cours de leur vie (12 % des entrants) étaient plus nombreux à avoir fait des examens de dépistage puisque moins de un sur cinq a déclaré n'avoir fait aucun test contre un sur deux pour l'ensemble des entrants. Ils sont également plus nombreux à déclarer des résultats positifs : environ 10 % étaient VIH⁺ et 30 % VHC⁺.

Enquête « un jour donné » sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire

Le jour de l'enquête, en juin 1998, 55 274 personnes étaient incarcérées en France, réparties dans les établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté non pourvus de structures médicales. Parmi ces détenus, 866 personnes atteintes par le VIH étaient connues des équipes médicales hospitalières et des équipes médicales du « programme 13 000 » intervenant en milieu pénitentiaire, soit 1,6 % de la population pénale. La proportion de détenus atteints par le VIH qui diminuait régulièrement depuis 1991 reste stable entre 1997 et 1998 (5,8 % en 1990, 2,8 % en 1994, 1,6 % en 1997 et 1,56 en 1998).

Parmi les 866 détenus atteints par le VIH, 165 étaient au stade sida (19 %), 183 (21 %) présentaient une forme symptomatique de la maladie et 518 (59,8 %) une forme asymptomatique de l'infection.

Les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur regroupent à elles seules plus de 57 % des patients VIH connus (36,1 % pour l'Île-de-France, 21,5 % pour Provence-Alpes-Côte d'Azur) alors que les établissements pénitentiaires de ces deux régions regroupent 31 % des détenus français.

Environ 68 % des détenus séropositifs étaient traités par antirétroviraux dont

62 % sous trithérapie, 33 % sous bithérapie, 3 % sous quadrithérapie et 2 % sous monothérapie.

Prévalence de l'infection à VIH et VHC dans la population carcérale de Marseille

Sur les 391 détenus qui ont participé à l'enquête, 79 % étaient des hommes âgés de 18 à 35 ans ; 23 % ont déclaré au moins une expérience de drogue intraveineuse au cours de leur vie. La prévalence globale du VIH enregistrée dans cette population était de 6 %. Elle était supérieure chez les usagers de drogue intraveineuse (20,5 %) par rapport aux non usagers (1,7 %). Les deux seuls facteurs associés à une séropositivité étaient l'âge et une expérience de drogue intraveineuse.

Les niveaux de prévalence de l'infection à VIH enregistrés en 1995 étaient inférieurs à ceux observés lors de l'enquête de 1992 réalisée dans cette même prison (homme : 5,9 % *versus* 9 % ; femme : 6,4 % *versus* 13,1 %). La tendance à la baisse est la même si l'on ne considère que les usagers de drogue intraveineuse (20,5 % en 1995, 40 % en 1992).

Vingt et un des 23 détenus VIH⁺ étaient porteurs d'une double infection VIH/VHC. La prévalence globale du VHC était de 27 % (91 % chez les usagers de drogue contre 7,6 % chez les non usagers). Comme pour le VIH, elle était associée à l'âge et à une expérience d'injection. Une minorité de prisonniers connaissaient leur statut sérologique, ce qui laisse supposer que la plupart des détenus n'avaient jamais fait de tests avant leur incarcération. Cette étude a permis d'estimer à environ 11 500 (soit 20 % de la population carcérale) le nombre de détenus infectés par le VHC en France.

Chez les personnes prostituées

Ces données sont issues d'une thèse de 3^e cycle soutenue à Bordeaux en 1998, intitulée : « Prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France » (Anne Serre).

Les services de police estiment à environ 15 000 le nombre de personnes prostituées en France, dont 5 000 exerceraient à Paris.

Aucune étude de prévalence n'a été menée depuis 1991. Les seules données disponibles proviennent de l'équipe du Bus des Femmes et datent de 1994. Le statut VIH était connu (test ou déclaration) pour 144 femmes. La prévalence était plus élevée chez les toxicomanes (31 %) que chez les non toxicomanes (2 %).

Dans la population étrangère domiciliée en France

Ces résultats sont issus des analyses réalisées à partir des données de la surveillance du sida chez les adultes (*fiche n° 18*).

Exception faite des données extraites des enquêtes PREVAGEST (*fiche n° 8*) et PREVADAV (*fiche n° 10*), on ne dispose d'aucune donnée permettant de suivre l'évolution de l'infection à VIH dans la population étrangère domiciliée en France. Seule l'analyse des données de surveillance du sida donne quelques indications des spécificités de cette population face à l'épidémie.

Au 30 juin 1998, 14 % des cas de sida déclarés chez les adultes depuis le début

de l'épidémie concernaient des personnes de nationalité étrangère alors que selon l'INSEE la population étrangère de plus de 15 ans en 1990 constituait 6 % de la population adulte vivant en France métropolitaine. Ces cas étaient majoritairement localisés en Île-de-France (65 %) où ils représentaient 24 % des cas déclarés dans cette région.

Il est remarquable de noter que, jusqu'en 1996, le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque semestre a évolué de façon similaire chez les personnes de nationalité étrangère et chez les Français. Ensuite, le nombre de nouveaux cas de sida a diminué de façon moins marquée chez les sujets de nationalité étrangère (- 44 % entre les premiers semestres de 1996 et 1998) que chez ceux de nationalité française (- 61 %). Cette baisse a davantage marqué les Européens (- 70 %) que les Asiatiques (- 56 %) ou les personnes d'Afrique sub-saharienne (- 32 %). Elle a eu pour conséquence la hausse de la proportion d'étrangers parmi les nouveaux cas de sida durant cette période (15 % en 1996, 20 % en 1998).

Sur cette même période (premier semestre 1996, premier semestre 1998), la baisse du nombre de décès par sida a été similaire chez les étrangers (- 83 %) et chez les individus de nationalité française (- 79 %). Cela laisse supposer qu'une fois le diagnostic posé la prise en charge des patients étrangers est comparable à celle des Français et leur observance aux traitements aussi.

Les taux de cas de sida rapportés à la population étrangère, standardisés sur l'âge, montrent que les personnes les plus touchées par l'épidémie sont les Haïtiens (taux d'incidence cumulée de 29,0 pour 1 000). Ils précèdent les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (11,5 pour 1 000) avec de fortes variations selon les pays (de 6,4 pour 1 000 au Sénégal à 43,8 pour 1 000 en République démocratique du Congo) et celles originaires d'Amérique (7,2 pour 1 000). Excepté pour l'Afrique sub-saharienne où les hommes et les femmes enregistrent des taux d'incidence cumulée similaires, dans les autres aires géographiques étudiées, les femmes apparaissent toujours moins touchées par l'épidémie que les hommes (de 2 fois moins pour les Haïtiens à 20 fois moins pour les Américains).

Le mode de transmission hétérosexuelle reste très majoritaire chez les femmes (de 83 % à 100 % selon la nationalité). Chez les hommes, l'usage de drogue peut tenir une place importante : il représente 35 % des cas de sida diagnostiqués en 1997 chez les Nord-africains.

La méconnaissance du statut sérologique au moment du diagnostic de la maladie reste très importante malgré la légère baisse enregistrée entre 1994 et 1998. C'est le cas notamment pour 63 % des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, de 47 % des Européens, 44 % des Haïtiens et 38 % des Français.

Malgré la diminution du nombre de nouveaux cas de sida depuis 1996, le nombre de personnes étrangères vivant avec le VIH/sida continue d'augmenter en France. Le pourcentage important d'étrangers (entre 60 % et 78 %) n'ayant pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic du sida alors qu'ils connaissent leur séropositivité indique que l'accès des étrangers séropositifs à une prise en charge thérapeutique est limité. L'infection à VIH est en fait révélatrice pour les étrangers d'une difficulté globale à un accès aux soins approprié, en raison notamment de restrictions à l'ouverture de droits sociaux, d'obstacles administratifs et financiers, de difficultés de communication ou de difficultés socio-économiques. De nombreux efforts restent donc à faire envers cette population.

Évolution des maladies sexuellement transmissibles en France (hors VIH)

Plusieurs systèmes de surveillance des maladies sexuellement transmissibles (hors VIH) ont été mis en place depuis 1985 : (1) un système de notifications hebdomadaire des urétrites masculines est basé sur un réseau Sentinelles d'environ 500 médecins généralistes (*fiche n° 5*); (2) le système de surveillance épidémiologique des armées centralise chaque semaine le nombre de cas de syphilis et de gonococcie acquise par leur personnel (*fiche n° 9*); (3) deux réseaux de surveillance sont fondés sur les données de laboratoires : le réseau RENAGO mis en place en 1986 qui concerne les gonococcies (*fiche n° 19*) et le réseau RENACHLA mis en place en 1990 pour les chlamydioses (*fiche n° 20*).

En 1998, les laboratoires du réseau RENAGO ont identifié 242 gonococcies, dont 215 (88,8 %) chez les hommes et 27 chez les femmes (11,2 %) ; le sex ratio était de 8,0. L'âge médian des patients était de 27 ans pour les femmes et 31 ans pour les hommes. Une faible minorité de ces patients s'étaient contaminés à l'étranger (5 sur les 97 pour lesquels cette information était disponible). Dix pour cent des patients avaient une MST associée : 6 (dont une femme) une chlamydiose et 6 autres étaient séropositifs vis-à-vis du VIH.

Entre 1986 et 1990, une forte décroissance du nombre de gonococcies a été observée (- 81 % entre ces deux dates). Cette décroissance a persisté à un rythme moins élevé de 1990 à 1994 (- 55 %). Depuis 1994, les variations étaient minimales même si les tendances étaient toujours à la baisse. Cependant, en 1998, le nombre de patients atteints de gonococcies a été multiplié par un facteur de 1,9 par rapport à 1997. L'augmentation de l'ensemble des gonococcies est nettement plus importante en Île-de-France (multipliée par un facteur de 2,7 contre 1,4 pour les autres régions). Soixante-dix-neuf pour cent des souches isolées en Île-de-France proviennent de 5 laboratoires, dont 4 situés à Paris. Les gonococcies anorectales ont paru en progression en 1995 puis se sont stabilisées (5 en 1994, 11 en 1995, 12 en 1996 et 10 en 1997) mais en 1998, 20 ont été diagnostiquées. Ces souches anorectales ont toutes été prélevées chez les hommes. On observe également une hausse importante des prélèvements uro-génitaux (108 en 1998 contre 39 en 1997).

Bien que les données comportementales (pratiques sexuelles) ne soient pas disponibles parmi les informations collectées par RENAGO, l'augmentation des isolements anorectaux et la valeur élevée du sex ratio suggèrent que cette recrudescence concerne plus particulièrement les homosexuels et bisexuels d'Île-de-France. Cependant, l'enquête sur les modes de vie des homosexuels masculins réalisée à partir de la presse spécialisée n'a pas montré d'évolution entre 1991 et 1997 des déclarations d'antécédents de MST en général ou de gonococcie dans l'année écoulée (*voir partie II*). Les prises de risque avec des partenaires occasionnels (protection non systématique lors de pénétration) ont eu tendance à diminuer sur la période. En outre, en 1997, seuls 8 % des répondants à cette enquête ont déclaré se protéger moins qu'avant du fait des nouveaux traitements. Toutefois, l'hypothèse d'un relâchement du *safer sex*, diffus et occasionnel, mais s'accroissant dans les périodes récentes est possible et devra être validée avec les résultats de l'enquête 1999. Sur le plan biologique, l'hypothèse d'une augmentation de la durée d'infectiosité a été avancée, dans la lignée des observations réalisées à l'hôpital Saint Thomas

de Londres. L'augmentation de l'incidence des gonococcies dans la population masculine en France s'inscrit dans une tendance générale assez forte puisque qu'une même recrudescence a été observée antérieurement chez les homosexuels américains et britanniques.

En 1997, les laboratoires du réseau RENACHLA ont étudié 55 000 prélèvements, dont 77 % effectués chez des femmes. Le taux d'identifications positives était de 4,1 % chez l'homme et 2,3 % chez la femme. En 1997, l'âge médian des patients était de 26 ans pour les femmes et 30 ans pour les hommes.

Entre 1990 et 1997, le nombre de *C. trachomatis* identifié par laboratoire a fortement diminué chez la femme (– 51 % entre 1990 et 1996, – 11 % entre 1996 et 1997). La même diminution a été observée chez l'homme jusqu'en 1996 (– 56 %) mais le nombre de *C. trachomatis* identifié chez l'homme par laboratoire a augmenté de 17 % de 1996 à 1997.

Cette augmentation est probablement consécutive à l'utilisation de plus en plus large des techniques de biologie moléculaire qui sont des méthodes très sensibles et spécifiques. Ces méthodes peuvent être utilisées sur des prélèvements d'urine et sont donc moins contraignantes pour le patient. Elles ont facilité l'accès des hommes au diagnostic biologique, traduit par l'augmentation des prélèvements observée dans les laboratoires qui disposent de ces techniques.

L'augmentation du nombre de cas identifiés chez l'homme alors que la décroissance se poursuit chez la femme est donc moins en faveur d'une recrudescence de la maladie que d'un meilleur diagnostic. L'utilisation du préservatif et une amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients et de leurs partenaires ont contribué à une diminution de cette infection dans la population générale. Toutefois, les taux d'identification élevés observés par les laboratoires hospitaliers (5,1 %) montrent que cette infection n'est pas en régression dans certaines populations et qu'il est important que celles-ci aient un accès facile au dépistage.

Enfin, l'augmentation du nombre de cas d'urétrite enregistrée par le réseau Sentinelles depuis 1996 incite à rester vigilant. Entre 1990 et 1996, le nombre de cas d'urétrite masculine a fortement diminué (– 59 %). En 1996, les médecins du réseau avaient rapporté 186 cas d'urétrite masculine, permettant d'estimer à 35 000 le nombre de cas annuels diagnostiqués en médecine générale cette année-là, et à 60 cas pour 100 000 habitants l'incidence annuelle (50-70). En 1997, le nombre de cas a été estimé à environ 40 000 (+ 10,5 % par rapport à 1996), soit une incidence de 70 cas, et à un peu moins de 50 000 en 1998 (+ 21,7 % entre 1997 et 1998).

En 1997, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 30-39 ans (31 %), suivi de la classe d'âge 20-29 ans (30 %). Les 15-19 ans ne représentant que 4 % des cas rapportés. La distribution des orientations sexuelles montrait que 82 % des patients en 1997 se déclaraient hétérosexuels, 10 % étaient homo/bisexuels et pour 8 % cette information n'était pas connue.

VHC et toxicomanie

On estime à environ un tiers les cas d'infections par le VHC liées à l'usage de drogue. Depuis le dépistage des dons de sang et les précautions prises pour éviter les infections iatrogènes, le partage du matériel par les usagers de drogue demeure le principal vecteur connu de diffusion de l'infection à VHC. Les modes de prévention sont communs à l'infection VIH et le suivi de la prévalence VHC est un bon indicateur du maintien de pratiques à risque chez les usagers de drogue. C'est pourquoi, il a semblé important de faire une place à l'infection à VHC dans ce rapport. L'analyse sur la différence de diffusion entre le VIH et le VHC a été proposée par J.C. Desenclos dans un ouvrage intitulé *Hépatites virales. Dépistage, prévention, traitement*. Expertise collective INSERM, Paris 1997.

L'étude la plus ancienne qui s'est intéressée au problème du VHC chez les toxicomanes est celle qui est réalisée chaque année au mois de novembre dans les structures sanitaires et sociales (*fiche n° 13*).

La proportion de personnes ayant effectué un test de dépistage a fortement augmenté depuis 1994 (*tableau I.1*). En 1996, près de deux personnes sur trois avaient connaissance de leur infection alors qu'à peine une sur deux avait une telle connaissance en 1994.

Tableau I.1
Sérologie du VHC chez les toxicomanes ayant eu recours aux centres spécialisés et aux hôpitaux en novembre 1994, 1995 et 1996

En %	1994	1995	1996
Tests de dépistage effectués ¹	67	72	76
Sérologie connue et déclarée ¹	51	58	64
Séropositifs parmi les toxicomanes ²	49 à 74	49 à 70	50 à 68
Séropositifs parmi les toxicomanes intraveineux	57 à 84	57 à 72	61 à 71

1. % calculé sur l'ensemble des toxicomanes.

2. Le premier pourcentage est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu ; le second est calculé en considérant que les personnes dont le statut sérologique est inconnu sont séropositives.

L'enquête semestrielle chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH, *fiche n° 11*) recueille des données sur le VHC depuis le premier semestre 1996. La proportion de résidents ayant effectué un test sérologique pour le VHC est passée de 82 % au premier semestre 1996 à 89 % au premier semestre 1998. La prévalence du VHC a peu évolué au cours du temps ; elle est élevée et se situe aux alentours de 55 %. Parmi les usagers de drogue intraveineuse, la prévalence est encore plus élevée, aux alentours de 60 % ; elle reste à peu près stable avec toutefois une légère tendance à l'augmentation. La prévalence est proche chez les hommes (54,3 %) et chez les femmes (52,0 %), ce qui suggère que la transmission du VHC (quasi exclusivement par voie parentérale) est presque similaire ou à peine supérieure chez les hommes. Elle est plus élevée chez les résidents plus âgés (proche de 70 % chez les 35 ans et plus) mais atteint néanmoins un niveau important chez les plus jeunes (30 % chez les moins de 25 ans).

Comme pour le VIH, plus la date de première injection est récente, plus la prévalence déclarée pour le VHC diminue ; elle reste toutefois élevée, atteignant globalement 42 % chez les injecteurs qui ont commencé entre 1993 et 1995. Chez ces

injecteurs récents, la prévalence a augmenté de 36 % en 1996 à 54 % en 1998, et près d'un tiers serait contaminé par le VHC dès la première année d'injection.

La proportion beaucoup plus élevée de résidents infectés par le VHC que par le VIH, en particulier chez les injecteurs récents, montre le maintien d'un risque très important de contamination par le VHC essentiellement liée à la transmissibilité du VHC et aux pratiques de consommation des produits. De plus, la connaissance des toxicomanes est plus précise et plus ancienne pour le VIH que pour le VHC. Les tests de dépistage du VHC n'ont été disponibles que 5 ans après ceux utilisés pour le VIH, et la perception de la gravité de ces deux infections est très différente. Les stratégies de réduction des risques liés au partage du matériel d'injection et/ou du produit sont également moins efficaces pour le VHC que pour le VIH en raison de sa forte transmissibilité. Enfin, les attitudes médicales vis-à-vis de la prescription au test et les politiques de prévention contre le VHC n'ont pas, dans un premier temps, été suffisamment efficaces pour freiner cette nouvelle épidémie.

Dans l'enquête PES (*fiche n° 12*), près de 86 % des usagers avaient réalisé un test de dépistage au moment de l'enquête. Ce test était positif pour 58,4 % d'entre eux, et 15 % avaient une co-infection VIH/VHC. La fréquence de l'infection à VHC n'était liée à aucune variable sociale, ni à une consommation de drogue particulière.

Dans l'enquête IREP (*fiche n° 14*), 72 % des toxicomanes interrogés ont déclaré avoir fait un test de dépistage pour le VHC. La prévalence globale était de 48 % (45 % pour les hommes, 51 % pour les femmes). La proportion de sujets contaminés par le VHC était similaire dans les différents sites, de 42 % à Lille à 52 % à Marseille.

Les efforts de prévention des toxicomanes se sont accompagnés d'une baisse de la prévalence de l'infection à VIH depuis plusieurs années dans ce groupe. Il ne semble pas que l'impact de la prévention sur l'infection par le VHC ait été aussi importante. Plusieurs hypothèses sont habituellement proposées pour expliquer cette apparente divergence entre la diffusion du VIH et du VHC chez les toxicomanes intraveineux. La probabilité d'acquiescer un agent infectieux lors de l'utilisation commune de matériel dépend de la prévalence de l'infection dans la population des toxicomanes et de la probabilité de transmission lors de l'injection à l'aide d'un matériel provenant d'un autre usager infecté. La prévalence de l'infection par le VHC, beaucoup plus élevée que celle du VIH, favorise pour un même niveau de partage de matériel d'injection, la transmission du VHC. Par ailleurs, le VHC est plus résistant dans le milieu extérieur que le VIH, et, de ce fait, il est possible que, pour une utilisation de matériel d'injection contaminé, la probabilité intrinsèque de la transmission du VHC soit supérieure à celle du VIH. Il faut une transformation très importante des pratiques pour réduire la transmission du VHC. Le partage de seringue est un marqueur de risque qui résume en réalité une multitude de facteurs de risque de transmission (donner sa seringue ou utiliser celle d'un autre, partager la même cuillère, le même coton, etc.). Cependant, dans l'étude menée en 1998 dans les PES, les taux de prévalence du VHC chez les moins de 25 ans et chez les sujets s'injectant depuis trois ans ou moins, étaient respectivement de 15,6 % et de 25 %. Ces taux sont très inférieurs à ceux observés dans des études antérieures ou à l'étranger : cette situation reflète, peut-être, la prise de conscience du risque et une évolution récente des pratiques.

II. Connaissances,
attitudes, croyances
et comportements
face à l'infection à VIH
et au sida
de la population française

RÉSUMÉ

Depuis le début des années 1990, les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population française enregistrés périodiquement par les enquêtes KABP se sont largement modifiés. Cette évolution a été particulièrement marquée en 1994 par une progression des connaissances, notamment sur les modes de transmission de la maladie. Une progression nette de la tolérance à l'égard des personnes séropositives avait été également mise en évidence, même s'il émergeait des attitudes diffuses en faveur de mesures de surveillance de la population (dépistage obligatoire par exemple). Les comportements de prévention s'adaptaient au risque de l'infection à VIH par une augmentation de l'utilisation des préservatifs mais aussi l'émergence de stratégies diversifiées combinant par exemple une sélection des partenaires et la pratique du dépistage. L'enquête réalisée en 1998 a confirmé la bonne connaissance des modes de transmission du virus malgré une augmentation de fausses croyances comme la transmission possible par piqûres de moustique. Elle a montré aussi une attitude plus indifférente à l'égard des personnes contaminées, s'accompagnant d'une nette baisse de la demande de contrôle social de l'épidémie et d'une perception plus « médicalisée » de l'infection à VIH. Les comportements sexuels sont apparus stables ; aucune modification nette de l'utilisation du préservatif ni de son image n'a été enregistrée en 1998. Enfin, la période 1994-1998 a été marquée par une nette diminution du recours au test de dépistage du VIH.

Les attitudes et les comportements sexuels des habitants des Antilles et de Guyane, enquêtés en 1993 différaient nettement de ceux de la métropole : les attitudes sont marquées par un moindre niveau de tolérance à l'égard des séropositifs tandis que le multipartenariat associé souvent à une relation stable et les relations avec les prostituées sont plus fréquents. Les relations homosexuelles sont moins souvent déclarées. Le recours au dépistage, perçu comme un moyen de prévention, est trois fois plus élevé. Si l'utilisation du préservatif est plus importante, elle reste insuffisante eu égard aux pratiques rapportées.

D'une manière générale, les jeunes (15-18 ans) sont apparus aussi bien informés que leurs aînés et se montrent plus tolérants vis-à-vis des personnes contaminées. L'arrivée du VIH n'a pas modifié le calendrier de l'entrée dans la vie sexuelle. Les changements massifs induits par la menace du sida ont davantage porté sur les modalités de protection des relations sexuelles, se traduisant par une augmentation croissante de l'utilisation des préservatifs lors du premier rapport chez les 15-18 ans depuis le début des années 1990.

Les homo/bisexuels masculins ont su mettre en place des stratégies de gestion du risque parfois très complexes combinant la réduction du nombre de partenaires, l'abandon des pratiques sexuelles les plus à risque sans préservatif et le recours au test de dépistage. En 1997, le *safer sex* semblait bien résister à l'introduction des nouveaux traitements mais des prises de risque importantes observées dans certains sous-groupes incitent à rester prudent.

Chez les toxicomanes, depuis la libéralisation de la vente des seringues, le non partage de la seringue s'est clairement imposé comme une norme mais, dans le même temps, la réutilisation des seringues et le partage du reste du matériel d'injection sont restés des pratiques majoritaires. Il existe également dans cette population une exposition importante aux risques sexuels consécutive à une faible utilisation du préservatif. De plus, même si les rapports prostitutionnels sont mieux protégés que les relations privées, ils constituent un risque supplémentaire.

Enfin, la population carcérale apparaît moins bien informée et beaucoup moins tolérante vis-à-vis des personnes séropositives que le reste de la population. L'intolérance et la promiscuité sont autant de facteurs qui rendent difficiles la prise en charge sociale et médicale des personnes contaminées dans les centres pénitentiaires.

Dans la population générale adulte

Les résultats présentés ci-dessous sont issus des enquêtes KABP de 1992, 1994 et 1998 (*fiche n° 21*). Ils ont été parfois complétés par ceux du Baromètre santé adultes 1995/1996 (*fiche n° 22*).

Évolution des connaissances sur les modes de transmission du VIH

Dans les enquêtes KABP, une partie des questions concernent les circonstances dans lesquelles la transmission du virus du sida est établie et celles dans lesquelles elle est inexistante. Les réponses obtenues rendent compte des représentations de la transmission du VIH qui participent à l'adoption des conduites de prévention.

Les principales circonstances de transmission du sida (transmission sexuelle et lors de l'injection d'une drogue par voie intraveineuse avec du matériel contaminé) étaient déjà largement connues en 1992 et 1994. Elles le restent en 1998, avec environ 99 % de réponses exactes (*tableau II.1*).

Les personnes interrogées connaissent moins bien les circonstances ou les actes de la vie quotidienne qui ne permettent pas la transmission du virus. Ainsi, respectivement 24 % et 14 % des répondants pensent pouvoir attraper le virus dans les toilettes publiques ou en buvant dans le verre d'une personne contaminée. En 1998, les personnes interrogées redeviennent plus nombreuses à croire que le virus peut se transmettre par une piqûre de moustique ou en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne infectée. La même tendance est observée pour ce qu'on appelle les circonstances incertaines de transmission (4 derniers items du *tableau II.1*)¹. La croyance en ces modes de transmission est majoritaire pour 3 des 4 items : en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée (69 %), au cours de soins dentaires (57 %), lors de séances d'acupuncture (52 %).

D'une manière générale, les modes de transmission sont d'autant moins bien connus que la personne est âgée ou que son niveau d'études est faible. Ainsi, par exemple, en 1998, 20 % des personnes âgées de 18 à 29 ans pensaient que le virus pouvait être transmis « par piqûre de moustique », contre 38 % parmi les 50-69 ans. Ils sont 33 % à le penser parmi les personnes qui ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, contre 19 % parmi ceux dont le niveau d'étude est supérieur ou égal au baccalauréat.

Connaissance de l'existence des nouveaux traitements

Les questions relatives aux multithérapies sont apparues pour la première fois dans l'enquête de 1998. Les traitements étaient alors disponibles en France depuis environ deux ans.

Au moment de l'enquête, deux personnes sur trois avaient entendu parler des nouveaux traitements contre le sida, soit beaucoup plus que dans les pays voi-

¹ Les circonstances incertaines de transmission sont celles pour lesquelles la transmission est soit possible mais extrêmement faible, soit possible théoriquement mais non prouvée scientifiquement. Elles correspondent aux items suivants : « par la salive d'une personne contaminée », « au cours de soins dentaires », « en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée », « lors de séances d'acupuncture ».

Tableau II.1
Proportion de répondants par modes de transmission déclarés possibles

Modes de transmission	1992	1994	1998	Évolution ¹	
	(n = 1 926)	(n = 759)	(n = 1 485)	1992/1994	1994/1998
Lors de rapports sexuels	98,9	98,6	99,1	NS	NS
Lors d'une piqûre intraveineuse de drogue	97,3	96,6	97,9	NS	NS
En recevant du sang	90,3	87,7	88,7	NS	NS
Dans les toilettes publiques	27,5	22,1	24,1	↘	NS
En buvant dans le verre d'une personne contaminée	17,3	11,4	13,6	↘	NS
Par une piqûre de moustique	26,4	18,3	22,9	↘	↗
En donnant du sang	50,2	44,8	50,0	↘	NS
En étant hospitalisée dans le même service qu'une personne contaminée	18,4	16,8	22,3	↘	↗
Par la salive d'une personne contaminée	33,3	24,9	26,5	↘	NS
Au cours de soins dentaires	64,8	52,1	57,3	↘	↗
En utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée	64,7	65,2	69,4	↗	NS
Lors de séances d'acupuncture	58,6	49,0	51,9	NS	NS

1. ↘ baisse significative à $p < 0,001$, sauf « en donnant son sang » où $p < 0,05$

↗ hausse significative à $p < 0,001$

NS : évolution non significative

Source : ORS Ile-de-France

sins². Comme pour les variables sur les connaissances des modes de transmission, les cadres, les personnes exerçant une profession intermédiaire, les plus diplômées et celles qui ne pratiquent pas régulièrement une religion ont davantage entendu parler des nouveaux traitements que les autres. Logiquement, les personnes qui ont dans leur entourage proche des personnes séropositives connaissent davantage l'existence des multithérapies.

Contrairement à ce qui est généralement observé dans les enquêtes KABP où les jeunes connaissent mieux l'ensemble des aspects de la maladie et notamment les variables de connaissance relatives aux modes de transmission et aux moyens de se protéger, les personnes âgées paraissent mieux informées de l'existence des nouveaux traitements que les plus jeunes.

Crainte du sida et des autres maladies

On constate en 1998 une diminution globale de la peur suscitée par de nombreux risques et maladies, à l'exception des maladies cardio-vasculaires, des accidents du travail, et de la tuberculose pour lesquels l'évolution n'est pas significative, alors qu'entre 1992 et 1994, la crainte s'était accentuée pour tous les risques (tableau II.2).

La diminution est particulièrement importante pour le sida puisqu'en 1998, seulement 21 % des répondants craignaient beaucoup le sida contre 32 % en 1994. La baisse est moins importante pour les maladies infectieuses fréquemment liées au sida (hépatites et tuberculose) comme pour les maladies sexuellement transmissibles.

² En Suisse, au même moment, 31 % des personnes avaient entendu parler des nouveaux traitements, 25 % en Norvège et 22 % en Allemagne (Hubert M, Huynen A, Jeannin A, Grémy I *et al.* *Public awareness of the New Treatments and Changes in the Perception of HIV risk : Comparison of Four European Countries in 1997-1998.* Communication à la 12^e Conférence Mondiale sur le Sida, Genève, juillet 1998).

Tableau II.2
Proportion de répondants craignant beaucoup certains risques et maladies

Risques et maladies	1992	1994	1998	Évolution ¹	
	(n = 1 926)	(n = 1 501)	(n = 1 485)	1992/1994	1994/1998
Accidents de la route	34,7	40,0	35,4	↗	↘
Cancers	30,2	42,8	35,0	↗	↘
Maladies cardio-vasculaires	18,5	24,6	21,1	↗	NS
Accidents du travail	6,2	13,8	11,4	↗	NS
Alcool	4,9	11,6	7,7	↗	↘
Tuberculose	2,6	10,7	8,7	↗	NS
Hépatite	6,3	21,5	16,2	↗	↘
Sida	13,1	31,6	20,7	↗	↘
Maladies sexuellement transmissibles	6,2	17,1	12,9	↗	↘
Maladies dues aux prions	-	-	15,5	-	-

1. ↘ baisse significative à au moins $p < 0,05$
 ↗ hausse significative à au moins $p < 0,05$
 NS : évolution non significative

Source : ORS Île-de-France

Les personnes interrogées qui craignent le sida sont moins nombreuses à connaître l'existence des nouveaux traitements (60,5 % *versus* 70,2 %). La connaissance des multithérapies s'accompagne donc d'une baisse de l'inquiétude liée au sida.

Attitudes à l'égard des personnes séropositives ou atteintes du sida

Les attitudes à l'égard des personnes séropositives ont peu évolué entre 1994 et 1998 (*tableau II.3*). Une même proportion élevée de la population accepterait de continuer à fréquenter une personne séropositive (91,2 %) et de partir en vacances avec elle (81,5 %). Les réponses sont moins affirmées lorsqu'il s'agit de laisser ses enfants ou petits enfants aux côtés d'une personne séropositive ou de travailler avec elle. En général, plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé, moins les répondants ont une attitude positive.

Le niveau du diplôme est à nouveau un déterminant des attitudes à l'égard des personnes séropositives : plus le diplôme est élevé, plus les répondants déclarent une attitude favorable à l'égard des personnes séropositives. Les répondants se montrent également d'autant plus tolérants qu'ils se trouvent concernés par le sida (connaissant une personne infectée, ou se percevant avec un risque supérieur ou égal à la moyenne d'être contaminés par le virus). Il existe également une corrélation entre connaissances des modes de transmission et opinions : plus les modes certains de transmission sont connus, plus le répondant est tolérant. Plus les modes de transmission incertains sont considérés comme contaminants, moins la tolérance est élevée.

Opinions des répondants sur certaines mesures coercitives et sur certains groupes exposés

Deux principes de gestion sociale de l'épidémie peuvent être distingués : l'un fait appel à des mesures de contrôle externe et de séparation des personnes séropositives, l'autre s'appuie sur la responsabilité de l'individu, séropositif ou non, pour éviter la diffusion du virus. En France, le principe de responsabilité de cha-

Tableau II.3
Évolution des attitudes à l'égard des personnes séropositives (en %)

Attitudes	1992	1994	1998	Évolution ¹	
	(n = 1 926)	(n = 1 501)	(n = 1 485)	1992/1994	1994/1998
Continuer à le fréquenter					
Oui	86,6	92,5	91,2		
Peut-être	8,4	4,9	5,8	↗	NS
Non	5,1	2,7	3,0		
Travailler avec lui					
Oui	85,9	91,5	88,8		
Peut-être	10,7	6,7	9,3	↗	↘
Non	3,4	1,8	1,9		
Aller manger avec/chez lui					
Oui	74,7	82,6	80,7		
Peut-être	14,2	11,1	13,5	↗	NS
Non	11,1	6,3	5,7		
Partir en vacances avec lui					
Oui	73,4	83,7	81,5		
Peut-être	12,1	9,1	10,2	↗	NS
Non	14,5	7,3	8,2		
Laisser ses enfants ou petits-enfants en sa compagnie					
Oui	57,1	63,5	61,6		
Peut-être	18,0	18,6	22,8	↗	↘
Non	24,9	17,9	15,6		
Avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant un préservatif					
Oui	-	-	16,2		
Peut-être	-	-	26,8		
Non	-	-	57,0	-	-

1. ↘ baisse significative à au moins $p < 0,05$
 ↗ hausse significative à au moins $p < 0,05$
 NS : évolution non significative

Source : ORS Île-de-France

que personne est l'un des fondements majeurs des politiques de gestion sociale du sida. Dans l'opinion, les deux principes sont en concurrence.

