

69^e RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

Contentons
nous
de faire
réfléchir
n'essayons pas
de convaincre
Georges Braque

ENQUÊTES SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS EN FRANCE ET EN EUROPE QUELS IMPACTS SUR LA PRÉVENTION DES IST ET DU VIH ?

ANTONIO UGIDOS

DIRECTEUR DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

Cette rencontre va permettre de faire le point sur les comportements sexuels des français et les impacts sur la prévention, notamment à l'égard des femmes, des migrants, des homosexuels, et des populations en général qui ont des situations de vulnérabilité spécifique par rapport au VIH. Nous tâcherons de voir quelles implications cela peut avoir en termes de prévention, de traitement de genre, et de communication ciblée. Nous verrons aussi avec Kaye Wellings ce qui se passe en Angleterre.

DANIELLE MESSENGER

JOURNALISTE À FRANCE INTER

C'est un sujet passionnant qui nous réunit aujourd'hui autour de l'évolution des comportements sexuels. À l'époque de mai 1968, la demande faite à Nanterre qu'il n'y ait plus de séparation entre les cités universitaires des filles et des garçons avait eu l'effet d'un détonateur. Aujourd'hui, à la suite d'agressions sexuelles, les femmes demandent à nouveau un cloisonnement, ce qui donne à s'interroger. Quels impacts ces enquêtes sur les comportements sexuels peuvent-elles avoir sur la prévention des IST et du VIH ? Avec une première prise de parole sur les nouvelles données concernant les comportements sexuels en France avec Nathalie Bajos, directrice de recherche à l'Inserm.



CENTRE RÉGIONAL
DE RESSOURCES
ET D'INFORMATION
SUR LE VIH/SIDA,
LES HÉPATITES,
L'ÉDUCATION À LA VIE
AFFECTIVE ET SEXUELLE,
LES DROGUES,
LES DÉPENDANCES ET
LES CONDUITES À RISQUE
CHEZ LES JEUNES

Tour

Maine-Montparnasse

BP53 /

75755 Paris cedex 15

tél **01 56 80 33 33**

fax **01 56 80 33 00**

www.lecrisp-idf.net

info@lecrisp.net

ouvert au public

du **mardi** au **vendredi**

de **13h** à **19h**

* Rencontre du 3 avril 2008. Les rencontres du Crips Île-de-France sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

NOUVELLES DONNÉES SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS EN FRANCE

NATHALIE BAJOS

DIRECTRICE DE RECHERCHE À L'INSERM U822

L'enquête que je vais vous présenter a été menée par Michel Bozon et moi-même et coordonnée par Nathalie Beltzer, une équipe de sociologues, d'épidémiologistes et de démographes. Cette enquête, réalisée à l'initiative de l'ANRS a pour principal objectif d'étudier le contexte social de la sexualité en France. C'est la troisième grande enquête scientifique sur la sexualité en France, après celle conduite en 1972 au lendemain de la légalisation de la contraception, et celle menée sous la responsabilité d'Alfred Spira, que j'ai coordonnée en 1992 au moment du pic de l'épidémie d'infection à VIH.

Il s'agit ici d'envisager la sexualité, aussi bien dans les actes que dans les relations affectives dans lesquels ces actes prennent sens, et d'interroger les représentations de la sexualité que partagent les femmes et les hommes aujourd'hui. La sexualité s'inscrit dans un contexte social en tenant compte des conditions de vie, des trajectoires personnelles des individus, avec un fil directeur théorique qui est la question des rapports de genre, des rapports sociaux de sexe. Une autre caractéristique importante de cette recherche, c'est le lien, tout au long de notre questionnement, sur sexualité et santé (question de l'infection à VIH, question de la contraception, de l'IVG, des violences sexuelles, des dysfonctions sexuelles et des IST en général).

Par rapport aux enquêtes précédentes, une amélioration du statut social des femmes est à noter avec l'essor des scolarités féminines, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail y compris quand elles ont des enfants, et la question de l'accès à la contraception et à l'IVG qui a eu un impact important sur le vécu de la sexualité. La question de l'impact de l'épidémie à VIH sur les comportements sexuels en France, en dehors de l'utilisation du préservatif est également posée. Une autre caractéristique importante du contexte social est la diversification croissante des trajectoires affectives et conjugales des individus, avec également une mise en débat croissante des questions liées à la sexualité depuis les années 1970.

Une des hypothèses centrales, que j'ai élaborée avec Michèle Ferrand et Armelle Andro, est que les inégalités de genre structurent ce qui se joue dans la sexualité et qu'en retour ces inégalités dans la sphère de la sexualité justifient, légitiment les inégalités de genre qui prévalent dans les autres sphères sociales (vie publique, travail, famille). Une autre hypothèse centrale, c'est que la maîtrise qu'ont les personnes de leurs conditions de vie

est un des éléments du contrôle qu'elles peuvent avoir sur les conséquences de leur activité sexuelle.

Un échantillon aléatoire de 12 000 personnes a été enquêté par téléphone, avec un bon taux d'acceptation. Un test de dépistage d'infection à Chlamydiae a été systématiquement proposé aux répondants.

Un des premiers résultats de cette nouvelle recherche, c'est que l'on enregistre une évolution sensible des déclarations des femmes relatives à leur pratiques sexuelles et au nombre de partenaires, des deux sexes, qu'elles ont eus, alors que les déclarations des hommes restent relativement stables. Après une baisse importante de l'âge des femmes au premier rapport dans les années 1970, une stabilité dans les années 1980-1990, une nouvelle baisse est constatée qui demande à être confirmée dans le temps. Hommes et femmes entrent au même âge dans la sexualité, même si le vécu de cet acte reste différent : les femmes débutent leur vie sexuelle pour des raisons liées à l'amour alors qu'il est plus question de désir chez les hommes.

