



ENQUÊTE

CONNAISSANCES, CROYANCES ET ATTITUDES RELATIVES AU SIDA EN ÎLE-DE-FRANCE

W. DAB (1), J.-P. MOATTI (2), M. POLLAK (3), P. QUENEL (4), N. BELTZER (2), A. ANES (5),
D. JAYLE (6), C. MENARD (7) et C. SERRAND (8)

La surveillance des connaissances et attitudes vis-à-vis du SIDA, en relation avec la perception du risque et les comportements de prévention, est une nécessité pour guider les actions de santé publique. C'est ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé a émis des recommandations pour la réalisation à intervalles réguliers d'enquêtes dites « KABP » (Knowledge, Attitude, Behaviour, Practice). En France, une série d'enquêtes répondant à cet objectif ont été réalisées depuis 1987. Deux de ces enquêtes permettent de suivre les évolutions en région Île-de-France, réalisant l'amorce d'un véritable système de surveillance. La première, réalisée en décembre 1987, ne concernait que l'Île-de-France (cf. B.E.H. n° 12 et 49/1988). La seconde a eu lieu en mars 1990 parallèlement à une enquête nationale. Cet article rapporte les premiers résultats concernant les connaissances, croyances et attitudes des franciliens face au SIDA. Une publication ultérieure concernera les comportements sexuels.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les deux enquêtes ont été réalisées sur un échantillon représentatif de la population d'Île-de-France âgée de 18 ans et plus comportant 900 personnes sélectionnées par la méthode des quotas (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle) avec stratification sur la taille de l'agglomération.

Les deux échantillons ainsi constitués sont similaires pour les principales caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, diplôme, profession de la personne interrogée. La seule différence significative concerne la proportion de célibataires qui est plus élevée dans l'échantillon de 1990 (25,8 % vs 21,2 %, $p < 0,02$).

L'enquête de 1990 a été réalisée au mois de mars avec un questionnaire administré à domicile par des enquêteurs de l'I.F.O.P., préalablement formés. L'interview en face à face durait environ trois-quarts d'heure et comportait, outre un signalétique sociodémographique, 64 questions portant sur la perception des risques de l'infection à V.I.H., les connaissances sur la maladie et ses modes de transmission, les attitudes vis-à-vis des malades et des personnes porteuses du V.I.H., les opinions concernant la prévention. Parmi ces 64 questions, 37 étaient strictement identiques à celles posées en 1987. Il était en outre demandé de répondre par écrit et de façon anonyme à 32 questions relatives aux comportements sexuels.

La comparaison 1987-1990 s'est faite en utilisant, à titre indicatif, le test du *chi carré*. Il convient cependant de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une enquête de cohorte mais bien de deux enquêtes transversales successives.

RÉSULTATS

Une amélioration des connaissances

En 1990, comme en 1987, la quasi-totalité de la population connaît les principaux modes de transmission du V.I.H. (tabl. 1). Pour la croyance dans les autres modes de transmission, notamment ceux qui concernent les contacts quotidiens, la tendance générale est à la diminution des réponses positives avec un accroissement des réponses négatives mais également des « ne sait pas ». Les soins dentaires et l'utilisation du rasoir d'une personne contaminée sont les seuls exemples pour lesquels on observe une augmentation significative de la croyance. Il s'agit de circonstances pour lesquelles il existe un risque hypothétique et cet accroissement est, pour l'essentiel, lié aux réponses « ne sait pas ».

Tableau 1. — Connaissance des modes de transmission du V.I.H.
(Île-de-France 1987-1990)

Pouvez-vous indiquer si oui ou non
le virus du SIDA peut être transmis
dans chacune des circonstances suivantes ?

	Oui		Non		Ne savent pas		$p <$
	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %	
Rapports sexuels	97,7	98,3	1,6	1,1	0,7	0,6	N.S.
Drogue IV	96,2	95,6	1,3	2,9	2,4	1,6	N.S.
Recevoir du sang	87,6	93,9	10,7	5,3	1,7	0,8	0,05
Utiliser le rasoir d'une personne contaminée .	55,3	56,7	38,7	32,4	6,0	10,9	0,001
Donner du sang	51,2	52,1	46,8	45,2	2,0	2,7	N.S.
Soins dentaires	40,6	43,7	50,6	44,3	8,8	12,00	0,01
Salive	36,8	31,0	54,9	58,9	8,3	10,1	0,05
Piqûre de moustique	31,2	26,8	57,0	58,5	11,8	14,7	0,05
Toilettes publiques	28,0	22,9	66,0	69,8	6,0	7,3	0,05
Embrasser une personne contaminée .	26,6	22,2	66,6	68,7	6,8	9,1	0,005
Boire dans le verre d'une personne contaminée .	18,7	17,6	74,2	75,3	7,1	7,1	N.S.
Hospitalisé dans le même service que les malades	14,6	13,0	81,3	79,0	4,1	8,0	0,01
Piscine	11,4	8,1	81,7	85,2	6,9	6,7	N.S.