Les attitudes favorables à la ségrégation des personnes séropositives sont minoritaires mais stables. Ainsi, un peu plus du quart des personnes interrogées en 1998 considère qu'il faut « isoler les malades des autres patients dans les hôpitaux » et moins de 6 % pensent qu'il faut « isoler les malades du sida du reste de la population ».

Une évolution favorable envers certains groupes les plus exposés au virus a également été enregistrée. En 1998, les personnes interrogées ne sont plus que 16 % à penser que les toxicomanes sont des délinquants et 75 % considèrent désormais que les homosexuels sont des gens comme les autres (*tableau II.4*). Ces tendances ont été retrouvées dans le cadre du baromètre santé adultes 95/96. Lors de cette enquête, un rejet de plus en plus grand d'une attitude répressive consistant à punir les toxicomanes avait été enregistré et l'opinion selon laquelle « les toxicomanes sont avant tout des malades » était partagée par 86 % des personnes interrogées (contre 73 % en 1992).

L'opposition aux mesures coercitives se constate surtout chez les plus jeunes et les plus diplômés. Mais paradoxalement, les personnes les moins diplômées font davantage confiance aux personnes séropositives pour informer leur entourage

que les autres (68,4 % *versus* 55,5 %). Ainsi, la baisse constatée entre 1994 et 1998 de la confiance accordée aux séropositifs est principalement due aux plus âgés, aux diplômés du supérieur et aux personnes qui se considèrent moins à risque d'être contaminées que la moyenne.

Opinions sur le dépistage obligatoire dans certains groupes de population

Les questions sur le dépistage obligatoire cherchent à évaluer les attentes en matière de contrôle par les pouvoirs publics. Leur formulation mobilise une représentation de l'infection à un double niveau. Le risque est associé à des groupes spécifiques définis par un attribut particulier (prostituées, toxicomanes) ; dans ce cas, on peut dire que l'appel au contrôle renvoie à la représentation d'une discontinuité entre ces groupes et le reste de la population. Le risque est également envisagé de façon diffuse : des points de contrôle associés à des situations de passage sont alors proposés (mariage, armée).

Tableau II.4
Opinion des répondants sur certaines mesures coercitives
et sur des groupes davantage exposés au VIH (en %)

Opinions favorables	1992	1994	1998	Évolution ¹	
	(n = 1 926)	(n = 1 501)	(n = 1 485)	1992/1994	1994/1998
Interdire l'école à un enfant atteint du sida	4,5	3,7	3,1	↘	NS
Faire confiance à une personne VIH+ pour informer son entourage	64,0	70,0	63,1	↗	↘
Isoler les malades du sida dans les hôpitaux	32,5	31,2	28,8	NS	NS
Les toxicomanes doivent être traités comme des délinquants	19,5	19,6	16,0	NS	↘
Les homosexuels sont des gens comme les autres	68,8	74,7	75,0	↗	↗
Isoler les malades du sida du reste de la population	7,0	6,0	5,5	NS	NS
Créer des établissements spécialisés pour les patients atteints de sida	-	79,0	75,9	-	↘

1. ↘ baisse significative à au moins $p < 0,05$
↗ hausse significative à au moins $p < 0,05$
NS : évolution non significative

Source : ORS Île-de-France

L'idée d'un dépistage obligatoire pour l'ensemble de la population comme pour certains groupes reste très forte en 1998 (*tableau II.5*). À l'exception de « avant l'embauche dans la fonction publique », près de la moitié des personnes interrogées exprime la nécessité du dépistage obligatoire dans les différentes populations. Une grande majorité se déclare pour un dépistage des étrangers aux frontières, à l'armée, pour les femmes enceintes, les toxicomanes et les prostituées. L'idée du dépistage obligatoire pour les médecins n'a cessé de croître depuis 1992. Les personnes interrogées répondent ici sans doute davantage à la nécessité pour un médecin de connaître son statut sérologique, en raison de son exposition au risque de sida et de son contact avec les patients.

Les femmes et les personnes les plus âgées sont davantage en faveur d'un dépistage obligatoire, avec les personnes mariées et celles qui pratiquent une

religion. Mais le facteur le plus significatif pour une opinion favorable au dépistage obligatoire reste le faible niveau d'études.

En 1998, 84 % des répondants considèrent que les résultats du test doivent être accessibles au conjoint ou au partenaire sexuel régulier. Inversement, une large majorité reste opposée à la communication des résultats des tests de dépistage à des tiers comme l'employeur (88,3 %), les assurances (86,4 %), ou la sécurité sociale (62,1 %).

Tableau II.5
Évolution des opinions sur le dépistage
dans certains groupes de population (en %)

Opinions favorables	1992	1994	1998	Évolution ¹	
	(n = 1 926)	(n = 1 501)	(n = 1 485)	1992/1994	1994/1998
Pour les étrangers aux frontières	66,9	67,9	61,8	NS	↘
Pour les toxicomanes	91,0	91,9	90,6	NS	NS
Dans les prisons	76,3	82,5	79,5	↗	NS
À l'armée	74,3	74,0	71,2	NS	↘
Pour les femmes enceintes	88,7	92,8	89,6	↗	↘
Avant le mariage	79,8	84,1	80,5	↗	↘
Pour les prostituées	93,9	92,3	90,6	NS	↘
À l'entrée à l'hôpital	75,1	78,1	77,3	NS	NS
Avant l'embauche dans la fonction publique	24,4	31,6	24,2	↗	↘
En médecine du travail	58,0	63,0	58,5	↗	↘
Pour les médecins	76,3	85,1	87,7	↗	↗
Pour toute la population	55,8	56,3	47,5	NS	↘

1. ↘ baisse significative à au moins $p < 0,05$
↗ hausse significative à au moins $p < 0,05$
NS : évolution non significative

Source : ORS Île-de-France

Opinions sur les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

Les résultats de l'enquête montrent une baisse de l'intérêt à l'égard des campagnes d'information sur le sida et sur les préservatifs puisque 73 % des personnes interrogées se sont senties peu ou pas concernées en 1998 contre 63 % en 1994. Cette baisse est notable pour l'ensemble de la population et davantage pour les hommes et les personnes ayant un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat.

Une nouvelle fois, les personnes qui s'avèrent les plus sensibles aux messages sont celles qui sont objectivement les plus concernées par le problème du sida : les célibataires, les personnes qui connaissent une personne séropositive, les utilisateurs de préservatifs, celles qui estiment avoir un risque supérieur ou égal à la moyenne d'être contaminées. Les personnes concernées par les campagnes ont une meilleure connaissance des modes de transmission et sont moins en faveur du dépistage obligatoire.

D'une manière générale, entre 1994 et 1998, les campagnes n'ont pas incité à une modification des comportements de prévention puisque les proportions de répondants qui ont déclaré avoir été incités par les campagnes à utiliser les préservatifs, à prendre des précautions quant au choix des partenaires et à faire un test de dépistage sont restées stables sur la période (respectivement 36 %, 39 % et 26 %).

L'image du préservatif reste positive mais la part des personnes sans opinion est en nette progression sur une série de questions, pouvant traduire un certain désintérêt ou une certaine désaffection à l'égard du préservatif. Les réticences s'expriment à travers l'idée qu'il diminue le plaisir sexuel (38 %) et qu'il crée des doutes chez le partenaire (23 %, *tableau II.6*). Près d'un enquêté sur quatre (24 %) pense également qu'il n'est d'aucune utilité lorsqu'on est amoureux.

Tableau II.6
Évolution des opinions sur les préservatifs

% de personnes tout à fait d'accord ou plutôt d'accord	1992	1994	1998	Évolution ¹	
	(n = 1 927)	(n = 1 501)	(n = 1 485)	1992/1994	1994/1998
Quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatifs	32,1	23,6	23,9	↘	NS
Le préservatif, c'est pour les jeunes	22,5	21,6	18,7	↘	↘
Le préservatif, c'est compliqué à utiliser	13,1	10,8	12,1	↘	NS
Le préservatif, cela diminue le plaisir sexuel	41,6	37,7	38,2	↘	NS
Le préservatif, cela crée des doutes sur le partenaire	33,6	25,6	23,3	↘	↘
Le préservatif, c'est quelque chose de banal	67,5	67,6	67,9	NS	NS
Le préservatif, on en achèterait plus facilement s'ils étaient moins chers	49,4	56,0	52,5	↗	↘

1. ↘ baisse significative à au moins $p < 0,05$
 ↗ hausse significative à au moins $p < 0,05$
 NS : évolution non significative

Source : ORS Île-de-France

Opinions sur les nouveaux traitements

Au moment de l'enquête, les personnes interrogées affichaient un degré de confiance limité quant à l'efficacité des traitements pour empêcher la transmission du virus. Si l'opinion selon laquelle, grâce aux nouveaux traitements, les malades du sida vivent plus longtemps relève du consensus, la grande majorité des répondants reste très prudente sur les autres items (guérison définitive, absence de contamination après un rapport sexuel à risque).

Plus d'un cinquième des personnes ayant entendu parler des nouveaux traitements pensent que ces derniers peuvent non seulement entraîner une plus faible préoccupation lors d'une prise de risque, mais également une baisse de la protection. Ces opinions sont davantage partagées par les femmes et les personnes les plus âgées, mariées et inactives.

Évolution des comportements sexuels

Sexualité au cours des 12 derniers mois

En 1998, 94 % des hommes et 84 % des femmes interrogés ont eu au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Comme en 1992 et 1994, les hommes déclarent une activité sexuelle légèrement supérieure à celle des femmes (12 % d'abstinentes contre 2,5 % d'abstinents).

La proportion de multipartenaires³ est de 12,5 % pour les hommes et 6 % chez

³ Est définie comme multipartenaire toute personne ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête.

les femmes en 1998. Elle n'a pas évolué entre 1994 et 1998. En revanche, chez les hommes multipartenaires, une diminution du nombre de partenaires est enregistrée : alors que 51 % des hommes multipartenaires déclaraient avoir eu au moins trois partenaires au cours de l'année, ils ne sont plus que 45 % en 1998. Ainsi, la médiane du nombre de partenaires des hommes multipartenaires est passée de 3,0 en 1994 à 2,0 en 1998, rejoignant ainsi la valeur médiane observée chez les femmes multipartenaires.

Les stratégies fondées sur la fidélité, la sélection et la connaissance des partenaires sont déclarées par une majorité de répondants sexuellement actifs (entre 85 % et 90 %). Elles restent tout de même davantage le fait des femmes et des personnes ayant une vie sexuelle stable (monopartenaires, couples).

Les tendances sont un peu différentes chez les jeunes et les plus diplômés qui semblent avoir inclus dans leur sexualité des questions sur la vie sexuelle passée du nouveau partenaire et la demande d'un test de dépistage du VIH. Ces deux comportements, fondés sur la communication verbale, sont fortement liés au fait de déclarer que sa propre sexualité est influencée par le risque de contamination par le virus du sida.

L'utilisation du préservatif

L'enquête fournit quatre indicateurs de l'utilisation du préservatif : l'utilisation au premier rapport avec pénétration, l'utilisation au moins une fois dans les douze derniers mois chez les personnes ayant une activité sexuelle, la fréquence d'utilisation en fonction du type de partenaires chez les sujets ayant eu un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours de la dernière année, l'utilisation au dernier rapport.

Dans l'ensemble de l'échantillon interrogé en 1998, 19,5 % des hommes et 19,3 % des femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Ces pourcentages sont d'autant plus élevés que les premiers rapports sexuels se situent après le début de l'épidémie et des premières campagnes de prévention. On ne trouve, en effet, que 7 % d'utilisateurs lorsque le premier rapport se situe avant 1985 ; cette proportion passe à 34 % pour les hommes et 25 % pour les femmes dont le premier rapport a eu lieu entre 1985 et 1990 et à environ 75 % pour les deux sexes lorsqu'il remonte au début des années 1990.

En 1998, un quart de la population sexuellement active a déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Cet indicateur est stable par rapport à 1994. Les utilisateurs de préservatifs sont majoritairement jeunes, diplômés, multipartenaires et célibataires.

Parmi les individus ayant déclaré des partenaires occasionnels dans l'année écoulée, une partie sont des monopartenaires, potentiellement peu exposés. Parmi ceux-ci, on observe en 1998 une baisse significative de l'utilisation systématique du préservatif chez les femmes comme chez les hommes. Parmi les multipartenaires, 45,5 % ont déclaré une utilisation systématique du préservatif avec leur partenaire principal dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Cette proportion est stable par rapport à 1994. Avec un partenaire occasionnel, l'utilisation systématique du préservatif reste au niveau de 1994, environ 80 %, chez les hommes comme chez les femmes.

Enfin, en 1998, 19 % des hommes et 15 % des femmes ont déclaré avoir utilisé

un préservatif lors du dernier rapport. Ces proportions sont stables par rapport à 1994. La motivation de 60 % des personnes interrogées était de « se protéger du sida ».

Pratique du test de dépistage du VIH

En 1998, 64 % des personnes interrogées n'avaient jamais fait de test de dépistage pour le virus du sida. La principale raison invoquée était l'absence de risque (83 % en 1998, 79 % en 1994). Les personnes ne sachant pas où s'adresser ou redoutant le résultat sont moins nombreuses en 1998 qu'en 1994 (respectivement 7 % *versus* 9 % et 6 % *versus* 9,5 %).

Seules 8,8 % des personnes interrogées ont déclaré avoir effectué un ou plusieurs tests dans les douze derniers mois, contre 15 % en 1994. Cette diminution est plus sensible chez les hommes, les jeunes de moins de 30 ans et les monopartenaires. Cependant en 1998, le recours au test ne semble pas avoir eu d'incidence sur l'utilisation des préservatifs, en particulier parmi les personnes ayant eu plusieurs partenaires dans l'année. Ce maintien de l'utilisation des préservatifs atténue quelque peu l'inquiétude liée à la baisse significative du recours au test.

La pratique du test est avant tout liée à une grossesse chez les femmes (34 %) et à un don de sang chez les hommes (18 %). Une personne sur 7 avait effectué son test dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Elle était plutôt jeune (18 à 29 ans), célibataire et multipartenaire.

Parmi les personnes qui ont effectué un test, 12 % disent avoir été amenées à changer de comportement sexuel en 1998. Ce sont d'abord les multipartenaires (25 % d'entre eux) et les célibataires (27 % d'entre eux). Ces proportions sont stables par rapport à 1994.

Les comportements préventifs des répondants face aux risques sexuels d'infection à VIH reposaient en 1998, comme en 1994, sur trois stratégies principales : (1) une stratégie d'utilisation du préservatif. Celle-ci concerne les personnes qui déclarent au moins utiliser le préservatif quels que soient leurs autres comportements de protection ; (2) une stratégie basée sur la communication. Elle comprend les personnes qui n'utilisent pas les préservatifs mais posent des questions à leur partenaire sur sa vie sexuelle passée ou qui lui demandent un test de dépistage ; (3) une stratégie de sélection du partenaire. Elle regroupe les personnes qui n'utilisent aucune des stratégies précédentes mais disent sélectionner leur partenaire. La stratégie adoptée semble correspondre au risque perçu de contamination puisque ce sont les personnes potentiellement les plus exposées au risque qui adoptent les stratégies les plus protectrices.

Dans la population des Antilles et de Guyane

L'enquête ACSAG (Analyse des Comportements Sexuels aux Antilles et Guyane) a été réalisée en 1993 (*fiche n° 23*). Elle a été construite sur le modèle de l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France) réalisée en 1992 qui sert ici de point de comparaison.

Connaissances et croyances concernant les modes de transmission

Au moment de l'enquête, les principaux modes de transmission étaient largement

connus dans les Départements Français d'Amérique (DFA) à des niveaux similaires à ceux enregistrés en métropole. Toutefois les circonstances dont la dangerosité est soit nulle, soit improbable étaient encore considérées comme à risque par une proportion importante des personnes interrogées.

Jugements sur l'efficacité et la facilité de la prévention

La fidélité, l'utilisation des préservatifs, le test de dépistage et l'abandon de la fréquentation des prostituées ont été reconnus par 70 % des répondants comme des conduites efficaces pour se protéger du risque de contamination. Cependant, le fort pourcentage (85 %) des répondants qui jugent efficaces pour se protéger de se soumettre au test de dépistage pose problème. Le test apparaît pour ces individus comme un moyen de se rassurer sur leurs comportements et n'a donc aucun caractère incitatif de changement de comportement.

Les attitudes envers les personnes séropositives

L'acceptation d'avoir des relations sociales avec une personne séropositive est fortement liée, dans tous les départements d'enquête, au type d'activité envisagé et au degré de proximité qu'elle implique. Le niveau de tolérance est d'autant plus faible que le degré d'intimité est élevé, et il est très inférieur à celui enregistré en métropole (de 22 à 35 points d'écart selon les items). Cette tendance est confirmée par les opinions déclarées à propos des dispositions à prendre envers les malades du sida. Un enquêté sur cinq considère ainsi qu'il est légitime de licencier une personne séropositive ou d'interdire à un enfant d'aller à l'école parce qu'il est porteur du virus.

Caractéristiques générales des comportements sexuels

L'âge au premier rapport

La comparaison des âges médians au premier rapport (génération 1970-1976) laisse apparaître des différences entre les départements d'Amérique d'une part, et avec la métropole d'autre part. Ainsi les jeunes Antillais semblent plus précoces (15,9 ans) que leurs homologues Guyanais (17,6 ans) et métropolitains (16,5 ans). Ce n'est pas le cas des jeunes filles Antillaises qui ont déclaré commencer leur activité sexuelle plus d'un an après les jeunes Guyanaises (respectivement 18,1 ans et 16,4 ans) et 1 an après les métropolitaines (17,1 ans). De ce fait, c'est aux Antilles que l'on trouve l'écart d'âge au premier rapport le plus important entre les filles et les garçons (2,2 ans) contre 1,2 ans en Guyane et 0,6 mois en métropole.

Les pratiques sexuelles

La pratique la plus à risque de transmission du VIH que constitue la pénétration anale a été déclarée par plus d'un quart des hommes (28 %) en Martinique ; ce taux est semblable à celui enregistré en métropole (29 %). Il est légèrement supérieur en Guadeloupe (31 %) et en Guyane (39 %). Mais plus remarquable est la différence de déclaration entre les hommes et les femmes. De 6 points en France (29 % pour les hommes, 23 % pour les femmes), elle atteint 22 points en Guyane (39 % pour les hommes, 17 % pour les femmes). La Martinique et la Guadeloupe se situent à des niveaux intermédiaires (respectivement 12 et

16 points). Cette pratique semble donc avoir été largement sous-déclarée par les femmes qui l'associent sans doute à une image sociale particulièrement négative.

Homosexualité et bisexualité

Dans chacun des départements, moins de 1 % des hommes et moins de 2 % des femmes ont déclaré avoir eu un ou des partenaires du même sexe (contre respectivement 4 % et 2,5 % en métropole). Le fait est que ces pratiques sont très fortement condamnées : aux Antilles, seulement 10 % des personnes interrogées (hommes et femmes) jugeaient acceptables que deux hommes aient des rapports sexuels. On peut penser que cette condamnation de l'homosexualité a contribué à la sous-déclaration de ces pratiques ou de cette orientation sexuelle.

Multipartenariat

La proportion de multipartenaires⁴ est significativement plus importante dans les départements d'Amérique qu'en métropole. En Martinique, 30 % des hommes ont déclaré deux partenaires ou plus dans les 12 derniers mois. Ce pourcentage est de 38 % en Guadeloupe et de 43 % en Guyane. Si, en métropole, le multipartenariat concerne davantage les jeunes (18-24 ans), c'est un comportement qui persiste durablement dans les DFA puisque entre 20 et 30 % des 45-69 ans étaient concernés au moment de l'enquête. De plus, la part du multipartenariat simultané (plusieurs partenaires en même temps) est particulièrement forte chez les hommes : environ 50 % des multipartenaires pour toutes les tranches d'âge à partir de 25 ans. Elle est deux fois supérieure à celle observée en métropole.

Une forte proportion d'individus habitant en couple a également déclaré avoir eu plus d'un partenaire dans les douze derniers mois : 20 % des hommes mariés en Martinique, 30 % en Guadeloupe, soit 3 ou 4 fois plus que la moyenne métropolitaine.

Enfin, il existe aux Antilles, une forte proportion de multipartenaires stables : toutes les partenaires sont connues et fréquentées depuis au moins un an au moment de l'enquête. C'est le cas d'environ 50 % des hommes multipartenaires en Martinique et en Guadeloupe, et de 17 % d'entre eux en Guyane (30 % en métropole).

Fréquentation des prostituées

Le recours à la prostitution est très variable selon les départements : en Guyane, 22,5 % des hommes ont déclaré au moins un rapport sexuel avec une prostituée dans les 5 dernières années contre 9,0 % en Guadeloupe et 4,6 % en Martinique. Cette proportion est de 3,3 % en métropole. En Guyane, ce sont d'abord les 25-34 ans qui ont recours à la prostitution (40,4 % d'entre eux) alors que cette pratique concerne davantage les 18-24 ans dans les autres départements (15,5 % en Guadeloupe et 7,1 % en Martinique).

L'utilisation des préservatifs

Le niveau d'utilisation des préservatifs chez les hommes des départements français d'Amérique est supérieur à celui enregistré en métropole. Entre 42 et 49 %

⁴ Est définie comme multipartenaire toute personne ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête.

des 18-69 ans ont déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans les douze derniers mois contre 31 % des métropolitains. Les différences sont un peu moins marquées pour les femmes, de 24 à 29 % contre 22 % en métropole.

Les multipartenaires sont plus nombreux à déclarer avoir utilisé des préservatifs que les monopartenaires. Le niveau est d'autant plus élevé que le nombre de partenaires est élevé (59 % chez les Antillais ayant eu deux partenaires, 89 % pour ceux qui en ont eu 6 ou plus) et que la relation est récente (58 % pour les relations de plus d'un an, 80 % pour celles de moins d'un an). Cependant, à âge égal, les multipartenaires mariés sont moins nombreux à se protéger que les multipartenaires non mariés. Dans le premier groupe, 6 sur 10 n'ont jamais utilisé de préservatifs dans les douze derniers mois contre moins de 2 sur 10 dans le deuxième groupe.

Recours au dépistage

La proportion d'hommes et de femmes ayant effectué un test au cours des 12 derniers mois est similaire dans les trois territoires et très proche chez les hommes et chez les femmes (autour de 30 %). Cette proportion est presque trois fois supérieure à celle observée en métropole (13-14 %). Mais la fréquence moyenne du dépistage est similaire dans les Départements Français d'Amérique et en métropole (1,5 test environ dans l'année).

Si, en métropole, le dépistage décroît régulièrement à partir de 35 ans chez les hommes comme chez les femmes, aux Antilles et en Guyane, le recours au test est fréquent chez les femmes jusqu'à 45 ans et reste presque au même niveau chez les hommes quel que soit l'âge. Cette plus forte propension à se faire dépister doit être mise en relation avec la fréquence du multipartenariat dans ces départements mais aussi avec la perception du risque que fait courir l'éventuel multipartenariat de son ou de sa partenaire. Ainsi, aux Antilles, le taux de recours au test chez les femmes monopartenaires est équivalent à celui des hommes multipartenaires (autour de 30 %).

La forte prévalence de l'infection à VIH enregistrée dans les Antilles et en Guyane va de pair avec l'importance du multipartenariat et du recours des hommes à la prostitution, qui se combine avec une utilisation du préservatif, encore largement insuffisante. À cela, il faudrait ajouter le faible niveau de tolérance à l'encontre des personnes séropositives qui obère l'action de prévention. Cependant, la conscience de la gravité et du danger d'une contamination semblait, au moment de l'enquête, bien installée dans ces départements. Associée au relativement bon niveau de connaissance, cette conscience a pu servir par la suite d'appui aux actions de prévention.

Chez les jeunes

Réalisée en 1994, l'enquête ACSJ (Analyses des Comportements Sexuels des Jeunes) s'inscrit dans la lignée des enquêtes ACSF et ACSAG (*fiche n° 24*). Elle s'est intéressée aux jeunes de 15 à 18 ans. Les comparaisons opérées avec la population adulte se basent sur l'enquête KABP de 1994. Quelques résultats font également référence au *Baromètre santé jeunes* 1997/1998 qui a porté sur une population âgée de 12 à 19 ans (*fiche n° 25*).

Opinion sur les modes de transmission

L'enquête ACSJ a mis en évidence le bon niveau de connaissance des 15-18 ans sur la transmission du VIH. Les rapports sexuels, l'usage partagé de seringues et la transfusion sanguine étaient bien identifiés, puisqu'ils ont reçu des réponses positives dans plus de 90 % des cas. La transfusion sanguine a obtenu un moindre score, traduisant peut-être l'interférence entre le message sur la sécurité de la transfusion et celui sur l'existence d'un risque résiduel. De plus, l'enquête s'est déroulée un an et demi après le procès du sang contaminé et six mois après le procès en appel.

La fréquence de la croyance en la transmission par simple contact ou par le partage de mêmes lieux est moins importante que dans la population adulte. Cependant, ces croyances se retrouvent plus souvent dans les filières d'apprentissage et chez les garçons de l'enseignement professionnel. Les croyances relatives à ces transmissions varient également en fonction des origines sociales des répondants : leur importance décroît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. On retrouve donc, comme chez les adultes, une corrélation entre le score de connaissance et le milieu social.

Opinion sur les sources d'information

Comme la population adulte, les 15-18 ans classent en tête des sources d'information fiables, les associations de prévention, les médecins et les chercheurs. Cependant, la confiance accordée est moindre que celle de la population adulte. Il ressort que la confiance n'est pas attribuée de façon massive aux instances de socialisation (enseignants par exemple), mais tout d'abord aux instances spécialisées qui sont au plus près de la gestion de la maladie et qui agissent contre elle.

Opinion sur le dépistage obligatoire

D'une manière générale, les jeunes sont moins en faveur du dépistage obligatoire que leurs aînés à la même époque. Chez les jeunes, les opinions sur le dépistage obligatoire sont plus organisées autour de groupes considérés à risque (prostituées, toxicomanes) qu'autour de situations institutionnelles (mariage, embauche, etc.) concernant la majorité de la population. De façon générale, les filles sont plus favorables au dépistage que les garçons. Les opinions favorables augmentent également avec l'âge et lorsqu'on passe des filières d'enseignement général aux filières d'enseignement professionnel et d'apprentissage. Ce sont les mêmes variables (âge élevé, faible niveau d'éducation) qui motivaient une opinion favorable au dépistage obligatoire dans la population adulte.

Opinion sur les mesures de gestion sociale de l'épidémie

Les 15-18 ans sont plus souvent opposés à des mesures de séparation et d'isolement que leurs aînés. Ainsi, en 1994, seulement 9,6 % des jeunes refusaient de faire confiance aux personnes séropositives pour informer leur entourage contre 22,5 % dans la population adulte. Les garçons sont cependant plus en faveur des mesures de contrôle que les filles. Les jeunes des filières professionnelles et surtout d'apprentissage sont largement plus favorables à des mesures

de contrôle que ceux des filières d'enseignement général, reconduisant ainsi le schéma de leurs aînés.

Attitudes à l'égard des personnes séropositives

Trois questions permettaient de caractériser les attitudes des jeunes à l'égard des personnes séropositives ; elles portaient sur le fait d'aller en cours avec elles, de manger ensemble et de sortir en amoureux. Les profils de réponse sont comparables à ceux qui ont été observés pour les autres questions, renforçant l'idée de la place déterminante que revêt la trajectoire scolaire de l'individu dans la construction de ses attitudes.

Les enquêtes KABP sont un outil de connaissance des savoirs et des attitudes à l'égard du sida utilisé dans une perspective d'évaluation des actions d'information et d'éducation pour la prévention. Inscrire ces connaissances et ces attitudes dans la structure sociale et dans les trajectoires scolaires est un moyen de rendre compte d'une réception et d'une interprétation différentielles de la communication relative au sida. Les différences entre types d'établissements mises en évidence par l'ACSJ ont été expliquées par la moindre attention publique portée aux filières professionnelles et surtout d'apprentissage en matière d'information et d'éducation pour la santé. Le caractère déterminant des filières pour les attitudes et les comportements des jeunes de 15 à 18 ans doit être également resitué dans une compréhension plus large des relations entre scolarisation, situations sociales et mode de socialisation des jeunes.

Comportements et activité sexuelle

La première fois

47 % des garçons et 41 % des filles âgés de 15 à 18 ans avaient eu des rapports sexuels au moment de l'enquête. L'âge médian au premier rapport était de 17 ans et 3 mois pour les garçons et de 17 ans et 6 mois pour les filles. La comparaison de ces chiffres à ceux d'autres enquêtes montre que la précocité sexuelle ne s'est pratiquement pas accrue depuis une vingtaine d'années. Cependant, il y a un rapprochement entre les âges médians des deux sexes.

Plus que les écarts de calendrier d'un sexe à l'autre, ce sont les écarts observés selon les filières de formation qui sont importants. Il y a, ainsi, 10 mois d'écart entre l'âge médian au premier rapport sexuel des lycéens de l'enseignement général et technique (17,7 ans) et celui des apprentis (16,9 ans). Pour les filles, cet écart est de 7 mois (17,8 ans *versus* 17,1 ans).

Dans les douze derniers mois

L'activité sexuelle des douze derniers mois chez les jeunes qui ont eu des relations sexuelles avec pénétration depuis au moins un an permet de prendre la mesure du taux de renouvellement des partenaires au cours d'une année. Le multipartenariat récent, c'est-à-dire au moins deux partenaires sexuels dans l'année est plus fréquent chez les garçons (39 %) que chez les filles (27,5 %). Parmi les jeunes ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois, 11 % des garçons et 23 % des filles rapportent avoir eu, sur une même période d'au moins deux mois, plusieurs partenaires.

Pratiques sexuelles à risque

La pénétration anale est la pratique la plus à risque de transmission du VIH : 13 % des garçons et 15 % des filles sexuellement actifs l'ont expérimentée au moins une fois dans leur vie. Les proportions de jeunes ayant eu cette pratique dans la dernière année sont du même ordre.

Utilisation des préservatifs

En 1994, plus des trois quarts des garçons et des filles ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. En 1998, ils sont plus de 87 % à le déclarer (*Baromètre santé jeunes*). Les variations de cet usage en fonction du milieu social sont faibles et généralement non significatives. Plus remarquable est la hausse de cette utilisation dans le temps : parmi ceux qui ont eu leur premier rapport en 1989, environ 58 % des garçons et 56 % des filles avaient utilisé un préservatif ; en 1993, on atteint respectivement 88 % et 82 %.

Lors du dernier rapport sexuel rapporté dans l'enquête, le préservatif est nettement moins utilisé que la première fois. Ainsi, 32,5 % des garçons et 50 % des filles n'avaient pas utilisé de préservatif. Les jeunes filles sont plus nombreuses à ne pas avoir eu recours au préservatif, mais elles sont également beaucoup plus nombreuses à n'avoir eu des relations sexuelles dans l'année qu'avec le partenaire du dernier rapport. La non utilisation du préservatif ne peut être considérée indépendamment des informations dont le sujet disposait sur son partenaire au moment du rapport sexuel : nombre de partenaires dans l'année, réalisation d'un test de dépistage récent. Le non usage du préservatif au cours du dernier rapport dans ce contexte d'incertitude sur le partenaire a été défini comme pratique sexuelle à risque élevé. Une sous-population à risque accru de transmission du VIH et d'autres MST définie à la fois par le fait d'être multipartenaire (plus d'un partenaire dans les 12 derniers mois) et d'avoir eu des pratiques sexuelles à risque élevé lors du dernier rapport a pu ainsi être isolée. Elle représente la même proportion, non négligeable de filles (10,7 %) et de garçons (8,6 %) sexuellement actifs depuis plus d'un an.

Qu'il s'agisse du premier ou du dernier rapport sexuel, il n'y a pas de lien significatif entre le recours aux préservatifs et l'affirmation d'une peur personnelle de contracter l'infection à VIH. En revanche, le sentiment que l'on est concerné par le risque de contamination est associé à un usage plus fréquent des préservatifs. L'usage des préservatifs n'est donc pas de l'ordre de la réaction à une menace, mais de la réponse à la perception d'un risque maîtrisable.

Les campagnes de prévention ont développé le sentiment de la nécessité de l'utilisation du préservatif, laquelle a été comprise et largement mise en pratique. Mais le maintien d'un niveau élevé d'utilisation des préservatifs chez les jeunes qui ont une relation durable reste difficile, précisément parce que la stabilisation de la relation entraîne une baisse de l'utilisation. Cet abandon paraît s'inscrire dans une démarche raisonnée puisqu'il s'accompagne couramment d'un recours au test de dépistage VIH et d'un passage à la contraception orale.

Recours à la prostitution

Ce sont quasi exclusivement des garçons qui déclarent avoir eu un rapport sexuel en payant (1,6 %) ou en étant payé (0,7 %). Une analyse multidimensionnelle montre que ce type de relation présente des aspects communs, que le jeune

homme soit en position d'offre ou de demande. Dans les deux cas, elle est associée au multipartenariat, et notamment à un nombre très élevé de partenaires, tend à être plus rare chez les plus jeunes et, à âge égal, chez ceux qui ont commencé depuis plus longtemps leur vie sexuelle.

Conséquences des comportements à risque

La majorité des MST étant peu symptomatiques, leur déclaration témoigne essentiellement de la fréquence avec laquelle elles ont été diagnostiquées, c'est-à-dire, indirectement, de l'accès aux soins. Lorsqu'on élimine les mycoses (dont la transmission sexuelle n'est pas l'origine prédominante), la fréquence de déclaration d'une MST parmi les jeunes ayant eu au moins un rapport au cours de leur vie est identique pour les deux sexes : 1,1 %.

La prise d'une pilule du lendemain, une grossesse ou une IVG sont autant de marqueurs de comportements sexuels à risque chez les jeunes filles. En 1997, au moment de l'enquête *Baromètre santé jeunes*, 13,6 % des filles âgées de 15 à 19 ans et sexuellement actives avaient déjà utilisé une pilule du lendemain. Environ 6 % des adolescentes avaient été enceintes. 4 de ces jeunes filles sur 5 ont soit effectué une IVG, soit vécu une interruption de grossesse spontanée.

Rien n'indique que la menace du sida ait induit une modification notable du calendrier d'entrée dans la sexualité des jeunes. Les changements massifs induits par la menace du sida portent sur les modalités de protection des relations sexuelles. L'accroissement de l'utilisation des préservatifs a été considérable au début des années 1990 et le recours au test de dépistage a été intégré dans une politique de réduction des risques. Toutefois, une fraction non négligeable de jeunes (de l'ordre de 10 %), plus fortement représentée dans les filières professionnelles, sont des multipartenaires qui ont couramment des rapports sexuels sans préservatif, tout en ignorant leur statut sérologique et celui de leurs partenaires.

Chez les homo/bisexuels masculins

Depuis 1985, des enquêtes périodiques ont été menées auprès des lecteurs de la presse homosexuelle (*fiche n° 26*). La dernière a été réalisée en 1997 ; elle a permis de recueillir 3 300 questionnaires.

