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 (n = 1 926)	1994 (n = 759)	1998 (n = 1 485)	Évolution[1] 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 Île-de-France

sins[2]. 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 12e Conférence Mondiale sur le Sida, Genève, juillet 1998).

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

Risques et maladies	1992 (n = 1 926)	1994 (n = 1 501)	1998 (n = 1 485)	Évolution[1] 1992/1994	Évolution[1] 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 (n = 1 926)	1994 (n = 1 501)	1998 (n = 1 485)	Évolution[1] 1992/1994	Évolution[1] 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 (n = 1 926)	1994 (n = 1 501)	1998 (n = 1 485)	Évolution[1] 1992/1994	Évolution[1] 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** (n = 1 927)	**1994** (n = 1 501)	**1998** (n = 1 485)	**Évolution[1]** 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 multipartenaires[3] 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'écarts 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 multipartenaires[4] 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 notoire 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 séronégatifs 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 sérodifférents. 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 multipartenariat, 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 apparue 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).