Alors qu'il n'existe aucune différence dans les croyances entre les hommes et les femmes (une seule exception : le don du sang, les hommes croient à ce mode pour 57,5 % d'entre eux, les femmes pour 47,5 %), un fort effet d'âge est noté. Par exemple, les jeunes de 18 à 24 ans croient en la transmission possible par le fait de boire dans le même verre qu'une personne contaminée dans une proportion de 8,9 %. Celle-ci passe à 24,5 % pour les 50-64 ans et à 29,6 % pour les 65 ans ou plus. Pour la fréquentation de la piscine, les résultats sont respectivement dans ces 3 tranches d'âge : 7,4 %, 8,1 % et 15,7 %. Pour l'acupuncture, on trouve 45,9 %, 62,4 % et 59,4 %. Cet effet de l'âge ne joue ni pour la transmission par don du sang, ni pour celle par l'utilisation du même rasoir qu'une personne contaminée.

L'autre variable qui est reliée de façon significative aux croyances est le diplôme. En 1987, comme en 1990, plus le diplôme est élevé et moins est répandue la croyance en la transmission possible par les contacts de la vie quotidienne. Par exemple, 39,6 % des non diplômés croient dans une transmission possible dans les toilettes publiques contre 12,1 % pour les

(1) O.R.S.I.F. et E.N.S.P.

(2) I.N.S.E.R.M. U 240.

(3) C.N.R.S. E.H.E.S.S., Groupe de sociologie politique et morale.

(4) I.N.S.E.R.M. U 88 (laboratoire G.E.S.T.E., Santé publique).

(5) O.R.S.P.A.C.A.

(6) C.R.I.P.S.

(7) C.F.E.S.

(8) A.F.L.S.

diplômés supérieurs. Pour la transmission par la salive on trouve respectivement 44,1 % et 19,1 %. Pour les piqûres de moustique 34,9 % et 16,2 %. Pour le don du sang 66,5 % et 33,6 %. Pour la fréquentation de la piscine 12,8 % et 4,1 %. Comme en 1987, cet effet diplôme ne joue pas pour la croyance dans la transmission au cours des soins dentaires. On note également un effet plus faible en ce qui concerne l'acupuncture mais qui reste significatif ($p = 0,02$). La variable « diplôme » joue donc un rôle en fait assez complexe dans lequel se mélangent l'accèsibilité à l'information, les capacités d'interprétation, la crainte qu'inspire la contagiosité de la maladie et la sensibilité aux débats d'experts sur la réalité de certains facteurs de risque.

Une montée des craintes...

Depuis trois ans, le niveau moyen de l'autoperception du risque d'être infecté par le V.I.H. s'est déplacé vers le haut ($p = 0,0001$). Le groupe s'identifiant comme à risque élevé est resté stable (4,7 % en 1987, 4,4 % en 1990). Mais en 1987, 22 % pensaient n'avoir aucun risque (vs 16,2 % en 1990), 36 % pensaient avoir moins de risque que la moyenne (vs 32,3 %) et 37,3 % pensaient avoir autant de risque que la moyenne (vs 47,1 %). On s'identifie donc en plus grand nombre au risque moyen.

La proportion des personnes qui déclarent redouter pour eux-mêmes cette maladie a augmenté de 50 % en trois ans, passant de 12,9 % à 19,4 % de la population. Cependant, il ne faut pas s'en tenir à cette question indépendamment des craintes des autres maladies. L'étude montre un phénomène d'augmentation des craintes pour toutes les maladies : + 50 % pour les accidents de la circulation, + 39 % pour le cancer, + 37 % pour les maladies cardiaques.

En ce qui concerne l'impact sur la mortalité, le nombre de ceux qui croient que le SIDA cause « beaucoup de décès » a doublé entre 1987 et 1990 (de 18 à 37 %). Cette évolution semble en revanche spécifique car elle ne se retrouve pas avec autant de netteté pour les autres maladies.

Interrogés sur les priorités de la prévention, les franciliens placent en 1990 comme en 1987 le SIDA en 2^e position derrière le cancer (il faut ici remarquer que les accidents de la circulation passent en 3^e position devant les maladies cardiaques, alors qu'ils n'étaient que 6^e en 1987).

De façon générale, les indicateurs de « proximité » avec la maladie sont en augmentation significative entre 1987 et 1990. Il s'agit d'abord d'une **proximité individuelle subjective** dont on sait qu'elle est une variable déterminante de la perception des risques et des comportements de prévention : 22,7 % des enquêtés disent personnellement connaître en 1990 une personne séropositive contre 14,7 % en 1987. Dans l'enquête de 1990, cette question a été affinée et il s'agit dans 60,3 % des cas d'un proche (parent, ami, collègue). De même, en 1990, 32,9 % de l'échantillon déclare avoir pensé à se faire dépister (21,7 % en 1987), ce qui témoigne d'une présence accrue du SIDA dans les préoccupations personnelles.