Une adaptation rapide et multiforme à l'épidémie de sida

Alors qu'en 1985, seulement 44 % des homosexuels déclaraient que le sida avait influencé leur sexualité, ce sont plus de huit homosexuels sur dix qui l'affirmaient dès 1989-90. Plusieurs étapes peuvent être distinguées dans l'histoire de cette adaptation à l'épidémie.

La première adaptation au risque, repérée dès l'enquête de 1985, a consisté, pour de nombreux hommes, à réduire le nombre de leurs partenaires sexuels, à éviter certains lieux de rencontres ou encore à abandonner les pratiques sexuelles les plus à risque comme la pénétration anale. L'usage du préservatif ne s'est diffusé que dans un second temps pour se stabiliser dès le tournant des années 1989-1990 à un niveau très élevé.

Les années 1990 ont marqué une seconde phase dans l'histoire de l'adaptation à l'épidémie de sida avec un réengagement dans la sexualité. La proportion

d'individus déclarant plus de dix partenaires sexuels dans l'année est ainsi passée de 27 % en 1991 à 32,5 % en 1995. Cette évolution s'est faite parallèlement à une hausse de la proportion de répondants déclarant se protéger de manière systématique avec leurs partenaires occasionnels.

Les différentes enquêtes ont montré la complexité des stratégies de gestion des risques, qui ne pouvaient aucunement être réduites à la simple utilisation du préservatif, même si cette dimension demeure essentielle d'un point de vue de santé publique. Une classification des logiques de gestion des risques en fonction de la position sociale et du mode de vie socio-sexuel des individus a pu être proposée. Alors que les homosexuels des classes supérieures ont combiné l'utilisation du préservatif avec la réduction du nombre de partenaires, les homosexuels occupant des positions sociales moins élevées ont souvent préféré une gestion plus complexe du risque fondée exclusivement sur l'utilisation du préservatif. Ainsi, les stratégies de gestion du risque ne peuvent être appréhendées sans une compréhension plus globale de la diversité des expériences homosexuelles et du rapport que les individus entretiennent avec le multipartenariat.

Une autre adaptation essentielle a concerné le recours au test de dépistage. Ce recours a d'abord été le fait des cadres supérieurs et des homosexuels multipartenaires appartenant aux professions intermédiaires pour ensuite se diffuser très largement dans toute la population. En 1997, seulement 14 % des répondants n'avaient pas effectué de tests de dépistage du VIH au moment de l'enquête contre 48,7 % en 1987. Parmi les répondants testés, 13 % se sont déclarés infectés par le VIH, soit un taux inférieur à ceux enregistrés dans les enquêtes précédentes (20 % en 1991, 17 % en 1993, 15 % en 1995). Il faut cependant noter la proportion importante de répondants (15 %) qui étaient séro-négatifs au moment du dernier test mais qui n'étaient plus sûrs de leur statut sérologique au moment de l'enquête.

Le dernier test était en général assez récent : dans 55 % des cas, il avait été effectué dans les douze mois. Dans la plupart des cas, la pratique du test est un acte volontaire relevant de l'initiative du répondant. Les raisons du recours au test sont variées et sont issues de stratégies différentes : il a été présenté, par 35 % des répondants, comme une pratique régulière visant à vérifier périodiquement son statut sérologique. Dans 26 % des cas, il correspond à une inquiétude diffuse (« sans raison particulière »). Le test peut également accompagner certains événements de la vie affective : abandon du préservatif dans une relation de couple (20 %) ou au contraire rupture (8 %). Seuls 17 % des répondants ont déclaré avoir réalisé leur dernier test suite à une prise de risque, alors que cet item a pu longtemps être considéré comme la justification principale d'un recours au test.

Évolution des comportements sexuels et préventifs entre 1995 et 1997

L'introduction, à partir de janvier 1996, des nouveaux traitements antirétroviraux a fait craindre des effets négatifs sur les comportements de prévention mais l'enquête presse gay menée à l'automne 1997 a montré que même si la tendance au réengagement dans la sexualité, amorcée depuis le début des années 1990, se poursuivait, l'évolution entre 1995 et 1997 du taux de répondants déclarant plus de 10 partenaires dans les douze derniers mois était très faible (32,5 % en 1995 *versus* 34,4 % en 1997). De la même manière, aucune évolution marquante n'a été notée concernant la fréquence de l'utilisation des préservatifs lors d'une

pénétration anale. Parmi les répondants ayant eu un partenaire stable au cours des douze derniers mois (soit la moitié de l'échantillon), la proportion de ceux qui déclaraient soit ne pas pratiquer la pénétration anale avec lui, soit la pratiquer en utilisant systématiquement le préservatif était de 55 % en 1995 et de 53 % en 1997. En outre, au niveau global, le *safer sex* ne semblait pas avoir fléchi dans le cadre des relations occasionnelles. Parmi les répondants ayant eu un ou des partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois, la proportion de ceux qui déclaraient soit ne pas pratiquer la pénétration anale avec eux, soit la pratiquer en utilisant systématiquement le préservatif était identique en 1995 et en 1997 (90 %).

Cependant, ces indicateurs fondés sur les déclarations d'utilisation du préservatif peuvent minimiser les prises de risque. Les répondants se réfèrent en effet à un comportement préventif habituel, en oubliant parfois de mentionner certains écarts. Pour mieux prendre en compte ces écarts, il était demandé aux répondants si, au cours des douze derniers mois, ils avaient pratiqué au moins une fois la pénétration anale non protégée avec leurs partenaires. Ce nouvel indicateur accroît légèrement les taux de déclarations de rapports non protégés que ce soit avec le partenaire stable ou avec les partenaires occasionnels. En 1997, parmi les répondants ayant eu un partenaire stable au cours des douze derniers mois, 52 % déclaraient avoir eu avec lui « au moins un rapport anal non protégé dans l'année ». Ce taux de déclaration variait selon le statut sérologique des couples : il était de 57 % dans les couples séroconcordants négatifs, de 50 % dans les couples séroconcordants positifs et de 24 % dans les couples sérodiférents. Chez ces derniers, les prises de risque ne sont pas associées à des déterminants socio-démographiques classiques (âge, niveau d'études) mais à la durée de la relation. Ainsi, le pourcentage d'hommes déclarant des pénétrations anales non protégées avec leur partenaire stable était de 31 % chez les couples formés depuis moins d'un an, contre 21 % chez les couples plus anciens. Le fait que les rapports non protégés soient plus fréquents dans les couples récents s'explique notamment par le fait que l'activité sexuelle est beaucoup plus importante au début de la relation.

Parmi les répondants ayant eu un ou des partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois, 16 % déclaraient « au moins un rapport anal non protégé dans l'année » avec eux. Ce pourcentage était de 13 % chez les homosexuels ayant déclaré moins de 10 partenaires et de 21 % chez ceux qui en ont eu plus de 10. Ainsi, même si les hommes les plus actifs sont le plus souvent des adeptes du *safer sex*, ils continuent de s'exposer aux risques VIH et MST plus souvent que les autres : le fait d'avoir une activité sexuelle avec de nombreux partenaires rend, en effet, difficile le maintien de comportements préventifs parfaitement efficaces dans toutes les situations. Autre facteur déterminant : le statut sérologique. Un quart des homosexuels séropositifs ont déclaré des pénétrations anales non protégées dans les douze derniers mois avec un partenaire occasionnel, contre 15 % des séronégatifs ou de statut sérologique inconnu.

Perception de l'efficacité des nouveaux traitements et de leur impact en termes de prévention

À l'automne 1997, la quasi-totalité des répondants (93 %) déclaraient avoir entendu parler des nouveaux traitements contre le virus du sida. Parmi les hommes ayant entendu parler des nouveaux traitements, la plupart (95 %) pensaient

qu'ils prolongeaient la survie des personnes atteintes. Les progrès médicaux contribuaient certes à alimenter l'optimisme mais celui-ci restait mesuré. Ainsi, la croyance en une absence d'infectiosité des personnes recevant les nouveaux traitements était peu présente : seuls 6 % considéraient qu'il était possible que les séropositifs traités ne transmettent plus le virus. Moins d'un tiers des répondants (30 %) pensait qu'il était possible de prévenir l'infection après un rapport sexuel potentiellement contaminant alors qu'à cette période la presse gay avait déjà publié de nombreux articles sur le traitement préventif post-exposition. Enfin, les connaissances erronées étaient minoritaires : seuls 8 % croyaient qu'il était désormais possible de guérir du sida. Cette notion était associée à un âge supérieur à 30 ans et à un faible niveau d'éducation (13 % chez ceux qui n'avaient pas le baccalauréat, contre 7 % chez les autres). Certains homosexuels masculins semblaient ainsi avoir des problèmes de compréhension de l'information sur les traitements.

L'enquête permettait également d'appréhender la façon dont les répondants percevaient l'impact éventuel des nouvelles thérapies sur la prévention. Parmi les hommes ayant entendu parler des nouveaux traitements, 45 % étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour dire qu'en raison de l'existence des nouveaux traitements, les homosexuels, pris dans leur ensemble, se protégeaient moins qu'avant. En revanche, 8 % étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour dire qu'en raison de l'existence des nouveaux traitements, eux-mêmes se protégeaient moins qu'avant. Les répondants séropositifs s'accordaient deux fois plus souvent que les autres avec cette dernière opinion (17 %, contre 7 %).

Facteurs associés aux déclarations de relâchement de la prévention

Chez les séronégatifs, le fait de déclarer une moindre protection en raison de l'existence des antirétroviraux était lié à un niveau d'éducation modeste : 12 % des hommes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, contre 6 % de ceux qui avaient un niveau supérieur disaient avoir tendance à se relâcher en raison de l'existence des nouveaux traitements. Un deuxième facteur important concernait les connaissances erronées sur l'effet des nouveaux traitements : 16 % de ceux qui croyaient que le sida pouvait désormais être guéri déclaraient se relâcher contre 6 % des autres répondants.

Même si les homosexuels séropositifs ont davantage évoqué le nouveau contexte médical pour expliquer un relâchement de la prévention, il est difficile de faire le lien entre ces deux phénomènes. Ainsi, chez les séropositifs, aucune des opinions sur les possibilités de survie, de guérison et de prophylaxie post-exposition n'était liée au fait de déclarer moins se protéger. De même, aucun lien statistique n'apparaissait entre le fait de recevoir un traitement par antiprotéases et le fait de déclarer se protéger moins qu'avant. La seule variable qui était associée à un relâchement était le nombre de partenaires dans l'année précédente : 10 % des hommes ayant eu moins de dix partenaires et 23 % de ceux qui en ont plus de dix déclaraient relâcher leur attitude préventive.

À l'automne 1997, le *safer sex* semblait globalement avoir résisté à l'introduction des nouvelles thérapies. Toutefois, les données collectées à l'automne 1997 ne permettaient pas de présager de l'évolution ultérieure de la prévention en milieu homosexuel. En 1997, des prises de risque importantes ont pu être observées

dans certains sous-groupes de population homosexuelle. Or ce sont ces mêmes populations qui déclaraient plus fréquemment une tendance à moins se protéger en raison des nouveaux traitements. Le fait que le sentiment de relâchement de la prévention de certains répondants de l'enquête presse gay soit associé à des prises de risque effectives et qu'il apparaisse dans des groupes sensibles (notamment celui des séropositifs multipartenaires) suffit pour envisager l'hypothèse de l'amorce d'un relâchement très localisé de la prévention au sein de certains sous-groupes très minoritaires.

Chez les usagers de drogue

Cette partie présente des résultats de trois enquêtes sur les toxicomanes. La première enquête a été réalisée auprès des toxicomanes rencontrés dans la rue ou dans des institutions en 1995/6 (*fiche n° 14*) ; la seconde n'a concerné que les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en 1998 (*fiche n° 12*) ; quant à la troisième elle s'intéresse aux usagers de drogue de la cohorte MANIF 2000 (*fiche n° 27*).

Les usagers de drogue des enquêtes menées par l'Institut de Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP)

Information des enquêtés sur le VIH/sida

Les usagers ont déclaré être convenablement informés en ce qui concerne le sida (79 %), et moins bien informés en ce qui concerne les hépatites (39 %). Cette sous-information les amène le plus souvent à négliger ce risque infectieux, tout particulièrement quand ils se trouvent en situation de partager le matériel d'injection (cuillère, eau, filtre) : ils ne s'informent pas du statut sérologique vis-à-vis des hépatites du ou des partenaires comme ils le font pour le VIH.

Leur information provient de la télévision et de la radio. Leur impact a pu être mesuré avec le point concernant l'utilisation de l'eau de Javel pour la désinfection des seringues. Ce produit a été cité dans 82 % des cas comme un produit efficace en 1996, contre 18 % en 1990-1991. Cette progression serait à mettre en relation avec l'information dans les médias et son relais important dans le milieu des usagers et par les actions de terrain.

Provenance des seringues, fréquence des injections et partage du matériel

Dans tous les sites de l'enquête IREP, l'achat de la seringue dans les officines pharmaceutiques était le mode d'approvisionnement le plus courant (de 90 % à 97 %). L'achat des seringues en Stéribox® a également été rapporté par 59 % des usagers.

Dans les 7 jours qui ont précédé l'enquête, 75 % des usagers avaient réutilisé leur propre seringue, et chaque seringue avait été utilisée 2 fois en moyenne. La réutilisation de sa propre seringue reste un phénomène majoritaire et quasi inchangé depuis 1988. La seule modification notable concerne le nombre de réutilisations : en 1988, une seringue était utilisée 4 à 5 fois, en 1991, 3 à 4 fois, 2 fois en 1996.

Pour les usagers, la seringue est l'objet le moins partagé (13 %), tandis que le produit, la cuiller, le coton, le citron et l'eau sont décrits comme étant largement partagés (de 54 % à 70 %). Lors de leur dernière injection, 78 % des usagers avaient utilisé une seringue neuve alors que 20 % avaient utilisé une seringue

usagée. Il s'agissait d'une seringue « non personnelle » dans 14 % des cas. La réutilisation de cette seringue avait donné lieu à un nettoyage (79 %) et plus rarement à une désinfection (32 %).

Activité sexuelle et utilisation des préservatifs

Plus des trois quarts des répondants ont déclaré au moins un partenaire dans les douze mois précédant l'enquête. Le dernier partenaire est décrit comme le partenaire habituel dans la majorité des cas ; il est consommateur de drogues dans 35 % des cas, soit une proportion comparable à celle trouvée en 1990-1991. Près de la moitié des enquêtés ne connaissaient pas le statut sérologique VHB (58 %), VHC (56 %) et VIH (46 %) de leur dernier partenaire.

Dans les douze derniers mois, l'utilisation systématique du préservatif n'a été effective que chez 36 % des hommes et 28 % des femmes. Lors du dernier rapport, le préservatif a été utilisé par 44 % des hommes et 34 % des femmes.

Prostitution

Le travail sexuel est l'une des ressources la plus immédiatement accessible pour les usagers de drogues, dont la vie est dominée par la précarité. Un travail sexuel, présent ou passé, a été déclaré par 12 % de l'échantillon. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée en 1990-91 (17 %). Cette activité est déclarée régulière dans 55 % des cas et concerne majoritairement les femmes. Le nombre de clients déclarés était de 4 en moyenne par séance de travail ; l'utilisation du préservatif systématique dans 76 % des cas.

Les usagers de drogues sont à la fois exposés aux risques sexuels et aux risques liés à la consommation des drogues. Ils ont, pour les éviter, développé de multiples stratégies. Mais en 1996, au moins deux aspects posaient encore problème : (1) le principal risque identifié par les usagers concernait le VIH ; (2) la seringue était considérée comme le vecteur exclusif des contaminations.

Enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les Programmes d'Échange de Seringues (PES) une semaine donnée (mars 1998)

Provenance des seringues, fréquence des injections et partage du matériel

Environ deux tiers des répondants ont désigné les PES comme lieu principal d'approvisionnement, devant les pharmacies (23 %) et les automates (3 %).

Une majorité de toxicomanes (58 %) ont déclaré deux injections par jour, 19 % trois ou plus, et 18,5 % une seule. Parmi ceux qui se font plus d'une injection par jour, le nombre moyen d'injections par jour était de 3,6. Les injections étaient plus fréquentes chez ceux qui avaient des conditions de logement précaires. Les injections sont moins fréquentes pour les consommateurs de Subutex® et de benzodiazépines et plus fréquentes chez les consommateurs de crack.

La réutilisation des seringues reste fréquente : 45 % des usagers ont déclaré en avoir réutilisé une dans le mois précédent l'enquête. Sur cette période de 30 jours, ils sont 10 % à avoir emprunté une seringue et 15 % à en avoir donné ou prêté après usage soit un taux de partage de la seringue de 19 %.

Le plus souvent, la personne à laquelle les répondants avaient emprunté la seringue était le partenaire sexuel (45 %), un ami (41 %), rarement un inconnu (6 %) ou un membre de la famille (4 %). Les raisons évoquées par les usagers pour

justifier l'emprunt de la seringue se répartissent en deux groupes : la confiance quant au statut sérologique de l'utilisateur précédent (38 %) ou l'assurance donnée par le nettoyage de la seringue d'une part (48 %), les circonstances d'autre part (être pressé : 38 %, pharmacie fermée : 29 %, être en manque : 21 %, etc.).

Le partage croît avec le nombre d'injections et est plus élevé chez les consommateurs d'héroïne et de cocaïne que chez les consommateurs d'autres produits. Le partage est également associé au lieu de la dernière injection : il est plus important quand la consommation se déroule en dehors d'un domicile privé. Il est également fréquent chez les personnes qui vivent en couple et chez celles qui déclarent plus d'un partenaire sexuel dans les six derniers mois.

La mise en commun du reste du matériel servant à l'injection est encore une pratique largement répandue : 54 % des usagers ont déclaré avoir mis le produit en commun, 34 % avoir partagé l'eau, 40 % la cuiller, 31 % le filtre : ainsi, 70 % des usagers ont mis en commun le matériel de préparation au cours du mois précédent. Ces différents partages sont plus fréquents chez les consommateurs de cocaïne, d'héroïne et de crack que chez ceux dont la consommation de produits illicites est diminuée par les traitements de substitution.

Activité sexuelle et utilisation des préservatifs

La plupart des usagers (79 %) ont rapporté des relations sexuelles lors des six derniers mois. Parmi ceux-ci, 34 % ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif durant cette période, 40 % toujours, 15 % parfois et 10 % souvent. L'utilisation non systématique du préservatif dans les six derniers mois variait en fonction du statut sérologique de l'individu : elle était de 75 % chez les individus de statut sérologique inconnu, de 64 % chez les séronégatifs et de 34 % chez les séropositifs. Pour le dernier rapport, l'utilisation du préservatif a été rapportée respectivement par 54 %, 56 % et 22 % des répondants.

Le nombre moyen de partenaires était de 2 (médiane 1). Le dernier partenaire est rapporté comme le partenaire régulier par plus de 70 % des répondants. Pour 61 % des femmes, il s'agit d'un usager de drogue (43 % pour les hommes). Le statut sérologique du dernier partenaire est inconnu dans 24 % des cas, surtout chez les femmes (30 % *versus* 21 % chez les hommes) ; il est séropositif dans 9 % des cas.

Prostitution

40 % des femmes et 5 % des hommes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles durant les six derniers mois pour de l'argent, pour de la drogue ou pour des avantages matériels.

Les usagers de drogues séropositifs de la cohorte MANIF 2000

Usage de drogues, traitements de substitution et pratiques à risque

À l'inclusion dans la cohorte de fin 1995 à juillet 1997, près de la moitié des patients contaminés par le partage de matériel d'injection, étaient considérés comme des ex-usagers ; parmi eux, 58 % avaient cessé de consommer des drogues par injection depuis au moins cinq ans. Les pratiques à risque en terme de partage de la seringue ou de partage du matériel dans les six derniers mois ont été évaluées chez les usagers actifs (pas de traitement de substitution et au moins une injection dans les six derniers mois) ou en traitement de substitution.

Le partage de seringue reste fréquent chez les usagers comme chez les patients sous traitement de substitution, respectivement 21 % et 26 %. Il est plus fréquent chez les plus jeunes (moins de 33 ans), les polytoxicomanes, les injecteurs de cocaïne et ceux qui ont un passé carcéral. Le traitement de substitution réduit cette pratique à risque chez les plus âgés seulement. Le partage du matériel dans les six derniers mois concernait la moitié des usagers actifs qu'ils soient ou non sous traitement de substitution.

Activité sexuelle et utilisation des préservatifs

50 % des hommes et 46 % des femmes se sont déclarés en situation de multi-partenariat, puisqu'ils ont eu à la fois des rapports avec leur partenaire principal et des partenaires occasionnels. Pour plus d'un sujet sur trois, ces rapports n'ont pas été systématiquement protégés ; cette proportion étant plus importante chez les femmes que chez les hommes (45 % *versus* 35 %). Les individus ayant un partenaire principal ont plus souvent déclaré des rapports sexuels non protégés que les sujets n'ayant que des partenaires occasionnels (43 % *versus* 33 %). La non utilisation systématique du préservatif était également très liée aux caractéristiques du partenaire sexuel principal. Ainsi, près de 60 % des sujets ayant un partenaire principal injecteur ou ex-injecteur de drogue par voie intraveineuse ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés contre un tiers seulement de ceux ayant un partenaire sans passé toxicomane. Le statut sérologique VIH du partenaire est déterminant puisque près de deux tiers de ceux dont le partenaire est lui-même contaminé par le VIH, ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés contre seulement un tiers des sujets ayant un partenaire séronégatif. Cette absence de protection avec un partenaire séropositif était significativement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (79 % *versus* 55 %).

L'incertitude demeure quant aux risques des réinfections pour les personnes séropositives, générant des discours préventifs peu clairs de la part des professionnels, ce qui peut expliquer cette faible protection au sein des couples de personnes séropositives. Cette situation n'est cependant pas spécifique au groupe des usagers ou ex-usagers de drogue.

Chez les prisonniers du centre pénitentiaire de Marseille

Cette enquête a été réalisée entre 1995 et 1997 avec l'autorisation du ministère de la Justice et le Conseil national du Sida (*fiche n° 28*).

Connaissances et attitudes vis-à-vis des personnes séropositives

Le niveau de connaissances des détenus vis-à-vis de l'infection à VIH est apparu relativement bon (77 % à 80 % de réponses positives pour les trois principaux modes de contamination), mais inférieur à celui de la population générale (KABP, 1994), sans doute en relation avec un niveau d'éducation beaucoup plus bas. Les détenus redoutaient également davantage des situations comme les piqûres de moustique, le don de sang et les soins dentaires. Une fausse croyance largement répandue concernait la vaccination contre l'hépatite B : 46 % des détenus ont déclaré qu'elle constituait un moyen de protection efficace contre le sida, preuve que les campagnes de vaccination n'ont pas été bien comprises et que l'amalgame est fait par certains entre le VIH et le VHB.

Concernant les modes de prévention, 39 % des détenus pensaient que la toilette faisant suite à l'acte sexuel protégeait de la contamination par le VIH. En outre, ils apparaissaient plus inquiets face à certaines maladies (tuberculose, MST autres que le sida).

Les détenus se montrent moins tolérants vis-à-vis des personnes infectées par le VIH que la population générale pour toutes les situations proposées de la vie courante. Ainsi, 64 % des détenus refuseraient de partager une cigarette avec elles, 59 % de leur laisser leurs enfants, 56 % de porter l'un de leurs vêtements, 55 % de partager une cellule, etc. Cette intolérance est moins marquée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse que chez les autres (qui constituent la majorité de la population carcérale, scores de tolérance respectifs de 14,9 et 9,9). L'intolérance des détenus envers les séropositifs va de pair avec le climat de méfiance et de conflit qui existe entre les détenus. Cette situation pousse probablement certains détenus à ne pas révéler leur séropositivité, ce qui les exclut de toute prise en charge médicale et sociale à un moment où les moyens thérapeutiques se sont largement améliorés mais où leurs modalités sont quasiment incompatibles avec le respect de l'anonymat dans des situations de grande promiscuité.

L'image sociale du préservatif est apparue moins bonne dans cette population que dans la population générale. Ainsi, seule une petite moitié des détenus pense que le préservatif est un objet banal. Il faut cependant remarquer que le prix des préservatifs est moins souvent présenté par la population carcérale comme un frein à son utilisation.

Comportements à risque

Environ un tiers de l'échantillon a déclaré avoir eu au moins deux partenaires au cours des trois mois précédant leur incarcération ; 31 % d'entre eux n'ont jamais utilisé de préservatifs. Une expérience de drogue intraveineuse a été rapportée par 45 détenus (22 %) dont la majorité a déclaré s'être injectée régulièrement avant l'incarcération. Un test de dépistage avait été réalisé par 84 % d'entre eux et 11 % se sont déclarés séropositifs. Les pratiques à risque en prison concernaient essentiellement l'injection (2 détenus parmi les 22 ayant déclaré une injection au cours des douze mois précédant leur incarcération), des rapports sexuels non protégés (2 détenus) et le tatouage (7 détenus).

III. Éléments d'activité de la lutte contre l'infection à VIH/sida en France

RÉSUMÉ

Les éléments d'activité sont des indicateurs extrêmement hétérogènes qui éclairent des aspects différents et importants de la gestion individuelle et collective de la maladie VIH. Ces variables peuvent être regroupées en trois ensembles qui sont : (1) le dépistage et le conseil/écoute personnalisé ; (2) la distribution des moyens de protection (préservatifs et seringues) ; (3) les financements publics et privés.

Le suivi de l'activité de dépistage montre une baisse du nombre annuel de tests sérologiques hors dons de sang réalisés en France métropolitaine depuis 1994. Cette baisse est confirmée par les résultats des enquêtes KABP de 1994 et 1998 qui indiquent une diminution de la proportion de personnes ayant déclaré un test VIH dans les douze mois précédant ces enquêtes. Cette baisse, quoique difficile à interpréter, pourrait être le reflet d'une moindre inquiétude vis-à-vis du sida ces dernières années. L'organisation du traitement préventif post-exposition est encore récente et, dans l'attente de l'évaluation de l'efficacité de cette intervention prophylactique confiée à l'Institut de veille sanitaire (InVS), on ne dispose que d'un premier bilan réalisé dans les hôpitaux de l'Assistance Publique, qui montre que le nombre de demandes est resté, pour le moment, très limité.

Sida Info Service connaît depuis 1995 une baisse du nombre d'appels expliquée principalement par une moindre préoccupation de l'ensemble de la population envers le sida. Les appelants sont majoritairement des hommes ; 90 % des appels renvoient à des interrogations ayant trait à la transmission, au dépistage et à la prévention.

Les ventes de préservatifs ont baissé pour la première fois de 4,4 % entre 1997 et 1998. Cette baisse est particulièrement marquée dans les officines (- 6 %, - 7,5 % en déduisant les ventes de Stéribox®) ; elle est moins importante dans les super et hyper marchés (- 1,4 %). Cette baisse des ventes ne veut néanmoins pas dire moindre utilisation dans la mesure où les chiffres disponibles ne concernent que le marché des officines et des super et hyper marchés. D'autres réseaux d'approvisionnement existent (distribution gratuite, distributeurs hors pharmacies, ventes par correspondance, etc.) et peuvent représenter une part importante du marché, correspondant à des groupes fortement utilisateurs (dans les lieux de consommation sexuelle, dans les boîtes de nuit, etc.). Il serait utile de disposer de chiffres par type de distribution afin de mieux apprécier l'évolution du nombre de préservatifs achetés et distribués. Les différentes enquêtes sur les comportements sexuels n'indiquent, quant à elles, aucune diminution sensible de l'utilisation du préservatif. De plus, les chiffres de vente pour les six premiers mois de l'année 1999 sont à la hausse par rapport à 1998.

Depuis 1996, la tendance est à l'augmentation des ventes de seringues en France. Avec 13,8 millions de seringues vendues en 1997, les pharmacies restent la première source d'approvisionnement des usagers de drogues. Le Stéribox®, qui a été mis sur le marché en 1994, a connu une hausse continue de ses ventes. La croissance simultanée des ventes de seringues et des traitements de substitution, apparemment contradictoire, s'explique par deux phénomènes : une baisse de la réutilisation des seringues à usage unique pour se rapprocher de la norme « une seringue, une injection » et une consommation du Subutex® par voie intraveineuse.

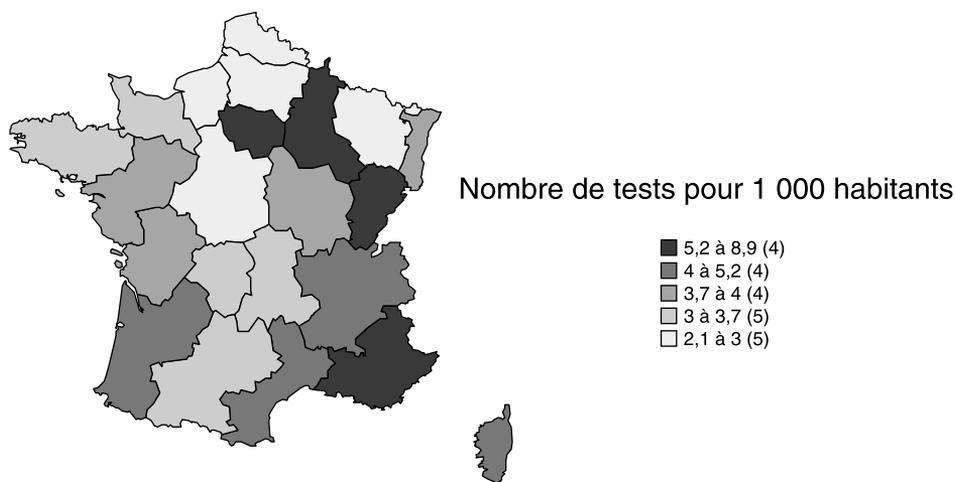
Les crédits alloués par l'État à la lutte contre l'infection à VIH n'ont cessé d'augmenter ; en 1998, les postes les plus importants concernaient la prévention et la prise en charge extra-hospitalière. Les dépenses hospitalières et médicamenteuses, qui rendent compte du soins ne sont pas pris en compte ici. Dans le même temps, on observe une baisse des dons collectés par *Ensemble contre le sida*, reflet possible d'un moindre intérêt de la part de la population générale.

Évolution de l'activité de dépistage en France

Les résultats présentés ci-dessous ont principalement été publiés dans les *BEH (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire)*. Les *BEH* sont disponibles sur le site web de l'InVS (ex-RNSP), à l'adresse suivante : <http://www.rnsp-sante.fr/beh/>.

Le suivi de l'activité de dépistage repose au niveau national sur quatre systèmes de surveillance : les laboratoires publics et privés (réseau RENAVI, *fiche n° 2*), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, *fiche n° 3*), les médecins généralistes (réseau Sentinelles, *fiche n° 5*) et les établissements de transfusion sanguine (ETS, *fiche n° 4*). On ne rendra pas compte ici de l'activité de ces derniers, qui reflète l'activité de transfusion et de dons de sang et non le recours au dépistage.

À partir des relevés d'activité des laboratoires participant au réseau RENAVI, on a pu estimer à plus de 3,5 millions le nombre total de tests réalisés en France par l'ensemble des laboratoires métropolitains (hors dons de sang). Le nombre de tests rapportés à l'ensemble de la population était en 1997 de 63 tests de dépistage/1 000 habitants. Au niveau régional, il ne semble pas y avoir de corrélation entre le nombre de cas de sida déclarés et le nombre de tests réalisés pour 1 000 habitants. Ainsi, dans certaines régions comme la Lorraine ou la Franche-Comté, le taux de dépistage pour 1 000 habitants est élevé en comparaison du nombre de cas de sida déclarés (*carte III.1*).



Carte III.1

Nombre de tests de dépistage gratuit pour 1 000 habitants réalisés par région en 1997

Le nombre annuel de tests sérologiques, hors dons de sang, réalisés en France métropolitaine a pratiquement doublé entre 1989 et 1994 (données RENAVI, *figure III.1*). Puis il a connu une forte diminution de 1994 à 1996 (– 15 % de 1994

à 1995 ; - 12 % entre 1995 et 1996). L'évolution observée en 1997/1998 va dans le même sens (- 4 %) ; la baisse est plus importante dans les laboratoires privés que dans les hôpitaux. Dans les deux autres systèmes de surveillance (CDAG et médecins généralistes), 1997 marque une hausse du nombre de tests prescrits (respectivement + 5 % et + 4 %). Dans les CDAG, cette hausse serait due pour une grande part à une meilleure transmission des bilans trimestriels.

D'une manière globale, depuis 1994, le nombre de tests réalisés en France métropolitaine est à la baisse, et se retrouve ainsi, en 1997, à un niveau proche de celui de 1990. Même si cette baisse a été moins importante entre 1996 et 1997, il est difficile de conclure à une reprise du recours au dépistage compte tenu de la difficulté d'interprétation de ces tendances : d'une part, les différentes campagnes en faveur d'un dépistage précoce réalisées en France au cours de l'année 1997 ont pu inciter de nouvelles démarches de recours au test ; d'autre part, les résultats de la dernière enquête KABP réalisée en 1998 ont montré une baisse de la proportion de personnes ayant déclaré avoir effectué un test VIH dans les douze derniers mois (8,8 % en 1998 *versus* 15 % en 1994).

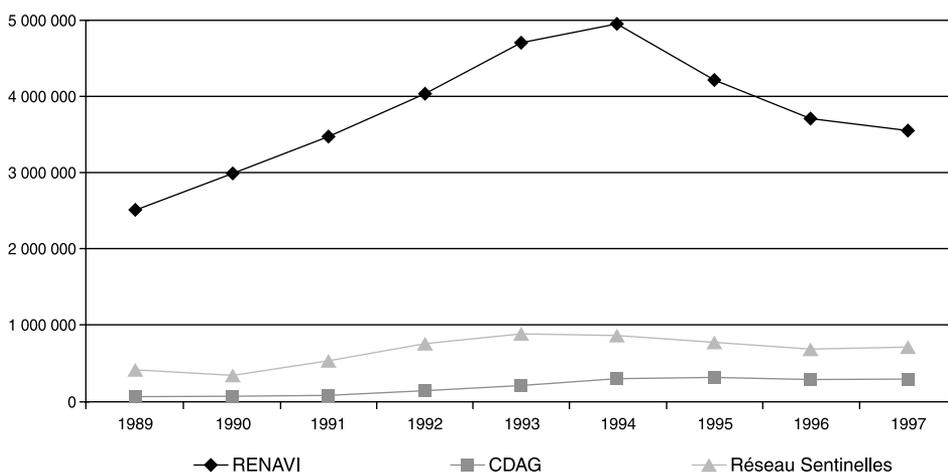


Figure III.1
Évolution du nombre total de tests de dépistage VIH réalisés en France entre 1989 et 1997

Le recours au test de dépistage varie de manière assez importante selon le groupe de population considéré. En 1998, 36 % des répondants âgés de 18 à 69 ans de l'enquête KABP ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage au cours de leur vie. C'était le cas d'environ 10 % des jeunes de 15 à 19 ans (12,4 % des filles et 8,5 % des garçons, Baromètre santé jeunes 1997/1998). Chez les homosexuels masculins, cette proportion est de 86 % en 1997 (enquête presse gay). Elle est de l'ordre de 80 % chez les usagers de drogues.