L'augmentation du nombre de partenaires sexuels pour les femmes se poursuit : 11 % des femmes déclarent avoir eu plus de dix partenaires au cours de leur vie contre 35 % des hommes. La définition du partenaire n'est pas la même pour une femme que pour un homme, les femmes ne comptabilisant que les partenaires qui ont eu une importance affective dans leur vie. Sur la question des partenaires de même sexe, le niveau de déclaration des femmes est dorénavant semblable à celui des hommes, de l'ordre de 5 %.

Autre élément important, une analyse par générations montre qu'il y a des calendriers de sexualité qui se construisent différemment selon les générations : les générations après la contraception et avant le sida, ont eu plus de partenaires avant 30 ans.

Aujourd'hui, la sexualité des femmes est de plus en plus diversifiée. Elles déclarent facilement la masturbation, la sexualité orale, dans une moindre mesure la sexualité anale. La sexualité sans pénétration est aussi souvent évoquée. Sur la question du désir, prévaut toujours un clivage entre un désir pensé comme naturel et permanent pour les hommes alors qu'il s'inscrit dans une relation pour les femmes. En termes de classes sociales, les femmes issues de milieux sociaux plus favorisés ont leur premier rapport plus tardivement.

Concernant la prévention, à noter le résultat spectaculaire en terme de santé publique avec 90 % d'utilisation du préservatif au premier rapport mais une utilisation qui décroît au fil de la relation, sans que les enjeux préventifs et contraceptifs ne soient nécessairement pris en compte. Au dernier rapport, les femmes qui déclarent avoir plus de mal à utiliser le préservatif sont les plus de 35 ans, celles qui viennent de vivre une rupture amoureuse, celles qui prennent la pilule, celles qui se sentent amoureuses ou qui sont avec un partenaire régulier.

L'enquête a permis aussi de révéler que l'infection à Chlamydiae Trachomatis était sous-dépistée en France.

Une stabilité des représentations de la sexualité s'observe hormis pour l'homosexualité avec une acceptation plus forte malgré quelques résistances notamment liées à la filiation.

Pour finir, le clivage entre sexualité masculine et féminine reste marqué avec une vision différentialiste qui considère que les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes. Quels que soient leurs capitaux sociaux, les femmes privilégient tout au long de leur vie une sexualité relationnelle.

En conclusion, nous avons vu une diversification des expériences féminines et une plus grande stabilité des expériences masculines. Les effets de l'épidémie VIH s'inscrivent dans des logiques sociales de fond. La sexualité exprime les inégalités du monde social (Godelier). Le maintien de la représentation d'un « ordre naturel » des sexes dans la sexualité, hiérarchique, sous couvert de complémentarité, est le dernier bastion d'un différentialisme inégalitaire qui révèle et justifie les inégalités sociales entre femmes et hommes. Ces inégalités femmes/hommes interrogent les politiques qui visent uniquement à modifier les représentations sociales de la sexualité. Il faut créer les conditions de l'égalité des pratiques concrètes entre les sexes dans les différentes sphères sociales.

Les résultats détaillés de cette recherche sont présentés dans l'ouvrage *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, éditions La Découverte, Paris, 2008, 609 pages.

LES FEMMES FACE AU SIDA : LES CUMULS DE VULNÉRABILITÉS

GENEVIÈVE PAICHELER

DIRECTRICE DE RECHERCHE, CNRS

L'objectif du numéro spécial de la revue *Médecine/Sciences* a été de mettre en lumière l'ensemble des données sur femmes et VIH qui révèle une situation défavorisée des femmes, y compris en France. L'invisibilité concerne souvent des questions féminines comme ici celle de leur rapport au sida. Invisibilité des obstacles que rencontrent les femmes pour se protéger, se soigner. Une des manifestations de cette invisibilité est que les femmes constituent un point aveugle des catégorisations épidémiologiques. Cette absence de prise en compte des différences qui existent par rapport au sida, en fonction du genre, a engendré une indifférence aux problèmes des femmes, accentuée par le fait qu'à l'origine, dans les pays occidentaux, l'épidémie concernait surtout les hommes, homosexuels ou toxicomanes. Cette indifférence a engendré plus de différences car les moyens de traiter les problèmes spécifiques des femmes n'ont pas été mis

en œuvre ce qui a favorisé le développement à bas bruit de l'épidémie dans la population féminine.

Il y a maintenant une urgence à agir tant du point de vue de la prévention que de la prise en charge. En France en 2005, les femmes représentaient 38 % des découvertes de séropositivité dont la moitié chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Une femme sur cinq est dépistée à un stade tardif de la maladie. Dans le monde, les femmes représentent 48 % du nombre des personnes vivant avec le VIH soit fin 2006, 17,7 millions sur un total de 37,2 millions d'adultes.

Précarité et vulnérabilité sont les deux facteurs de l'extension de l'épidémie à VIH et sont indissociables des rapports de genre et de domination. Les données de l'enquête KABP sur les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, révèlent que les femmes ont, globalement, une bonne connaissance de l'épidémie et ont une perception du risque individuel plus élevée que les hommes. Ce sont les femmes qui sont dans les situations les plus précaires économiquement, les moins diplômées, qui connaissent le moins les modes de transmission du VIH et les moyens de prévention. Elles ont des difficultés à obtenir le port du préservatif par leur partenaire et ce d'autant plus qu'elles se trouvent dans des relations inégalitaires socio-économiquement et dans des situations de dépendance.

