

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France

Evolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001– 2004

Novembre 2005

Etude ANRS-EN15-KABP 2004

Etude réalisée par Nathalie BELTZER économiste de la santé,
Mylène LAGARDE, Xiaoya WU-ZHOU, Natalie VONGMANY chargées d'études,
et Isabelle GRÉMY directrice à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à cette enquête, ainsi que Messieurs Patrick KLEIN, Xavier BALEYTE, Madame Valérie ASSASOURIAN et tous les enquêteurs de l'institut IPSOS qui ont réalisé l'enquête de terrain et préparé la base informatique.

Nous remercions également les membres du comité scientifique et du groupe KABP qui ont piloté chacune des phases de cette enquête :

- Michel BOZON et Benoît RIANDEY de l'Institut national des études démographiques,*
- Frédéric DELATOUR de la Direction générale de la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité*
- Véronique DORE de l'Agence nationale de recherches sur le sida*
- Sandrine HALFEN de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France*
- France LERT et Josiane WARZWASKI de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale,*
- Nathalie LYDIE de l'Institut national pour la prévention et de l'éducation à la santé,*
- Annie VELTER de l'Institut Veille Sanitaire*

Notre reconnaissance va enfin à l'Agence nationale de recherches sur sida, à la Fondation de France, à l'Institut national pour la prévention et de l'éducation à la santé et au Conseil régional d'Ile-de-France, dont les contributions financières ont rendu possible ce travail.

SOMMAIRE

Introduction	7
Chapitre 1- Les connaissances sur le VIH/sida	19
I. Les connaissances et les croyances sur les modes de transmission	21
1. Les connaissances sur les circonstances connues de transmission du virus du sida sont meilleures en 2004	
2. Malgré une baisse générale de leur niveau de connaissances, les jeunes restent globalement les mieux informés	
3. La connaissance des modes de transmission du VIH est toujours corrélé au niveau d'étude	
4. Evolution des scores de connaissance sur les modes de transmission	
II. L'efficacité des moyens pour se protéger du virus du SIDA	31
1. Le préservatif masculin reste le moyen de protection considéré comme le plus efficace	
2. Une personne sur deux croît en l'efficacité du préservatif féminin et près de deux personnes sur trois en celle de faire régulièrement un test de dépistage	
3. Les jeunes âgés entre 18 et 29 ans accordent une grande efficacité aux différentes stratégies de prévention	
4. Un meilleur niveau d'études tend à limiter la croyance dans des stratégies de prévention qui ne sont pas objectivement efficaces	
III. La connaissance des risques associés aux pratiques sexuelles	36
IV. Connaissance des traitements contre le VIH	39
1. Près des deux tiers des répondants connaissent l'existence des multithérapies en 2004, les plus jeunes étant les moins informés	
2. Une très large majorité des répondants connaît les caractéristiques principales des trithérapies	
3. L'opinion concernant les ARV a peu évolué entre 2001 et 2004	
4. L'impact des ARV sur les comportements de prévention est stable	
V. Connaissance du traitement d'urgence et de sa nature	48
VI. Connaissance de la nature d'un test de dépistage du VIH	51
VII. Pessimisme/optimisme quant à la découverte d'un vaccin contre le virus du SIDA	52
Chapitre 2. Les attitudes et les opinions à l'égard du VIH/sida	55
I. Attitudes à l'égard des personnes séropositives	57
1. Les attitudes à l'égard des personnes séropositives évoluent peu entre 2001 et 2004 .	
2. Les répondants semblent avoir globalement une attitude positive à l'égard des personnes séropositives au VIH ou malades du sida	
II. La proximité au VIH et à la maladie du sida	61
1. En 2004, un français sur cinq dit connaître au moins une personne séropositive ou malade du sida.	
2. En 2004, les jeunes sont moins nombreux que leurs aînés à déclarer connaître une personne séropositive ou malade du sida	
III. Opinion concernant les malades du sida et certains groupes exposés au risque de contamination du VIH	64
1. A part une amélioration de l'opinion à l'égard des homosexuels, certaines opinions d'exclusion sont en légère augmentation en 2004	