Le cadre de la prescription du test est un hôpital ou une clinique dans un peu moins de 50 % des cas, lors d'une hospitalisation, ou d'une consultation externe. Dans un peu plus d'un quart des cas, le dépistage a été prescrit par un médecin

généraliste ou spécialiste libéral. Viennent ensuite les CDAG et les dispensaires MST (20 %).

Les principaux motifs de prescription rapportés par les médecins généralistes sont dans l'ordre : un test pré-nuptial (28 % des sérologies), la notion d'un contact hétérosexuel à risque (13 %), un test prénatal (11 %). Les tests prescrits avant abandon du préservatif pour les nouveaux couples représentent 4 % des sérologies. Les rapports entre hommes (2 %), la toxicomanie (3 %) et les antécédents de transfusion (5 %) constituent actuellement des motifs marginaux de prescription de tests en médecine générale.

Première évaluation du nombre de prises en charge des expositions au VIH à l'AP-HP

Ces données correspondent à un premier bilan du Service Vigilance Hygiène et Prévention de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris (*fiche n° 29*). D'autres résultats devraient être prochainement disponibles.

Entre septembre 1997 et octobre 1998, 195 expositions sexuelles ont été enregistrées par 20 hôpitaux différents. Ces expositions étaient consécutives à des rapports sexuels non protégés (113 cas) ou à une rupture de préservatif (73 cas) ; 8 cas étaient non documentés.

La sérologie VIH du partenaire était connue dans 40 % des cas et était positive dans 94 % des cas connus (77).

87 % des consultations ont donné lieu à la prescription d'une chimioprophylaxie anti-VIH, associant le plus souvent trois antirétroviraux. Dans six cas seulement, le traitement a été refusé. Le délai médian entre l'exposition et la première prise de médicaments était de 17 heures.

L'observance et la tolérance des traitements ont été jugées globalement bonnes. La première cause d'arrêt du traitement était la remise d'un résultat de sérologie négative du partenaire source. Après les problèmes d'intolérance clinique, le principal motif de modification des traitements était lié à la réévaluation par un médecin référent du traitement instauré aux urgences ; cela souligne la difficulté de ce type de prescriptions en urgence, et par des médecins sans formation spécifique.

Évolution de l'activité de *Sida Info Service* (SIS)

Sida Info Service publie chaque année un rapport qui permet un suivi simple de son activité. D'autres informations sont disponibles sur son site web : <http://www.sida-info-service.org>. *Sida Info Service* 0 800 840 800 (*fiche n° 30*).

Le numéro de *Sida Info Service* a été composé près de 1 100 000 fois en 1998. SIS a traité (décroché) un tiers des sollicitations (environ 350 000 appels), dont 168 000 (48 %) ont réellement donné lieu à un entretien ; les autres appels correspondaient aux appels dits blancs : silence de la part de l'appelant(e), amorce de discussion, injures, plaisanteries, etc.

Les appels reçus par *Sida Info Service* proviennent pour plus d'un tiers d'Île-de-France (36,2 %). Viennent ensuite les régions Rhône-Alpes (11 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,4 %), Nord-Pas-de-Calais (4,9 %) et Languedoc-Roussillon (4,5 %).

Le nombre d'appels reçus baisse régulièrement depuis 1995 avec 22 % d'appels en moins entre 1997 et 1998 (*figure III.2*). Cette baisse était semblable à celle enregistrée entre 1996 et 1997 (-25 %). *Sida Info Service* explique cette diminution des sollicitations du numéro vert par plusieurs facteurs : (1) les progrès thérapeutiques ont permis une amélioration de l'état de santé des personnes atteintes, une diminution des séjours hospitaliers et des visites médicales, une moindre inquiétude par rapport à la maladie et, par conséquent, un moindre recours à la ligne ; (2) l'amélioration des traitements a également eu une répercussion sur les représentations de la maladie et a entraîné, dans l'ensemble de la population, une baisse des préoccupations liées au sida ; ce constat est particulièrement net pour les plus jeunes qui ont moins contacté la ligne ; (3) la création de lignes complémentaires spécialisées a également pu transférer une partie des appels reçus sur le numéro vert au profit de ces nouveaux services ; (4) la plus grande discrétion depuis quelques années des événements médiatiques générateurs d'appels tel le *Sidaction*.

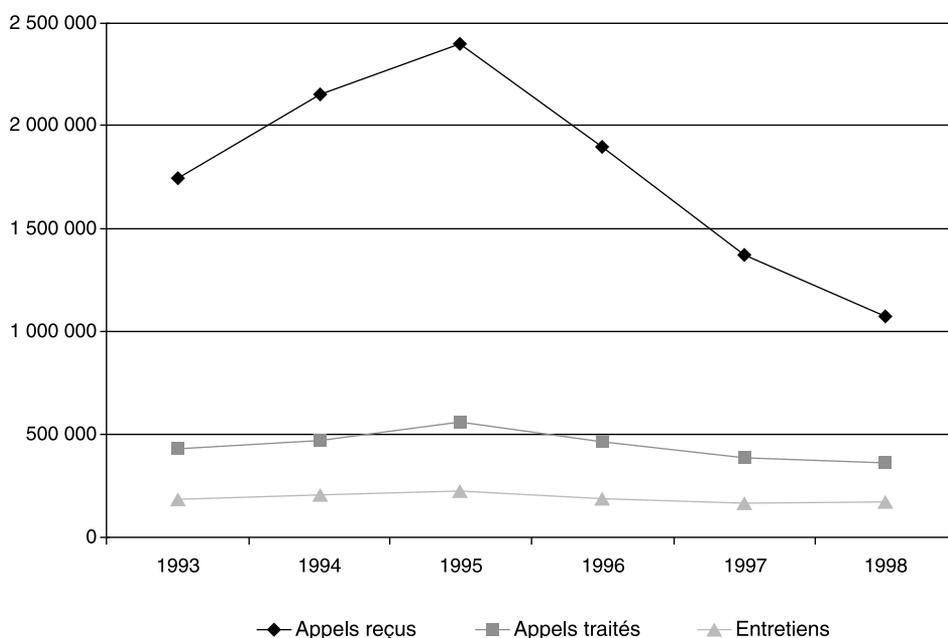


Figure III.2
Nombre d'appels reçus, d'appels traités et d'entretiens réalisés par SIS entre 1993 et 1998

Profil général des appels

Deux appels sur trois émanent d'un nouvel appelant. L'échange est plus long en cas de ré-appel : pour les nouveaux appelants, 8 appels sur 10 ne dépassent

pas 10 minutes alors que les temps de communication dépassant 20 minutes sont principalement le fait de personnes qui ont déjà appelé.

Profil général des appelants

Depuis la création du service, environ 60 % des appels impliquent des hommes. Les appels des femmes ne sont majoritaires que chez les moins de 20 ans. Cette tranche d'âge représente environ 1/4 des appels derrière les 20-29 ans (38 %) et les 30-39 ans (26 %).

Pour 4 appels sur 10, l'orientation sexuelle du répondant est connue. La quasi-totalité des femmes se présente comme hétérosexuelle. La part des appelantes bisexuelles, homosexuelles ou consommatrices de drogues par voie intraveineuse ne représente que 1 % à 2 % des appels. Le profil des hommes est un peu différent puisque 25 % se déclarent homosexuels, 6 % bisexuels et 1 % usagers de drogue.

Le statut sérologique ne fait pas l'objet de questions de la part de l'écouter. Cette rubrique n'est renseignée que si l'appelant évoque ce sujet. En 1998, environ 51 % des appelants ont déclaré ne pas connaître leur statut sérologique et environ 13 % des entretiens menés concernaient une personne séropositive, le plus souvent asymptomatique (2/3).

Nature des échanges et thèmes des appels

En début d'appel, les demandes concernent, 9 fois sur 10, l'information et l'orientation, mais elles se transforment souvent au cours de l'échange : une fois sur 3 en soutien ou conseil et une fois sur cinq en l'expression d'un point de vue donné. Bien souvent la demande de renseignements sert ainsi de porte d'entrée pour aborder la raison principale de l'appel. Les personnes atteintes, les usagers de drogue et, dans une moindre mesure, les homosexuels sollicitent davantage le service pour une demande de soutien.

Environ 90 % des appels renvoient à des interrogations ayant trait à la transmission, au dépistage, à la prévention et aux traitements, quelle que soit l'orientation sexuelle de l'appelant. Les questions relatives aux risques de transmission concernent en majorité les contacts bouche/sexes et les pénétrations anales ou vaginales. Les précautions à prendre pour ne pas être contaminé sont essentiellement axées sur les pratiques sexuelles : fiabilité des préservatifs, précautions générales et questions sur les lubrifiants. Les hétérosexuels posent davantage de questions sur les aspects généraux que les homosexuels qui ont souvent des questions plus spécifiques. Les appelants les plus vulnérables à l'infection à VIH sont situés aux deux extrêmes de la distribution par âge : les plus âgés du fait de leur difficulté à intégrer dans les rapports sexuels l'usage du préservatif et les plus jeunes parce qu'ils découvrent ou commencent leur vie amoureuse et sexuelle. Les coordonnées d'une structure de dépistage et la fiabilité des tests sont les thématiques principales liées au dépistage.

Le nombre et le thème des appels adressés à SIS permettent de relever l'impact de certains événements extérieurs. Ainsi, pendant les deux mois de la campagne d'affichage de la mairie de Paris sur le dépistage précoce en décembre 1997, SIS a enregistré une augmentation importante du nombre d'appels liés aux demandes de dépistage : coordonnées des centres, informations sur le dépis-

tage précoce. Ce changement dans les procédures du dépistage et dans la prise en charge des séroconversions symptomatiques a modifié l'écoute à SIS. Les écoutants peuvent aider les personnes qui utilisent le numéro vert à évaluer les risques liés à un accident de prévention et les orienter, dans les meilleurs délais, vers des structures en mesure de leur apporter des réponses thérapeutiques adaptées. Ces nouvelles dispositions ont réintroduit un caractère d'urgence alors qu'auparavant une réflexion personnelle et une préparation séparaient, dans la plupart des cas, le dépistage d'une prise de risque, un traitement de l'annonce d'une séropositivité.

Depuis novembre 1997, les habitants des DOM peuvent avoir recours à *Sida Info Service*. En 1998, SIS a reçu près de 5 000 appels émanant des départements d'outre-mer. 70 % des appels qui ont donné lieu à un entretien provenaient des îles de la Guadeloupe et de la Martinique. Mayotte (assimilée aux appels DOM par France Télécom), la Réunion et la Guyane étaient plus faiblement représentées (respectivement 6 %, 8 % et 17 %). À la différence de la métropole, les appels émanant des DOM se traduisent par une part plus importante de nouveaux appelants (DOM : 72 %, métropole : 67 %), d'hétérosexuels (89 % *versus* 78,5 %), de femmes (41 % *versus* 37,5 %) et dans une moindre mesure de jeunes âgés de moins de 20 ans (24 % *versus* 21,5 %). Les interrogations relatives au statut sérologique, au dépistage et aux symptômes de la contamination sont également plus importantes. Les personnes séropositives représentent 14,5 % des appels des DOM, soit un taux légèrement supérieur à celui enregistré en métropole. Cela se traduit par davantage de demandes d'informations sur la prise en charge médicale, les examens, les traitements et la recherche, l'orientation vers des hôpitaux au niveau local ou en métropole. Enfin, deux tiers des personnes séropositives ont déclaré connaître leur sérologie depuis moins d'un an, alors qu'en métropole cette proportion n'est que d'un cinquième.

Évolution des ventes de préservatifs en France

L'analyse de l'évolution des ventes des préservatifs en France a été réalisée à partir de deux sources de données : les chiffres fournis par le Laboratoire National d'Essais (LNE) et les rapports de l'Institut Nielsen sur les ventes annuelles de préservatifs dans les officines et les super et hypermarchés (*fiche n° 31*).

Les préservatifs en latex disponibles sur le marché français sont des produits d'importation provenant principalement d'Asie. Pour être mis sur le marché, les préservatifs doivent disposer du marquage CE prouvant qu'ils respectent les exigences essentielles de la directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux ; ces exigences sont couvertes en France par la norme NF EN 600 : 1996. Le marquage NF s'obtient en France par l'intermédiaire du Laboratoire National d'Essais (LNE) qui teste des échantillons de tous les lots de préservatifs vendus sur le territoire national.

Le nombre de lots¹ de préservatifs testés et admis à la marque NF a régulièrement augmenté entre 1990 et 1993 passant de 592 à 1 050 lots (*figure III.3*). La hausse la plus importante a été enregistrée entre 1992 et 1993 (+ 33 %). L'année 1994 a été marquée par une légère baisse (- 1 %) compensée par une forte

¹ Selon la réglementation appliquée en France, les lots ne peuvent être supérieurs à 150 000 unités ; ils sont, en règle générale, de l'ordre de 144 000.

hausse en 1995 (+ 12 %). En 1996, un net recul du nombre de lots testés a été enregistré (913 lots, - 21,5 % par rapport à 1995). En 1997 et 1998, le LNE a testé un peu moins de 1 000 lots, soit environ 140 millions d'unités.

Les chiffres de l'Institut Nielsen montrent, pour leur part, une augmentation régulière des ventes (pharmacies et en grandes et moyennes surfaces confondues) jusqu'en 1997 (*figure III.3*). Les ventes sont restées stables entre 1992 et 1993 (+ 1 %) et, en 1994, alors que le LNE admettait moins de 150 millions de préservatifs à la marque NF, l'Institut Nielsen enregistrait une hausse des ventes par rapport à 1993 de 24 % grâce à l'opération « Préservatifs tarif jeunes » (préservatif à 1 franc) mise en place en décembre 1993. En 1997 et 1998, le LNE a testé un nombre de lots équivalents (1 000 environ) alors que l'Institut Nielsen enregistrait la première baisse des ventes de préservatifs en France depuis 1988.

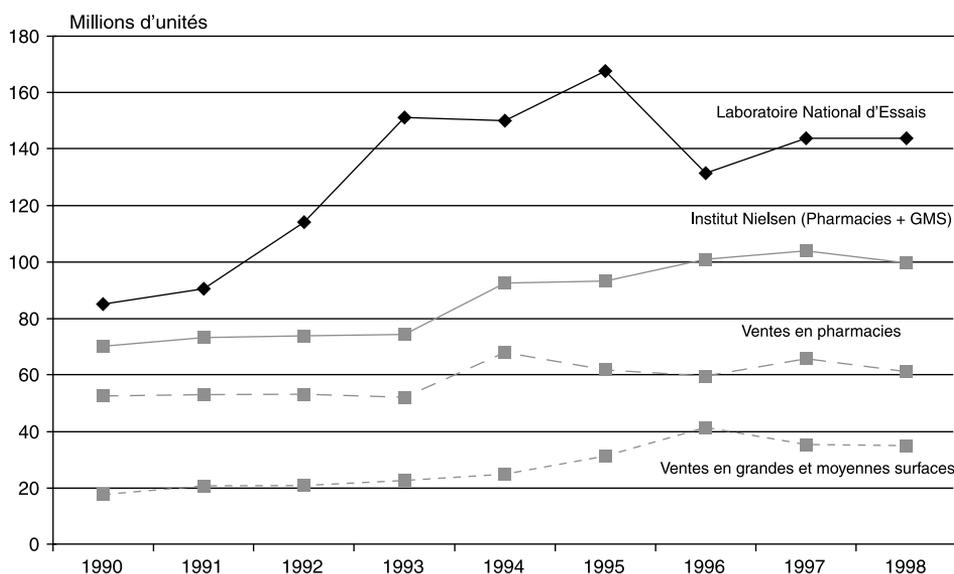


Figure III.3
Évolution du nombre de préservatifs testés par le LNE et vendus en pharmacies et en grandes surfaces (Institut Nielsen) entre 1990 et 1998

Ces différences d'évolutions pourraient s'expliquer de plusieurs façons : (1) les chiffres donnés par le LNE peuvent être considérés comme indiquant à la fois la situation en cours et celle à venir. Dans la mesure où les entreprises sont obligées de prévoir leurs ventes, elles sont amenées à stocker une partie des préservatifs (dont la date de péremption est fixée à 5 ans après sa fabrication) dans l'attente d'une hausse de la demande. Les fluctuations enregistrées pourraient donc s'expliquer en partie par des effets de stocks ; (2) une partie des lots ne rentrent pas sur le marché français car ils sont réexportés après avoir été testés ; (3) depuis mi-1998, avec l'application des nouvelles normes européennes, des lots de préservatifs peuvent être mis sur le marché sans avoir été testés par le LNE (mais par d'autres laboratoires d'essais européens). Leur quantité demeure

cependant négligeable, la marque NF étant très demandée par les importateurs eux-mêmes ; (4) l'Institut Nielsen fournit les chiffres des pharmacies, des grandes et moyennes surfaces, et des paracenters ; une partie de la différence enregistrée avec le LNE pourrait représenter l'essor d'autres modes de distribution (distributeurs automatiques hors pharmacies, distribution gratuite, vente par correspondance, etc.).

L'évolution marquante entre 1997 et 1998 est la baisse des ventes de préservatifs de 4,2 %. Cette baisse a affecté en particulier les officines pharmaceutiques (- 6 %) ; celle relative aux super/hypermarchés étant moins sensible (- 1,4 %). Ces chiffres globaux cachent en réalité une baisse plus forte dans la mesure où ils tiennent compte des ventes de Stéribox®. Les Stéribox® sont des kits achetés dans les pharmacies par les usagers de drogue intraveineuse pour favoriser l'hygiène de l'injection. En plus du matériel nécessaire à une injection, ces kits contiennent un préservatif dont on ne sait s'il sera réellement utilisé compte tenu du fait que le produit acheté est avant tout la seringue. En déduisant les ventes de Stéribox®, la baisse générale des ventes passe à 5,2 % et celle des officines à près de 7,5 %.

Quatre marques de préservatifs réalisent 80 % du volume du marché dans les pharmacies : Durex®, Manix®, Prophyltex® (Radiatex), Khondomz® (Polidis). Toutes ces marques sont en recul de - 7 % à - 20 % sauf Durex® qui a progressé de 2,2 % entre 1997 et 1998. La baisse des ventes enregistrée en officine est généralisée au niveau géographique et a concerné les grandes comme les petites pharmacies ; elle s'est traduite par une diminution du chiffre d'affaires « préservatif » des officines (- 7,8 %). En outre, les pharmacies ont très sensiblement réduit leurs achats (- 14 %) aux industriels. Cette chute pourrait s'expliquer par une moins forte pression commerciale de la part de ces laboratoires mais aussi par un désengagement du pharmacien dans son rôle de prévention et une anticipation de la baisse des ventes. Cette hypothèse est confortée par une diminution en 1998 de l'accessibilité des préservatifs en officines par rapport à 1997. En 1998, dans 40 % des officines, les préservatifs étaient visibles mais n'étaient pas directement accessibles au client contre 20 % en 1997 ; dans 30 % des officines, les préservatifs étaient accessibles au public contre 50 % en 1997, dans les 30 % restantes, les préservatifs n'étaient pas visibles (idem en 1997). Cette baisse a pu influencer sur les achats, très dépendants d'une accessibilité directe par le conditionnement et la visibilité des prix.

Le prix moyen du préservatif en officine n'a pas évolué entre 1997 et 1998 (respectivement 3,3 F et 3,4 F en décembre 1998).

Les petits conditionnements sont en hausse du fait de l'augmentation de la vente des Stéribox® et du conditionnement unitaire mis en place par Polidis ; la majorité des conditionnements vendus reste cependant les boîtes de 12.

La baisse des ventes enregistrée dans les super/hyper marchés est relativement faible comparée à celles des officines puisqu'elle représente - 1,4 %. Cette baisse a été expliquée par les problèmes rencontrés par le laboratoire leader sur ce marché, Hansaplast (rupture de stock, changement de conditionnement, passage à la norme européenne). Le chiffre d'affaires réalisé par les laboratoires sur ce marché est quant à lui en hausse (+ 8,4 %). Cette hausse s'explique par l'installation de Durex® qui pratique des prix plus élevés que ses concurrents. Une légère augmentation du prix moyen a été par ailleurs enregistrée, de 1,8 F à 2 F.

Plusieurs facteurs comme un assortiment de plus en plus important en marques et en format, une augmentation des linéaires, la venue sur ce marché de marques commercialisées en officines semblent favorables à un redressement des ventes en 1999, particulièrement dans les hypermarchés qui réalisent 70 % des ventes en grandes et moyennes surfaces (GMS).

La baisse des ventes de préservatifs en officines et super/hypermarchés en France ne permet pas de dire que moins de préservatifs ont été utilisés au cours de l'année 1998, pour plusieurs raisons : (1) il existe d'autres réseaux d'approvisionnement comme les distributions gratuites et les distributeurs hors pharmacies qui constituent probablement une part importante des préservatifs utilisés notamment par les jeunes ; (2) les enquêtes sur les comportements sexuels menées auprès de la population adulte (enquête KABP) et des jeunes (enquête ACSJ et Baromètre jeunes) n'indiquent pas de baisse de l'utilisation des préservatifs aussi bien avec un partenaire stable qu'avec un partenaire occasionnel (exception faite des personnes ayant eu un seul partenaire défini comme occasionnel) ; la proportion de jeunes utilisant un préservatif lors du premier rapport ne cesse, au contraire, d'augmenter ; (3) l'utilisation des préservatifs dans les groupes les plus exposés (homosexuels, toxicomanes) reste à un niveau extrêmement élevé en dépit des craintes de relâchement consécutives à l'introduction des nouvelles thérapies à partir de 1996 ; (4) les chiffres de ventes enregistrés pour les six premiers mois de 1999 sont à la hausse par rapport à 1998 : + 2,2 % pour les super/hypermarchés, + 4,0 % pour les officines (ventes de Stéribox® non comprises).

Évolution des ventes de seringues en France

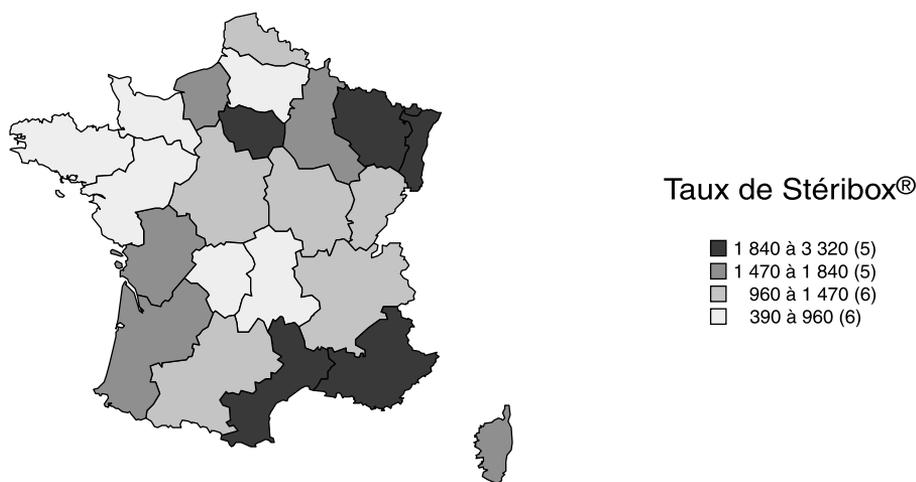
Le suivi des ventes de seringues est possible grâce au Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution (SIAMOIS) développé par l'InVS (*fiche n° 32*).

Les seringues utilisées par les usagers de drogue sont le plus souvent des seringues d'1 ml à usage unique. Ces seringues sont à 80 % de marque Becton-Dickinson® ; elles sont conditionnées par boîte de 30, principalement pour le traitement du diabète, mais vendues à l'unité à un prix moyen de 5 francs aux usagers de drogue. On les trouve également dans les kits Stéribox® qui contiennent, en plus de 2 seringues, 2 tampons alcoolisés, 1 dose d'eau stérile, 1 préservatif, des messages de prévention, les numéros verts de *Sida Info Service* et *Drogues Info Service*. Des seringues de 2 ml sont également disponibles en boîte de 20. Leur usage par les toxicomanes est généralement associé à des substances plus denses que l'héroïne, le plus souvent issues du détournement de médicaments.

L'opération Stéribox® a débuté au niveau national en septembre 1994 et a connu un succès important lors de son lancement. Entre 1994 et 1995, les ventes ont progressé de 45 % pour ensuite baisser d'environ 1 % entre 1995 et 1996. Cette baisse a été consécutive à l'introduction d'un nouveau modèle de seringues en 1996 et à la polémique que celle-ci a soulevée quant à leur qualité. Depuis, les ventes sont à nouveau à la hausse ; elles ont été de l'ordre de 2 300 000 en 1997 et de 2 700 000 en 1998.

Les trois quarts des ventes de Stéribox® se font dans 8 régions : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Alsace, Nord-

Pas-de-Calais, Lorraine et Aquitaine. De façon générale, on peut estimer que cette concentration des ventes reflète assez bien l'usage de drogues par voie intraveineuse, important dans le Nord et l'Est, le pourtour méditerranéen et les grandes zones urbaines d'Île-de-France, de Rhône-Alpes et d'Aquitaine. Cependant, le nombre de Stéribox® vendus rapportés à 10 000 habitants modifie quelque peu ce classement et montre l'importance des ventes de Stéribox® dans trois autres régions : Champagne-Ardennes, Haute-Normandie et Corse (carte III.2).



Carte III.2
Taux de Stéribox® vendus par région pour 10 000 habitants de 20-39 ans en 1998

Les seringues BD® 1 ml, conditionnées à l'unité et destinées en principe aux usagers de drogue ne représentent qu'une petite partie des volumes de vente (1 %). Les ventes fluctuent de manière importante et irrégulière selon le mois de l'année en raison probablement des effets de stockage mais se situent toujours autour de 150 000 par an. Les autres seringues BD®, non spécifiquement vendues aux usagers de drogues, sont marquées par une baisse générale de leurs ventes depuis 1996.

À partir de ces données, le nombre de seringues vendues par les pharmaciens à des usagers de drogues a été estimé à 13,8 millions en 1997. Comparés aux 1,5 millions de seringues distribuées en 1996 par les programmes d'échanges de seringues, ces chiffres confirment que les ventes en officine sont la première source d'approvisionnement des usagers de drogues en France.

Les évolutions des ventes de seringues, quel que soit leur conditionnement, ne sont pas toujours faciles à interpréter. Ces évolutions impliquent de nombreux facteurs mal connus, incluant la régularité et le nombre des injections, la réutilisation des seringues et les périodes d'abstinence. On sait en effet que les toxicomanes ont des périodes volontaires ou contraintes (incarcération, hospitalisations, etc.) d'abstinence ou de remplacement de produits illicites injectés par des médicaments. Ces fluctuations ont une composante individuelle mais aussi sans

doute une composante plus générale liée à l'approvisionnement du marché illécite, à la répression du trafic et aux nouvelles offres thérapeutiques. Depuis 1996, la tendance est à l'augmentation des ventes de seringues et au développement des programmes de substitution (Subutex[®] et méthadone). La croissance positive de ces deux indicateurs pourrait *a priori* paraître contradictoire : compte tenu du volume de Subutex[®] mis sur le marché depuis 1996, on aurait pu s'attendre à une baisse des ventes de Stéribox[®]. Deux facteurs peuvent cependant expliquer cette apparente contradiction : un rapprochement de la norme « une seringue neuve à chaque injection » et une consommation du Subutex[®] par voie intraveineuse, rapportée par les acteurs de terrain et observée dans les études.

Évolution des dons collectés par *Ensemble contre le sida*

Ensemble contre le sida est un groupement associatif d'utilité publique qui est chargé de la collecte et de la répartition des fonds pour la recherche et le soutien des actions de terrain. *Ensemble contre le sida* s'occupe notamment de l'organisation du *Sidaction*. Des informations complémentaires sont disponibles sur le site web : <http://www.sidaction.org>.

L'évolution des dons à *Ensemble contre le sida* est à l'image de l'évolution de la place de l'épidémie dans la société française. En 1994, alors que le sida était au cœur des préoccupations, et pas seulement à cause du scandale du sang contaminé, toutes les chaînes se sont mobilisées pour organiser le premier *Sidaction*. Avec 33 millions de spectateurs et plus de 1 400 000 dons, cette soirée a rapporté 300 millions de francs. Pour des raisons diverses (lourdeur de l'organisation, temps nécessaire à gérer l'énorme somme récoltée l'année précédente), l'année 1995 s'est contentée d'une campagne d'appels aux dons au début du mois d'avril. Cette campagne a incité 180 000 dons pour un montant total de 39 millions de francs. En 1996, la formule du *Sidaction* de 1994 a été reprise au moment où le sida occupait à nouveau le devant de la scène, en raison de l'introduction récente des antirétroviraux et de toutes les interrogations qu'ils pouvaient susciter en terme de prévention dans les groupes les plus exposés. L'audience cumulée de 26,5 millions de spectateurs fut la preuve que le sida pouvait toujours intéresser mais, peut-être en raison des polémiques entourant certaines questions, moins de 300 000 dons ont été enregistrés ce soir là (contre 1,4 million en 1994) pour un montant global avoisinant les 65 millions de francs. Plus classique, la technique du mailing a été retenue l'année suivante : 1,73 million de messages envoyés pour 27 millions de francs récoltés. Enfin, en 1998, la collecte de dons a reposé sur un CD associant un nombre important d'artistes français. Le disque devait être vendu à 650 000 exemplaires au 31 décembre 1998 et avait d'ores et déjà assuré un apport de 45,8 MF (40 MF pour l'album « Ensemble », 4,8 MF de droits sur « Ensemble » et 1 MF pour l'émission de télévision « Ensemble »). Il faut ajouter à cette somme 45,5 MF assurés par le mailing et 6,5 MF récoltés lors du *Sidaction* du 22 avril pris en charge par France 3 puis par France 2 (5,5 millions de téléspectateurs).

En raison des modalités très différentes utilisées pour la récolte des fonds et de l'évolution du contexte de l'infection à VIH en France, il est nécessaire de rester extrêmement prudent dans l'interprétation de ces résultats. Toutefois, il semble que les chargés de communication soient obligés d'imaginer des stratégies de plus en plus complexes pour inciter les personnes à donner. Cette tendance ne

fait que confirmer celle soulignée par d'autres indicateurs, à savoir un désintérêt sensible de la population sur la question du sida.

Évolution des crédits d'État alloués à la lutte contre l'infection à VIH

Ces informations ont été fournies par la Direction Générale de la Santé (DGS), Division Sida.

Les crédits alloués à la lutte contre l'infection à VIH dans le budget de l'État ont été de 482 millions de francs en 1998. Ils ont régulièrement augmenté entre 1994 et 1997, puis amorcé une baisse de l'ordre de 4 % en 1998 (*figure III.4*). La période 1994-1997 se caractérise par la mise en œuvre de la politique de déconcentration (deux tiers des crédits d'intervention sont consacrés à des actions locales), par le fort développement des actions de réduction des risques dans l'usage de drogues pour lesquelles la croissance continue en 1998 (*figure III.5*) et l'augmentation des fonds pour la prise en charge extra-hospitalière des malades (*figure III.6*). Celle-ci a accompagné l'évolution de l'épidémie : allongement de la durée de vie et amélioration de la qualité de vie dus aux nouvelles thérapies.