Femmes d'Afrique subsaharienne

Dans la période 2003-2005, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne représentaient 32 % des découvertes de séropositivité en France. Dans ce groupe, un facteur de risque important, est le multipartenariat, souvent simultané des conjoints. 23 % des hommes mariés et des hommes non mariés vivant en couple déclaraient en effet avoir eu plusieurs partenaires dans l'année, sans utilisation systématique du préservatif. D'autres facteurs de vulnérabilité auxquels les femmes étaient confrontées dans leurs pays d'origine persistent après leur migration : inégalité d'accès à l'éducation, dépendance économique, valorisation du multipartenariat masculin, accès limité au préservatif et au planning familial. Elles ont une bonne perception de leur exposition au risque mais sont dans l'incapacité de gérer ces risques comme elles le souhaiteraient. Le désir d'enfant peut conduire à des prises de risque répétées chez les femmes séropositives.

Femmes d'outre-mer

Aux Antilles-Guyane, dans un contexte de domination masculine marqué, les femmes sont encore une fois plus exposées au risque. Une situation encore plus marquée en Nouvelle-Calédonie où la violence y compris sexuelle à l'égard des femmes est très présente. Si le VIH y est encore peu répandu, des indicateurs indirects tels que le taux de grossesses non désirées signale l'exposition des femmes aux risques en lien avec la sexualité. Dans les Antilles-Guyane, le passé colonial pèse

lourd sur ces questions de domination des hommes sur les femmes.

Femmes usagères de drogues par voie intraveineuse

Concernant la population féminine usagère de drogues, les profils et les pratiques sont mal connus en France. Néanmoins l'enquête Coquelicot a permis de dégager que les pratiques de partage du matériel se déroulent le plus souvent au sein du couple. Les femmes sont souvent dépendantes de leur partenaire pour la fourniture de produits toxiques et n'ont pas toujours d'autonomie financière. Dans ce contexte, les femmes s'injectent moins les produits que les hommes mais partagent plus le matériel d'injection. Ces femmes ont souvent des trajectoires chaotiques marquées par la délinquance, la violence, des relations sexuelles sous contrainte. Les femmes usagères de drogues présentent plus de vulnérabilité au risque de transmission du VIH au cours de relations sexuelles, en déclarant plus de relations occasionnelles avec un autre usager de drogues, que les hommes. Elles sont aussi plus nombreuses à déclarer avoir des relations sexuelles en échange de drogues ou d'argent. Il y a une relation étroite entre toxicomanie et santé.

Les spécificités des femmes par rapport aux hommes vivant avec le VIH

En terme d'insertion sociale, les femmes séropositives sont moins diplômées et qualifiées que les hommes séropositifs. Il leur est plus difficile d'avoir une vie professionnelle et elles sont plus menacées de perdre leur emploi ou d'exercer un emploi précaire. Chez les femmes séropositives immigrées récemment, qui connaissant ces obstacles de barrière de la langue ou de statut légal, le taux de non-emploi est encore plus marqué. Cette précarité s'ajoute à des charges familiales plus lourdes que pour les hommes, ce qui induit des niveaux de pauvreté plus marqués que chez les hommes et dans la population générale.

La vie affective des femmes vivant avec le VIH est plus problématique que celle des hommes quand elles sont délaissées par leur partenaire ou qu'elles doivent faire face au veuvage si leur conjoint était également infecté. Le taux de vie en couple, à âge égal, est très inférieur chez les personnes hétérosexuelles vivant avec le VIH qu'en population générale. L'âge, notamment à partir de 50 ans chez les femmes, se révèle un grand facteur d'isolement soulignant ainsi le déséquilibre des rapports entre hommes et femmes. Concernant la vie sexuelle et la prévention, il n'existe pas de différences notoires entre les hommes et les femmes. L'activité sexuelle de la population séropositive est plus faible que celle de la population générale, mais comme dans la population générale, on retrouve une tendance chez les hommes à avoir plus de partenaires occasionnels que chez les femmes. La révélation au partenaire du statut sérologique n'est pas différente entre hommes et femmes à

part au sein de la population immigrée, où hommes et femmes sont plus nombreux à taire leur statut à leur partenaire. Les femmes rapportent aussi souvent que les hommes avoir utilisé le préservatif. Mais il existe un taux important d'actes non protégés chez les couples sérodifférents, dans un cadre consenti, puisqu'à 60 %, les personnes considèrent qu'il s'agit d'une codécision. En termes de qualité de vie et de santé mentale, l'altération de l'image corporelle due aux effets secondaires des traitements, tels que les lipodystrophies, a un fort impact. Une personne séropositive sur cinq a attenté à sa vie avec un taux plus important chez les femmes. Il existe aussi un fort impact du regard social sur la maladie. Les changements de l'image corporelle peuvent avoir un effet sur l'observance. Cette souffrance morale, liée à la précarité des situations sociales, caractérise la population féminine à la recherche d'un soutien dans les associations. Chez les femmes séropositives, on retrouve un effet d'âge sur le désir d'enfant et un effet de l'origine culturelle sur la notion de « famille idéale ». 33 % des femmes séropositives et en âge d'avoir des enfants souhaitent être mères, désir encore plus marqué au sein de la population d'origine subsaharienne. Ceci implique que soit organisée une meilleure prise en compte de la problématique de la parentalité au cours de la prise en charge médicale de la séropositivité.

ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE MIGRANTES VIVANT AVEC LE VIH

DOLORÈS POURETTE

ATTACHÉE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE, UNIVERSITÉ PARIS-DESCARTES

En France et dans d'autres pays européens, plus de la moitié des femmes et plus d'un quart des hommes nouvellement diagnostiqués séropositifs sont des personnes de nationalité étrangère, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (InVS, 2007). Cette enquête réalisée en 2005-2006 porte sur une population de femmes migrantes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne et vivant avec le VIH en France. L'objectif est de comprendre l'impact du diagnostic sur les pratiques sexuelles, reproductives et préventives. Ce sont 32 femmes qui ont été interviewées au cours d'entretiens semi-directifs. Dans un souci de comparabilité, dix hommes originaires d'un pays d'Afrique et séropositifs ont également été enquêtés dans les mêmes conditions. Si ces personnes ont des parcours migratoires, sociaux et familiaux diversifiés, l'expérience du VIH s'ajoute à des situations sociales, économiques et politiques très précaires, ce qui renforce la vulnérabilité face à des risques de santé, de violences, etc.

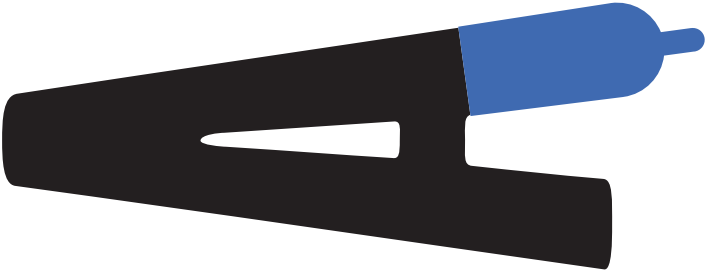
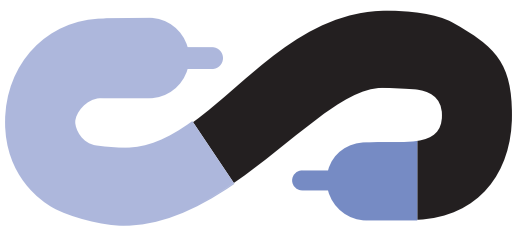
Le premier résultat de cette enquête est qu'avant le dépistage, il existe une absence de protection de soi. En effet, les femmes enquêtées au cours de cette recherche témoignent d'une utilisation du préservatif très ponctuelle avant le diagnostic du VIH. Si quelques-unes avaient déjà utilisé un préservatif à l'occasion de relations nouvelles ou de passage, ou comme moyen de contraception, la majorité n'en avait jamais utilisé pour se prémunir du VIH ou d'une IST, même parmi celles qui résident en France de longue date (ces femmes se sont mariées au moment de leur arrivée en France, ou avant, et n'ont pas eu d'autres partenaires sexuels que leur conjoint).

C'est dans le cadre du couple que des comportements préventifs sont particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Les femmes vivant en couple soulignent qu'avant de connaître leur séropositivité, il leur était très difficile de négocier la protection des relations, y compris lorsqu'elles étaient informées des infidélités de leur époux, ou lorsque la co-épouse de celui-ci était visiblement gravement malade. Autre résultat de cette enquête : le diagnostic du VIH engendre la nécessité de protéger les autres. Alors qu'elles ne se protégeaient pas du VIH avant d'être dépistées, la protection de l'autre, le partenaire ou l'enfant à venir, devient l'une de leurs préoccupations principales après le diagnostic. Ce devoir de protection prime sur leur préservation d'un éventuel rejet social. Dire sa séropositivité au VIH, au risque de la réprobation voire de la répudiation, apparaît ici comme un recours pour assurer la protection d'autrui. L'annonce d'une contamination par le VIH au sein du couple mène souvent à des ruptures conjugales et ne garantit pas le dépistage du conjoint, ni l'adoption du préservatif, qu'il soit dépisté séropositif, séronégatif ou non. Comme de nombreuses études l'ont montré, le diagnostic du VIH est très souvent suivi d'une période d'absence de désir sexuel et de suspension momentanée des projets de vie. La difficulté à dire à un nouveau partenaire que l'on est infecté par le VIH, la crainte du rejet et la peur de contaminer l'autre mènent à l'abstinence, affective et sexuelle. Si quelques femmes ayant déjà été mariées et ayant des enfants en âge d'être eux-mêmes parents ont décidé de rester seules de manière définitive, pour les autres, l'acquisition d'un « savoir sur le sida », par les contacts avec le milieu médical et parfois le milieu associatif, et la prise de conscience que l'on peut vivre avec le VIH et donner naissance à des enfants non infectés, mènent à élaborer de nouveaux projets et à envisager de nouvelles relations affectives.

L'analyse des trajectoires conjugales souligne que les stratégies matrimoniales qui sont mises en œuvre dans le contexte de la séropositivité sont orientées par une double contrainte : d'une part, le partenaire doit être susceptible d'accepter d'être en couple avec une femme séropositive et de mener un projet d'enfant avec elle ; d'autre part, les risques de contamination doivent être