2.	L'opinion à l'égard des personnes atteintes par le VIH tend à s'homogénéiser entre les différentes catégories socio-démographiques	
3.	Les femmes, les jeunes et les plus diplômés restent toutefois en 2004 davantage opposés aux mesures coercitives proposées	
4.	Une majorité de répondants accepteraient de continuer à consulter un médecin contaminé par le virus ou bien qui soigne des malades du sida.	
IV.	Opinions sur le dépistage obligatoire pour certains groupes de la population	69
1.	L'adhésion au dépistage obligatoire est globalement moins fréquente en 2004	
2.	Les femmes et les répondants les plus âgés restent en 2004 davantage en faveur du dépistage obligatoire à l'égard de certains groupes de la population.	
V.	Opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage	72
1.	L'évolution de l'opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage par d'autres personnes est contrastée entre 2001 et 2004.	
2.	Les jeunes et les plus diplômés sont les moins favorables à la diffusion des résultats du test de dépistage du virus du sida à d'autres personnes	
Chapitre 3. La perception de la maladie et du risque personnel d'être contaminé		75
I.	La perception du risque personnel de contamination par le VIH	77
1.	Après une augmentation entre 1992 et 1994, la perception du risque de contamination s'est stabilisée	
2.	En 2004, les jeunes et les utilisateurs de préservatifs au cours de l'année ont une perception plus élevée du risque	
II.	La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida	80
1.	La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida est plus fréquente en 2004 qu'en 2001.	
2.	Les femmes et les répondants « potentiellement les plus à risque » ou « les plus sensibilisés » sont les plus nombreux à avoir déjà craint la contamination par le VIH.	
III.	Crainte de différents risques et maladies	82
1.	La crainte pour soi-même du sida et de différentes maladies associées diminue depuis 1998.	
2.	Les jeunes craignent davantage le sida, les plus âgés davantage le cancer	
3.	Le sida et les maladies associées sont davantage craints par les personnes potentiellement « les plus à risque » ou « les plus sensibilisés »	
IV.	La contagiosité du sida par rapport à la grippe	86
1.	La perception de la contagiosité du virus du sida par rapport à la grippe est plus élevée en 2004 qu'en 2001.	
2.	Un accroissement de la contagiosité perçue chez les hommes, les jeunes de 18 à 24 ans, diplômés du supérieur et les personnes déclarant aucun ou un seul partenaire au cours des 12 derniers mois.	
3.	Mais, les répondants âgés de 25 à 34 ans, les diplômés du supérieur ou les cadres sont les plus nombreux à percevoir le sida plus contagieux que la grippe.	
Chapitre 4. Les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs		91
I.	Les campagnes d'information sur le VIH/sida ou le préservatif	93
1.	L'intérêt porté aux campagnes d'information est stable depuis 1998	
2.	L'intérêt pour les campagnes reste plus marqué pour ceux qui ont une perception du risque de contamination plus élevée ou qui ont une sexualité plus active en termes de partenaires	
II.	L'intérêt pour les campagnes d'information selon certains scores de connaissance et d'attitudes	96
III.	Confiance accordée aux sources d'information sur le sida	97