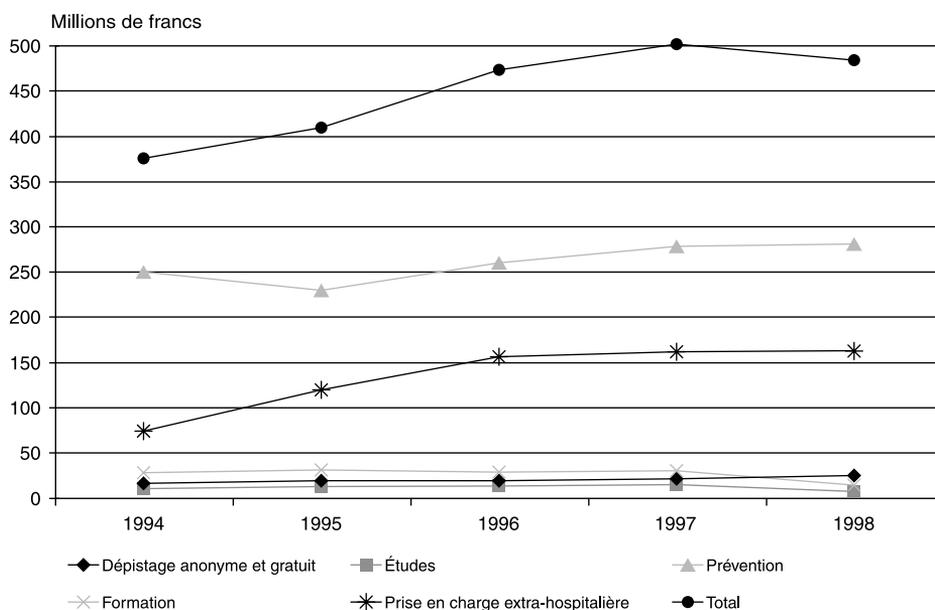


Figure III.4
Bilan de l'utilisation des crédits de lutte contre l'infection à VIH
 (État : chap. 47-18 et reliquat AFLS) au titre des années 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998
 (hors dépenses hospitalières)

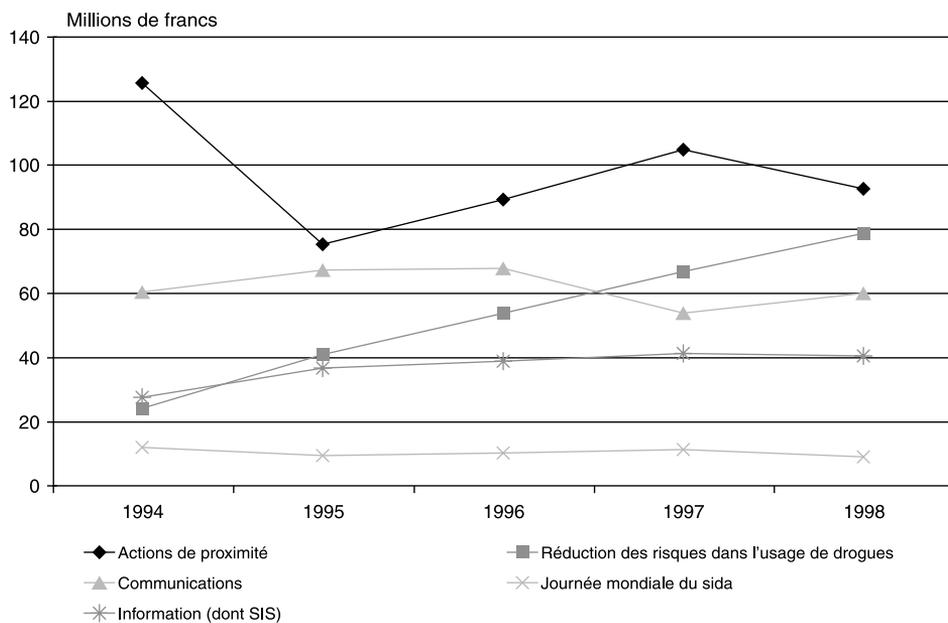


Figure III.5
 Détails du poste « Prévention » pour les années 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998
 (État : chap. 47-18 et reliquat AFLS)

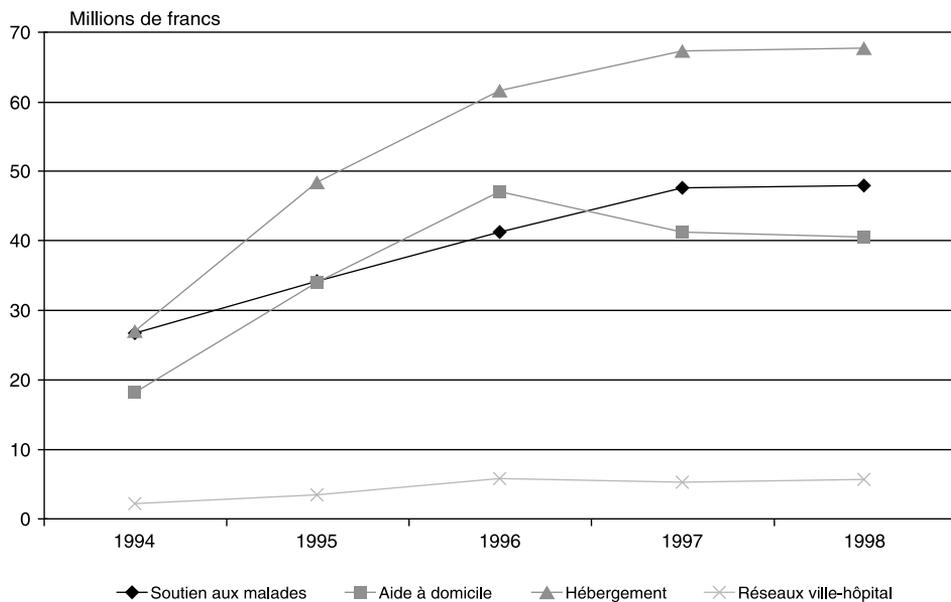


Figure III.6
 Détails du poste « Prise en charge extra-hospitalière » pour les années 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998 (État : chap. 47-18 et reliquat AFLS)

Les sommes allouées à ces activités sont restées stables en 1998. Ce sont les crédits d'études et de formation² qui ont connu une très forte baisse en 1998. En 1997 et 1998, dans un contexte d'encouragement au dépistage précoce, les fonds affectés aux CDAG ont augmenté chaque année. Au cours des deux dernières années, le budget consacré à la communication a connu un fléchissement mais reste, dans la durée, un secteur important (environ 60 millions de francs). Ces crédits ne rendent pas compte des budgets de recherche ni des dépenses hospitalières et médicamenteuses (environ 4 milliards de francs dont 1,3 milliards de médicaments) auxquelles s'ajoutent les contributions des organismes de protection sociale, des collectivités locales, de la société civile. Ainsi, l'effort global de la nation a été estimé à plus de 5 milliards de francs pour l'année 1998.

² Il s'agit des actions de formation auprès des médecins et des pharmaciens ; d'autres actions de formation se sont maintenues dans le cadre des actions de proximité et de réduction des risques.

IV. Bilan des actions de communication sur l'infection à VIH/sida

RÉSUMÉ

La communication constitue un axe majeur de la politique de Santé publique dans le domaine de l'infection à VIH. Les axes de la stratégie de communication sont définis par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en lien avec la Direction générale de la santé-division sida et leur mise en œuvre est assurée depuis 1994 par le CFES. Ces axes généraux sont traduits de façon différenciée selon les publics tant par les thèmes que par les moyens de diffusion utilisés.

La stratégie adoptée en 1994 a mis fin au découplage préservatif/sida adopté jusque-là. Elle s'attache à sortir du discours « tout préservatif » et à mettre en avant la notion de situation à risque. Dans l'axe solidarité, les témoignages ont fait place à une communication sur la vie avec le VIH. Les avancées thérapeutiques récentes ont conduit à introduire les campagnes autour du dépistage et du traitement précoce.

La présentation de la communication publique et de son évaluation ne retient ici que les aspects les plus importants d'une activité très variée tant par les cibles, les moyens et les contenus. Un descriptif de chacune des campagnes est disponible auprès du CFES.

L'impact de ces campagnes est évalué par des méthodes diverses qui tiennent compte des problèmes de faisabilité et de coût, variables selon la nature des actions et les publics cibles.

Les campagnes de communication en direction du grand public ont globalement su engendrer une large adhésion mais toutes n'ont pas suscité une implication personnelle suffisamment forte pour inciter à un changement d'attitudes.

L'adaptation pour les départements d'outre-mer des campagnes grand public de la métropole a très bien fonctionné. La valeur incitative de ces campagnes à un changement d'attitude a souvent été plus forte dans ces départements qu'en France métropolitaine. Toutefois, les attentes demeurent importantes aussi bien sur les thèmes classiques de la prévention que sur les traitements.

Les jeunes restent une cible privilégiée des campagnes de prévention. Les partenariats avec les différentes radios jeunes semblent bien correspondre aux attentes de cette population à condition que les locuteurs soient bien choisis. La participation des jeunes aux différentes initiatives mises en place autour de manifestations sportives et musicales indique qu'elles semblent avoir été bien perçues.

La communication en direction des homosexuels a suscité, pendant longtemps, polémiques et interrogations. Aujourd'hui, la population homosexuelle dispose d'un large éventail de moyens de communication. L'homosexualité est présente dans les campagnes grand public qui sont abondamment relayées par les initiatives des médias homosexuels. Malgré le bon niveau d'information des homosexuels sur les questions de sida, des attentes importantes demeuraient en 1998. Elles concernaient en particulier les pratiques à risque et les traitements avec l'idée sous-jacente que l'efficacité thérapeutique pourrait entraîner un certain relâchement dans la protection.

Pour les usagers de drogues, la communication est complémentaire des actions de terrain et des mesures générales concernant l'accès aux seringues et à la prise en charge. Outre l'utilisation de médias spécifiques, les risques représentés par le partage des seringues ont été traités dans le cadre des campagnes grand public. Il n'est pas possible de distinguer, dans l'évolution favorable des comportements, les rôles respectifs des campagnes institutionnelles et des actions de terrain. Des efforts importants restent cependant à faire en ce qui concerne les risques de mise en commun du matériel (hors seringue), l'hépatite C et la prévention du risque sexuel.

L'initiative engagée à titre expérimental, en 1998, en direction des groupes en situation de précarité a montré toute la difficulté de communiquer sur la prévention et le VIH. Les affiches ont été mal perçues et mal comprises, du fait notamment de la difficulté de ces personnes à se projeter dans l'avenir.

Les campagnes de communication diffusées dans les médias à l'intention de l'ensemble de la population ou ciblant plus particulièrement certains groupes ou certaines situations constituent un élément majeur des politiques de prévention, qui conjuguent information et communication, actions de proximité, conseil personnalisé et accessibilité aux moyens préventifs (notamment les préservatifs, gel, seringues, dépistage, etc.).

En 1987 (année de la première campagne), une priorité s'imposait à la communication : faire prendre conscience à une population mal préparée, de la gravité de la maladie et de la réalité de son caractère pandémique, tout en luttant contre sa diffusion par une réhabilitation du préservatif. L'approche favorisée à l'époque consistait à séparer nettement une communication « produit » sur le préservatif et la communication sur la maladie, placée sur un axe de solidarité envers les personnes atteintes.

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), puis l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) ont, dans les grandes lignes, poursuivi cette démarche au fil des années. De 1989 (date de sa création) à 1994 (date de sa dissolution), l'AFLS a ainsi conduit onze campagnes de promotion du préservatif, dans un objectif de banalisation du produit et de valorisation de son utilisateur, dans un contexte systématiquement dissocié de celui de la maladie (« le préservatif préserve de tout, même du ridicule » ou « de tout, sauf de l'amour », etc.). La communication sur la maladie a été, quant à elle, fondée sur le témoignage (témoignages de proches sous forme de spots TV) ; mais, dès 1991, compte tenu du phénomène d'usure du discours sur le sida, l'AFLS a privilégié le choix de médias différents et en particulier de l'affichage.

À partir de 1994, la lutte contre le sida a été confiée à la division sida de la Direction générale de la santé ; le CFES intervient comme opérateur pour les campagnes de communication et assure l'édition et la diffusion des documents. Le plan de communication adopté cette année là, a marqué une rupture par rapport à la stratégie de communication menée par l'AFLS depuis 1987. L'évolution générale de l'image du préservatif, et la diffusion des connaissances sur les modes de transmission et la maladie, ont permis de passer à une communication qui nuance un message jusque-là axé sur le « tout préservatif ». La communication fait désormais place à une échelle des risques en fonction des situations dans les trajectoires affectives et sexuelles des individus. Cet affinement du message, destiné à favoriser l'identification et qui s'attache à contourner les stratégies de sélection des partenaires et l'abandon du préservatif dès que la relation est investie affectivement, a aussi l'intérêt de s'adresser simultanément aux différents groupes de la population (hétérosexuels, homosexuels, usagers de drogues notamment) avec le même concept : ce ne sont pas les groupes qui sont à risque mais les situations. Cette stratégie mettait fin au découplage sida/préservatif qui avait constitué l'assise de la communication mise en œuvre par l'AFLS. Ainsi, en 1994, l'année où la sensibilisation est à son apogée, comme en ont témoigné le succès du premier *Sidaction* et les résultats de l'enquête KABP qui montraient un accroissement de la conscience individuelle du danger, le sida était déclaré « priorité de Santé publique ».

Les campagnes de communication grand public

C'est dans ce nouveau contexte qu'a été conçue la campagne de prévention tout public de l'été 1995. Cette campagne avait pour objectif d'informer un large public des situations à risque, des modes de transmission du virus et des moyens de s'en protéger. Huit thèmes étaient développés en treize annonces : le bon usage du préservatif, la dialogue autour de la sexualité (« Voici le moment rêvé pour placer le mot préservatif dans la conversation »), la première fois (filles/garçons, « Si vous vous faites tout un roman de votre première fois, voici les premières lignes »), il suffit d'une fois (homme/femme), le multipartenariat (homo/bi/hétéro, « Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses "ex" aussi », « Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme »), les différentes pratiques (homo/hétéro), le sexe sans risque et la prévention associée (« Vous utilisez toujours une seringue neuve pour un shoot. Vous voilà donc à moitié protégé »). Les annonces ont été diffusées dans la presse magazine tout public (36 titres) de juillet à septembre 1995.

Dans le prolongement de cette campagne, une nouvelle campagne, également dans la presse, a été lancée au printemps 1996 (de la mi-février à la mi-juin). Celle-ci s'adressait plus particulièrement aux plus de 30 ans qui ont tendance à éluder le risque de contamination pour eux-mêmes. Trois thèmes principaux étaient développés sous forme d'annonces double-page parues dans vingt-cinq titres de presse magazine : le multipartenariat dans le cadre de la rencontre (en déclinaison homosexuelle et hétérosexuelle avec le slogan « La vie est pleine de rencontres. Le sida aussi »), la relation durable qui développe le thème de l'abandon du préservatif et les modalités du test de dépistage (« Doit-on mettre un préservatif toute sa vie ? »), la prévention en direction des usagers de drogues (« Les dommages provoqués par les drogues sont encore plus graves depuis l'apparition du sida »).

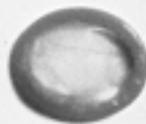
Le film phare de la campagne TV de l'été 1996 était le film *Le bal*, diffusé en deux vagues de 2 semaines en juillet et août. Ce film avait pour objectif de sensibiliser à une situation à risque classique : la rencontre de l'été. Il mettait en scène, en une minute, une situation de rencontre : le moment du slow pendant un bal avec comme slogan « Quel souvenir garderez-vous de vos vacances... Le sida ? ». Cette campagne a été complétée par une série de six messages radio qui déclinaient de façon explicite et informative les situations à risque : le multipartenariat, le partage des seringues et, pour les jeunes, la première fois.

Parallèlement à ces campagnes fortement axées sur la prévention, une communication visant à faire connaître l'information utile (lieux d'information de prévention, prise en charge, dépistage, etc.) a été développée, tout au long de la période, et notamment en 1995 et 1996, sous forme d'annonce dans la presse quotidienne régionale, de « plan de ville » et de plans de poche en partenariat avec des municipalités. L'objectif est ici de renvoyer les personnes vers les lieux d'information, de prévention, de dépistage et de prise en charge, les plus proches de chez eux.

L'arrivée, en 1996, des multithérapies, leur effet spectaculaire sur l'état des personnes atteintes, l'infléchissement des courbes de mortalité et d'incidence de la maladie ont transformé l'image sociale du sida.

Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses "ex" aussi.

L'été est le moment propice au coup de foudre. Parler du préservatif ensemble et l'utiliser systématiquement, permettent de se protéger. Contempler un homme, lui sussurer des mots, sortir avec lui, ne dit rien de son passé. Alors si vous craquez, n'oubliez pas le préservatif et ce, dès la première fois. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**



Dans un contexte médiatique potentiellement démobilisateur, car polarisé sur les progrès thérapeutiques, la stratégie de communication s'est orientée vers une sensibilisation au fait que le risque existe toujours. C'est dans cet esprit qu'a été mis à l'antenne, du 19 au 30 juin 1997 sur les six chaînes de télévision, le film *La route* qui, tout en prenant acte de l'espoir pour les personnes atteintes, devait alerter sur la permanence des risques. Mettant en scène un conducteur fatigué au volant de sa voiture, il s'attachait à réintroduire le risque de contamination comme un risque à la fois pour soi et pour les autres. Le risque rencontré sur la route par le conducteur représentait un risque impliquant et responsabilisant car mettant en jeu la vie de deux personnes.

Les avancées thérapeutiques ont par ailleurs motivé la mise en place d'un large dispositif d'information sensibilisant à l'importance d'une prise en charge précoce en cas d'exposition au risque. C'était notamment l'objectif de la campagne des mois de mai et juin 1998. Le film reposait sur la prise de conscience par un homme et une femme de 35 ans environ d'une prise de risque entraînant un sentiment de doute, de malaise et d'interrogation : « Que dois-je faire ? ». Ce malaise trouvait sa résolution dans la mise en avant du bénéfice du dépistage : l'accès rapide aux traitements efficaces. Cette campagne TV a été doublée d'une campagne de presse visant à approfondir le message délivré par le film. L'annonce reprenait le message central du film et le texte renvoyait aux ressources utiles comme *Sida Info Service*. Elle a été diffusée dans tous les titres de la presse TV en mai 1998.

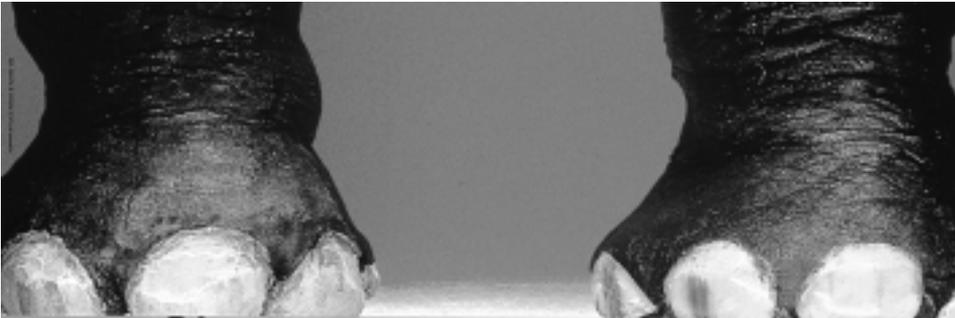
En 1998, deux ans après l'introduction des traitements antirétroviraux, une baisse de la perception du risque du sida a été observée à travers l'enquête KABP de 1998 (*voir partie II*), ceci dans un contexte de stabilité des nouveaux diagnostics de séropositivité et d'une augmentation probable du nombre de personnes porteuses du virus compte tenu de la baisse de la mortalité. Ces éléments plaidaient en faveur de la poursuite de la communication sur la prévention même si celle-ci semble désormais souffrir d'un phénomène d'usure (enquête KABP 1998)¹. La campagne d'affichage de l'été 1998 visait, néanmoins, sur le registre de l'humour, à saper les alibis de la non utilisation du préservatif : la taille du préservatif (affiche « Éléphant »), sa fiabilité et sa résistance (affiche « 650 % »), son efficacité préventive comme contraceptif vis-à-vis des MST et du VIH (affiche « Préservatif qui rougit »), le plaisir (affiche « Kamasutra »). La campagne a eu lieu deux semaines au mois de juillet 1998. Elle a précédé de quelques mois une nouvelle campagne de prévention à la télévision. Lancée en 1999, elle a eu pour objectif de faire réfléchir les individus sur les difficultés d'ordre psychologique, affectif et relationnel qui peuvent faire obstacle à l'utilisation du préservatif. À travers trois films, il s'agit de reconnaître que l'usage du préservatif ne va pas de soi tout en rappelant « Il y a toujours des milliers de nouvelles contaminations chaque année en France ».

Le deuxième aspect important de la communication des années 1995-1998 a été la campagne « Vivre avec ». La persistance d'opinions en faveur de mesures de contrôle des personnes atteintes ayant été relevée par l'enquête KABP de 1994, une campagne TV et cinéma a été lancée dès février 1995. Reprise en mars et juin, elle était constituée de trois films de 35 secondes qui avaient comme

¹ Les résultats de l'enquête KABP 1998 montrent une baisse de l'intérêt à l'égard des campagnes d'information sur le sida et sur les préservatifs, puisque 73 % des personnes interrogées se sont senties peu ou pas concernées en 1998 contre 63 % en 1994.

objectifs de mieux faire comprendre la vie des personnes atteintes, de renforcer le climat de solidarité à leur égard et de valoriser le rôle de l'entourage. Le parti pris était donc de faire évoluer la représentation du sida d'une équation sida = mort, à la notion qu'une vie avec le VIH est possible. Les thèmes abordés par les films étaient l'annonce de la séropositivité et le rôle de l'entourage familial (*Les deux frères*), la relation de couple (prévention et vie affective, *Le couple*), l'acceptation en milieu professionnel (*L'entreprise*). Le film *Le couple* a été diffusé au cinéma en mai et juin pour renforcer l'impact auprès des jeunes. Le thème de cette campagne a été repris à l'occasion du 1^{er} décembre en 6 films courts de 1 minute 30 illustrant chacun un aspect de la maladie.

La campagne sur la vie avec le VIH de l'été 1997 a été marquée par le souci d'intégrer le nouveau contexte de la maladie. Les objectifs étaient de conforter, d'une part, les attitudes de solidarité à l'égard des personnes touchées dans le contexte des nouveaux traitements et, d'autre part, les comportements de prévention à travers la proximité et l'identification aux personnes touchées. Les films mettaient en scène une personne atteinte avec ses parents (*La famille*), un couple sérodiscordant (*Le couple*), une personne atteinte au travail (*L'entreprise*). Chaque film se concluait par la même signature exprimant le message de la campagne : « Sida, la science progresse, et la solidarité ? »



Si vous ne trouvez pas de préservatif à votre taille, vous êtes un éléphant.

Sida. Aujourd'hui on peut faire beaucoup.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ - SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

SIDA INFO SERVICE: 0 800 840 800



Source : CFES

Les indicateurs d'évaluation de la communication et leurs limites

L'évaluation de l'effet immédiat d'une campagne médiatique sur le grand public est effectuée par la technique du post-test qui constitue, dans la plupart des cas, l'unique évaluation d'un programme de communication. Le post-test est un outil d'évaluation de stratégie publicitaire qui permet, grâce à des enquêtes par sondage menées après la période de diffusion, de connaître la mémorisation, la compréhension, l'agrément et la force d'implication d'une création visuelle ou sonore (spot TV ou radio, affiche, annonce presse, dépliant, etc.), d'un slogan ou d'un message. Le post-test doit permettre à la fois de s'assurer de la performance du plan média et d'analyser l'efficacité publicitaire de la campagne. La performance du plan média est estimée en fonction des résultats d'audience recueillis auprès de la cible visée par chacun des écrans publicitaires dans lesquels ont été diffusés les messages de la campagne. Ces résultats sont exprimés en GRP (*Gross Rating Point*)². L'impact de la campagne doit également être analysé au regard du budget investi, du contexte (période de diffusion, première vague de campagne ou seconde vague, etc.) et du moment auquel a été réalisé le post-test (quelques jours ou quelques semaines après la diffusion). L'analyse de l'efficacité de la campagne tend à vérifier si les messages ont été vus, compris, s'ils ont recueilli l'adhésion du public visé et ont suscité une implication, voire s'ils ont été incitatifs à un changement d'opinion et/ou d'attitude. On attirera cependant l'attention ici sur les limites de ces indicateurs et sur les difficultés que pose parfois leur interprétation. Les indicateurs utilisés sont les mêmes pour tous les post-tests, alors que la signification de ces indicateurs varie selon l'objectif de la campagne (informer, inciter à réfléchir, promouvoir le préservatif, etc.) ; selon le fait qu'il s'agit d'un thème nouveau ou du rappel d'une communication antérieure ; selon sa complémentarité avec d'autres modes d'information ou de communication ; selon le média utilisé et l'intensité de la campagne (durée, couverture, etc.). De plus, on ne dispose pas d'indicateurs de référence qui permettraient de situer les valeurs observées dans les campagnes VIH par rapport à d'autres dans le domaine de la santé. Enfin, il faut rappeler que la communication institutionnelle se conjugue à de nombreuses autres sources et formes d'intervention et de communication pour contribuer à l'évolution des attitudes et des opinions, qui ne peut être appréciée que par le croisement de nombreuses données, comme celles présentées dans les chapitres précédents.

L'analyse des résultats des post-tests des campagnes de la période 1995-1998 a cependant permis de dégager quelques grandes tendances.

Des scores de reconnaissance difficiles à anticiper

Les scores de reconnaissance des campagnes « Prévention » ont varié de 36 % à 56 % selon les années (*tableau IV.1*). Si les scores de reconnaissance semblent bien liés au nombre de GRP (voir, par exemple, campagnes presse de 1995 et 1998 et campagne TV de 1998), ce lien n'est pas systématiquement observé : ainsi, malgré une durée de campagne, un investissement budgétaire et une pression publicitaire sensiblement équivalents, la campagne presse de

² Des précisions sur les GRP et les indicateurs utilisés dans les post-tests sont disponibles dans la *fiche méthodologique n° 33* située en fin d'ouvrage.

Tableau IV.1
Impact et implication suscités par les campagnes de communication grand public (1995 à 1998)

	Presse 1995	Presse 1996	Presse 1998 (4 affiches)	TV 1996 (Le bal)	TV 1997 (La route)	TV 1998 (2 films)	TV 1995 (3 films)	TV 1997 (3 films)
Thème	Prévention	Prévention	Prévention	Prévention	Mobilisation	Dépistage	Vivre avec	Vivre avec
Impact								
Durée	3 mois	4 mois	2 semaines	2 fois 15 j	2 semaines	2 semaines	Sur 3 mois	15 j chacun
Budget	7,6 MF	7,8 MF	5 MF	5 MF	5 MF	5 MF	11,4 MF	8 MF
Gross Rating Point	502	514	1760	345	324	493	348/378/330	285/299/247
Reconnaissance*	56	38	54	37	36	57	52/44/23	52/48/40
Agrément* (Plait beaucoup + assez)	74	73	54 à 83	86	71	84	76	76/83/79
Image de la campagne								
Bien compréhensible	84	84	81	90	70	94	87	88
Convaincante	73	73	76	77	68	83	69	75
Ne change pas mon comportement	-	68	69	62	66	61	-	-
Me touche personnellement	42	43	44	49	45	49	42	60
Choquante	18	10	17	9	11	8	-	9
Résonance de la campagne* (s'est senti concerné)								
Pour son entourage	53	56	51	51	41	32	58	46
Pour sa famille	51	56	36	47	40	39	54	39
Pour soi	37	39	33	35	34	48	36	35
Impact perçu de la campagne* (incite à)								
Être fidèle	33	46	-	37	36	48	-	-
Utiliser des préservatifs	32	28	-	23	22	47	-	-
Sélection partenaires	26	24	-	19	20	39	-	-
Moins de partenaires	18	16	-	14	-	29	-	-
Faire un test	20	18	-	7	12	28	-	-
Plus à l'écoute des VIH*	-	-	-	-	36	-	-	52
Plus proche des VIH* et des malades	-	-	-	-	32	-	47	47

* %.

1996 a été moins remarquée que celle de 1995 (score de reconnaissance de 38 % *versus* 56 %). Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que cette campagne reprenait certains des thèmes de la campagne précédente, qui, déjà connus, ont moins marqué les esprits.

Les deux films « Prévention » de la période étudiée ont fait l'objet d'un investissement publicitaire similaire (345 GRP pour *Le bal*, 324 GRP pour *La route*). Leur score de reconnaissance est le même (36 %) malgré une durée de campagne légèrement supérieure pour *Le bal* (2 fois deux semaines contre deux semaines). Le nombre de GRP est sans doute insuffisant pour expliquer pourquoi ces deux films ont été assez peu vus car, à nombre de GRP inférieurs ou équivalents, les films sur le thème « Vivre avec » ont obtenu des scores de reconnaissance globalement supérieurs. Pour le film *Le bal* en 1996, une partie de l'explication est à chercher dans son contenu peut-être trop consensuel pour pouvoir réellement retenir l'attention. De plus, ce film, qui a immédiatement fait suite à la longue campagne presse (4 mois de février à juillet 1996) a peut-être été victime d'une certaine usure du discours. Quant au film *La route*, son impact relatif sur la population ne semble pouvoir s'expliquer que par un contexte médiatique peu mobilisateur en 1997 car essentiellement centré sur les progrès thérapeutiques : 48 % des personnes qui l'ont vu étaient d'accord pour dire « qu'il ne se remarquait pas assez ».

À l'inverse, les films de la campagne « Vivre avec » ont marqué fortement les esprits, aussi bien lors de la première campagne en 1995 que lors de la seconde en 1997. Il est difficile d'expliquer pourquoi ces films ont autant attiré l'attention, notamment lors de la deuxième vague en 1997 qui a fait l'objet d'un investissement GRP inférieur à 300 et d'un post-test tardif (en octobre alors que la campagne a été diffusée pendant l'été). Il faut sans doute y voir l'effet de la qualité reconnue aux films et de l'adhésion à un nouveau concept. Le film sur le contexte professionnel diffusé en 1995 (*L'entreprise*) a été cependant moins bien reconnu que les autres alors que le thème a été désigné prioritaire par le public ; cette différence tient peut-être à ce que ce film abordait une situation à laquelle il était, pour l'opinion, moins facile de s'identifier.

Des agréments élevés et des campagnes positivement perçues

Les campagnes de communication de la période 1995-1998, quel que soit le thème abordé, ont toutes obtenu des scores d'agrément élevés (*tableau IV.1*). Dans leur ensemble, elles ont plu (beaucoup ou assez) à au moins 70 % des personnes interrogées. Les quelques exceptions ont concerné des affiches qui ont parfois été trouvées choquantes : cela a été notamment le cas de l'affiche « 650 % » de la campagne d'été 1998 sur la fiabilité et la résistance du préservatif qui a obtenu un agrément de 54 %. Mais cette affiche, qui a parfois été jugée d'un humour douteux par une partie de la population interrogée, est aussi celle qui a obtenu le score de reconnaissance individuelle le plus élevé (33 % *versus* 26 %, 14 % et 22 % pour les trois autres).

L'agrément peut être mis en relation avec les qualités reconnues aux différentes campagnes : « utiles », « compréhensibles » et « convaincantes » sont des items qui enregistrent des scores élevés (70 % et plus). On notera cependant une exception avec le film *La route*. Celui-ci s'efforçait de faire une analogie entre une situation de la vie courante, la conduite automobile, et un risque pour tous, le VIH, analogie qui ne semble pas avoir été bien comprise. À l'inverse, le film

Le bal et les films de la campagne « Vivre avec » ont été plébiscités pour leur clarté (respectivement 90 % et 88 %).

Des processus d'implication complexes et difficiles à isoler

En terme d'implication, les campagnes réussissent à provoquer une implication personnelle ; l'item « me touche personnellement » se situant toujours aux alentours de 45 % (il a atteint 60 % pour la campagne « Vivre avec » de 1997, *tableau IV.1*). Cependant, il est intéressant de remarquer que, exception faite de la campagne sur le dépistage, les personnes interrogées se sont senties concernées plus pour leur entourage ou leur famille que pour elles-mêmes.

Cet item de résonance est particulièrement important car il aide à mettre en lumière la complexité des processus individuels et identificatoires qui contribuent à l'évolution des attitudes. Ainsi, bien qu'une forte majorité de répondants, généralement supérieure à 70 %, soit d'accord pour dire que les campagnes sont convaincantes, une proportion presque similaire (entre 60 % et 70 %) déclarent également que les campagnes ne changeront rien à leur propre comportement. Cela peut s'expliquer par le fait que les répondants considèrent que leur comportement ne les expose pas au risque (ils ne sont pas personnellement concernés) et qu'ils n'ont donc pas à changer leur conduite. Seules des analyses plus fines des données des enquêtes post-tests permettent de comprendre cet apparent paradoxe et de montrer que si la perception du risque n'implique pas forcément la perception d'un risque pour soi, la gestion du risque dépend bien des modalités de perception du risque pour soi. Cela peut être illustré avec les résultats de la campagne presse de 1995. Celle-ci a été jugée compréhensible (84 %) et convaincante (73 %) par l'ensemble de l'échantillon des 15-49 ans interrogés ; elle a suscité une implication pour son entourage (53 %), sa famille (51 %) plutôt que pour soi (37 %). À l'issue de cette campagne, un pourcentage relativement faible (32 %) des personnes interrogées a déclaré avoir été incité à utiliser des préservatifs ; une même proportion à être fidèle. Chez les 15-25 ans, la reconnaissance était de 75 % (*versus* 56 % pour l'ensemble de l'échantillon)³. Ces derniers se sont d'abord sentis concernés pour eux-mêmes (70 %) à la différence des plus âgés qui se sont sentis essentiellement concernés pour les autres. Ainsi, chez les jeunes, il semblerait que la campagne ait effectivement contribué à renforcer les attitudes préventives puisque 64 % des 15-25 ans se sont déclarés incités à utiliser des préservatifs, 75 % parmi ceux ayant fait une nouvelle rencontre dans l'année.

L'interprétation des indicateurs est un peu plus aisée lorsque la campagne a su provoquer une implication personnelle comme ce fut le cas pour la campagne sur le dépistage précoce en 1998. Au moment du post-test, 48 % des personnes interrogées ont déclaré s'être senties concernées pour elles-mêmes. C'est pourquoi, sans doute, les scores d'incitation à un changement de comportement sont plus élevés : 47 % ont déclaré avoir été incités à utiliser un préservatif, 48 % à être fidèles et 28 % à faire un test. Cette campagne apporte également une autre information importante : la communication sur le dépistage semble avoir

³ Le groupe des 15-25 ans avait été soumis à une pression publicitaire plus forte (GRP de 650 *versus* 502 pour l'ensemble de l'échantillon), mais cet élément, à lui seul, ne suffit pas à expliquer une telle différence dans le score de reconnaissance.

aujourd'hui un pouvoir d'implication personnelle plus fort que la communication sur les situations à risque ou le préservatif.

Pour les campagnes sur le thème « Vivre avec le VIH », le niveau d'analyse est un peu différent. Il est sans doute moins nécessaire de se sentir personnellement concerné pour se sentir solidaire. À l'issue de la campagne de 1997, 82 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elle aidait à mieux comprendre la situation des personnes séropositives ou malades du sida (78 % en 1995), remplissant ainsi les objectifs fixés. Cependant, en 1995 comme en 1997, le sentiment personnel de proximité « se sentir plus proche d'une personne séropositive ou malade du sida » n'a pas évolué, ne concernant encore qu'une personne sur deux. Ce dernier indicateur marque bien toute la distance entre le consensus social de solidarité avec les personnes infectées et les attitudes personnelles, comme l'ont encore montré les résultats de l'enquête KABP de 1998 (*voir partie II*).

Ces données qui ne font qu'illustrer les principaux aspects de la communication publique dans le domaine de l'infection à VIH montrent non seulement toute la difficulté à créer des campagnes de communication impliquantes – ce n'est pas un hasard si leur fabrication implique un large éventail de décideurs, d'épidémiologistes, de chercheurs en sciences sociales et d'acteurs de terrain – mais aussi les difficultés que posent les outils disponibles pour en mesurer l'impact. Le CFES réfléchit actuellement aux améliorations possibles⁴ qui pourraient compléter une analyse plus fine des informations apportées par les actuels post-tests, notamment par des études qualitatives complémentaires.

Les campagnes de communication dans les départements d'outre-mer (DOM)

Plusieurs campagnes ont été réalisées dans les DOM depuis 1994. Les objectifs et les moyens de la communication à destination des DOM s'inscrivent dans la stratégie globale de communication sur l'infection à VIH au niveau national. Cependant, elles s'efforcent de prendre en compte les particularités locales en s'adaptant aux perceptions culturelles, à la diversité ethnique et éventuellement aux différences langagières, mais aussi au contexte épidémiologique particulier de ces départements.

Les pré-tests avaient permis d'identifier la place du discours sida dans cette région. Ce contexte était apparu marqué par des difficultés sociales et politiques inhérentes aux DOM : chômage, drogue, alcoolisme, suicide des jeunes, inceste, et de fortes aspirations d'évasion et de réussite sociale. À côté de ces difficultés jugées prioritaires par les habitants, le sida était avant tout ressenti comme un tabou et un fléau, une exclusion et vécu dans la souffrance et le silence. Dans ce contexte, les premières campagnes avaient comme principal objectif de contribuer à rompre le silence autour du VIH, avant même la sensibilisation et le développement des attitudes de solidarité.

Au niveau épidémiologique, les départements d'outre-mer apparaissent tout par-

⁴ On pourra lire à ce sujet « L'évaluation des programmes nationaux de communication. Propositions méthodologiques ». Dossiers techniques, Éditions CFES, Paris, juillet 1999, 29 pages.