limités. Une première stratégie concerne des femmes pour lesquelles, seule une union avec un Européen est envisageable. Elles justifient leur choix par une représentation des hommes européens comme étant susceptibles d'accepter de vivre avec une femme séropositive, et avec lesquels il leur sera plus facile d'établir un dialogue sur la sexualité et le sida et de négocier l'utilisation du préservatif. Ces femmes présentent une vision idéalisée des hommes européens, qui oriente leurs stratégies matrimoniales vers une recherche de relations plus égalitaires. Cependant, ces relations sont souvent asymétriques, du point de vue du statut social, économique, politique et du point de vue de la santé : ces conjoints sont en effet séronégatifs. Plusieurs femmes en couple avec des hommes européens et séronégatifs subissent des formes de violences (violences conjugales, brimades, menaces de dévoiler leur statut sérologique aux proches...). En outre, elles ne parviennent pas toujours à négocier l'utilisation du préservatif. Une deuxième stratégie matrimoniale concerne des femmes qui ont noué des relations (ou envisagent de le faire) avec des migrants originaires d'Afrique subsaharienne également infectés par le VIH. Il s'agit de femmes dont l'expérience de la migration et celle du VIH sont imbriquées : elles ont migré pour accéder aux traitements, ou elles ont découvert leur séropositivité peu de temps après leur arrivée. Ces femmes sont impliquées dans des réseaux de sociabilité liés à la maladie et, en dehors de ces réseaux, elles ont développé peu de liens avec la population non immigrée. Elles fréquentent régulièrement les associations communautaires d'aide aux personnes séropositives où elles rencontrent des hommes et des femmes se trouvant dans des situations similaires. Pour ces femmes, une relation avec une personne migrante et également séropositive représente le moyen de se sentir soutenues par une personne qui partage les mêmes difficultés, et le moyen d'éviter de porter la culpabilité de sa contamination, les risques de surcontamination étant peu pris en compte. Ces femmes sont aussi celles qui supposent qu'aucun homme séronégatif n'accepterait de vivre avec une femme séropositive.

Pour conclure, la principale stratégie que les femmes enquêtées mettent en œuvre pour protéger leurs partenaires et éventuellement les enfants qu'elles auront repose sur le partage du secret de leur séropositivité. Cette parole est loin de garantir l'adoption de mesures préventives. En effet, les femmes interrogées ne semblent pas rencontrer de difficultés pour négocier l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels, qui ne sont pas informés de leur statut sérologique, la norme préventive étant de mise dans ce type de relations sans enjeu de parentalité ni de conjugalité. À l'inverse, c'est au sein du couple, qu'il soit séroconcordant ou sérodiférent, avec des partenaires informés de leur séropositivité, qu'elles rencontrent le plus de difficultés pour négocier l'utilisation du préservatif. Cela sou-



ligne la nécessité de prodiguer des conseils de prévention auprès des deux membres du couple, sérodifférent ou séroconcordant, pour limiter les risques de contamination ou de surcontamination. Les quelques femmes qui n'ont pas informé leur partenaire de leur séropositivité détiennent une certaine marge de manœuvre pour le protéger d'une éventuelle contamination : en invoquant des contre-indications médicales à la prise d'un contraceptif oral ou à la mise en route d'une grossesse.

En termes de recommandations, les dispositifs de prévention devraient davantage : sensibiliser les couples (quels que soient leur âge et leur ancienneté de résidence en France) aux risques de contamination, les femmes en couple ne pensant pas pouvoir être concernées par le VIH ; renforcer la prévention auprès des jeunes migrants et auprès des femmes migrantes ; renforcer l'information et la prévention auprès des personnes séropositives afin d'éviter les contaminations et surcontaminations ; prendre en compte les difficultés rencontrées par les personnes diagnostiquées pour annoncer leur séropositivité à un conjoint ou à un nouveau partenaire ; prodiguer des conseils de prévention auprès des deux membres du couple pour limiter les risques de contamination ou de surcontamination ; développer le counseling auprès des patients séropositifs au sein de l'hôpital. Les conseils de prévention auprès des personnes séropositives sont principalement délivrés par le médecin et par les associations de soutien aux personnes concernées. Or, le counseling excède largement le rôle du médecin, et toutes les personnes séropositives ne souhaitent pas être en contact avec ce type d'association, dans un souci d'anonymat ou de préservation du secret. Par conséquent, il serait peut-être judicieux d'implanter une instance spécifiquement destinée au counseling auprès des patients séropositifs au sein de l'hôpital.

QUESTIONS DE LA SALLE

CATHERINE PARDO-GRIMALDI, COORDINATRICE EN SANTÉ PUBLIQUE À LA MAIRIE D'ORLY — Vous avez axé votre recherche sur la situation des femmes issues d'Afrique subsaharienne voire des Dom Tom. Vous êtes-vous intéressée également aux femmes originaires d'autres continents comme l'Europe de l'Est, l'Asie ? Sont-elles dépistées, recensées ?

GENEVIÈVE PAICHELER — Ces nationalités sont moins représentées. Il existe quelques caractérisations sur ces populations notamment par rapport à la prostitution mais il n'y a pas d'enquête spécifique. Il est difficile d'étudier ces populations à cause de leur situation de précarité. Ce qui met en exergue le lien entre précarité et exposition au risque.

CATHERINE PARDO-GRIMALDI — La question qui en découle est donc la suivante : comment peuvent-elles

s'identifier si les messages de prévention ne leur sont pas adaptés ?

ANTONIO UGIDOS — Pour la communauté asiatique il y a l'association Arcat qui mène depuis des années un travail spécifique auprès de cette communauté et qui édite des affiches, des documents en mandarin. Il y a aussi Médecins du Monde.

DANIELLE MESSENGER — Annie Velter, nous allons revenir avec vous sur l'enquête Presse Gay avec notamment la non-utilisation du préservatif qui tendrait à se normaliser. Vous évoquerez aussi ce que peuvent être les nouveaux axes de prévention et les réflexions en cours.