IV.	Opinions sur certains aspects des campagnes d'information sur le sida et les préservatifs	98
1.	L'influence des campagnes sur les attitudes et les comportements est moins importante en 2004 qu'en 2001	
2.	Cette influence varie entre les hommes et les femmes ainsi que selon l'âge	
V.	Connaissance de différentes campagnes en 2004	101
Chapitre 5- Le test de dépistage du VIH		103
I.	Le recours au test de dépistage du virus du sida au cours de la vie et des cinq dernières années	105
1.	Un recours au test de dépistage du virus du sida au cours de la vie de plus en plus fréquent	
2.	Plus de deux tiers des 18-24 ans n'ont jamais effectué de dépistage du virus du sida	
3.	Comme en 2001, si les répondants souhaitaient aujourd'hui effectuer un test de dépistage du virus du sida, ils s'adresseraient en priorité à un médecin	
4.	Le recours au test de dépistage dans les cinq dernières années est plus fréquent en 2004 qu'en 2001	
5.	Le recours à un centre ou à une consultation de dépistage anonyme et gratuit est moins fréquent en 2004 qu'en 2001.	
6.	En 2004, les jeunes, les multipartenaires et les utilisateurs de préservatifs restent les plus nombreux à avoir recours aux CDAG	
II.	Le recours au test de dépistage du virus du sida au cours des 12 derniers mois	114
1.	Le recours au test de dépistage dans les douze derniers mois est stable depuis 1998	
2.	Les femmes, les jeunes ainsi que les répondants les plus concernés par le virus du sida sont les plus nombreux à avoir effectué un test au cours de l'année	
3.	En 2004, pratiquement tous les répondants ayant été testés affirment connaître leur statut sérologique	
III.	Motifs avancés par les personnes n'ayant jamais fait de test au cours de leur vie	117
1.	La principale raison invoquée reste l'absence de risque	
2.	La proportion de personnes à avoir pensé faire le test dans l'année diminue fortement depuis 1994	
IV.	L'impact du test de dépistage sur la crainte du risque de contamination	120
Chapitre 6 - L'activité sexuelle		123
I.	L'entrée dans la sexualité	125
1.	L'âge médian d'entrée dans la sexualité est de 16,6 ans chez les hommes et de 17,2 ans pour les femmes	
2.	Une initiation essentiellement hétérosexuelle pour les hommes comme pour les femmes	
II.	L'activité sexuelle au cours des cinq dernières années	127
III.	L'activité sexuelle au cours des douze derniers mois	128
1.	La proportion d'hommes et de femmes déclarant au moins un partenaire au cours des douze derniers mois est stable depuis 1992	
2.	La proportion d'hommes multipartenaires augmente entre 2001 et 2004	
3.	Une déclaration plus fréquente de nouveaux partenaires chez les hommes comme chez les femmes	
IV.	Le dernier partenaire sexuel	133
V.	Les Infections Sexuellement Transmissibles	136
1.	Une augmentation de la déclaration des IST chez les femmes entre 2001 et 2004	
2.	Les IST sont en général découvertes à la suite de symptômes	

V.	Les Grossesses non désirées	138
1.	Un recours à l'IVG stable entre 2001 et 2004	
2.	Près d'une femme sur dix ayant fait une IVG a utilisé la pilule RU 486	
VI.	Les violences sexuelles	139
1.	Huit pour cent des répondants déclarent avoir subi des attouchements sexuels avant l'âge adulte	
2.	Sept femmes sur 100 déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés	
Chapitre 7 – Image et utilisation du préservatif		141
I.	Opinion à l'égard du préservatif	143
1.	Les opinions à l'égard du préservatif restent contrastées en 2004	
2.	L'image du préservatif s'améliore au cours des cinq vagues de l'enquête.	
II.	Le préservatif féminin	146
1.	Le préservatif féminin est davantage connu en 2004	
2.	La population « la plus sensibilisée » a davantage entendu parler du préservatif féminin	
III.	Utilisation du préservatif et de méthodes de contraception	148
1.	Comportements de prévention au cours du premier rapport sexuel	148
1.1	L'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel est de plus en plus courante	
1.2	Plus d'un homme et d'une femme sur deux déclarent avoir utilisé une méthode de contraception lors de leur premier rapport sexuel.	
1.3	Au moment du premier rapport sexuel, un répondant sur dix déclare avoir utilisé la double contraception pilule/préservatif	
1.4	L'usage de la pilule du lendemain après le premier rapport sexuel augmente	
2.	Gestion et utilisation récente du préservatif	154
2.1	Une augmentation de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois, mais essentiellement parmi une population peu concernée	
2.2	Les femmes sont plus souvent que les hommes confrontées à une situation où leur partenaire refuse d'utiliser un préservatif	
3.	Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire	157
3.1	Près de 80% des répondants déclarent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec leur dernier partenaire rencontré depuis 2001	
3.2	L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel est plus fréquente en 2004 qu'en 2001, notamment chez les hommes.	
4.	Approche par cohorte de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois	164
Principales conclusions		167
<hr/>		
<i>Annexe I : Les taux de refus et d'abandon</i>		III
<i>La fiabilité des réponses</i>		
<i>Annexe II : Comparaison des échantillons 1992, 1994, 1998, 2001 et 2004</i>		XIV
<i>Pondération et redressement/ Liste blanche et liste rouge</i>		
<i>Annexe III : Comparaison des échantillons filaire et mobile en 2004</i>		XXII