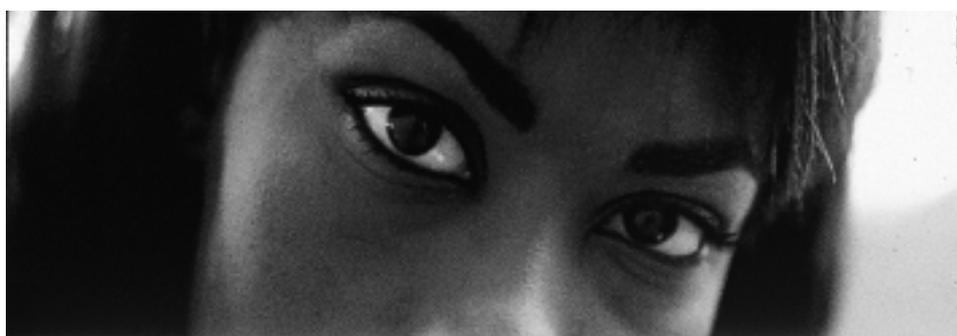
ticulièrement touchés par l'épidémie. Avec 287 cas de sida déclarés par million d'habitants entre juillet 1997 et juin 1998, la Guyane est le territoire le plus durement touché, devant la Guadeloupe (112 cas) et la Martinique (54 cas). Ces données épidémiologiques sont à mettre en relation avec les résultats de l'enquête ACSAG réalisée en 1993 qui avaient montré un multipartenariat fréquent souvent associé à une relation stable, plus de recours à la prostitution qu'en métropole, dans un contexte d'utilisation largement insuffisante des préservatifs compte tenu des pratiques rapportées. L'enquête avait également éclairé des attitudes marquées par un moindre niveau de tolérance vis-à-vis des personnes séropositives (*voir partie II*).

Les priorités stratégiques de la communication ont donc été, d'une part, la mobilisation et la responsabilisation vis-à-vis de la prévention en renforçant l'information sur les risques liés à certains comportements et à certaines pratiques (multipartenariat, stratégies de prévention illusoires comme la sélection du partenaire ou le recours irrationnel au test de dépistage) et, d'autre part, l'encouragement au rapprochement des personnes atteintes afin de faciliter leur acceptation par la société et la reconnaissance de la maladie pour favoriser un climat de solidarité.

En mai 1995 a été lancée dans les quatre DOM la campagne de presse qui avait été réalisée en métropole en janvier de la même année. Cette campagne presse reprenait les thèmes du bon usage du préservatif (mode d'emploi, « Face au sida, apprenez à vous protéger »), les situations sexuelles à risque (« Voici la seule protection efficace contre le sida »), le multipartenariat (« Si on a plusieurs partenaires, pour ne pas multiplier les risques, il y a le préservatif »), auxquels avait été ajouté un volet sur la transmission materno-fœtale (« Quand une femme se protège du sida, elle protège aussi ses futurs enfants »). Ces annonces ont été diffusées en deux vagues (mai/juin et octobre/novembre) dans la presse quotidienne régionale (5 titres) et la presse hebdomadaire locale (6 titres). Elles ont été complétées en 1996 (en février et juin) et 1997 (en novembre) par une campagne radio qui visait à renforcer l'information sur les situations à risque et les moyens de protection. Les 7 messages de 30 secondes abordaient avant tout le thème de l'utilisation du préservatif pour les multipartenaires : « Le préservatif est la meilleure protection contre le virus du sida et les MST. Protégez-vous du sida. Protégez les autres ». Les autres thèmes abordaient la prise de risque sous l'effet de l'alcool, la transmission materno-fœtale (« Avant toute grossesse, pensez au test. Dans les centres de dépistage et dans les dispensaires, c'est gratuit et anonyme. Parlez-en à votre médecin, il saura vous conseiller »), et la bisexualité (« Quel que soit votre partenaire, le préservatif est la meilleure protection contre le virus du sida et les MST. Protégez-vous du sida. Protégez les autres »).

Enfin, en 1998, de la même manière qu'en métropole, les DOM ont fait l'objet d'une campagne TV de sensibilisation sur le dépistage précoce diffusée du 2 au 15 juin dans une version spécifique (la personne concernée était une femme et non un homme). Cette campagne a été doublée pendant une semaine d'annonces diffusées dans la presse TV.

La campagne TV sur la vie avec le VIH a été diffusée dans les DOM au cours des années 1996 et 1997, en trois vagues (octobre/novembre 1996, février 1997 et novembre 1997). Comme pour la métropole, l'objectif était double : montrer que la vie est possible pour les personnes atteintes et favoriser des attitudes de tolérance, de solidarité et de soutien.



A quoi ça sert de se faire dépister au plus vite ? A bénéficier plus vite de traitements efficaces.

PLUS D'UN TIERS DES PERSONNES CONTAMINÉES PAR LE VIRUS DU SIDA NE DÉCOUVRENT LEUR SÉROPOSITIVITÉ QU'À UN STADE DÉJÀ AVANCÉ DE L'INFECTION.

Or, aujourd'hui, il existe des traitements efficaces :

ils permettent de ralentir considérablement l'évolution de l'infection, et peuvent être présents tôt après une contamination. Les techniques de dépistage permettent de savoir dès le 15^{ème} jour si on a été contaminé par le VIH (mais 3 mois sont toujours nécessaires après la dernière prise de risque pour être sûr que l'on n'est pas contaminé).

C'est pourquoi il est recommandé de consulter un médecin dans les jours qui suivent

une prise de risque, c'est-à-dire quand on a eu un rapport sexuel non protégé avec une personne dont on ne connaît pas le statut sérologique

ou quand on a partagé une seringue lors d'un usage de drogue. Il est également important de consulter quand on a des doutes et qu'on veut faire le point.

Pour savoir où vous adresser près de chez vous, pour connaître l'adresse de la Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit la plus proche : Sida Info Réunion, 75 0123, Minitel 3611, taper sida et le nom ou n° de département. **Pour en savoir plus,** une brochure est à votre disposition chez les médecins et dans les pharmacies, ou au CFES, 3615 CFES-11, 15 07ème.

Le dépistage est une démarche libre et volontaire.

Il n'est jamais trop tard pour bénéficier d'une prise en charge médicale.

SIDA
INFO
RÉUNION:
75
0123
appel
anonyme
et gratuit

La précocité des traitements favorise leur efficacité.

Le sida ne se guérit pas. La meilleure solution c'est de se protéger et de protéger les autres.

Sida.
Aujourd'hui, on peut faire beaucoup.
Mais rien sans vous.

CETTE CAMPAGNE DE PRÉVENTION ET D'INFORMATION EST RÉALISÉE AVEC LE SOUTIEN DE ► MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ - SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Source : CFES

La campagne a reposé sur l'adaptation des deux films utilisés en métropole en 1995 sur les thèmes de l'annonce de la séropositivité et l'infection à VIH au sein du couple. Les deux films ont été réalisés par un réalisateur d'origine réunionnaise et tournés à la Réunion. Le film *Les deux frères* est devenu *Les deux sœurs* et *Le couple, La montagne*.

Le thème de la vie avec le VIH a fait l'objet d'une nouvelle campagne au début de l'année 1998 avec deux films de 45 secondes dont l'un avait été produit par une réalisatrice martiniquaise. Cette campagne visait à montrer la nécessité de soutenir les personnes atteintes dans leur vie quotidienne et dans l'observance des nouveaux traitements. Ainsi, le film *Le frère* abordait les difficultés d'acceptation de la maladie d'un proche par son entourage face à la pression « du qu'en-dira-t-on », particulièrement fort dans le contexte insulaire. *La nouvelle vie* traitait du rôle que pouvaient jouer la famille et l'entourage immédiat dans l'observance des traitements (soutien moral et enjeux de santé liés à la non observance). Ces deux films ont été repris au début de l'année 1999 dans les quatre départements et seront à nouveau diffusés en fin d'année (novembre, décembre).

Les campagnes de communication des DOM sont évaluées de la même manière que celles de la métropole (technique des post-tests). Cependant, les données des post-tests réalisées après les premières campagnes étant d'une qualité insuffisante, nous nous attachons surtout aux résultats de la période 1997-1999. L'analyse ne fait pas mention des GRP qui sont mal mesurés par les instituts spécialisés dans les départements d'outre-mer.

Des scores de reconnaissance particulièrement élevés et supérieurs à ceux de la métropole

Quels que soient le thème et le canal utilisé (TV, presse, radio), les campagnes sont massivement vues et reconnues par les habitants des DOM (*tableau IV.2*). L'explication la plus probable se trouve dans la forte demande d'information régulièrement soulignée dans les post-tests. Dans le dernier post-test, réalisé au début de l'année 1999 suite à la diffusion de la campagne « Vivre avec », 60 % des habitants de la Guadeloupe et 49 % de ceux de la Guyane estimaient encore que l'on ne parlait pas assez du sida. Ces chiffres, même s'ils enregistrent un léger recul par rapport à ceux de l'année précédente (66 % et 56 %), restent encore très supérieurs à ceux enregistrés dans la population générale métropolitaine.

Un niveau d'agrément élevé

Au-delà de la comparaison avec la métropole, il est intéressant de souligner que les scores d'agrément élevés (régulièrement supérieurs à 80 %, *tableau IV.2*) enregistrés dans les DOM montrent la qualité de l'adaptation des campagnes de la métropole au contexte de l'outre-mer. Cette adaptation est nécessaire si l'on veut engendrer des processus d'identification efficaces. Cette nécessité apparaît à nouveau lors du post-test de la campagne sur le dépistage de 1998. Des deux spots, le premier, qui mettait en scène une femme antillaise, a été davantage identifié que le second montrant un homme métropolitain.

Tableau IV.2
Impact et implication suscités par les campagnes de communication à destination des DOM (1996 à 1999)

Thème	Radio/TV 1996				TV 1999		TV 1998			
	Antilles		Vivre avec (2 films) Guyane		Réunion	Vivre avec (2 films) Guyane Guadeloupe		Dépistage Guadeloupe Guyane		
Reconnaissance*	68 (radio) 86 (TV)		49 (radio) 77 (TV)		39 (radio) 81 (TV)	82	93	80	80	
Agrément* (Plait beaucoup + assez)	78/79		78/61		83/82	84/67	86/75	90	83	
Image de la campagne*	<i>Radio</i>	<i>TV</i>	<i>Radio</i>	<i>TV</i>	<i>Radio</i>	<i>TV</i>				
Bien compréhensible	94	93	92	91	92	92	89	88	88	91
Convaincante	82	81	83	78	87	81	76	85	81	75
Ne change pas mon comportement	48	47	56	61	34	45	57	50	47	52
Me touche personnellement	77	77	69	71	67	70	65	79	66	61
Choquante	38	37	31	28	25	20	28	29	-	-
Résonance de la campagne* (s'est senti concerné)										
Pour son entourage	-	-	-	-	-	-	74	84	78	81
Pour sa famille	-	-	-	-	-	-	65	75	68	71
Pour soi	-	-	-	-	-	-	57	70	52	54
Impact perçu de la campagne* (incite à)			(TV + radio)					(TV + Presse)		
Être fidèle	71		76		80	81	82	74	75	
Utiliser des préservatifs	59		62		52	81	77	73	81	
Sélection partenaires	67		70		49	76	90	80	83	
Moins de partenaires	64		60		45	71	77	69	71	
Faire un test	50		57		30	-	-	77	80	
Mieux comprendre la situation des séropositifs	89		85		89	87	94	-	-	

* %.

Des campagnes impliquantes qui engendrent des attitudes préventives

Non seulement les campagnes arrivent à provoquer une implication personnelle forte (voir score de l'item « me touche personnellement », *tableau IV.2*), mais, contrairement à la métropole, les personnes qui ont vu les campagnes se sentent fortement concernées avant tout pour elles-mêmes, ce qui se prolonge par des attitudes favorables à un changement de comportement (incitation personnelle à changer). Ainsi, par exemple, à l'issue de la campagne TV de 1998 sur le dépistage, plusieurs items recueillaient une forte adhésion :

– 73 % des personnes interrogées en Guadeloupe et 81 % en Guyane ont déclaré que cette campagne les incitait personnellement à utiliser les préservatifs. Cet item enregistre cependant un léger recul par rapport à 1997 (campagne radio) où il était respectivement de 88 % aux Antilles et 90 % en Guyane.

– 69 % en Guadeloupe et 71 % en Guyane ont déclaré être incités à avoir moins de partenaires et plus de 80 % à prendre des précautions dans le choix de leurs partenaires, notion qui pose cependant quelques problèmes quant à sa signification.

– L'incitation à la fidélité reste également élevée : 74 % en Guadeloupe, 75 % en Guyane ; elle était respectivement de 74 % et 76 % en 1997.

– Enfin, suite à la campagne sur le dépistage, 87 % des répondants guadeloupéens et 89 % des Guyanais ont déclaré que cette campagne les inciterait à aller voir un médecin après une situation à risque ; respectivement 77 % et 80 % à faire un test de dépistage. Néanmoins, comme en métropole, des incompréhensions demeuraient concernant les délais à respecter entre exposition au risque et dépistage.

Les campagnes « Vivre avec le VIH » ont également eu un pouvoir d'implication très fort, non seulement en terme de solidarité envers les personnes séropositives (qui est le premier objectif de cette campagne), mais aussi quant aux stratégies préventives déclarées.

En février 1999, environ 90 % des répondants ont déclaré que cette campagne aidait à mieux comprendre la situation des personnes atteintes et les incitait à réfléchir sur leur propre comportement vis-à-vis d'elles. Plus de 80 % se sont déclarés plus conscients de l'importance du suivi des traitements et des difficultés quotidiennes des personnes infectées. La campagne a aussi été appréciée pour sa capacité à améliorer les connaissances sur les traitements (61 % en Guadeloupe, 47 % en Guyane).

En terme d'incitation à un changement d'attitudes, la fidélité a connu son meilleur score lors de cette campagne (autour de 80 %). L'incitation à utiliser des préservatifs était supérieure à 75 % en Guadeloupe et en Guyane. Il est également intéressant de constater que, même si les habitants des DOM se montrent particulièrement optimistes sur le traitement de l'infection à VIH (ils sont environ 60 % à penser que « aujourd'hui, on peut soigner le sida »), plus de 90 % d'entre eux sont en désaccord avec l'idée qu'il est moins nécessaire de se protéger désormais en raison de l'existence de ces traitements.

Ainsi, dans les DOM, les premières campagnes de prévention ont contribué à rompre le silence autour du VIH. Elles ont été par la suite axées sur l'utilisation du préservatif par les multipartenaires (beaucoup plus nombreux dans cette région qu'en métropole), l'incitation au dépistage et la solidarité. Cependant, de

nombreuses attentes demeurent. La volonté d'être plus informé sur la prévention du sida a été à nouveau constatée lors du dernier post-test (février 1999). Les personnes se déclarant bien informées sur la prévention étaient moins nombreuses que lors des précédents post-tests : 75 % en Guadeloupe, 80 % en Guyane (contre 91 % en 1996). Le même besoin d'information concerne les progrès en matière de traitement. Enfin, 60 % des Guadeloupéens interrogés pensaient qu'on ne parlait pas suffisamment du sida dans leur île contre 49 % des Guyanais. Ces demandes sont d'autant plus importantes que la situation épidémiologique reste préoccupante : la proportion de tests positifs rapportés dans les CDAG des Antilles et de la Guyane était en 1997 encore très supérieure à la moyenne métropolitaine.

Les campagnes auprès des jeunes

Les jeunes restent une cible privilégiée de la prévention de l'infection à VIH. Celle-ci repose principalement sur les actions menées en milieu scolaire et qui ne sont pas traitées dans cet ouvrage. De plus, la communication grand public décrite précédemment s'adresse aussi aux jeunes. À cela s'ajoute des campagnes spécifiques menées par le CFES et reconduites d'année en année qui ne sont donc qu'un complément à ces activités. À la différence des campagnes évoquées précédemment, l'impact est apprécié de façon plus grossière par la participation des jeunes aux activités proposées et non par les méthodes post-tests classiques inadaptées ici.

Les campagnes spécifiques en direction des jeunes ont privilégié deux portes d'entrée : la musique et le sport.

Chaque été, de 1995 à 1998, une opération intitulée « Plus de bruit contre le sida/Cités Rock » a été mise en place en coordination avec les DDASS. L'idée était de créer dans les quartiers choisis (« prioritaires »), des ateliers radio pour les jeunes qui sont chargés de la réalisation des reportages et interviews. Ceux-ci sont diffusés sur une radio temporaire de quartiers, l'antenne s'articulant autour de débats thématiques animés par les jeunes. En 1996 et 1997, les messages enregistrés par les jeunes dans le cadre de ces ateliers ont été repris et diffusés au niveau national sur Fun Radio. De plus, le jour de « Cité Rock » (concert organisé par le Réseau Printemps) un stand « Plus de bruit contre le sida » est mis en place et animé par les acteurs locaux de prévention.

En 1997, l'opération « Flyers Techno » a cherché à intégrer le discours de prévention dans l'univers techno fédérateur pour certains jeunes. Quatre thèmes étaient abordés : le bon usage du préservatif, les modes de transmission, les sexualités, la gestion du risque et la perte de vigilance dans un contexte de fête. Les prospectus (750 000) ont été distribués auprès de 500 établissements sélectionnés à partir d'un annuaire des contacts professionnels du mouvement techno (*House Nation Book*), par l'intermédiaire du syndicat national des établissements gay, et des associations de prévention en milieu techno. Cette initiative a été reprise en 1998 lors d'une opération appelée « Teknocolor » qui a été mise en place dans les principaux événements techno de l'été. Cette opération combinait une série d'affiches et un CD mixant des messages de prévention et de la

musique techno. Les messages ont été repris dans la presse jeune musicale, lors d'émissions de musique télévisées et dans différentes radios.

Les bilans réalisés à l'issue de ces manifestations ont établi qu'elles étaient bien perçues par les jeunes. En 1998, le nombre de spectateurs d'un concert « Cité Rock » était en moyenne de 800 dans les 19 villes participantes. Cette opération est de plus en plus attendue par les médias locaux et régionaux (presse écrite et radio). La diversité des thèmes abordés, la multiplicité des outils et médias utilisés font, semble-t-il, le succès de ces opérations.

Via les opérations « Joue le jeu contre le sida » et « France Basket Tour 1996, Sprite Basket Tour 1997 et 1998 », la prévention est rattachée à un événement sportif. L'idée est de faire le lien entre les conséquences des prises de risque liées au sport et celles prises dans sa vie sexuelle. Pour cela, lors des tournois de basket de rue initiés par la Fédération française de basket ball, un dispositif de prévention est installé. Celui-ci est animé par des acteurs associatifs et institutionnels de la lutte contre le sida réunis par la DDASS. Un jeu test associant des questions de prévention et des questions sur le basket est proposé à chaque jeune.

En 1996, 5 000 jeunes auraient été touchés par cette opération. Environ 250 jeunes de 12 à 18 ans participent au tournoi et aux ateliers dans chaque ville, dont 14 % de filles. Il faut ajouter la présence de 1 000 visiteurs en moyenne, le plus souvent la famille et les amis des participants au tournoi de basket et qui sont aussi sensibilisés à la prévention.

Quel que soit le type de campagnes considéré (spécialisé ou généraliste), le vecteur de communication privilégié en direction des jeunes est la radio, via le partenariat du CFES avec des stations comme FUN (c'est le cas par exemple dans le cadre de l'opération « Cité Rock ») ou NRJ. Le bénéfice de cette communication repose sur la forte légitimité que les jeunes reconnaissent aux radios à communiquer sur le sida (« une radio de jeunes qui ne parlerait pas de sida perdrait sa vocation de médias »)⁵.

L'évaluation qualitative de différents matériaux utilisés a montré qu'il existait un certain rejet des jeunes vis-à-vis des spots purement informatifs perçus comme redondants, complexes et donc peu impliquants.

Les témoignages de jeunes semblent être le mode de traitement le plus adapté lorsqu'il s'agit d'aborder le thème de la prévention eu égard à leur forte capacité d'identification et de projection. Les autres locuteurs ne manquent pas de légitimité mais leur capacité à susciter une implication apparaît davantage limitée : ainsi, si les journalistes-animateurs sont appréciés, leur capacité à engendrer de l'adhésion est restreinte par leur statut même d'animateur qui les situe dans un registre considéré trop ludique par rapport au sida ; les leaders d'opinion ne sont reconnus comme interlocuteurs attractifs qu'à condition d'être perçus comme mobilisés et crédibles par rapport au sujet du sida. Par exemple, le spot sur l'acceptabilité du préservatif a été très bien accueilli en raison de la personnalité séductrice de Christophe Dechavanne alors que la participation de Jean Galfione à un spot sur les modes de transmission a été moins bien perçue notamment chez les jeunes de milieu populaire qui semblent peu connaître cet athlète. Enfin, les médecins spécialistes suscitent un sentiment de moindre proximité car ils

⁵ Résultats d'une étude réalisée auprès de 24 jeunes auditeurs de FUN et de NRJ au mois de décembre 1997 et janvier 1998.

sont d'abord les représentants d'une sphère éloignée du quotidien des jeunes. Pour être entendu, ces locuteurs doivent être capables de se mettre à la portée des jeunes, d'initier un véritable dialogue, éléments d'optimisation d'autant plus nécessaires que l'expert médical, perçu comme porteur de vérité et de repères, n'est jamais rejeté d'emblée.

Cette évaluation a montré que le sida restait un thème majeur de préoccupation des jeunes et, même si les comportements de prévention sont désormais bien intégrés (*voir partie II*), leur demande d'information reste importante. Cette demande porte notamment sur le virus et la maladie (l'avancée de la recherche, les symptômes de la maladie, les trithérapies, etc.), sur des aspects pratiques de la prévention (Comment utiliser un préservatif la première fois ? Où, quand et comment se faire dépister ?) et de l'information (renvoi à des associations, à des lignes téléphoniques comme *Sida Info Service*).

Communication en direction des homosexuels

Depuis 1995, les actions de communication sur l'infection à VIH s'adressent aux homosexuels masculins à la fois *via* des campagnes de prévention dans les médias grand public et *via* des campagnes ciblées dans la presse gay.

Les campagnes grand public

La première grande campagne grand public faisant une large place à l'homosexualité fut la campagne presse de l'été 1995. Parmi les 13 annonces réalisées, 5 concernaient directement ou indirectement les hommes ayant des rapports homosexuels (« Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme », « Heu-reux », « Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses ex aussi »). Cette campagne avait alors suscité des polémiques, certains redoutant l'impact que ces affiches pourraient avoir sur le grand public, d'autres les trouvant trop timides. L'évaluation réalisée par l'IFOP montra que seule une minorité des répondants au post-test s'était déclarée choquée (3 à 4 %) et que la communication sur les modes de vie gay était bien acceptée. Du côté des homosexuels, cette campagne a été saluée comme un tournant dans la communication, une première osant réellement afficher l'homosexualité dans les médias grand public. En complément de la campagne « Vivre avec » diffusée dans les médias grand public, la campagne d'affichage dans les lieux gay « S'aimer, s'aider et ne jamais céder » a eu une forte résonance auprès des homosexuels, notamment par le slogan « Mon copain est séropositif et je l'aime ».

En 1996, les campagnes presse et télévision de l'été ont à nouveau fait une place importante à l'homosexualité. Parmi les 5 annonces diffusées, celle du partenariat homosexuel (« Êtes-vous capable de mettre un préservatif en face de chacun de ces visages ? ») était la plus explicite. Cette affiche rappelait aussi la nécessité d'utiliser un gel avec le préservatif, qui s'est révélée une thématique très attendue par les homosexuels. Dans le film *Le bal*, qui reprenait l'idée de la rencontre, deux hommes étaient représentés dans une situation de trouble visible.

D'une manière générale, les campagnes menées en 1995 et 1996 ont été appréciées par leur complémentarité et par la synergie des médias utilisés⁶. En 1996, 95 % des homosexuels déclaraient s'être sentis concernés personnellement par les différentes campagnes (87 % en novembre 1995). Ils étaient concernés pour eux-mêmes à 84 % (*versus* 74 % en novembre 1995), pour leurs amis (74 % *versus* 71 %) et pour leur compagnon ou un ami (46 % *versus* 53 %). Les différentes campagnes ont suscité le dialogue : 6 homosexuels sur 10 ont parlé avec leurs amis, 1 sur 3 avec leur compagnon et 1 sur 5 avec un collègue de travail.

Concernant la prévention, les indicateurs de l'impact de ces campagnes apparaissent très positifs : 94 % déclaraient qu'elles permettaient de soutenir les homosexuels dans leur prévention au quotidien, 86 % qu'elles incitaient à utiliser systématiquement, en plus du préservatif, un gel à base d'eau. Pour 48 %, les campagnes de 1996 incitaient également à réduire le nombre de partenaires (33 % pour celles de 1995). Enfin, comme pour le grand public, la campagne « Vivre avec » a enregistré de très bons scores d'impact puisque 75 % des homosexuels se sentaient davantage à l'écoute des personnes séropositives et 69 % plus proches d'elles.

En 1997, les homosexuels, comme le grand public, ont assez peu reconnu le film *La route* diffusé en juin (33 % *versus* 38 % pour le grand public) en raison de la lassitude des homosexuels vis-à-vis des messages de prévention généralistes traités à la télévision et d'une trop grande proximité avec les publicités de fabricants automobiles ne permettant pas d'identifier spontanément l'émetteur (la voix off était indispensable à la compréhension du message).

À l'inverse, les films de l'été sur le thème « Vivre avec le VIH » (*La famille, Le couple* et *L'entreprise*) ont été bien perçus. La campagne a été jugée utile (89 %) et convaincante (66 %). 66 % des répondants se sont sentis personnellement concernés. L'adhésion tenait à ce que ces films illustraient que « la séropositivité pouvait concerner tout le monde » (92 %), qu'ils apportaient un soutien au séropositif en montrant que l'on peut aimer et être aimé en étant séropositif (89 %), et qu'ils permettaient à l'entourage de mieux comprendre la difficulté des personnes séropositives (82 %). Cependant, 76 % des homosexuels interrogés pensaient que ces films demandaient une sensibilisation préalable pour être compris du grand public.

Autant les campagnes télévisées ont été bien perçues, autant la campagne presse grand public de 1997 a été peu appréciée des homosexuels. Les messages ont été considérés trop généralistes, si bien que 64 % d'entre eux ne se sont pas sentis concernés ; 73 % ont eu du mal à les comprendre et 78 % ont considéré que les affiches n'avaient pas su trouver le ton juste. Paradoxalement, les thèmes traités ont été reconnus pertinents, en adéquation avec les comportements des gay et leurs besoins.

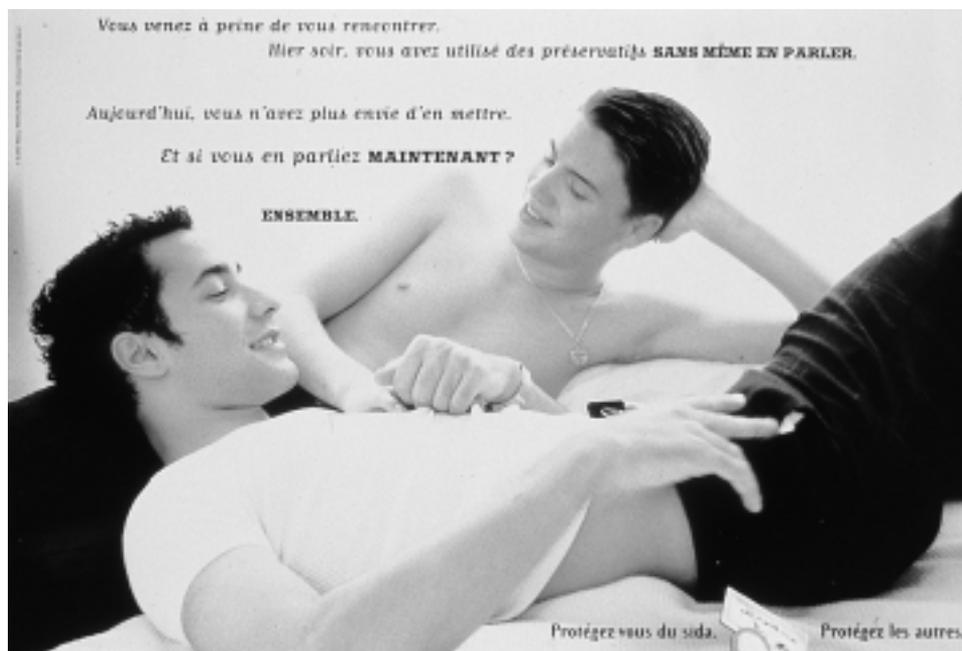
En 1998, la campagne TV du mois de juin sur le dépistage précoce a été vue par 41 % des homosexuels ayant participé au post-test *versus* 57 % pour le grand public. Cette différence peut s'expliquer en partie par le retard avec lequel le post-test a été réalisé auprès de cette population (décembre *versus* juin pour le grand public).

Parmi ceux qui avaient vu la campagne, l'adhésion était très bonne (96 % l'ont

⁶ Les campagnes sont généralement évaluées par une double approche quantitative et qualitative (voir fiche méthodologique n° 33).

jugée utile), la mise en scène de la défaillance collant bien à la réalité. Toutefois, si de façon spontanée un homosexuel sur deux (52 %) restituait l'idée que la campagne visait à inciter les personnes à consulter au plus vite après une prise de risque, des interrogations existaient sur la notion de délai. Seuls les mieux informés ont compris qu'il était fait référence au dépistage précoce. Le slogan de la campagne « Aujourd'hui on peut faire beaucoup mais rien sans vous » a été perçu comme ayant une forte valeur de responsabilisation des acteurs ; il reste majoritairement compris comme une incitation à la prévention et moins comme un recours à la consultation médicale.

La campagne d'affichage sur le préservatif de l'été 1998, à la différence de celle de l'année précédente, a obtenu un bon score de reconnaissance (60 %) et une forte adhésion (94 %), dans la lignée des appréciations formulées par le grand public. À l'issue de cette campagne, 72 % des homosexuels interrogés déclaraient qu'il n'était pas dépassé de parler du préservatif. Perçue comme s'adressant au grand public, 70 % des homosexuels ont cependant déclaré adhérer à cette campagne.



Source : CFES

Les campagnes dans la presse gay

L'autre volet de la communication sur les risques associés aux rapports entre hommes s'exprime dans la presse gay. En complément des campagnes grand public qui intègrent le thème de l'homosexualité, de nombreuses actions sont menées par ce canal. L'une des plus significatives est sans doute celle qui s'appuie sur la notoriété d'un illustrateur, José Cunéo, auteur de bandes dessi-

nées. En collaboration avec un psychologue, il produit, chaque année, une BD qui traite des conflits psychologiques liés à la prise de risque. Dans le registre de l'humour et en exploitant les mécanismes d'identification, il tente de favoriser la réflexion sur soi. Ces bandes dessinées qui ne sont pas signées par les pouvoirs publics renvoient à deux lignes téléphoniques : *Sida Info Service* et *Écoute Gaie*. Les bandes dessinées sont publiées dans une quinzaine de titres de la presse gay sur une période de 2 à 3 mois et sont toujours très attendues. Les BD plaisent par leur approche très connotée « culture gay » et bénéficient d'un fort agrément lié à l'humour (« Safe qui peut », « Sucrer or not sucrer »). Cependant, la complexité des thèmes abordés les a rendues moins lisibles en 1998. Leur impact a donc été moins important (27 % se rappelaient les avoir vues contre plus de 40 % les autres années). Elles ont parfois amené des contresens dans leur interprétation. De fait, les indices d'adhésion à ces annonces ont été moindres que les autres années mais ce média reste très pertinent.

Dans la lignée des BD Cunéo, les témoignages présentent une forte attractivité. Ces deux communications utilisent des approches différentes mais leur finalité est identique : la prise de conscience du risque et du relâchement, le questionnement sur son propre comportement. La remise en question étant mieux acceptée lorsque l'homosexualité est assumée, ces campagnes sont peut-être plus efficaces chez les hommes affirmant leur identité homosexuelle.

La presse gay utilise également des annonces presse plus classiques. Elles ont, les premières années, davantage porté sur l'information avec des messages pratiques. Ce fut par exemple le cas des campagnes presse de 1995, 1996 et 1997 qui rappelaient le bon usage du préservatif et du gel à base d'eau (« Vivre d'amour et de gel à base d'eau ») et le danger des lubrifiants gras (« Le beurre grignote les capotes »). Ces annonces ont été déclinées en affichettes et diffusées *via* le syndicat national des établissements gay (SNEG). Ces messages ont toujours eu un impact élevé et ont été, chaque année, jugés prioritaires, clairs et explicites. Cependant, à la fin de 1997, les homosexuels exprimaient une certaine lassitude, estimant désormais être bien informés sur les risques liés à la pénétration anale. Leurs demandes étaient désormais davantage tournées vers un questionnement sur les échecs de la prévention, sur les problèmes de « surcontamination » lors de rapports non protégés entre séropositifs, des témoignages sur des séropositifs vivant en couple, illustrant les difficultés de la vie avec le VIH. Ce dernier aspect a été traité de façon approfondie dans un hors série réalisé en partenariat avec le journal gay « Illico » et par un partenariat radio avec FG (Fréquence Gay) fondé sur des témoignages de personnes atteintes expliquant leur vie avec le VIH. L'évaluation du hors série « Illico » a souligné la bonne résonance de cette initiative qui a été jugée en adéquation avec les attentes et les besoins. Cependant, fin 1997, 56 % des homosexuels considéraient encore que l'on ne parlait pas assez du sida.

En 1998, en complémentarité de la campagne sur le dépistage, les annonces ont porté sur le traitement préventif post-exposition (« Sida. Vous avez pris un risque ? Vous pouvez dans certains cas bénéficier d'un traitement d'urgence, à condition d'agir dans les heures qui suivent »), la peur de savoir (« Si vous avez peur de savoir si vous êtes atteint par le virus du sida, vous ne pourrez pas bénéficier des nouveaux traitements »), et la difficulté de se traiter lorsque l'on se sait atteint (« Les nouveaux traitements contre le sida ?... Je sais qu'ils sont plus efficaces mais je ne veux pas entendre parler de maladie »). Ces annonces

sont parues dans 7 titres leader de la presse gay de mai à septembre ; l'annonce sur les traitements d'urgence dans 10 titres affinitaires de juin à août et 5 catalogues de ventes par correspondance.



Source : CFES

Les messages de ces annonces ont été bien perçus mais leur valeur incitative n'a pas toujours été très forte. Si l'annonce « traitement d'urgence » était perçue comme pouvant inciter à aller consulter aussitôt après une prise de risque pour 47 % des homosexuels interrogés, l'annonce sur la peur de savoir a eu une valeur incitative faible en termes de traitements et de dépistage. Ces annonces ont toutefois été jugées utiles par la quasi-totalité des enquêtés (98 %), mais parfois difficiles à comprendre (31 %). Elles ont été complétées par des documents hors médias (dépliants diffusés auprès des médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc.) qui faisaient le point sur les différents protocoles de dépistage et sur les traitements d'urgence. Ils ont été, le plus souvent, très appréciés mais leur réseau de distribution a été jugé trop restreint.