ENQUÊTE PRESSE GAY

ANNIE VELTER SOCIOLOGUE, INVS

Je vais vous présenter les trois dernières éditions de l'enquête Presse Gay, enquêtes qui ont été réalisées en 1997, 2000 et 2004 auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Tout d'abord, il est à noter que le mode de contamination par rapports homosexuels représente le groupe où les découvertes de séropositivité ne diminuent pas, 3 660 séropositivités ont été notifiées chez les hommes homosexuels au 31 mars 2007. Une proportion d'infections récentes élevée car 45 % d'entre eux ont été contaminés six mois avant le diagnostic. En parallèle de cette donnée, on observe depuis 2000 une recrudescence des IST chez cette population, en particulier de la syphilis, avec 30 cas notifiés en 2000 contre 271 cas en 2006, ou encore les gonococcies et la LGV qui a émergé en 2006 avec 384 cas notifiés dont 180 pour la seule année dernière.

Dans les grandes enquêtes représentatives de la population générale, 4,1 % des hommes avaient déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie soit une estimation de la population homosexuelle de 830 000 hommes. Parmi eux, 1,6 % avaient déclaré au moins un rapport sexuel avec un homme dans les douze derniers mois soit 324 000 hommes. Ces grandes enquêtes ne permettant pas de recruter un effectif suffisant pour faire des analyses pointues. Depuis 1985, les enquêtes auprès de la population gay sont réalisées au travers d'un questionnaire anonyme, auto-administré, avec 120 questions sur les modes de vie et les comportements sexuels préventifs des hommes, encartés dans la presse identitaire, et dernièrement sur les sites internet. La diffusion a varié en fonction des époques puisque les premières éditions ont été diffusées dans le seul magazine qui existait, *Le Gay pied*. À sa disparition, le panel a été élargi. En 2004, seize revues gay et dix sites internet ont participé à cette enquête, soutenue scientifiquement et financièrement par l'ANRS.

Les caractéristiques sociodémographiques des répondants aux trois enquêtes sont assez stables avec un niveau d'études élevé et une part de salariés importante. La moitié des répondants vivent seuls. Par contre, apparaît un vieillissement des répondants qui avaient un âge moyen de 31 ans en 1997 et de 36 ans en 2004. De même, une diminution de la part des répondants résidant en Île-de-France est constatée. Concernant le recours au test de dépistage, une stabilité de l'échantillon est observée puisque les répondants ont majoritairement effectué un test au cours de leur vie. Par ailleurs la prévalence déclarée de séropositivité est assez stable, environ 13 %. En revanche, il y a une augmentation des déclarations des IST au cours des douze derniers mois (gonococcies et syphilis). Il existe toujours une stabilité pour la définition de son orientation sexuelle avec une large majorité des répondants qui se déclarent homosexuels. Même stabilité pour la proportion d'hommes qui déclarent avoir eu un rapport sexuel avec une femme au cours des douze derniers mois, aux alentours de 8 %. Une stabilité aussi au niveau du nombre de partenaires masculins sexuels au cours des douze derniers mois, avec un tiers des répondants indiquant avoir eu au moins dix partenaires masculins au cours de la dernière année même si on remarque qu'il y a une proportion croissante de répondants qui déclarent n'avoir pas eu de partenaires au cours des douze derniers mois. La proportion des répondants qui déclarent un partenaire stable au cours des douze derniers mois diminue de 75 % à 67 %. En 2004, dans ces relations stables 93 % des répondants pratiquent la pénétration anale avec leur partenaire stable avec une augmentation importante des pénétrations anales non protégées (PANP) de 57 % en 1997 à 70 % en 2004. Ces PANP qui étaient exceptionnelles avant deviennent régulières avec au moins une PANP avec son partenaire stable par mois. La proportion des PANP dans les douze derniers mois varie selon le statut sérologique VIH des deux partenaires. Ils n'utilisent pas le préservatif à 82 % lorsque les partenaires sont séroconcordants, et à 52 % dans les couples sérodiscordants. En ce qui concerne les pratiques sexuelles avec des partenaires occasionnels, là aussi, la pratique de la PANP est importante et en augmentation avec un passage des prises de risque occasionnelles vers du régulier. En 1997, 20 % de répondants avaient déclaré au moins une PANP dans les douze derniers mois, ils sont 33 % en 2004. En 2004, pour les répondants qui déclarent être séronégatifs, 19 % avaient eu au moins une PANP avec un partenaire de statut sérodifférent ou dont ils ne connaissaient pas le statut sérologique, ils sont 44 % chez les séropositifs et 45 % pour les répondants qui ne sont plus certains d'être séronégatifs. Les répondants ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui n'ont pas réalisé de test VIH au cours de leur vie, sont 31 % à avoir déclaré des PANP.

Ces résultats doivent être une aide à la décision pour les

différentes instances et associations dans l'élaboration de leurs politiques et de leurs messages de prévention. Cette augmentation des comportements à risque depuis 2000 est concordante avec les résultats publiés dans les autres pays. Ces résultats ont permis de mettre en œuvre des campagnes de prévention afin d'encourager les homosexuels à utiliser le préservatif, inciter au dépistage et élaborer de nouveaux axes de prévention qui pourraient stabiliser ces comportements.

QUESTIONS DE LA SALLE

DANIELLE MESSAGER — Peut-on avoir un exemple de ces nouveaux axes ?

GENEVIÈVE PAICHELER — Les nouvelles stratégies de prévention conservent toujours une marge de risque par rapport au préservatif s'il est utilisé correctement. L'ANRS a constitué un groupe qui réfléchit sur la façon dont les personnes gèrent une charge virale dite indétectable dans leur vie sexuelle et la réalité de celle-ci. Il faut aussi travailler sur l'impact de la circoncision, la prophylaxie pré-exposition, les microbicides... Autant de réflexions sur de nouvelles stratégies de gestion du risque.