On note parallèlement une augmentation des **inquiétudes sociales**. Ainsi trouve-t-on en 1990 plus de répondants pour penser qu'un séropositif deviendra « certainement » malade (22,7 % vs 16,2 %), que « n'importe qui » peut être contaminé par le V.I.H. (76,9 % vs 72,7 %), que les soignants sont à risque élevé de contamination (41,4 % vs 23,8 %) ou que les femmes contaminées doivent renoncer à procréer (77,7 % vs 70 %). Et surtout la proportion déjà minoritaire en 1987 (44,6 %) de ceux qui font confiance aux personnes infectées pour informer du risque leurs partenaires et leur entourage a encore diminué en 1990 (34,7 %); cette évolution est, pour l'essentiel, liée à l'augmentation des indécis (34,7 % vs 27,4 %).

La demande d'information est nettement renforcée puisqu'en dépit de la montée en charge de la couverture médiatique depuis trois ans, 30,1 % (vs 14 %) estiment qu'on ne « parle pas assez du SIDA » alors que la proportion de ceux qui pensent que les médias exagèrent les risques a baissé de 34,4 % à 20,6 %. Si la confiance du public est acquise aux associations (à plus de 70 %) et aux médecins (à plus de 80 %), elle s'érode quelque peu pour les chercheurs (85,9 % vs 90,3 %) et nettement pour les pouvoirs publics en général (23,1 % vs 38,2 %) et le ministère de la Santé en particulier (42,2 % vs 61,9 %). La baisse de confiance touche aussi le corps médical puisqu'il n'y a plus que 47,9 % des interrogés (vs 61 %) à accepter de lui communiquer les résultats d'un test (en dehors du médecin traitant).

Cette cristallisation croissante des craintes autour du SIDA ne se traduit pas, pour autant, par un effet de dramatisation ou de panique. Alors que la comparaison avec des enquêtes étrangères avait déjà montré qu'en 1987, les franciliens étaient plutôt tolérants vis-à-vis des personnes contaminées par le V.I.H., l'enquête de 1990 met en évidence un maintien de cette tolérance (tabl. 2). Si les indicateurs d'attitude progressent dans le sens de la tolérance, la confiance accordée au sens des responsabilités des personnes contaminées, elle, régresse significativement.

Ici à nouveau, l'âge et le diplôme sont deux variables associées aux attitudes. Ainsi avant 25 ans, 80 % des personnes interrogées acceptent de laisser leur enfant en compagnie d'un séropositif. Après 65 ans, il n'y en a que 55,6 %. L'effet diplôme est comparable : 59,2 % pour les sans diplôme et 84,6 % pour ceux ayant poursuivi des études supérieures.

Tableau 2. — Attitudes vis-à-vis des personnes contaminées par le V.I.H. et des malades du SIDA (Île-de-France 1987-1990)

	% d'accord		(1) $p <$
	1987	1990	
Un malade a besoin de sympathie	95,7	88,1	0,0001
Un malade souffre beaucoup	75,7	83,9	0,001
Un malade est responsable de ce qui lui arrive	20,2	18,1	N.S.
Un malade est dangereux pour les autres	40,7	37,7	N.S.
Un malade coûte cher à la société	49,5	51,8	0,05
Un malade a droit au meilleur traitement	95,9	94,6	N.S.
On peut faire confiance aux séropositifs pour informer leur entourage des risques	44,5	34,6	0,0001
Accepte de travailler avec un séropositif	94,5	94	N.S.
Accepte de manger avec un séropositif	85,2	88,4	0,05
Accepte d'aller en vacances avec un séropositif	80,8	84,6	0,05
Accepte de laisser ses enfants avec un séropositif	67,6	74,2	0,01

(1) Le *chi carré* est calculé sur trois modalités : oui, peut-être, non, ou d'accord, peut-être, pas d'accord selon la question.

Mais une demande limitée de mesures coercitives

En ce qui concerne le dépistage obligatoire (tabl. 3), la demande régresse quel que soit le groupe cible que l'on évoque, y compris la population générale (31,9 % en 1990, 37,8 % en 1987). Il faut remarquer que la demande d'un dépistage cible reste forte, indépendamment de sa faisabilité pratique dans certaines populations telles que les prostituées ou les toxicomanes. On peut penser ici que la logique sanitaire découlant des modes de transmission prévaut sur la logique ségrégative. Dès que la connotation ségrégative est évidente, comme c'est le cas du dépistage à l'embauche, la demande devient marginale. De même en est-il des mesures de quarantaine, d'interdiction ou de licenciement. D'ailleurs il est clair pour 85 % des franciliens qu'un consentement doit être obtenu avant tout acte de dépistage.

Tableau 3. — Options vis-à-vis des mesures de prévention (Île-de-France 1987-1990)

	% d'accord		(1) $p <$
	1987	1990	
Dépistage obligatoire pour :			
— prostituées	90	85,3	0,01
— toxicomanes	86,9	84,7	N.S.
— femmes enceintes	78,7	76,3	N.S.
— dans les prisons	74,6	67,8	0,01
— prénuptial	64,1	60,7	N.S.
— à l'armée	61,8	56,3	N.S.
— l'hospitalisation	57,1	55,2	N.S.
— aux frontières	51,8	49,9	N.S.
— à l'embauche	14,8	10,6	0,05
— toute la population	37,8	31,9	0,05
Isoler les malades du reste de la population	11,3	6,6	0,001
Interdire à un enfant malade d'aller à l'école	14,7	4,7	0,001
Licencier les malades	4,2	3,9	N.S.
Traduire en justice les séropositifs qui n'avertissent pas leur partenaire	56,5	52,8	N.S.
Consentement nécessaire pour dépistage	78,4	78,4	N.S.