Introduction

Depuis 1987 en Ile-de-France et 1990 en France métropolitaine, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France contribue conjointement avec d'autres organismes tels que l'INSERM, le CNRS, l'AFLS, l'ANRS et la DGS¹ à la réalisation d'enquêtes KABP (pour knowledge, attitudes, beliefs and practices selon la terminologie de l'Organisation mondiale de la santé) sur le virus du sida. Ces enquêtes, d'abord effectuées selon la méthode d'échantillonnage par quotas et d'interviews en face à face, reposent depuis 1992 sur un protocole identique d'interviews aléatoires par téléphone. Elles permettent ainsi de suivre à intervalles réguliers tous les trois ans environ certains indicateurs de connaissances de la maladie et du virus du sida, d'attitudes face aux personnes séropositives ou malades du sida, de croyances, notamment sur les modes de transmission, et enfin de comportements sexuels et de prévention.

Contexte du sujet

Depuis 1992, les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements à l'égard de l'infection à VIH de la population générale adulte habitant en France métropolitaine ont largement évolué. On observe en effet, d'après les résultats des dernières enquêtes KABP une modification de la représentation sociale du VIH/sida et un relâchement perceptible des comportements de prévention.

Ainsi, la banalisation du virus du sida déjà mise en évidence dans l'enquête KABP de 1998², s'est accompagnée en 2001 d'un abandon de certaines pratiques de prévention, aussi bien en population générale qu'auprès de lecteurs de la presse gay³ ou chez les personnes fréquentant des établissements gay parisiens⁴. Ainsi, en population générale, la proportion d'individus déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de l'année diminue entre 1998 et 2001, son utilisation lors du premier rapport restant toutefois élevée⁵. Ce relâchement concernait essentiellement les hommes jeunes âgés entre 18 et 24 ans, célibataires et déclarant plus d'un partenaire au cours de l'année, c'est-à-dire une population qui a pour l'essentiel commencé sa vie sexuelle après les grandes campagnes de prévention sur le sida et les préservatifs de la décennie 1985-95.

Ces résultats se retrouvent également dans des enquêtes réalisées par d'autres pays européens en population générale. Ainsi, l'étude anglaise NATSAL 2000^{6,7} indique entre 1990 et 2000 une augmentation de la proportion de répondants déclarant plusieurs partenaires au cours de l'année et un accroissement d'une utilisation plus irrégulière qu'auparavant du préservatif au cours du dernier mois.

¹ INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

CNRS : Centre national de la recherche scientifique.

AFLS : Agence Française de lutte contre le sida. Cette agence n'existe plus depuis 1995.

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida.

DGS : Direction générale de la santé, ministère de l'emploi et de la solidarité.

² Grémy I., Beltzer N., Les connaissances, attitudes, croyances, et comportements face au sida en France - Evolutions 1992 – 1994 – 1998, & al. Rapport de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 156 p., avril 1999.

³ Adam P., Hauet E., Caron C., Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays

⁴ Adam P., Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès de clients des établissements gays parisiens, BEH, n°18/2002.

⁵ Grémy I., Beltzer N., Les connaissances, attitudes, croyances, et comportements face au sida en France - Evolutions 1992 – 1994 – 1998 - 2001, & al. Rapport de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 191 p., décembre 2001

⁶ Johnson AM, & al., Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviour, THE LANCET, Vol 358, Decembre 1, 2001: 1835-1842

⁷ Copas AJ, Wellings K, & al., The accuracy of reported sensitive sexual behaviour in Britain : exploring the extent of change 1990-2000, Sexually Transmitted Infections 2002; 78: 26-30.