CAMILLE CABRAL, DIRECTRICE DU PASTT — S'il existe une charge virale indétectable, il faut prouver scientifiquement qu'elle ne transmet pas le VIH. C'est uniquement dans ce cas que l'on pourra faire une prévention ciblée.

DANIELLE MESSAGER — Pour le moment c'est un groupe de réflexion, il n'y a pas de ligne de conduite à prôner.

GENEVIÈVE PAICHELER — La charge virale peut varier par exemple si quelqu'un a une grippe, une baisse des défenses immunitaires ou chez les femmes selon le cycle menstruel. Nous ne sommes pas dans la phase de recommandations de réduction des risques mais dans l'étude des données avec des scientifiques et des chercheurs en sciences sociales. Cette gestion de la charge virale indétectable se fait spontanément dans la population des personnes séropositives. À cela s'ajoutent les recommandations des médecins suisses qui, si elles ne sont pas officiellement suivies en France, le sont dans les pratiques.

DAVID FRIBOULET, CHARGÉ DE RECHERCHE AU LABORATOIRE EPS, MAISON BLANCHE — Les déterminants des facteurs de prises de risque sont souvent oubliés : désespoir de soi, homophobie intériorisée. Le Syndicat national des entreprises gaies (Sneg) a commencé à réfléchir là-dessus en lien avec l'Institut psychosocial de recherche (IPSR) basé à Amsterdam et dirigé par Philippe Adam, sociologue, qui travaille sur le lien dépression et prise de risque sexuel. Il faut être dans la réduction des risques mais aussi rappeler les préalables de la prévention, de la santé mentale et du bien-être.

JEAN LAMARCHE, PRÉSIDENT DE CROIX VERTE ET RUBAN ROUGE — De nouvelles pistes de travail concer-

nent également le vaccin contre les papillomavirus humains (HPV) chez les hommes, et les antirétroviraux pris en prévention.

LUDOVIC OUALEMBO MOUTOU, COORDINATEUR, LA RÉSI- LIENCE — Attention au discours sur la charge virale indétectable qui serait non contaminante et qui pourrait encourager les gens à ne plus se protéger. Une idée prévaut aussi que la circoncision protège des contaminations. Je rappelle que l’Afrique qui est un continent dans lequel la circoncision est pratiquée de manière importante est aussi le continent dans lequel la prévalence du VIH est la plus élevée.

ANTONIO UGIDOS — Ce qui est indiscutable, c’est qu’il y a une augmentation des prises de risque et en particulier chez les personnes séropositives. Je pense que nous n’avons pas assez communiqué auprès des personnes séropositives. Philippe Adam parlait de « complaisance sociale ». Il faut arriver à dépasser cela face aux risques. Quand Dolorès Pourette dit que « la principale préoccupation de ces femmes séropositives est de protéger leur partenaire », c’est vraiment une idée sur laquelle il faut travailler. La principale protection de chacun d’entre nous c’est de protéger l’autre. Ces rencontres doivent aider à valoriser ce type de message.

DANIELLE MESSENGER — Voyons maintenant les comportements sexuels de nos voisins anglais avec Kaye Wellings.

ENQUÊTES SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS AU ROYAUME-UNI

KAYE WELLINGS

DIRECTRICE DE RECHERCHE, LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE

Je vais vous parler d’une étude que nous menons actuellement au Royaume-Uni et que je vais comparer à celle qu’a présentée Nathalie Bajos. J’évoquerai ensuite ce qu’il est possible de faire en termes de prévention et de compréhension de la maladie. En 1990, nous avons rencontré des problèmes à l’époque pour mener ce type d’étude que Margaret Thatcher avait même décidé d’interrompre. L’étude que l’on souhaitait mener était pourtant essentielle. Même les responsables scientifiques qui travaillaient pour le gouvernement nous soutenaient dans cette initiative. Au départ, l’idée était de mener cette étude sur les comportements sexuels dans l’optique du VIH. Puis nous nous sommes dit qu’il était intéressant de collecter un plus grand corpus de données du point de vue de la santé sexuelle pour voir, par exemple, ce qui pourrait être fait en matière de fécondité.

Concernant la méthodologie, nous avons eu recours à la gestion assistée par ordinateur pour l’échantillonnage. Les interviews ont été faites en entretien individuel et non par téléphone. Quant aux éléments mesurés jusqu’à présent les études portaient plus sur les comportements sexuels mais nous avons élargi aux IST. Notre espoir était de mener une étude tous les dix ans. Concernant l’utilisation de ces données, nous estimons qu’il peut y avoir une relation entre les études faites par la presse spécialisée et celles réalisées en population générale, sachant que ces dernières vont permettre de définir des typologies de groupes qui permettent d’étouffer les données. Cette étude nous a permis de déterminer la prévalence de certains comportements et de facteurs de risque à l’image de l’étude présentée par Nathalie Bajos et son équipe. Nous avons aussi fait des études comparatives avec une surveillance de routine notamment pour les IST et le VIH, et aussi en comparant avec les données récoltées par les groupes communautaires.