(1) Le *chi carré* est calculé sur les trois modalités de réponse : pas d'accord, ne sait pas, d'accord.

Il est bien sûr tentant de mettre en relation les croyances sur les modes de transmission et les attitudes vis-à-vis des personnes contaminées par le V.I.H., ainsi que les opinions vis-à-vis des mesures de prévention tant il est clair qu'au-delà de leur plausibilité biologique, ces croyances ont aussi une signification idéologique. Au plan statistique, cette relation est nette et significative pour la plupart des variables. Par exemple, 43 % de ceux qui croient à une contamination possible par la salive sont prêts à laisser leurs enfants en compagnie d'une personne séropositive. Cette proportion est de 69 % pour ceux qui n'y croient pas. Mais cette liaison est difficile à interpréter. D'une part parce que le sens de la relation entre croyances, attitudes et opinions ne peut pas être connu à partir d'une enquête transversale. D'autre part parce qu'il existe d'autres facteurs associés aux attitudes, notamment la proximité avec la maladie ainsi que des interactions entre ces différents facteurs.

Des campagnes d'information bien accueillies

L'enquête de 1990 offre la possibilité, sinon d'évaluer — au sens strict du terme — l'impact des campagnes d'information menées au niveau national, du moins d'analyser la façon dont elles ont été accueillies et perçues et les facteurs associés aux opinions sur ces campagnes.

En termes de mémorisation des slogans, « le SIDA ne passera pas par moi » avec 42,1 % de citations spontanées et « les préservatifs préservent de tout sauf de l'amour » avec 28,2 % sont les slogans les mieux mémorisés par les franciliens. « Le préservatif préserve de tout même du ridicule » est cité par 8,2 % des répondants. « Les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances » n'est mentionné que par 1,2 % des personnes, mais cette campagne n'avait pas donné lieu à des passages télévision avant mars 1990. Ce taux de mémorisation est lié à l'âge (diminution nette après 45 ans), au statut matrimonial (gradient descendant : divorcé, célibataire, comme marié, marié, veuf) et au diplôme. Les plus diplômés citent les principaux slogans 2 à 3 fois plus fréquemment que les non diplômés.

Une majorité (54,8 %) de franciliens se sent concernée par ces campagnes. Les jugements qu'ils profèrent à leur égard illustrent l'ambiguïté de l'information sanitaire sur le SIDA dans la mesure où ils pensent en même temps qu'elle améliore les connaissances (tabl. 4) et qu'elle favorise les rejets et les peurs. Cependant la perception de ces campagnes et la tolérance exprimée sont reliées de façon nette, sans qu'il soit possible d'établir une relation de cause à effet. En témoigne le fait que ceux qui se déclarent « beaucoup » concernés par ces campagnes sont aussi ceux qui acceptent plus volontiers de laisser leurs enfants en compagnie d'une personne séropositive (68,7 % vs 49,9 %), et se déclarent plus proches des personnes atteintes (42,7 % vs 20,6 %). Mais ils sont aussi plus préoccupés par leur propre risque (46,7 % vs 13,0 %).

CONCLUSION

En résumé, on note une amélioration des connaissances et un accroissement de la préoccupation sociale face au SIDA sans dramatisation ni retentissement majeur sur la tolérance, appréciée au travers des positions sur les mesures de prévention. Les campagnes d'information sont bien accueillies, même si elles sont perçues comme génératrices d'inquiétude. Ceux qui se sentent concernés par elles, manifestent une plus grande tolérance mais il faut être prudent dans l'interprétation de cette relation. Cet équilibre, globalement favorable à la tolérance vis-à-vis des personnes contaminées,

Tableau 4. — Opinions sur les campagnes nationales d'information
(Île-de-France 1990)

	% d'accord Île-de-France
Les campagnes ont :	
— amélioré les connaissances	64,3
— suscité la compassion	38,1
— favorisé le rejet	32,1
— augmenté les peurs	70,0
— incité à utiliser les préservatifs	71,3
— incité à la fidélité	46,2
Sont concernés par les campagnes	58,8
De fait des campagnes se sent :	
— plus proche des malades	27,8
— plus inquiet de ses risques	25,9
— plus inquiet pour la société	75,0
— incité à utiliser des préservatifs	20,8
— incité à choisir ses partenaires avec précautions	24,3
— incité à faire un test de dépistage	18,0

demeure néanmoins fragile surtout si l'on note les évolutions contradictoires quant aux représentations que les franciliens se font des personnes contaminées et malades et du degré de confiance qu'ils leurs accordent.

Remerciements

Cette enquête a bénéficié d'un financement par l'A.F.L.S., l'A.N.R.S. et le C.F.E.S.

L'extension Île-de-France a été réalisée grâce au soutien du Conseil régional.