Les communications de l'année 1998 ont eu une incidence significative sur les stratégies préventives déclarées : le fait d'être incité à utiliser des préservatifs (68 %), les précautions dans le choix des partenaires (53 %), la réduction du nombre de partenaires (41 %). La sensibilisation sur le dépistage est acquise (76 % déclaraient qu'ils auraient plus facilement recours au test après une prise de risque), mais la clarification des concepts de prophylaxie, de dépistage précoce et de traitement d'urgence, reste nécessaire. Ainsi, au mieux, il a été possible d'estimer à 40 % le pourcentage d'homosexuels qui adopteraient la bonne démarche suite à une prise de risque. La pratique d'un test de dépistage dans les 15 jours qui suivent la prise de risque et la possibilité de bénéficier d'un traitement efficace dans les 48 heures sont deux idées qu'il reste à conforter. Dans un climat de vigilance préventive maintenue, 6 % des homosexuels pensent qu'il est aujourd'hui moins grave de ne pas utiliser de préservatif et 61 % se disent rassurés à l'idée qu'en cas de défaillance, il existe un traitement post-exposition.

Il a fallu une dizaine d'années, depuis la découverte du virus, pour que des messages adaptés au mode de vie des hommes qui ont des rapports homosexuels trouvent leur place dans la communication grand public, en raison principalement de la crainte d'une accentuation de la stigmatisation des homosexuels. Cette crainte n'a pas été confirmée par les post-tests des premières campagnes même si beaucoup reste à faire pour dissiper les attitudes et les comportements homophobes. La communication dans les médias homosexuels a également évolué au cours des années, passant d'une communication publicitaire à des approches plus originales. En 1998, des attentes fortes demeuraient : 61 % des homosexuels avaient le sentiment qu'on ne parlait pas encore assez du sida. Ces attentes concernaient essentiellement les pratiques à risque et les nouveaux traitements avec l'idée sous-jacente qu'il faut maintenir le discours préventif, car plus de la moitié des homosexuels redoutent un certain relâchement dans la protection du fait des informations sur les traitements.

Communication en direction des usagers de drogue intraveineuse

Complémentaire de la vente libre des seringues en pharmacie et de leur diffusion gratuite par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs automatiques, la communication en direction des usagers de drogues a longtemps porté sur la seule seringue et sur un seul agent pathogène, le VIH. Concernant

la seringue, le message était simple : pas de partage, usage unique de la seringue, en cas de réutilisation, désinfection à l'eau de Javel domestique.

La promotion du matériel d'injection stérile a fait l'objet de plusieurs campagnes dont celle de 1995 axée sur la promotion des trousse de prévention dont le Stéribox[®] mis sur le marché en officine quelques mois auparavant ; les autres modèles (CAP, KIT) étant réservés aux programmes d'échanges de seringues. Les annonces « Pile t'as pas le sida. Face t'as pas le sida » et « Voilà trois très bonnes raisons de ne pas réutiliser votre seringue » ont été diffusées d'avril à septembre 1995 dans la presse associative et la presse de rue. Au début de l'année 1996, cette campagne a été complétée par une action de mobilisation des pharmaciens. Elle avait notamment pour objectif de sensibiliser les usagers de drogues aux produits de prévention disponibles dans les pharmacies, dont le Stéribox[®]. Une annonce développant un message explicite sur le rôle préventif du pharmacien (« Mine de rien on trouve des lieux de prévention à tous les coins de rue ») a été affichée dans plus de 5 000 pharmacies et a été diffusée en presse associative, presse de rue, presse quotidienne régionale du Nord et de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'information des usagers de drogues sur les modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme désinfectant du matériel d'injection s'est faite de manière régulière ces dernières années. La campagne de 1998 a été réalisée sous forme d'affichettes et d'une brochure. Celles-ci ont été diffusées auprès des DDASS, des associations de prévention et de lutte contre le sida, des professionnels de santé et dans les lieux d'échange de seringues. Les affichettes insistaient bien sur le caractère exceptionnel de l'utilisation de l'eau de Javel comme dernier recours en cas d'absence de matériel d'injection stérile tout en décrivant les différentes étapes indispensables à une désinfection efficace.

Si les seringues et l'eau de Javel ont été les deux éléments forts de communication des premières campagnes de prévention en direction des usagers de drogues, très vite la prise de risque lors des rapports sexuels a été associée à la sensibilisation, par affiches et voie de presse. Ce thème a été inscrit dans les campagnes grand public. Ainsi, durant l'été 1995, on a pu lire : « Vous utilisez toujours une seringue neuve pour un shoot. Vous voilà donc à moitié protégé », ou en 1996 « Quand vous fermez une porte au sida, ne le laissez pas entrer par une autre ». Parfois ce thème a rejoint encore plus explicitement celui du non partage du matériel d'injection comme ce fut le cas en 1998 avec l'affiche : « Tous ces objets (seringue, tampon, eau stérile, cuillère) ont un point commun avec un préservatif : ils ne se partagent pas et ils ne doivent servir qu'une fois ».

L'autre évolution importante de la communication en direction des usagers de drogues ces dernières années se trouve dans l'introduction progressive de l'idée que d'autres agents pathogènes (VHC et VHB) pouvaient être transmis lors d'une injection. Il a fallu attendre 1997, voire 1998, pour que cette information apparaisse clairement comme un élément principal du message de prévention. On la retrouve ainsi sur les affichettes « eau de Javel » en 1998 : « L'eau de Javel nettoie, désinfecte et réduit le risque de transmission du sida et des hépatites par seringues usagées ».

Enfin, en 1998, les usagers de drogues ont bénéficié, en prolongement de la campagne grand public, d'une campagne presse associative sur le thème du dépistage précoce. L'objectif était d'approfondir l'information en fonction des spécificités de cette population. Trois thèmes ont été repris : le traitement préventif

post-exposition (« Cette nuit, j'ai partagé une seringue et maintenant je flippe - On peut faire quelque chose mais dans les heures qui suivent »), l'injection dans l'urgence (« 2 heures du mat, j'ai une dose et un matos pourri - Dans ce cas, quelques conseils »), les difficultés de la relation au médecin (« J'ai besoin qu'on me soigne, pas qu'on me juge - Les médecins sont là pour vous écouter, vous soigner, vous aider »). Ces annonces sont parues dans quatre titres de la presse associative des usagers de drogues de juin à décembre 1998.



Source : CFES

L'impact des campagnes de prévention envers les usagers de drogues ne peut être appréhendé par les méthodes classiques compte tenu de la difficulté d'accès à une population clandestine et stigmatisée. Leur contribution propre à l'évolution des attitudes et pratiques de cette population relevée dans les enquêtes réalisées ces dernières années (*voir partie II*) ne peut être dissociée des actions de terrain et du rôle nouveau de la diffusion des traitements de substitution.

Prévention de l'infection à VIH dans des populations en grande précarité

Les groupes en situation de précarité sociale restent difficiles à atteindre par les modes de communication classiques, ce qui amène à rechercher des moyens

de les informer et d'adapter le contenu des actions de prévention. Un premier pas a été réalisé en 1998, par la déclinaison à travers trois annonces spécifiques de la campagne presse « grand public ». Ces annonces sont parues dans 90 titres de presse gratuite, en presse turfiste et dans Tati Magazine de juin à septembre. À titre expérimental, ces annonces ont été éditées sous forme d'affichettes et proposées aux associations caritatives, aux DDASS et associations de lutte contre le sida, ainsi qu'à tout organisme d'assistance aux personnes en difficulté qui en ont fait la demande. Dans l'objectif d'une adaptation ultérieure, une évaluation qualitative a été effectuée (*fiche n° 34*).

Les affiches ont été présentées dans des centres d'urgence, des foyers d'hébergement pour femmes seules avec enfant, des foyers d'accueil de sortants de prison. La première affiche abordait la question de la transmission du virus, la seconde la question de la protection et la troisième celle du dépistage. Les trois messages étaient catégoriques et ne laissaient aucune place au doute : il n'y a pas d'autres modes de contamination que ceux qui sont expliqués sur l'affiche, la protection est efficace, de même que les traitements si l'on se fait dépister à temps. Ces affiches proposaient donc un grand nombre d'informations se situant sur des registres différents. Celles-ci supposaient, pour être comprises, un certain nombre de pré-requis : connaître un peu la nature de la maladie, savoir ce qu'est un préservatif et comment on l'utilise, savoir que les drogues peuvent être injectées par voie intraveineuse, savoir où se procurer des seringues, comprendre le terme « dépistage », etc.

Les entretiens menés aussi bien avec les intervenants sociaux qu'avec les usagers ont montré que les affiches, quand elles ne sont pas passées inaperçues, sont apparues peu attractives, confuses, trop chargées d'informations et finalement beaucoup trop complexes.

Ces affiches ont été bien souvent génératrices de malaises provoqués par le fait qu'elles engendraient par les thèmes abordés (relations sexuelles, toxicomanie et sida) des sentiments de gêne, de honte et de peur. Ces thèmes ne font, semble-t-il, pas l'objet de discussions collectives, sans doute en partie comme l'ont souligné plusieurs professionnels, parce que beaucoup d'usagers n'ont pas de vie sexuelle. L'interpellation en public devant les affiches présentait un autre danger : celui de la stigmatisation. Laisser paraître une ébauche d'intérêt pouvait laisser croire que l'on faisait partie du public ciblé (toxicomane ou personne atteinte). Ainsi, de nombreuses personnes ont refusé de se prononcer sur ces affiches. Celles qui l'ont fait n'ont jamais considéré que les affiches leur étaient destinées. Elles se sont toutes dites bien informées et n'avaient rien appris d'autre que ce qu'elles savaient déjà. Considérées comme s'adressant aux autres (aux jeunes, aux toxicomanes, aux malades, etc.), les affiches ont été jugées utiles, voire très utiles. Ceux qui paraissaient avoir quelques connaissances sur le sida ont fait des suggestions pour les rendre plus lisibles, opérant ainsi une sorte de retournement du stigmaté. D'autres ont adopté une logique d'accusation. Les affiches étaient alors suspectées de ne pas dire la vérité. Cette prise de distance s'est aussi traduite par l'expression d'une très grande défiance à l'égard des intermédiaires de santé. Enfin, certains adoptaient une logique humanitaire et s'étonnaient de ne pas voir le ruban rouge sur l'affiche qu'ils finissaient par réclamer. Ils quittaient ainsi leur statut de population à risque ciblée par l'affiche pour acquérir une autre identité et former alors un « nous » socialement valorisé.

Les affiches ont été source de confusion, due en grande partie au fait que les

personnes ne lisaient pas les messages. Sur la première affiche concernant la protection, le pictogramme représentant le préservatif n'a pas été compris, pas plus que son association avec la seringue qui a le plus souvent renvoyé à la toxicomanie, à la maladie et à la transfusion sanguine. Les pictogrammes représentant les modes de transmission ont aussi été mal interprétés, plusieurs personnes par exemple ont déclaré ne pas savoir que le sida pouvait s'attraper en se serrant la main. Enfin, l'affiche évoquant le dépistage est restée énigmatique pour tous. Les encadrés contenant des sigles (H ou Dr X) ou le nom complet des organismes de dépistage ont été assimilés à des panneaux routiers. Le « H » n'a pas renvoyé au terme générique d'hôpital mais à un hôpital particulier. Dépourvue d'adresse précise, cette indication n'avait aucun sens. L'incitation au dépistage précoce a aussi fait l'objet de contresens.

Le message de mobilisation commun aux trois affiches (« On peut faire beaucoup mais rien sans vous ») n'a jamais été convenablement décrypté. Quelques personnes y ont même vu un appel aux dons. Personne n'a pensé que la protection et le dépistage pouvaient participer à la lutte contre le sida, ni que son propre comportement était susceptible de s'inscrire dans une perspective de prévention. De même, la phrase « Un médecin est là pour vous aider » a été comprise comme renvoyant au centre lui-même alors que, dans de nombreux centres, il n'y a pas de présence médicale. Le numéro de téléphone de *Sida Info Service* a été parfois mal perçu en raison de son anonymat. Celui-ci constituant justement un des problèmes majeurs des personnes en grande difficulté, son intérêt dans les procédures de dépistage n'a pas été bien perçu.

De plus, la dimension du temps était très présente dans ces affiches (il faut se protéger pour préserver l'avenir) et elles étaient ordonnancées selon une suite diachronique : identification du risque, protection, soins. Or les personnes en situation de précarité, qui ont de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, ne pouvaient adhérer à cette logique.

Pour remplir sa fonction, une campagne en direction de ces publics devrait donc proposer des messages moins complexes après avoir levé, ce qui s'est révélé comme une des principales lacunes, l'absence de connaissance sur la vie sexuelle des personnes en grande précarité.

Autres groupes

D'autres groupes ont fait l'objet d'actions de communication : (1) les professionnels de santé ; (2) les migrants ; (3) les détenus ; (4) les multipartenaires hétérosexuels. Ces actions de communication sont d'ampleur et de nature très diversifiées et occupent une place réduite par rapport aux actions de proximité mises en œuvre auprès de ces publics. Elles n'ont pas fait l'objet d'évaluation systématique. En rendre compte exigerait une mise en perspective beaucoup plus large qui ne peut trouver sa place dans cet ouvrage.

Repères méthodologiques et références

Le lecteur trouvera, dans cette partie, une présentation méthodologique des sources et enquêtes utilisées ainsi que les principales références auxquelles il pourra se reporter. Les sources sont classées selon leur ordre d'apparition.

Fiche n° 1

Surveillance du sida en France

Le système de surveillance du sida, mis en place en 1982, repose sur la déclaration obligatoire faite par les praticiens (décret du 10 juin 1986). La déclaration est fondée sur la définition OMS/CDC du sida, révisée en 1993. Le décès d'un cas de sida, en vertu de l'article L-12 du code de la Santé publique est à déclaration obligatoire. La surveillance est coordonnée au niveau du département par le médecin inspecteur de la Santé publique et au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (ex-RNSP). La situation du sida en France est publiée dans le *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)* à la fin de chaque semestre. Les cas ainsi que les décès sont déclarés avec un certain délai, dont il est tenu compte en corrigeant les données des années récentes à l'aide d'un modèle mathématique. Les cas sont regroupés par âge, catégories d'exposition ou groupes de transmission, origine géographique ; la première pathologie opportuniste indicative de sida et le nombre de lymphocytes CD4 sont également donnés. L'âge représente l'âge au moment du diagnostic du sida. La distinction adulte/cas pédiatrique est fondée sur l'âge au diagnostic du sida, les sujets considérés comme adultes ont 15 ans ou plus au moment du diagnostic. Chaque cas est classé dans un groupe de transmission numéroté de 1 à 8 :

- (1) homosexuel/bisexuel masculin ;
- (2) usager de drogues injectables ;
- (3) homosexuel/bisexuel et usager de drogues injectables ;
- (4) hémophile et trouble de la coagulation ;
- (5) contamination hétérosexuelle ;
- (6) transfusé ;
- (7) transmission materno-fœtale ;
- (8) autre, inconnu.

Les sujets présentant plusieurs risques sont classés dans le groupe de transmission listé le premier dans la hiérarchie, sauf pour les sujets à la fois homosexuels/bisexuels et usagers de drogues injectables pour lesquels il existe un groupe spécifique (3). Le regroupement des cas par département ou région est fondé sur le domicile du patient et non sur le lieu de prise en charge médicale. La première pathologie opportuniste indicative de sida et celles diagnostiquées éventuellement dans un délai de 1 mois ne représentent que le mode d'entrée dans le sida, les patients pouvant présenter d'autres pathologies au cours de la maladie. Enfin, l'analyse du nombre de lymphocytes CD4 au diagnostic du sida ne porte que sur les sujets pour lesquels on dispose d'une mesure dans un délai d'un mois avant ou après l'entrée dans la maladie.

Référence

Réseau national de Santé publique, Surveillance du sida en France. Situation au 30 juin 1998. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 37/1998.

Fiche n° 2

Le Réseau national du VIH (RENAVI)

RENAVI est un réseau national de laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) mis en place en 1988 pour la surveillance de l'activité de dépistage vis-à-vis du VIH (hors dons du sang). En 1997, 381 laboratoires ont participé à RENAVI (202 laboratoires privés, 151 laboratoires hospitaliers et 28 laboratoires d'Établissements de Transfusion Sanguine, ETS), représentant 11 % des laboratoires faisant le dépistage et 50 % des laboratoires faisant les tests de *Western blot*. À part la Corse, toutes les régions sont représentées (nombre médian de laboratoires/région : 14 ; extrêmes : 1 à 83). Deux recueils sont réalisés : nombre mensuel de sérologies de dépistage avec une répartition par sexe (auprès de tous les correspondants), nombre mensuel de nouveaux dépistages positifs effectués avec l'âge et le sexe des patients concernés (auprès des laboratoires effectuant eux-mêmes le test de confirmation par *Western blot*). Ces recueils sont anonymes et ne permettent pas d'éliminer les doublons. Une enquête nationale est faite une fois par an auprès des laboratoires pratiquant les tests de dépistage du VIH. Ces laboratoires sont identifiés grâce à un fichier de laboratoires détenu par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de son activité de contrôle national de qualité des analyses de biologie médicale. Cette enquête poursuit deux objectifs : estimation annuelle du nombre de sérologies de dépistage par Elisa (l'enquête porte sur la totalité des laboratoires hospitaliers et des ETS, et sur un échantillon de laboratoires privés tirés au sort avec un taux de sondage identique par région), estimation annuelle du nombre de dépistages positifs (l'enquête porte sur tous les laboratoires pratiquant le test de *Western blot* et recueille le nombre de sérums détectés comme positifs pour la première fois dans le laboratoire). Ces enquêtes complémentaires annuelles ont été réalisées pour les années 1989 à 1996 à l'exception de l'année 1992 et ont sollicité 1 000 laboratoires (taux de participation entre 93 % et 97 % selon le type de laboratoire). Les estimations pour l'année 1997 ont été obtenues en appliquant aux estimations de l'année 1996 les taux de variation annuelle entre 1996 et 1997. RENAVI a été interrompu en 1998.

Références

Réseau national de Santé publique, Activités de dépistage de l'infection à VIH en France en 1997. Réseau RENAVI. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Réseau national de Santé publique, Activités de dépistage de l'infection à VIH en France en 1996. Réseau RENAVI. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1996 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, décembre 1997.

Réseau national de Santé publique, Activités de dépistage de l'infection à VIH en France de 1989 à 1995 (Réseau RENAVI). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 36/1996.

Réseau national de Santé publique, RENAVI : Réseau national du VIH. Rapport 1989-1994. Saint-Maurice, France, octobre 1996, 34 pages.

Fiche n° 3

Le dispositif gratuit de dépistage du VIH

En application du décret 88-61 du 18 janvier 1988, des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH ont été mises en place dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénéériens (DAV) de chaque département français, pour accueillir, informer, tester et orienter les consultants. Le dispositif gratuit a été étendu en juillet 1992 (mais de manière non anonyme) aux dispensaires antivénéériens non désignés comme CDAG, aux consultations prénuptiales et prénatales des centres de protection maternelle et infantile (PMI) puis, en août 1992, aux consultations de contraception des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Il a également été ouvert des antennes de dépistage dans les prisons (88 sites en 1997). L'essentiel de l'activité reste néanmoins assuré par les CDAG. L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) analyse les bilans trimestriels d'activité des CDAG et recense le nombre de consultations, le nombre de tests prescrits, le nombre de tests positifs et la répartition par tranche d'âge et par sexe des consultants testés. Les bilans ne comportent pas d'information sur les prises de risque et les doublons ne peuvent pas être repérés. On estime que 8 % de l'ensemble des tests réalisés en métropole en 1997 (hors dons de sang) et 15 % des tests qui se sont avérés positifs avaient été prescrits par le dispositif gratuit.

Références

Réseau national de Santé publique, Dispositif gratuit de dépistage du VIH. Bilan de l'année 1997 et évolution. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 7/1998.

Réseau national de Santé publique, Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) en 1996. *Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Maladies surveillées par le Réseau national de Santé publique. Situation en 1996 et tendances évolutives récentes*, Saint-Maurice, France, décembre 1997.

Fiche n° 4

Le dépistage VIH dans les Établissements de Transfusion Sanguine (ETS)

Depuis août 1985, l'ensemble des Établissements de Transfusion Sanguine rassemble, chaque trimestre, des informations relatives aux dons : nombre de dons provenant de nouveaux donneurs et de donneurs connus, ainsi que de donneurs séropositifs (sexe, âge, type de donneur). Depuis 1992, un questionnaire épidémiologique pour chaque donneur séropositif a été établi et renseigne sur le délai depuis le dernier don (pour les donneurs connus), l'origine géographique, le mode de contamination et d'autres marqueurs sérologiques (HTLV, syphilis, anti-HBc, Ag-HBs, anti-VHC). Il est donc possible, depuis 1992, de calculer la prévalence de ces différentes infections dans cette population, par sexe et groupe d'âge. Les résultats concernant les dons et les donneurs sont quasi exhaustifs (les non-réponses représentent 1 % à 2 % de la totalité des prélèvements annuels). En 1996, 1 763 000 de personnes ont donné leur sang, représentant 4,9 % de la population générale âgée de 18 à 65 ans.

Références

Réseau national de Santé publique. Surveillance des marqueurs d'une infection par le VIH, l'HTLV et les virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang en France. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Pillonel J, Saura C, Couroucé AM. Prévalence du VIH, de l'HTLV et des virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang en France, 1992-1996. *Transfus Clin Biol*, 1998, 5 : 305-312.

Réseau national de Santé publique. Le dépistage chez les donneurs de sang de 1985 à 1993. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 10/1995.

Fiche n° 5

Épidémiologie des maladies transmissibles en médecine libérale : le réseau Sentinelles

Le système d'information en médecine générale a été initié en 1984 et développé par l'unité INSERM 444 en collaboration avec le Réseau national de Santé publique et la Direction Générale de la Santé. Il repose sur environ 500 médecins généralistes (soit près de 1 % des médecins généralistes en France), volontaires et bénévoles répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Chaque médecin doit se connecter au moins une fois par semaine par Minitel au serveur du réseau pour donner le nombre de cas diagnostiqués et décrire les patients atteints de chaque maladie surveillée (la grippe clinique, la diarrhée, la varicelle, la rougeole et les oreillons, l'urétrite masculine et les hépatites présumées virales) ou les prescriptions de sérologie pour le VIH qu'ils ont effectuées.

Références

Retel O, Carrat F, Chauvin P *et al.* Extraits du bilan annuel 1997 du réseau Sentinelles. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Flahault A, Chauvin P, Massari V *et al.* Épidémiologie des maladies transmissibles en médecine libérale : bilan du réseau Sentinelles en 1996. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 33/1997.

De nombreuses informations (données, cartes, bilan annuel, etc.) sont disponibles sur le site web du réseau Sentinelles : <http://www.b3e.jussieu.fr/sentiweb/>

Fiche n° 6

Le Réseau des ORS pour la surveillance du dépistage de la contamination par le VIH : RESORS-VIH

En 1988, l'Observatoire Régional de la Santé Aquitaine (ORSA) a mis en place un système régional de surveillance du VIH. Ce système a été étendu à partir de 1992 pour concerner, en 1997, 13 régions : l'Alsace, le Nord-Pas-de-Calais, les Pays de la Loire, la Picardie, le Poitou-Charentes depuis 1992, le Languedoc-Roussillon et la Corse depuis 1994, le Limousin, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Bourgogne depuis 1995, la Guyane et la Réunion depuis 1996, regroupant 71 000 médecins et plus de 2 100 laboratoires. Basé sur la double participation des laboratoires d'analyse de biologie médicale privés et publics et des médecins prescripteurs hospitaliers ou libéraux, il permet d'obtenir des informations sur le sexe et l'âge des personnes dont la séropositivité a été diagnostiquée, mais aussi sur le motif et le cadre de la prescription, les facteurs de contamination ou d'éventuels signes cliniques. Afin d'obtenir la meilleure comparabilité, toutes les régions utilisent le même logiciel de saisie et de traitement des cas. En 1997, la participation des laboratoires et des médecins prescripteurs a été respectivement de 74 % et 76 %. Le RESORS-VIH a été interrompu en décembre 1998.

Références

ORS Aquitaine, Infection à VIH. RESORS-VIH. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Brice L, Garros B. Le RESORS-VIH : un réseau d'ORS pour la surveillance du dépistage de la contamination par le VIH : dix ans de surveillance en Aquitaine. Congrès des ORS, Montpellier, novembre 1998.

Fiche n° 7

Les données du Groupe d'Épidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine (GECSA)

Le GECSA a mis en place en 1987 un système d'information hospitalier de l'infection à VIH qui porte sur les sujets séropositifs pris en charge au sein du CHU de Bordeaux et de quatre centres hospitaliers généraux de la région Aquitaine. Les patients consultants ou hospitalisés dans un de ces centres hospitaliers sont notifiés s'ils répondent aux critères d'inclusion suivants : infection par le VIH-1 confirmée par *Western blot*, âge minimum de 13 ans, consentement éclairé. À l'inclusion, un questionnaire standardisé est rempli par le clinicien comportant des données épidémiologiques, cliniques et biologiques. À chaque suivi, une fiche standardisée est remplie par le clinicien.

Référence

Ortége V, Marimoutou C, Decoin M pour le Groupe d'épidémiologie clinique du sida en Aquitaine (GECSA). Les diagnostics récents d'infection à VIH : données de la Cohorte Aquitaine, 1993-1995. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 08/97.

Fiche n° 8

Enquête épidémiologique auprès des femmes enceintes : PREVAGEST

L'enquête PREVAGEST, enquête anonyme non corrélée de séroprévalence VIH dans une population de femmes enceintes, a pour objectif d'étudier l'évolution au cours du temps de la séroprévalence VIH dans une population n'ayant pas de facteur de risque particulier pour l'infection à VIH. L'enquête a eu lieu tous les deux ans à partir de 1991 en région parisienne et de 1992 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Toutes les femmes terminant une grossesse sont incluses dans l'échantillon quel que soit le mode de terminaison - accouchement, fausse couche spontanée (FCS), interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse (IVG ou ITG), grossesse extra-utérine (GEU) - pendant une période de quatre semaines. Dans les départements de Paris et de la Petite Couronne (Seine-Saint-Denis, Val de Marne, Hauts-de-Seine), entre 1991 et 1997, le nombre d'établissements prenant en charge des femmes enceintes dans les quatre départements a diminué de 150 à 122, la différence s'expliquant par la fermeture définitive ou l'arrêt de l'activité obstétricale de certains établissements. Globalement, entre 1991 et 1997, le nombre de femmes incluses a diminué de 11,5 % traduisant la baisse des naissances et du nombre d'IVG enregistrés dans ces départements (respectivement moins 5 % et 11 % entre 1991 et 1995) et non un biais de l'enquête. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'enquête a été réalisée en 1992, 1994 et 1996, le nombre d'établissements participant a été de 72, 72 et 67 alors que le nombre total de maternités passaient de 79 à 74. En 1996, plus de 12 000 femmes ont été incluses soit un nombre en augmentation par rapport à 1992 et 1994. Cette enquête a aussi été l'occasion d'interroger les médecins responsables de ces services sur les politiques en matière de dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Elle a été interrompue à la fin de 1997.

Références

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (dir.). Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : PREVAGEST 1991-1993-1995-1997. Saint-Maurice, mars 1998.

Rey D, Obadia Y, Carrieri MP, Moatti JP. HIV screening for pregnant women in South Eastern France : evolution 1992-1994-1996. *Eur J Obstet Gynecol*, 1998, 76 : 5-9.

Fiche n° 8 bis

Prévention de la transmission verticale

Depuis 1985, l'Enquête Périnatale Française (EPF) a été mise en place pour estimer et suivre l'évolution du taux de transmission materno-fœtale des virus VIH-1 et VIH-2, mettre en évidence les facteurs de risque de la transmission, décrire l'histoire de la maladie chez l'enfant infecté et rechercher les facteurs pronostiques. Plus récemment, elle a servi de base à l'établissement de protocoles thérapeutiques chez le nouveau-né et d'essais de prévention de la transmission mère-enfant. Une centaine de maternités formant « le Groupe français de l'infection VIH de l'enfant », répartis sur tout le territoire y compris les DOM-TOM participent de façon exhaustive au recrutement. Les enfants sont tous suivis jusqu'à l'âge de 18 mois, au-delà et sans limitation de durée s'ils sont infectés. Le nombre de couples « mère-enfant » inclus a été en constante augmentation depuis le début de l'enquête. Plus de 5 000 couples « mère-enfant » sont déjà enregistrés. Le nombre actuel des inclusions annuelles avoisine les 800 enfants, soit environ 70 % des naissances chez les femmes séropositives en France. La cohorte devient donc un outil performant de surveillance épidémiologique de l'infection VIH chez la femme et l'enfant. Elle permet notamment de mesurer l'impact des différentes thérapies prescrites pendant la grossesse chez les femmes infectées par le VIH.

SEROCO est une enquête de cohorte multicentrique prospective de sujets infectés par le VIH, comprenant 17 centres hospitaliers (en Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur), et un réseau de médecins libéraux parisiens (ACCTES), coordonnée par l'INSERM U292. L'inclusion des sujets a débuté en 1998. Elle concerne des personnes adultes, volontaires, dont la séropositivité VIH est connue depuis moins d'un an, et dont la date de contamination est connue à plus ou moins 4 mois. Tous les groupes de transmission sont représentés à l'exception des hémophiles. L'inclusion des femmes dans la cohorte est indépendante de la survenue d'une grossesse. Un interrogatoire et un examen clinique et biologique sont réalisés pour chaque sujet, à l'inclusion puis tous les 6 mois ou tous les 3 mois en cas d'aggravation clinique ou biologique. À l'inclusion, les femmes sont interrogées sur leur nombre d'enfants, et sur l'issue et la date de leur dernière grossesse : leur parité est connue, mais pas leur gestité. Au cours du suivi, les dates et issues des grossesses éventuelles sont recueillies. Au 1^{er} janvier 1996 (date de la fin de l'étude), 1 049 femmes âgées de 18 à 45 ans avaient été incluses.

Référence

Meyer L, Fourquet F, Le Chenadec J, Mayaux MJ. Incidence of pregnancies in HIV-infected women between 1988 and 1996. 12th World AIDS Conference, Genève 1998. Poster n° 24200.

Fiche n° 9

Enquêtes épidémiologiques des militaires français

La surveillance épidémiologique assurée par les armées est fondée sur deux systèmes complémentaires :

(1) le système de Recueil et Exploitation des Données Épidémiologiques des Armées (REDEA) qui dispose d'un résumé médical de toutes les consultations et hospitalisations réalisées dans les structures militaires de santé ; ce système souffre d'une sous-déclaration estimée à 50 % ;

(2) le système de Surveillance Épidémiologique Hebdomadaire (SEH) est fondé sur la déclaration hebdomadaire de nouveaux cas de MST (VIH, syphilis, gonococcies, etc.) ; il est moins riche mais plus sensible.

Le dépistage sérologique d'une infection à VIH n'est pratiqué que dans des circonstances bien précises dont certaines sont légales (dons de sang), d'autres réglementaires (avant un départ outre-mer) et d'autres purement médicales (à la demande d'un sujet ayant eu un comportement à risque). Le dépistage et la confirmation sont faits dans les laboratoires de biologie des hôpitaux des armées. Tous les sérums positifs sont ensuite adressés au centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), qui pratique une nouvelle confirmation.

Références

Centre national de référence (Rey JL). Les maladies infectieuses dans les armées en 1997. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Rey JL, Eono Ph, Morlain B *et al.* Évolution des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans les armées. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 14/1996.

Fiche n° 10

Enquête épidémiologique auprès des patients consultant pour suspicion de MST : PREVADAV

PREVADAV est une enquête anonyme non corrélée qui a pour objectif d'étudier l'évolution de la prévalence du VIH chez les patients consultant pour suspicion de maladie sexuellement transmissible (MST) dans les dispensaires antivénéériens (DAV). L'étude a eu lieu pendant 3 mois tous les ans de 1991 à 1993, puis tous les deux ans. Le système est basé sur le volontariat des DAV et l'échantillon de patients ainsi recruté ne peut prétendre à une représentativité nationale des patients atteints de MST. A été cependant recherchée la participation de DAV localisés dans les régions de France les plus touchées par l'épidémie VIH, ayant un recrutement important et hétérogène (orientation sexuelle, classe d'âge, etc.) et dont le personnel acceptait de participer pour plusieurs années. Était inclus dans l'enquête tout patient consultant pour une suspicion de MST aiguë (< 3 mois) et ayant un prélèvement pour le dépistage de la syphilis lors de cette consultation. Outre le motif de consultation, quelques données socio-démographiques sont recueillies incluant l'âge, le sexe, le pays de naissance, l'orientation sexuelle, une prise de drogue intraveineuse, date et résultat d'une éventuelle sérologie VIH. Le nombre de patients éligibles pour l'étude a régulièrement baissé entre 1991 et 1997, dans toutes les régions. Globalement, on peut observer une diminution comparable dans les autres réseaux de surveillance des MST ce qui ne correspondrait probablement pas à une désaffection des patients envers les DAV. En revanche, le pourcentage de patients non testés pour la syphilis a augmenté depuis 1993, entraînant la non inclusion de 15 % des patients en 1997. Cela laisse supposer une désaffection vis-à-vis de l'enquête dans certains centres, ou vis-à-vis du dépistage de la syphilis dont la fréquence n'a cessé de baisser pour devenir exceptionnelle.

Références

Meyer L, Couturier E, Brossard Y. Enquête PREVADAV : rapport de l'enquête 1997, Kremlin Bicêtre, 14 pages, 1998.

Meyer L, Couturier E, Brossard Y. Trends in HIV infection among sexually transmitted disease patients in Paris. *AIDS*, 1996, 10 : 401-405.

Fiche n° 11

Enquête chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH)

En 1989, des enquêtes dans les CSSTH ont été mises en place par l'unité 302 de l'INSERM et le Bureau SP3 de la DGS avec une périodicité trimestrielle. En 1993, leur réalisation a été reprise par le Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida (CESES) avec une périodicité semestrielle. La population étudiée est constituée de personnes résidant dans les CSSTH quel que soit le type d'hébergement (hébergement collectif, appartement thérapeutique, appartement relais et appartement de coordination thérapeutique). Les résidents doivent avoir été au préalable sevrés ou être sous traitement de substitution. Le CESES envoie semestriellement un questionnaire à tous les CSSTH afin de recueillir des données individuelles et anonymes. Les variables recueillies sont des informations générales (le sexe, l'âge, les dates d'entrée et de sortie et s'il s'agit d'un premier recours ou non, le statut viral et la cause de décès s'il y a eu décès au cours du séjour), des informations relatives à la toxicomanie (année de la première injection et durée de la toxicomanie correspondant au nombre d'années de consommation de produits), des informations sur la connaissance des statuts sérologiques VIH, VHC depuis 1996, VHB depuis fin 1997, des informations cliniques relatives à l'infection à VIH pour les sujets séropositifs pour le VIH et enfin des informations sur le statut vaccinal de l'hépatite B. Cependant, il existe une limitation importante concernant ces données provenant du fait que les résultats sont fondés sur la seule déclaration des résidents et non sur des résultats de sérologie. Le nombre de CSSTH a fluctué dans le temps. Il en existait 125 en 1998 dont 32 (25 %) en région parisienne. Quatre régions n'ont pas de CSSTH : l'Auvergne, la Basse-Normandie, la Franche-Comté et le Limousin. La participation des centres a toujours été supérieure à 80 % depuis 1993 ; elle est quasi exhaustive depuis le premier semestre 1997. Cette enquête a été interrompue à la fin du second semestre 1998.