Ce relâchement des comportements de prévention fait écho à la recrudescence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) constatées depuis 1997-98 en France comme dans d'autres pays européens ou nord-américains. Ainsi, au Danemark le taux d'incidence des gonorrhées a augmenté de 35% entre 1997 et 1998 et de 41% entre 1998 et 1999⁸.

En France, les données fournies par le réseau RENAGO mettent également en évidence une recrudescence des gonococcies^{9,10}, principalement en Ile-de-France et parmi les homo/bisexuels masculins. Plusieurs dispensaires antivénéériens essentiellement situés à Paris et plusieurs cliniciens spécialisés dans la prise en charge des IST ont aussi constaté une augmentation des cas de syphilis parmi leurs consultants^{11,12}. Enfin, la proportion d'homo- et bisexuels masculins déclarant avoir contracté une IST dans l'année a augmenté de 13% à 16% entre 1997 et 2000 d'après l'enquête réalisée auprès des lecteurs de la presse gay. Dans l'enquête KABP¹³, parmi les Franciliens ayant déjà eu une IST au cours de la vie, les hommes déclarent davantage avoir eu une IST au cours des cinq dernières années passant de 12% en 1998 à 28,5% en 2001 alors que cette proportion reste stable chez les femmes, soit 39,5% en 2001. L'accroissement, ces dernières années, de la prévalence des infections sexuellement transmissibles est un indicateur indirect de la reprise des comportements à risque par rapport à la contamination par le VIH.

Ce bilan préoccupant s'inscrit de plus dans un contexte épidémiologique et thérapeutique inquiétant, notamment avec le fort ralentissement de la décroissance du nombre de cas de sida diagnostiqués, la modification de la prévalence dans les différents groupes de transmission, la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et enfin les limites des traitements anti-rétroviraux (effets secondaires, échec thérapeutique...).

Ainsi, alors que le nombre de décès par sida et le nombre de cas diagnostiqués diminuent dans les pays de l'Europe de l'ouest depuis 1995, avec une baisse particulièrement spectaculaire l'année de la mise sur le marché des nouveaux traitements en 1996, cette diminution s'est depuis fortement ralentie et même stabilisée depuis le premier semestre 2002¹⁴. La France connaît une tendance identique avec 600 décès par an en 2000 et en 2001, après une décroissance du nombre de décès de 5% en 1999¹⁵.

⁸ Johansen JD, Smith E, Gonorrhea in Denmark: high incidence among HIV-infected men who have sex with men, *Acta Derm Venereol* 2002 ;82(5) :365-368

⁹ Goulet V. & al. Les gonococcies en France en 2000 : données du réseau RENAGO, in *Surveillance Nationale des maladies infectieuses, 1998-2000*, Institut de Veille Sanitaire, novembre 2002 : 63-68

¹⁰ Goulet V. & al. Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1988, *BEH*, n°14/2001

¹¹ Desenclos JC, Le retour de la syphilis en France : un signal pour renforcer la prévention, *BEH* 35-36, août 2001 : 167-168

¹² InVS, Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001, in *Surveillance Nationale des maladies infectieuses, 1998-2000*, Institut de Veille Sanitaire, novembre 2002 : 69-71

¹³ Grémy I., Beltzer N., Les connaissances, attitudes, croyances, et comportements face au sida en Ile-de-France - Evolutions 1992 – 1994 – 1998 - 2001, & al. Rapport de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 168 p., décembre 2001.

¹⁴ EuroHIV – Institut de Veille Sanitaire, HIV/AIDS Surveillance in Europe, rapport du 2nd semestre 2003, 2004, n°70.

¹⁵ Institut de veille sanitaire, Surveillance du Sida en France – situation au 31 mars 2002, *BEH* n°27/2002 : 133-140.