ÉVALUATION D'UN DÉPLIANT SAFER SEX (début 1990)

Michael POLLAK *, Gérard PELÉ **, Yves CHARFE ***, Pierre BOISSON ***, Olivier BERGÈS ** Arnaud MARTY-LAVAUZELLE ****,
Jean-Michel MANDOPOULOS****

Objectifs

Dans le cadre des actions de proximité, menées par les associations, les Média gais et avec l'appui de l'A.F.L.S., un dépliant portant sur les risques liés aux différentes pratiques sexuelles entre hommes fut conçu et rédigé par S.P.G. (Santé et Plaisir Gai) et A.I.D.E.S. Paris/Ile-de-France, puis diffusé et évalué. Il s'agissait de présenter, de façon explicite, les informations les plus complètes possibles sur les pratiques sexuelles sans ou à risque, afin de donner à chacun la possibilité d'évaluer ses propres risques et de modifier en conséquence ses pratiques.

De par les enquêtes annuelles menées depuis 1985 auprès des lecteurs d'une revue spécialisée homosexuelle (*Gai Pied Hebdo*), il avait été noté une rapide adaptation des homo- et bisexuels masculins au risque de transmission sexuelle du V.I.H. par la réduction du nombre de partenaires sexuels, la moindre fréquence des pratiques sexuelles au risque le plus élevé (notamment la pénétration anale), et par l'usage de préservatifs. Toutefois, ces mêmes enquêtes et des approches plus qualitatives ont fait apparaître les difficultés rencontrées dans la permanence du *safer sex*, et les incertitudes qui persistent dans la perception des risques de certaines pratiques plus ou moins courantes (de la fellation au fisting et aux pratiques sadomasochistes). À cela s'ajoute qu'une majorité des homo- et bisexuels masculins vivent le *safer sex* comme une contrainte, source d'insatisfactions et de frustrations, ce qui explique, très probablement, l'irrégularité des précautions ou le retour aux pratiques plus risquées après une période d'abstinence ou de prise régulière de précautions (1).

D'où la nécessité de valoriser le *safer sex*, de l'associer au plaisir plutôt qu'à la contrainte, ainsi que de montrer les alternatives à une sexualité organisée trop exclusivement autour de la pénétration. En ce sens, les campagnes sur le *safer sex* s'inscrivent dans la stratégie de communication déjà adoptée par l'A.F.L.S. et les associations dans la promotion du préservatif, à savoir sa banalisation et son érotisation en l'associant au plaisir et aux jeux amoureux.

Si l'accord s'établit facilement sur ces principes stratégiques généraux, il est plus difficile de le maintenir quand il s'agit de présenter, en s'abstenant de tout jugement de valeur, des pratiques minoritaires et jugées « perverses » par certains, y compris au sein de la communauté homosexuelle. On bute ici à la double contrainte qui marque toute action de prévention sexuelle : comment donner les informations les plus exhaustives et explicites à ceux qui en ont besoin tout en évitant les effets de stigmatisation et les jugements moraux que peut susciter la révélation de pratiques marginales ?

D'où l'idée, formulée par le groupe d'experts sur la communication en direction des homo- et bisexuels masculins auprès de l'A.F.L.S. d'accompagner la

diffusion du dépliant d'une évaluation par questionnaire, la première dans son genre.

Cette évaluation devait fournir les éléments de réponse aux questions suivantes :

- quels sont les canaux de diffusion et de circulation du dépliant ?
- comment les répondants jugent-ils le texte et les images ? Y ont-ils trouvé des informations utiles sur la transmission du V.I.H. et des idées pour varier leurs pratiques dans le cadre du *safer sex* ? Existent-ils des craintes concernant une éventuelle stigmatisation que pourrait provoquer un dépliant aussi explicite ?
- pour les responsables et acteurs de la prévention, il s'agissait de savoir s'il faut continuer à informer sur les voies de la transmission du V.I.H. malgré le niveau de connaissances très élevé qu'attestent tous les sondages.

Méthode

On demandait aux lecteurs de remplir et de renvoyer un questionnaire imprimé sur un volet détachable du dépliant, diffusé à partir de début mars 1990.

Ce questionnaire comporte 19 questions sur les caractéristiques sociodémographiques et le mode de vie du répondant, sur son appréciation du texte et des images, sur l'évaluation des risques encourus par le répondant et ses partenaires en fonction des informations données dans le dépliant, sur les demandes d'information supplémentaire, sur les effets qu'a eu le dépliant par rapport aux pratiques sexuelles du répondant.

L'analyse présentée ci-après concerne les 1 022 retours du questionnaire, reçus entre mars et août 1990, date à laquelle le nombre des renvois commence à ralentir.

RÉSULTATS

Sur 300 000 dépliants imprimés, 100 000 ont été diffusés pendant la période étudiée par encartage dans la presse gaie (*G.P.H., Illico, Ibiza, Midi*

* C.N.R.S.
** S.P.G. (Santé et Plaisir Gai)
*** G.P.H. (Gai Pied Hebdo; traitement informatique)
**** A.I.D.E.S., Paris/Ile-de-France

(1) M. Pollak, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, 1988.