Les études comparatives entre les pays permettent d’observer les points communs et les différences mais aussi de comprendre et d’appréhender l’épidémie telle qu’elle existe dans les différents pays. Je tiens à mentionner à cet égard une étude comparative entre la France et le Royaume-Uni. Les conclusions auxquelles nous sommes parvenus étaient que les profils des épidémies étaient différents avec un taux quatre fois supérieur en France qu’au Royaume-Uni alors que les comportements et attitudes étaient similaires. Il existe une nette différence en ce qui concerne la pénétration anale, cette pratique étant illégale au Royaume-Uni entre un homme et une femme mais légale entre hommes. En ce qui concerne l’utilisation du préservatif, la France a dû faire des efforts dans la promotion du préservatif alors qu’il a toujours été socialement accepté au Royaume-Uni.

Si on prend de 1990 à maintenant, l’âge déclaré du premier rapport sexuel diminue avec le temps en Grande Bretagne, ce qui indique un changement comportemental. Beaucoup des données sont très similaires aux données françaises, par exemple, la forte augmentation des jeunes femmes ayant leur premier rapport sexuel avant l’âge de 16 ans alors que chez les jeunes garçons cet âge reste stable au fil des années comme en France. 25,6 % dans la tranche d’âge des 16-19 ans déclarent un rapport avant l’âge de 13 ans, soit un doublement par rapport à la tranche d’âge des 40-44 ans qui sont 13,8 % à déclarer un premier rapport avant cet âge. Il y a aussi une augmentation des comportements à risque même si on observe aussi une augmentation des comportements qui visent à réduire les risques. Par exemple, l’utilisation du préservatif est en constante augmentation. Une augmentation qui n’est pourtant pas suffisamment importante pour compenser l’augmentation des comportements à risque. Encore une fois, les données françaises et anglaises sont comparables en ce qui concerne le nombre de partenaires, le pourcen-

tage de femmes qui déclarent un seul partenaire était très élevé et diminue fortement alors que celui des hommes est plutôt stable. Même chose concernant l'âge du premier rapport pour lequel l'écart se réduit. En Grande Bretagne, l'âge au premier rapport est de 16 ans alors qu'il est de 17 ans en France. L'âge précoce en Grande Bretagne explique peut-être le nombre élevé de grossesses chez les adolescentes, qui est moindre en France. En terme de santé publique, des changements comportementaux de prévention sont observables dans le temps, mais qui n'ont pas pour autant permis de compenser l'augmentation des comportements à risque. Pour revenir à l'usage du préservatif, nous avons remarqué, lors d'une étude sur les campagnes de prévention VIH en Europe que la France marquait la distinction entre préservatif et VIH. Ces campagnes étaient vraiment axées sur la promotion du préservatif. En Grande Bretagne, nous utilisons la peur plutôt que l'humour comme vecteur de promotion.

Caroline Prat
Bénédicte Astier
Isabelle Baldisser
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

QUESTIONS DE LA SALLE

ANTONIO UGIDOS — En Grande Bretagne, dès les années 1980, l'accès facilité aux seringues pour les usagers de drogues dans le cadre de la lutte contre les hépatites a constitué un autre élément favorable par rapport à la France pour la prévention du VIH. Très vite, des campagnes visant à réduire les risques ont été mises en place auprès des usagers de drogues notamment avec la mise en vente libre des seringues.

CAMILLE CABRAL — Est-ce que les migrants illégaux ont accès aux trithérapies en Grande Bretagne comme c'est le cas en France ?

KAYE WELLINGS — Nous menons actuellement une enquête sur la situation des migrants et des travailleurs du sexe. Les migrants disent ne pas ressentir de discriminations et recevoir un meilleur traitement que dans leurs pays d'origine.

NATHALIE BAJOS — La pénétration anale est-elle toujours illégale entre hommes et femmes ?

KAYE WELLINGS — Oui. En Grande Bretagne il n'y a pas de constitution mais une jurisprudence qui se construit. Cela date d'une loi du XVI^e siècle pour laquelle aucun député n'a présenté d'appel à la Chambre des communes.

NATHALIE BAJOS — Dans la société britannique, observe-t-on comme en France une évolution du statut social des femmes ? Car en matière de contraception et d'IVG vous avez été en avance sur la situation française.

KAYE WELLINGS — Dans la population britannique standard blanche, l'écart s'est effectivement réduit d'un point de vue économique, social, et éducatif. Il y a, par exemple, beaucoup de femmes dans la communauté scientifique. Par contre, concernant les migrants ou les enfants issus de l'immigration, la situation est plus difficile car ils sont pris entre la culture d'origine et la culture du pays d'accueil.

UN PARTICIPANT — Existe-t-il une politique particulière auprès des jeunes dans les établissements scolaires ?

KAYE WELLINGS — L'éducation sexuelle n'est pas obligatoirement intégrée dans les programmes en Grande Bretagne. Une bataille dans ce sens est menée auprès du gouvernement bien que ce ne soit pas la même situation qu'aux États-Unis où c'est l'abstinence qui est préconisée.

ARMELLE FRANCES, PROFESSEUR DE SVT EN LYCÉE ET INTERVENANTE SANTÉ PRÉVENTION À LA PRISON DE VERSAILLES — Même si c'est dans les programmes, il y a beaucoup d'enseignants pour qui cela reste tabou.

DANIELLE MESSEGER — D'où l'intérêt des intervenants extérieurs comme le Crips, qui réalise près de 4 000 interventions par an.

ANTONIO UGIDOS

Merci à toutes les intervenantes. Suite à cette rencontre, il serait réellement intéressant de poursuivre une réflexion sur le thème de la réduction des risques sexuels. Comment en parler, quels messages transmettre ? Comment mettre cela en place entre professionnels pour ensuite faire passer ces messages auprès des publics concernés, des medias et du grand public.

CRIPS