Référence

Six C, Hamers F, Brunet JB. Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquêtes, juillet 1993 à juin 1998. Saint-Maurice, 1999.

Fiche n° 12

Enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les Programmes d'Échange de Seringues une semaine donnée (mars 1998)

Implantés à titre expérimental en 1989 et reconnus officiellement depuis 1995 dans le cadre de la politique de réduction des risques, les Programmes d'Échange de Seringues (PES) sont des projets animés par des intervenants divers (ex-usagers de drogues, travailleurs sociaux, médecins, infirmiers) et destinés plus particulièrement aux usagers ne fréquentant pas ou peu les lieux de soins et les circuits médico-sociaux institutionnels. Il existait 155 programmes de ce type en France en 1996 dont 34 boutiques, 33 bus, 78 lieux fixes, et 10 équipes de rue. Leurs objectifs communs sont la diminution des partages de seringues ou de la réutilisation des seringues usagées et l'incitation à des pratiques sexuelles à moindre risque. Outre l'information et le conseil, la distribution de seringues et de préservatifs, les intervenants des PES incitent les usagers à prendre contact avec des structures de soins et de dépistage et peuvent les aider à faire valoir leurs droits sociaux. Pour être inclus dans l'enquête, les PES devaient être implantés dans des régions concernées par la toxicomanie, déclarer la distribution de seringues comme activité principale, et distribuer plus de 1 000 seringues par an. 61 PES ont finalement participé. La consigne était de proposer un questionnaire à toute personne faisant une demande de seringue (critère d'inclusion). Ce questionnaire anonyme recueillait des variables socio-démographiques, un bref historique de l'usage de drogues, le recours au dispositif de prévention et de soins, la nature, mode et fréquence des consommations dans le dernier mois, les pratiques d'injection dans le dernier mois et à la dernière injection, les pratiques sexuelles dans les derniers six mois, les statuts sérologiques basés sur les seules déclarations (VIH, VHC, VHB). Au total, 1 004 questionnaires ont été exploités (taux de réponse de 50 %).

Référence

Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. INSERM U88-InVS, Saint-Maurice, 1999.

Fiche n° 13

Les toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales

Depuis 1987, au mois de novembre de chaque année, sont dénombrés tous les toxicomanes pris en charge dans les établissements sanitaires et sociaux, c'est-à-dire les établissements spécialisés en toxicomanie, les établissements d'hospitalisation publique, les cliniques privées de lutte contre les maladies mentales, les établissements sociaux non spécialisés en toxicomanie susceptibles de recevoir des toxicomanes. Est incluse dans l'enquête toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois. Pour chaque toxicomane, l'enquête recense des variables socio-démographiques, l'origine de la demande, la nature de la prise en charge, les substances consommées, la présence d'une pathologie infectieuse associée à la toxicomanie en distinguant le VIH et les hépatites B et C. Cette statistique dénombre en plus pour les établissements spécialisés le nombre de toxicomanes pris en charge dans l'année, le nombre de premiers recours au titre de la toxicomanie. Les limites de cette enquête se trouvent dans l'existence de doublons (un toxicomane peut avoir été suivi par un ou plusieurs établissements enquêtés) et les simples déclarations des toxicomanes concernant leur statut VIH et hépatique. Après l'enquête de 1997, il a été décidé de réaliser le recueil de données tous les deux ans.

Référence

Gadel G, Nunes C. Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Études et Résultats n° 1, décembre 1998.

Fiche n° 14

Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face aux risques de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite

Cette étude a été menée par l'Institut de Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP) dans cinq sites de France métropolitaine (banlieue parisienne, Lille, Marseille, Metz et Paris) entre juin 1995 et janvier 1996. Elle fait suite à des enquêtes menées par l'IREP avec des méthodes proches en 1988 à Paris et en 1990-1991 dans les mêmes zones qu'en 1995-1996. Elle a concerné des toxicomanes actifs (consommant au moment de l'enquête des drogues injectables) recrutés dans la rue ou dans des institutions (centres de soins, structures d'accueil à bas seuil fixe ou mobile). Les objectifs principaux de l'enquête étaient de décrire et analyser les attitudes et pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques de contamination par les virus du sida et des hépatites, et de concevoir une base méthodologique devant permettre la mise en place d'un dispositif d'analyse et de suivi, dans le temps, de ces attitudes et de ces pratiques. Les variables recueillies étaient des informations générales (âge, sexe, etc.), des informations sur la consommation de produits, l'état de santé (dépistage, statut sérologique VIH et VHC, etc.), les pratiques d'injection, la vie sexuelle. Au total, 1 703 toxicomanes ont participé à l'enquête, 841 recrutés dans la rue et 862 dans les institutions. Cet échantillon ne peut être considéré comme représentatif même si les enquêteurs ont tenté d'introduire des sites géographiquement et socialement très différents. La reprise de cette enquête est prévue en 2000.

Référence

IREP, Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face aux risques de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Rapport de synthèse. Paris, décembre 1996.

Fiche n° 15

La santé à l'entrée en prison

Cette enquête a été réalisée en 1997, sur une période de trois mois (de mai à juillet), dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires y compris ceux du « programme 13 000 ». Les 135 établissements enquêtés avaient été répartis en trois groupes : les grands établissements (plus de 600 entrants en 1995), les moyens (de 300 à 600 entrants) et les petits (moins de 300 entrants). Le recueil des données a été effectué à l'aide d'une fiche type qui avait été expérimentée au cours de l'année 1996. Au total, 8 728 fiches sur les 10 171 entrants ont été collectées correspondant à une couverture de 86 %. Les fiches manquantes se répartissant de manière aléatoire, l'échantillon ainsi constitué peut être considéré comme représentatif des 75 825 entrants en maisons d'arrêt en 1997.

Référence

Mouquet MC, Dumont M, Bonnevie MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Études et Résultats n° 4, janvier 1999.

Fiche n° 16

Enquête « un jour donné » sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire

Depuis 1988, une enquête effectuée un jour donné est régulièrement conduite afin d'évaluer auprès des services médicaux des établissements pénitentiaires, le nombre de personnes incarcérées atteintes par le VIH, dont la séropositivité est connue par le personnel de santé. En 1998, l'enquête a été modifiée de façon à apprécier les modes de prise en charge thérapeutique de ces personnes à chaque stade de la maladie : nombre de détenus traités par antirétroviraux et type d'association prescrite. Par ailleurs, l'enquête a été étendue au recueil d'informations sur les détenus atteints d'hépatite C chronique en raison de la prévalence de cette pathologie au sein de cette population. Cette enquête n'est pas une étude de prévalence de l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire ; certains détenus ne souhaitent pas être dépistés à leur entrée en prison, d'autres ne déclarent pas leur séropositivité. Elle constitue, en revanche, un des éléments d'appréciation de la charge des soins des équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire. Reproduite chaque année à la même période, l'analyse évolutive des données est possible et permet d'avoir des données d'ordre épidémiologique sur cette population fortement touchée par le VIH.

Référence

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Enquête « un jour donné » sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), mars 1999.

Fiche n° 17

Prévalence de l'infection à VIH et VHC dans la population carcérale de Marseille

Cette étude a été réalisée entre mars et décembre 1995 dans la prison de Marseille qui compte environ 2 000 détenus. Au moment de leur incarcération, il a été proposé aux détenus de faire un test de dépistage de l'hépatite B et C et de se faire vacciner contre l'hépatite B. L'équipe clinique qui réalisait ces tests était indépendante de l'administration pénitentiaire et n'était pas tenue de lui transmettre les résultats. Un consentement écrit a été demandé à tous les participants (391 au total). Un questionnaire standardisé, passé en face à face, permettait de recueillir des informations socio-démographiques, les antécédents de MST, le statut VIH, VHC et VHB, les antécédents d'injection et quelques informations sur le comportement sexuel.

Référence

Rotily M, Vernay-Vaisse C, Bourliere M *et al.* Prevalence of HCV and HIV antibodies, and related risk factors among entrants to a South-Eastern French prison. *Clin Microbiol Infect* (sous presse).

Fiche n° 18

La population étrangère domiciliée en France face à l'épidémie de sida

Les analyses ont été réalisées à partir des données de la surveillance du sida chez les adultes âgés de 15 ans et plus, de nationalité étrangère, domiciliés en France et diagnostiqués entre 1978 et le second semestre 1998. La nationalité du patient (et non son pays de naissance) figure sur la fiche de déclaration du cas de sida. Les patients immigrés ayant acquis la nationalité française sont de ce fait exclus de l'analyse. Les différentes nationalités ont été regroupées en huit zones géographiques : l'Afrique du nord (Algérie, Maroc, Tunisie, Égypte et Libye), l'Afrique sub-saharienne, Haïti, le continent américain hors Haïti, l'Asie, l'Europe (France exceptée), l'Océanie et l'ex-URSS. Les données de l'INSEE issues du recensement de 1990 ont été utilisées pour calculer les taux de personnes atteintes du sida au sein des nationalités étrangères les plus représentées. Les données de la surveillance du sida présentent deux limites majeures : elles sont le reflet tardif des contaminations par le VIH et, de plus en plus, traduisent une absence de dépistage et de prise en charge. Elles ne rendent pas compte de la dynamique de l'infection à VIH dans les différents groupes composant la population étrangère ou immigrée en France.

Référence

Institut de Veille Sanitaire. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France. Saint Maurice, France, avril 1999, 16 pages.

Fiche n° 19

Le Réseau national des gonococcies (RENAGO)

Depuis 1985, RENAGO assure la surveillance de la gonococcie en France. Les laboratoires de ce réseau (190 en 1997 ; 4,4 % des laboratoires effectuant des analyses microbiologiques) communiquent chaque mois à l'InVS le nombre de prélèvements génitaux avec examen microbiologique, et depuis 1994 le nombre de prélèvements anorectaux. Des informations épidémiologiques concernant chaque isolement de gonocoque sont également fournies (âge et sexe du patient, signes cliniques observés, site de prélèvement, médecin prescripteur, lieu de contamination et existence d'une MST associée) et les souches de gonocoques isolées sont expédiées à l'Institut Alfred Fournier pour étudier leur sensibilité aux différents antibiotiques.

Références

Institut de Veille Sanitaire. Augmentation du nombre de gonococcies identifiées par le réseau RENAGO, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 26/1999.

Réseau national de Santé publique. Les gonococcies en France en 1997. Réseau RENAGO, *Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes*, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Fiche n° 20

Le Réseau national des chlamydioses génitales (RENACHLA)

RENACHLA a été constitué à partir des laboratoires participant à RENAGO, des laboratoires correspondants de l'Institut Alfred Fournier, et des laboratoires sollicités en 1991 lors d'une étude effectuée sur un échantillon aléatoire de laboratoires. En 1997, RENACHLA est composé de 97 laboratoires actifs (ayant envoyé 12 fiches mensuelles) : 72 laboratoires privés et 25 laboratoires hospitaliers (17 universitaires et 8 non universitaires), soit 2,8 % de l'ensemble des laboratoires français susceptibles d'identifier *C. trachomatis* en France métropolitaine. À l'exception de la Corse, toutes les régions sont représentées. Les laboratoires participant au réseau communiquent chaque mois à l'InVS le nombre de recherches de *C. trachomatis* par examen direct. Pour chaque cas détecté, sont précisés l'âge et le sexe du patient, les signes cliniques observés, les agents pathogènes associés, la qualification du prescripteur et les motifs de prescription.

Référence

Réseau national de Santé publique. Les chlamydioses urogénitales en France en 1997. Réseau RENACHLA, Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Fiche n° 21

Les enquêtes KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*)

Depuis 1987, des enquêtes en population générale adulte sont réalisées en France pour permettre le suivi des attitudes, des connaissances, des perceptions et des comportements des personnes à l'égard du sida. Les données présentées ici sont issues des trois dernières enquêtes réalisées en janvier-février 1992, novembre-décembre 1994 et janvier-février 1998, le temps écoulé entre chacune de ces enquêtes étant d'environ trois ans. L'enquête 1998 a été réalisée avec un questionnaire simplifié par rapport à ceux de 1992 et 1994, ne retenant que les indicateurs les plus pertinents pour repérer les évolutions. Il n'a été gardé par exemple qu'un minimum de questions concernant le dernier rapport sexuel. À l'inverse, un module relatif aux nouveaux traitements a été ajouté ; il portait sur la connaissance de l'existence des multithérapies et les effets supposés de ces nouveaux traitements, tant en matière d'impacts thérapeutiques pour les personnes séropositives traitées que sur les comportements de prévention à l'égard du sida. Les trois enquêtes ont été réalisées par téléphone à partir d'un échantillon aléatoire tiré de l'annuaire des abonnés de France Télécom. Une lettre annonçant l'enquête était préalablement envoyée à chaque ménage ainsi sélectionné afin d'obtenir la meilleure acceptation possible du questionnaire. Les numéros sélectionnés étaient ensuite composés automatiquement par un système qui garantit le strict anonymat du numéro appelé. La personne interrogée au sein du ménage devait avoir entre 18 et 69 ans, parler le français, et résider habituellement au domicile contacté. Si plusieurs personnes au sein du ménage étaient éligibles, la personne sélectionnée était celle dont l'anniversaire serait fêté en premier. En 1998, le taux global de non-réponse a été de 24 %. L'enquête nationale a finalement porté sur 1 485 personnes (1 926 en 1992, 1 501 en 1994).

Référence

ORS Île-de-France (dir.). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Évolutions 1992-1994-1998. Paris, avril 1999, 156 pages + annexes.

Fiche n° 22

Baromètre santé adultes

Le *Baromètre santé adultes* 1995/1996 a été réalisé auprès d'un échantillon national représentatif de 1 993 personnes âgées de 18 à 75 ans. Il a succédé à ceux réalisés en 1992 et en 1993. Le recueil des données a été effectué par entretiens téléphoniques assistés par ordinateur. À partir du fichier aléatoire d'environ 4 000 ménages (nombre approximatif d'adresses nécessaires à l'obtention d'un fichier final de 2 000 individus), la procédure suivante était appliquée : vérification de l'éligibilité du ménage (au moins une personne âgée de 18 à 75 ans parlant français, dans sa résidence principale), sélection du répondant par la méthode de la prochaine date anniversaire, rappel du numéro huit fois au maximum à des jours et heures différents. Le taux de refus total de participation à l'enquête a été de 24,5 % en 1997. Les grands thèmes abordés par le questionnaire concernaient des questions générales sur la santé et la prévention, le tabac, l'alcool, la toxicomanie, la vaccination ROR (rougeole-oreillons-rubéole), la prévention du cancer, la consommation des soins et de médicaments. Certains items ont été ajoutés en 1995 permettant d'engendrer des sous-scores de santé physique, de santé mentale et sociale et de santé générale.

Référence

Baudier F, Arènes J (dir.). *Baromètre santé adultes 1995/1996* Paris, CFES, 4^e semestre 1997, 288 pages.

Fiche n° 23

L'enquête ACSAG (Analyse des Comportements Sexuels aux Antilles et Guyane)

Construite sur le modèle de l'enquête ACSF, l'enquête Analyse des Comportements Sexuels aux Antilles et Guyane avait comme principal objectif de recueillir et analyser des informations de base sur les comportements sexuels des populations étudiées qui puissent être utiles à l'évaluation des stratégies à mettre en œuvre pour ralentir la diffusion de l'épidémie du VIH. L'enquête a eu lieu en 1993 dans les trois départements français d'Amérique : Guadeloupe, Martinique, Guyane. Dans les deux premiers, la base de sondage a été la liste des abonnés au téléphone ; dans le troisième les logements à enquêter ont été tirés au sort à partir de photographies aériennes et de plans du cadastre. Les entretiens ont été réalisés en face à face avec un questionnaire légèrement modifié par rapport à celui utilisé en métropole afin de tenir compte des particularités culturelles et langagières des Antilles et de la Guyane. Pour pouvoir participer à l'enquête, les individus devaient être âgés de 18 à 69 ans, parler le français ou le créole et avoir leur résidence principale dans le département où se déroulait l'enquête. Le taux de refus a varié entre 13 et 19 % et était inférieur à celui enregistré en métropole (23 %). Au final, 1 007 personnes ont participé à l'enquête en Guadeloupe, 1 006 en Martinique et 621 en Guyane.

Référence

Giraud M, Gilloire A. Les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane, dossier de presse, Paris, janvier 1995, 39 pages.

Fiche n° 24

L'enquête ACSJ (Analyse des Comportements Sexuels des Jeunes)

L'objectif de cette enquête était de dresser un tableau précis des comportements à risque pour le VIH des jeunes de 15 à 18 ans habitant en France métropolitaine et de comprendre les dynamiques d'entrée dans la sexualité. L'enquête a eu lieu entre janvier et mars 1994, dans des lycées techniques et d'enseignement général et dans trois structures de formation hors lycées : les centres de formation d'apprentis, les cycles d'insertion préprofessionnelle par alternance, les organismes de formation. La base de sondage a porté sur 18 départements choisis dans trois zones caractérisées par des taux de prévalence du sida contrastés. L'échantillon était aléatoire, à deux degrés stratifiés (tirage au sort des établissements et, dans chaque établissement, des jeunes à interroger). Au final, 6 445 questionnaires utilisables ont été dénombrés, collectés dans 224 établissements. Les questionnaires étaient passés en face à face après consentement de la personne et possédaient une double orientation :

- (1) faire un tableau des pratiques sexuelles des 15-18 ans de manière à saisir les changements dans les comportements sexuels en les replaçant dans leur chronologie ;
- (2) décrire le réseau de sociabilité à travers lesquels les adolescents forment leurs relations amicales, amoureuses et sexuelles, et qui joue un rôle important dans l'élaboration des normes et des valeurs.

Référence

Lagrange H, Lhomond B (dir.). L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris, La découverte, 1997, 431 pages.

Fiche n° 25

Le Baromètre santé jeunes 1997/1998

Le *Baromètre santé jeunes* s'intéresse aux 12-19 ans. Au cours de l'enquête 1997/1998, un jeune de 12-19 ans vivant en France sur 1 500 a été interrogé sur l'ensemble du territoire national. Comme pour le *Baromètre santé adultes*, l'enquête a eu lieu par téléphone. Un échantillon aléatoire de ménages issus des fichiers d'abonnés de France Télécom a été constitué en prenant en compte la proportion de ménages ayant au moins un enfant âgé de 12 à 19 ans. Une lettre annonce a été envoyée à tous les ménages susceptibles d'être interviewés afin d'expliquer clairement aux parents les thèmes des questions posées aux jeunes. Si le foyer comportait plusieurs jeunes de cette tranche d'âge, la méthode de la date anniversaire la plus proche était appliquée. Deux pôles principaux ont été explorés : celui, avant tout épidémiologique des comportements de santé et celui, plus psychologique des attitudes et des déterminants de la santé. Certains concepts spécifiques à l'abord des comportements de santé des jeunes ont été spécialement explorés : les prises de risque, le rapport au corps et aux transformations corporelles, les problèmes spécifiques de santé mentale liés à l'adolescence, l'influence des parents, des adultes et des pairs. Certains thèmes plus sensibles tels que la sexualité, le suicide et la consommation de drogues illicites n'ont concerné que les jeunes âgés de 15 ans et plus.

Référence

Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètres santé jeunes 1997/1998, Paris : CFES, 1998, 328 pages.

Fiche n° 26

Les enquêtes périodiques auprès des lecteurs de la presse homosexuelle

Mise en place dès 1985, l'enquête périodique menée auprès des lecteurs de la presse gay masculine a pour objectif de comprendre les modes de vie des homo/bisexuels masculins et d'étudier leur adaptation sexuelle et préventive à l'épidémie de sida. De 1985 à 1992, le questionnaire a été diffusé gracieusement par la revue *Gai Pied*. Après la disparition de *Gai Pied*, le questionnaire a été diffusé par 6 revues en 1993, 10 en 1995 et 9 en 1997, érotiques ou d'information (*All Man*, *Ex æquo*, *Fresh*, *Gay Vidéo*, *Idol*, *Illico*, *Lettres Gay*, *Men*, *Têtu*). Le questionnaire a évolué au cours des années, mais permet à chaque enquête de connaître le profil socio-démographique des répondants, leur statut sérologique, leur vie sexuelle et leurs comportements préventifs. Un volet sur les nouveaux traitements a été introduit lors de l'enquête de 1997. Il visait à mesurer le niveau de connaissance des homosexuels vis-à-vis de ces traitements, d'identifier les opinions et croyances associées et enfin la perception que les répondants se faisaient de leur impact sur la prévention. Le nombre de questionnaires saisis est passé de 1 000 en 1985 à plus de 3 300 en 1997. L'échantillon ainsi constitué ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des homosexuels français : les répondants urbains d'un niveau socio-culturel élevé y sont vraisemblablement sur-représentés.

Références

Schiltz MA. Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes. Paris, Rapport ANRS, mars 1998, 116 pages + annexes.

Adam P, Delmas MC, Brunet JB. Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay. De l'impact perçu par les individus à la mesure d'une influence effective. In « Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH », Collection sciences sociales et sida, ANRS, Paris, septembre 1999, pages 43-58.

Fiche n° 27

La cohorte MANIF 2000

Le projet MANIF 2000 est une cohorte multicentrique à laquelle participent douze centres situés en Île-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elle consiste en un suivi d'individus séropositifs pour le VIH contaminés par l'usage de drogue par injection. Mise en place en juillet 1995, cette étude doit permettre d'étudier les spécificités de l'évolution de l'infection à VIH dans un groupe d'usagers de drogues intraveineuses. Le suivi des patients, prévu tous les 6 mois, inclut notamment le bilan clinico-biologique et des questionnaires visant à mesurer certains déterminants psycho-comportementaux (évaluation des pratiques à risque et des comportements d'observance, qualité de vie, etc.). Au total, 467 sujets ont été inclus entre le 1^{er} juillet 1995 et le 1^{er} juillet 1998.

Références

Bouhnik AD, Rey D, Escaffre N *et al.* Pratiques sexuelles et risques associés chez des usagers et ex-usagers de drogues injectables infectés par le VIH. In « Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH », Collection sciences sociales et sida, ANRS, Paris, septembre 1999, pages 59-70.

MANIF 2000. Rapport d'activité 1998. Marseille : ORS PACA, janvier 1999, 66 pages.

Fiche n° 28

L'enquête au centre pénitentiaire de Marseille

Cette enquête a été réalisée au centre pénitentiaire de Marseille entre 1995 et 1997, avec l'autorisation du ministère de la Justice, et un avis favorable du Conseil national du sida. Étaient éligibles tous les détenus hommes et femmes incarcérés dans l'établissement cinq mois après leur entrée dans l'établissement depuis l'état de liberté. Le choix de cette durée de cinq mois résulte d'un compromis entre une période suffisamment courte pour permettre une participation élevée (la durée moyenne de détention provisoire en maison d'arrêt est de 3,7 mois) mais suffisamment longue pour observer avec une plus grande probabilité la survenue de situations à risque. Les détenus éligibles, dont la liste était fournie par le service du greffe, étaient invités par courrier à participer à une enquête sur les « problèmes et les besoins de santé et de prévention en milieu carcéral ». Si le détenu acceptait de participer, il remplissait un auto-questionnaire s'il savait lire et écrire le français. Dans le cas contraire, un questionnaire en face à face était rempli avec un membre de l'équipe. Le questionnaire portait sur les connaissances des modes de transmission du VIH, le risque de contamination en prison, les attitudes face aux tests de dépistage, les croyances sur la prévention, l'optimisme face à la recherche médicale, l'attitude envers les séropositifs au VIH, l'opinion sur le préservatif, les craintes face aux maladies et les perceptions du risque en prison. Par ailleurs, des questions portant sur les comportements à risque pour l'infection à VIH (sexualité, toxicomanie), avant et pendant l'incarcération, permettaient de déterminer la prévalence de ces pratiques à risque dans la population interrogée. Pour des considérations éthiques, les détenus illettrés répondant en face à face n'ont pas été interrogés sur leurs pratiques à risque au cours de l'incarcération.

Référence

Delorme C, Rotily M, Escaffre N *et al.* Connaissances, croyances et attitudes des détenus face au sida et à l'infection à VIH : une enquête au centre pénitentiaire de Marseille. *Rev Epidémiol Santé Publ*, 1999, 47 (3) : 229-238.

Fiche n° 29

Première évaluation du nombre de prises en charge des expositions au VIH à l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris)

Le Service Vigilance Hygiène et Prévention (SVHP) de l'AP-HP s'est donné en 1997 comme objectifs de mesurer le nombre et les modalités d'accès des personnes exposées accidentellement au VIH aux nouveaux traitements préventifs, et d'évaluer l'observance et la tolérance de ces traitements. Les données sont recueillies sur un questionnaire rempli par les médecins référents établis dans tous les hôpitaux. Le premier questionnaire concerne chaque consultation initiale relative à une exposition au VIH. Le médecin le remplit, qu'il prescrive ou non des antirétroviraux, et le retourne au SVHP. Ce dernier assure l'envoi du 2^e questionnaire 30 jours après, si une chimioprophylaxie a été prescrite, afin d'apprécier la tolérance et l'observance du traitement.

Référence

Service Vigilance Hygiène et Prévention. Prise en charge et chimioprophylaxie des expositions au VIH à l'AP-HP. Premier bilan 1997-1998. Paris, novembre 1998.

Fiche n° 30

Sida Info Service

Créé en 1990 en partenariat avec l'association AIDES, *Sida Info Service* (SIS) est une ligne téléphonique, confidentielle et gratuite qui assure une information et une écoute, jour et nuit, 7 jours sur 7. SIS est composé de dix pôles régionaux que sont Bordeaux, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, Paris, Rennes et Strasbourg. Chaque appel donne lieu à l'établissement d'une fiche informatisée, anonyme, consignnant les caractéristiques de la personne (sexe, tranche d'âge, premier appel, département d'appel, etc.) et de sa demande (médical, transmission, dépistage, prévention, psychologique, social). Depuis 1997, SIS offre des lignes complémentaires au numéro vert : ligne de vie propose aux personnes séropositives et à leurs proches un suivi avec des interlocuteurs réguliers ; la ligne Azur est destinée aux jeunes en difficulté par rapport à leurs orientations sexuelles ; la ligne 6 est expérimentée auprès des détenus, prévenus ou condamnés de la prison de Fresnes et de la Maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis ; *VIH Info Soignants* est un dispositif d'écoute, d'information, d'orientation et de soutien destiné aux professionnels de santé ; *Sida Info Droit* créé en 1993 assure une permanence juridique et sociale.

Références

Sida Info Service. Rapport d'activités 1997, Paris, juillet 1998.

Sida Info Service. Analyse des appels provenant des départements d'outre-mer. Troisième bilan des appels, du 1^{er} décembre 1997 au 31 décembre 1998. Bureau du traitement des appels, Paris, mars 1999.

Fiche n° 31

Les ventes de préservatifs en France

Deux sources permettent de saisir l'évolution des ventes de préservatifs en France : les chiffres communiqués par le Laboratoire National d'Essais (LNE) et les rapports de l'Institut Nielsen.

Pour être mis sur le marché, les préservatifs doivent disposer du marquage CE prouvant qu'ils respectent les exigences essentielles de la directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux ; ces exigences sont couvertes en France par la norme NF EN 600 : 1996. Le marquage NF s'obtient en France par l'intermédiaire du LNE qui teste des échantillons de tous les lots de préservatifs vendus sur le territoire national. Un lot contient au maximum 150 000 préservatifs, mais comme il peut en contenir moins, le calcul du nombre d'unités est sujet à une erreur systématique. De plus, la date de péremption d'un préservatif étant fixée à 5 ans après sa fabrication, le nombre de lots admis pour une année donnée ne correspond donc pas au nombre de préservatifs vendus cette même année. L'Institut Nielsen est chargé d'étudier l'évolution annuelle des ventes de préservatifs en pharmacie et en grandes et moyennes surfaces depuis 1986. Ces chiffres ne permettent donc pas de suivre l'évolution de la distribution en dehors de ces circuits. Cependant, on estime que la grande majorité du marché (70 %) se trouve en pharmacies et en grandes surfaces.

Références

Direction Générale de la Santé. Analyse des données fournies par l'Institut Nielsen 1997/1998. Paris 1999, 17 pages.

Spencer B. Analyse des obstacles à un meilleur accès au préservatif. Paris, décembre 1994, 34 pages.

Duvinage N. Le marché du préservatif en France en 1997. Rapport de stage à la DGS, Paris 1998, 20 pages.

Fiche n° 32

Évolution des ventes de seringues en France

Depuis mai 1997, l'InVS a mis en place un Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution (SIAMOIS). Ce système a pour objectif de contribuer à l'évaluation de la politique des pouvoirs publics visant à réduire les risques de transmission du VIH et des hépatites liés à l'usage de drogues. Il met à disposition des données mensuelles relatives aux ventes de l'ensemble des pharmacies françaises de produits destinés aux usagers de drogues, transmises par le Groupement pour la Réalisation et l'Élaboration d'études statistiques pour l'industrie pharmaceutique (GERS). Ces produits sont le Stéribox[®] (kit de prévention contenant 2 seringues stériles lancé en 1994), les seringues Becton-Dickinson[®] (BD) 1 ml à l'unité, 1 ml par lots de 30 et 2 ml par lots de 20, les boîtes de Subutex[®] et les flacons de méthadone. Ces indicateurs ne permettent pas facilement d'évaluer l'évolution du volume des ventes de seringues utilisées par les usagers de drogues car la plus grande partie des seringues d'1 ml sont utilisées par les diabétiques. Or la consommation de ces seringues par les diabétiques diminue avec l'utilisation de nouveaux matériels (stylo-injecteurs, etc.). Seules les ventes de Stéribox[®] constituent un indicateur spécifique des usagers de drogues.

Référence

Réseau national de Santé publique. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques. Bulletin épidémiologique annuel. Épidémiologie des maladies infectieuses en France. Situation en 1997 et tendances évolutives récentes, Saint-Maurice, France, avril 1999.

Fiche n° 33

Les campagnes de communication

Toutes les campagnes de communication publique sur l'infection à VIH/sida font l'objet d'un pré-test qui vise à mesurer la crédibilité des annonces et la compréhension des messages. Celui-ci est réalisé par des instituts de sondage sous forme d'entretiens et de réunions de groupes. En fonction des réactions qu'ils suscitent, les messages sont retravaillés avant leur diffusion. Les messages d'information et de prévention prennent plusieurs formes et sont diffusés par plusieurs canaux : films diffusés à la télévision et au cinéma, campagne d'affichage, encarts presse, spots radio, bandes dessinées, dépliants disponibles auprès des médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc. L'évaluation de l'effet immédiat d'une campagne médiatique sur le grand public est effectuée par la technique du post-test. Le post-test sert à s'assurer de la performance du plan média et à analyser l'efficacité publicitaire de la campagne. La performance du plan média est estimée en fonction des résultats d'audience recueillis auprès de la cible visée par chacun des écrans publicitaires dans lesquels ont été diffusés les messages de la campagne. L'indicateur de performance d'un plan média est le *Gross Rating Point* (GRP) ; il s'obtient en multipliant la couverture du plan (% de la cible ayant été au moins une fois en contact avec le message) par la répétition moyenne du message (nombre moyen de contacts par individu exposé au moins une fois par message). L'analyse de l'efficacité de la campagne tend à vérifier si les messages ont été vus, compris, s'ils ont recueilli l'adhésion du public visé et ont suscité une implication, voire été incitatifs à un changement d'opinion et/ou d'attitude. Pour le grand public, tous les post-tests sont réalisés par un institut de sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte d'environ 1 000 personnes (méthode des quotas pour le sexe, l'âge et la catégorie socio-professionnelle), interrogés en face en face et à domicile. Dans les DOM, les échantillons sont constitués avec la même méthodologie de 200 à 300 personnes interrogées par téléphone. Pour les homosexuels, une double approche quantitative et qualitative est généralement adoptée : interrogation en face en face d'un échantillon de 100 à 140 homosexuels, suivant un quota d'âge et de région et entretiens individuels.

Références

CFES, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Présentation et bilan des actions de communication sur l'infection à VIH-sida de novembre 94 à fin 97. Paris, août 1997.

CFES, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Présentation et bilan des actions de communication sur l'infection à VIH-sida, 1998. Paris, février 1999.

On peut aussi se reporter au numéro 326 de la revue « la Santé de l'homme » du CFES dont le thème général était « Communication et sida : un tournant ? » (novembre/décembre 1996).

Fiche n° 34

Prévention de l'infection à VIH dans les groupes en grande précarité

Cette initiative a été réalisée, à titre expérimental, à l'aide de trois annonces de presse d'abord parues dans divers journaux diffusés par les magasins Tati et McDonald, dans la presse turfiste et dans plusieurs journaux locaux d'annonces gratuites. Par la suite, ces annonces ont été imprimées sous forme d'affiches destinées à être envoyées aux organismes d'assistance aux personnes en difficulté qui en feraient la demande. Les types de structure qui ont demandé le jeu d'affiches sont apparus finalement très variés : les centres d'urgence (qui étaient les institutions visées) ont été en fait très minoritaires (deux, dans la région de Mâcon et Saint-Étienne). En revanche, plusieurs CHRS, des foyers d'hébergement pour femmes seules avec enfant, des foyers d'accueil de sortants de prison, un foyer d'accueil de prostituées, des organismes de formation, etc. avaient demandé à recevoir les affiches. Si l'entretien individuel et formalisé s'est révélé pertinent pour évaluer l'impact des messages auprès des professionnels, il l'était beaucoup moins pour recueillir l'avis des publics. Ainsi, la méthode de l'entretien informel et discontinu a été utilisée. Au total, plus de 70 personnes ont été rencontrées, certaines plusieurs fois dans les deux centres d'urgence de la région de Mâcon et Saint-Étienne, le Centre d'Adaptation à la Vie Active de Nanterre, le centre de formation de Boussy-Saint-Antoine près de Paris et divers autres lieux d'accueil de jour.

Référence

Sida et précarité : perception des publics en difficulté. CERPE, Paris, février 1999, 52 pages.