Gay Loisirs), par les associations, par la distribution dans les lieux de rencontre (bars, discothèques, saunas). En même temps, des petites annonces insérées dans la presque totalité de la presse gaie et non gaie (*Libération*, *Le Nouvel Observateur*, et un nombre important de journaux diffusés gratuitement) invitaient les intéressés à demander par courrier le dépliant sur le *safer sex* entre hommes. La proportion des dépliants arrivés aux destinataires ne peut pas être établie avec exactitude. Nous manquons de connaissances précises concernant l'écart entre les tirages et les ventes ou la distribution de revues gratuites. Nous ne connaissons pas avec précision le comportement des intermédiaires associatifs, etc. Il est raisonnable d'estimer la déperdition dans la diffusion à un minimum de 10 % à 20 %. Le taux de retour du questionnaire de 1 % à 2 % peut être considéré comme satisfaisant en comparaison avec d'autres enquêtes empruntant des démarches similaires.

La circulation du dépliant

Selon les réponses fournies, on relève, dans un ordre décroissant, les canaux de diffusion suivants du dépliant :

- encartage dans la presse gaie, dans *Gai Pied Hebdo* (40 %), dans d'autres revues (10 %);
- les associations (essentiellement A.I.D.E.S., S.P.G., collectif des associations gaies) (16 %);
- envoi par courrier sur demande suite à la lecture d'une petite annonce (15 %);
- les bars gais (9 %) et mixtes (moins de 1 %);
- les saunas (4 %);
- les amis (4 %).

Le dépliant a suscité des discussions avec des amis pour 56 % des répondants, 40 % l'ont fait circuler autour d'eux, auprès de une à cinq personnes, rarement plus.

Les répondants

Les répondants représentent assez fidèlement toutes les classes d'âge sexuellement actives de 18 à 45 ans. Au-dessus de cette limite, la proportion des répondants tombe à moins de la moitié de celle constatée dans la population masculine française. On constate une forte surreprésentation des homosexuels ayant fait des études supérieures (53 %) ou possesseurs du baccalauréat (20 %). 27 % ne disposent d'aucun diplôme ou de diplômes inférieurs au bac. D'où également la surreprésentation des cadres supérieurs (27 % dans l'échantillon) et la sousreprésentation des ouvriers (4 %). On trouve 11 % d'étudiants et 5 % de chômeurs ayant répondu à l'enquête. 44 % des répondants habitent en Ile-de-France (30 % sont parisiens et 14 % vivent en banlieue parisienne). Si presque tous les départements sont représentés, on constate une concentration des répondants dans les régions à plus forte concentration urbaine, notamment le Sud-Est (Marseille, Nice), Rhône-Alpes (Lyon), les régions bordelaise, toulousaine, lilloise et nantaise. 83 % des répondants sont célibataires, 10 % mariés, 6 % divorcés et 1 % veufs. 57 % vivent seuls, 19 % vivent en couple avec leur ami, 13 % avec leurs parents, 7 % avec leur femme, 4 % avec des amis.

L'appréciation du dépliant

Concernant le texte et les images, les jugements positifs l'emportent très largement sur les critiques (cf. tabl. 1 et 2).

Tableau 1
Comment trouvez-vous le texte ?
(plusieurs réponses)

Jugements positifs par ordre de grandeur décroissant	Jugements négatifs par ordre de grandeur décroissant
%	%
1. Informatif	1. Langage trop cru
57	4
2. Utile	2. Alarmiste
56	4
3. Direct	3. Trop familier
52	4
4. Clair	4. Choquant
49	1
5. Convaincant	5. Sans intérêt
48	1

Tableau 2
Comment trouvez-vous les images ?
(plusieurs réponses)

Jugements positifs par ordre de grandeur décroissant	Jugements négatifs par ordre de grandeur décroissant
%	%
1. Belles	1. Sans intérêt
44	15
2. Érotiques	2. Trop pudiques
31	9
3. Adaptées au texte	3. Choquantes
37	2
4. Excitantes	
16	
5. Explicites	
15	

Si 79 % des répondants apprécient le caractère complet du dépliant et que 73 % disent avoir appris personnellement quelque chose en le lisant, avec 84 % de réponses affirmatives, les jeunes de moins de 20 ans sont les plus nombreux à « avoir appris quelque chose ». Une minorité de 13 % regrette un manque de détails et, à l'opposé, une minorité déplore la place trop importante accordée aux pratiques peu fréquentes (2 %) et l'image stéréotypée des homosexuels qui pourrait être ainsi présentée (5 %).

L'auto-évaluation du risque et la modification des pratiques

Selon les informations données dans le dépliant, 10 % des répondants admettent s'exposer eux-mêmes à un risque élevé, 59 % à un risque faible. Seulement 28 % disent ne s'exposer à aucun risque de transmission du V.I.H. par voie sexuelle, 9 % admettent exposer leurs partenaires à un risque élevé, 52 % à un risque faible et 27 % à aucun risque. Respectivement 3 % et 12 % refusent de répondre à ces questions (tabl. 3).

Tableau 3

Selon les informations de ce dépliant vos pratiques vous exposent

Vous-même et vos partenaires ?		%	%
— à un risque élevé		10	9
— à un risque faible		59	53
— à aucun risque		28	27
— non réponse		3	11
		100	100

Par ailleurs, 72 % des répondants accordent au dépliant la vertu de les inciter à un ajustement de leurs pratiques. Parmi eux, 18 % commencent le *safer sex* grâce à cette lecture, 56 % voient leur volonté de *safer sex* confortée et renforcée, 26 % ont découvert des nouveautés qui les aideront à varier leurs pratiques de *safer sex* (tabl. 4).

Tableau 4

Ce dépliant vous incite-t-il à adapter vos pratiques sexuelles ?

	%	%
Oui	74	
Non	26	
	100	100
Si oui :		
M'incite à commencer le <i>safer sex</i>		18
Renforce ma volonté de <i>safer sex</i>		56
M'a donné des idées pour varier les pratiques sexuelles		26
		100

Conclusions et recommandations

Par la multiplication des modes de distribution des matériaux de prévention, on parvient à toucher un plus grand nombre de personnes. En s'appuyant non seulement sur la presse spécialisée, mais sur les associations, les lieux de rencontre, et les petites annonces dans la presse générale ou gratuite, cette campagne a su augmenter considérablement son public. Toutefois, on constate là encore les déficits généralement observés de la prévention parmi les jeunes de moins de 18 ans et les ouvriers homo- et bisexuels.

Ayant bien défini la population visée et choisi les canaux de diffusion appropriés, ce matériel de prévention sexuelle très explicite n'a guère suscité de réactions négatives. C'est même le contraire : si le style familier du tutoiement et le texte rédigé dans un langage direct et cru, utilisant les termes usuels dans la communication entre gais, évitant les termes médicaux, ont suscité une forte approbation, les images, moins explicites que le texte, ont laissé les répondants sur « leur faim ». Dans une stratégie de valorisation et de promotion du *safer sex*, les concepteurs devraient aller plus loin dans l'explicitation en accordant plus de soin aux illustrations afin d'associer érotisme et pratique du *safer sex*.

Tout comme dans d'autres domaines concernant l'information et la communication sur la sexualité, les résistances et oppositions ne proviennent guère des personnes concernées auxquelles on s'adresse, mais plutôt de ceux qui prétendent parler en leur nom (par exemple : les administrations scolaires, les parents d'élèves, les églises dans le domaine de l'éducation sexuelle). Il en résulte, du côté des concepteurs, des phénomènes d'autocensure et de blocage que cette évaluation devrait aider à lever.

Ceci est d'autant plus important que la donnée la plus inquiétante produite par cet exercice d'évaluation est le degré auquel les homo- et bisexuels masculins continuent, en 1990 encore, à exposer eux-mêmes et leurs partenaires à un risque, plus ou moins élevé, de contamination. La question était de savoir si, en fonction des informations données dans le dépliant, le répondant exposait soi-même ou son partenaire à un risque élevé ou faible. (Etaient classées comme pratiques avec risque très élevé de contamination la pénétration anogénitale non protégée, l'usage de la salive ou d'une crème

Tableau 5
Personnellement vous sentez-vous suffisamment informé par le SIDA ?

	%		%
Oui	68		
Non.....	32		
	100		
Sur quels thèmes aimeriez-vous avoir plus d'information (plusieurs réponses, par ordre de grandeur décroissant)			
1. L'état des recherches	48	7. Les risques dans la vie quotidienne	18
2. Les symptômes	45	8. Le test	16
3. Comment reconnaître une personne infectée	26	9. Le safer sex	17
4. Les voies de transmission	24	10. Les associations d'aide	15
5. Le vécu de la maladie	23	11. Les préservatifs	13
6. La séropositivité.....	21		

grasse comme lubrifiant, l'usage du même godemiché par plusieurs personnes, la pénétration de plusieurs partenaires avec le même préservatif, le fist-fucking sans gants jetables; la fellation était classée comme pratique à faible risque.)

Si plus de deux tiers des homo- et bisexuels masculins se sentent suffisamment informés sur le sida, ceci prouve l'importance des efforts de prévention nécessaires afin de maintenir la conscience du risque, d'assurer la régularité des comportements préventifs et d'éviter les rechutes dans des pratiques sexuelles à haut risque. D'où aussi l'importance d'une information exhaustive et explicite sur toutes les pratiques sexuelles et le *safer sex*. Si la stratégie retenue, associant le préservatif et le *safer sex* au plaisir plutôt qu'à la maladie, la peur et à la contrainte, doit être poursuivie, les demandes d'information révélées par cette enquête d'évaluation* (tabl. 5), cohérentes avec celles enregistrées dans la dernière enquête auprès des lecteurs de *Gai Pied Hebdo*, plaident en faveur d'une intensification des actions d'information destinées aux séropositifs et aux malades.

* Ce dépliant est disponible auprès de :

- A.I.D.E.S. Paris/Île-de-France (6, cité Paradis, 75010 Paris) ainsi que dans les Comités régionaux de A.I.D.E.S. en province;
- Santé et Plaisir Gai (BP 203, 75927 Paris Cedex 19);
- Agence française de Lutte contre le SIDA (2, rue Auguste-Comte, immeuble « Le Berry », 92170 Vanves).

INTOXICATION À DINOFAGELLÉS PAR DES MOULES D'ORIGINE DANOISE

E. ZUNINO *

Au début du mois de septembre 1990, deux foyers de toxi-infections alimentaires collectives (T.I.A.C.), l'un à Angers, l'autre à Tours, ont été signalés aux directeurs des services vétérinaires (D.S.V.) concernés.

Parallèlement à ces T.I.A.C., une société française faisait part au service vétérinaire de la direction générale de l'Alimentation, d'une demande de son fournisseur danois, stipulant de retirer de la distribution et de retourner au Danemark les moules pêchées et congelées en août 1990.

Le service vétérinaire a alors immédiatement contacté l'attaché agricole danois à Bruxelles, afin d'obtenir plus de précisions auprès des autorités danoises.

Ce dernier a confirmé que son pays avait bien été concerné par un problème de phytoplancton toxique, lequel avait échappé au réseau de surveillance officiel. N'obtenant pas d'informations plus précises de la part des autorités danoises, notamment les zones et dates de pêche en cause, le service vétérinaire de la direction générale de l'Alimentation a alors décidé, le 14 septembre 1990, de prononcer la mise en consigne de toutes les moules danoises surgelées (la présence de D.S.P. ** n'ayant été confirmée, à cette date, que sur des moules surgelées).

Le 17 septembre 1990, suite à la mise en évidence de la toxine dans des semi-conсерves de moules, cette mesure a été étendue à l'ensemble des moules danoises, quelle que soit leur présentation.

Après réception des informations danoises, le service vétérinaire de la direction générale de l'Alimentation a communiqué à tous les D.S.V. les dates de pêche (du 28 juillet au 25 août 1990) et la liste complète des lots incriminés en leur demandant de les saisir. Dans un deuxième temps, il leur a fourni la liste des clients des importateurs français ayant reçu ces lots.

La consigne n'a été levée, pour les lots non concernés, que le 2 octobre 1990 lorsque tous les lots suspects ont pu être localisés; elle a, cependant, été maintenue pour les deux semaines « encadrant » la période de toxicité, à savoir du 20 au 28 juillet 1990 et du 26 août au 1^{er} septembre 1990. Au vu des analyses danoises officielles effectuées la dernière semaine du mois d'août, et sachant qu'aucune pêche n'avait été faite du 1^{er} au 27 juillet 1990, le service vétérinaire de la direction générale de l'Alimentation a alors levé toute consigne le 8 octobre 1990.

En fin de compte, l'incidence de ce phénomène toxinique a été de 415 cas officiellement recensés et répartis de la façon suivante :

- Maine-et-Loire, 80 cas dans un hospice;
- Indre-et-Loire, 20 cas dans un restaurant;
- Deux-Sèvres, 54 cas dans un restaurant d'entreprise;
- Rhône, 70 cas en milieu militaire et 30 cas dans un restaurant;
- Ille-et-Vilaine, 41 cas dans un hôpital;
- Loir-et-Cher, 80 cas dans un restaurant d'entreprise;
- Bouches-du-Rhône, 20 cas dans un centre aéré;
- Gironde, 20 cas disséminés, approvisionnés par un même supermarché.

Les saisies effectuées par les services vétérinaires (environ 176 tonnes de moules et préparations à base de moules) et les mesures préventives mises en œuvre, ont ainsi permis de circonscrire rapidement l'accident.

NOTE DE LA RÉDACTION

La surveillance des dinoflagellés dans le milieu marin est assurée sur notre littoral par les services d'I.F.R.E.M.E.R. Cette surveillance est complétée dans quelques départements côtiers « à risque » par des réseaux d'alerte mis en place par les D.D.A.S.S. à partir de pharmacies et/ou de médecins généralistes (B.E.H. n°s 21/1988 et 28/1989). Dès qu'un risque est observé à partir d'un de ces deux réseaux, des mesures d'interdiction de pêche et de commercialisation sont prises par arrêté. Cette surveillance assure une bonne protection du consommateur vis-à-vis des produits français.

Par ailleurs, des problèmes apparaissent régulièrement avec des produits importés (moules espagnoles en 1976 et en 1987, moules danoises en 1990). Les systèmes d'alerte reposent sur les signalements de cas par les centres antipoisons (intoxication par des toxines de type paralytique en 1976 [B.E.H. n° 9/1987]) et par la déclaration de cas groupés aux D.D.A.S.S. et aux D.S.V., comme cela a été le cas en septembre 1990.

Cet épisode est l'occasion de souligner la nécessité d'une déclaration systématique et rapide de toute toxi-infection alimentaire collective. La précocité des mesures de prévention en dépend.

* Vétérinaire inspecteur, service vétérinaire, ministère de l'Agriculture et de la Forêt.

** D.S.P. : Diarrheic Shellfish Poisoning.

LA FIN D'UNE GRÈVE

Commencé le 2 avril dernier, le mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé a pris fin le 3 décembre 1990.

Ce mouvement avait pour effet de rendre impossible la transmission, à la Direction générale de la Santé, des relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladie par les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales.

Toutefois, pour des raisons pratiques, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles restera suspendue jusqu'au B.E.H. n° 52 de 1990. Elle reprendra normalement à compter du premier numéro de l'année 1991 et sera précédée d'une synthèse de ces données pour l'année écoulée.