Les caractéristiques des personnes touchées par le sida changent également, puisque le nombre de cas de sida diminue moins rapidement chez les personnes contaminées lors d'un rapport hétérosexuel que chez les utilisateurs de drogues injectables et que chez les homo/bisexuels masculins. En conséquence, alors que chez les hommes l'incidence du sida diminue depuis 1994 en France, chez les femmes ce taux est stable voire en légère augmentation depuis 1997. De plus, en dehors des échecs thérapeutiques, les personnes qui développent aujourd'hui un sida sont celles qui ne connaissaient pas leur statut sérologique, sans doute qu'elles ont un accès retardé voire inexistant au système de dépistage ou de soins. De fait, le sida touche aujourd'hui de plus en plus une population particulièrement vulnérable socialement et économiquement¹⁶ et souvent originaire de pays à forte endémie.

A ce nouveau contexte épidémiologique s'ajoute une transformation du contexte thérapeutique.

Ainsi, la forte médiatisation autour de l'arrivée des traitements antirétroviraux a largement contribué à modifier la représentation sociale du sida dans la population générale adulte, comme l'ont montré par exemple les résultats des enquêtes KABP de 1998 et de 2001. Le sida, considéré jusqu'alors comme une maladie mortelle, est davantage perçu comme une maladie chronique.

Or, cette médicalisation du sida doit aujourd'hui faire face à une nouvelle réalité : les limites de ces traitements prescrits à vie, à savoir l'importance des effets secondaires liés à ces traitements (lipodystrophie, problèmes osseux et troubles de la sexualité notamment), la nécessité d'une observance absolue pour garantir le succès thérapeutique et l'importante proportion de personnes séropositives en échec thérapeutique^{17, 18}.

L'optimisme consécutif à la réduction de la mortalité et des morbidités liées au sida depuis 1995 fait place aujourd'hui à une certaine incertitude et inquiétude concernant le succès de ces traitements antirétroviraux.

Les résultats assez alarmants des dernières enquêtes KABP, rapprochés des nouvelles caractéristiques de l'infection à VIH, sont à l'origine du renouvellement de l'enquête KABP au début 2004. La question se pose en effet de savoir comment la population générale perçoit les modifications épidémiologiques et thérapeutiques du VIH/sida de ces dernières années, et quels en sont les impacts sur les attitudes, les croyances et les comportements de prévention. Ces observations pourront ensuite être mises à la disposition des responsables des politiques de la lutte contre le sida pour mieux adapter les programmes de prévention à ce nouveau contexte et mieux cibler les groupes les plus vulnérables.

Objectifs de l'enquête : développements autour de deux grands axes

Cette enquête, comme les précédentes, se propose donc de suivre l'évolution des principaux indicateurs de connaissances, d'attitudes, de croyances et de comportements permettant d'apprécier la représentation sociale du sida en France aujourd'hui en prenant en compte les nouveaux enjeux et les nouveaux contextes de l'épidémie.

¹⁶ Observatoire régional de santé et Centre régional d'information et de prévention du sida en Ile-de-France, Suivi de l'infection à VIH-sida en Ile-de-France, Bulletin de santé ORS/CRIPS, n°5, décembre 2001

¹⁷ Estimées aujourd'hui à environ 6% des patients traités [Delfraissy J-F, Infection à VIH 2002 : progrès et limites, ADSP n°40, septembre 2002 : 43-45]. Par ailleurs 40% des patients traités gardent une charge virale détectable. Les causes d'insuccès sont essentiellement liées à l'observance et aux problèmes de résistance acquise.

¹⁸ Spire B, Problèmes cliniques et comportementaux liés à la chronicisation de la maladie, ADSP n°40, septembre 2002 : 23-25

Aussi, en plus de thèmes déjà présents dans les précédentes versions, de nouveaux questionnements ont été intégrés. Par ailleurs, il a également été choisi d'assurer autant que possible la comparaison de certains indicateurs avec ceux de l'enquête KABP qui a été réalisée simultanément dans les départements français d'Amérique.

La nouvelle enquête a été développée autour de deux grands axes :

1^{er} axe - Le suivi des indicateurs permettant de rendre compte de l'évolution des dimensions sociales et comportementales

La répétition de ces enquêtes permet à la fois de suivre l'évolution des connaissances sur le VIH-sida et les traitements antirétroviraux, des attitudes et des opinions à l'égard du VIH-sida et du préservatif, et de mesurer les changements éventuels dans la perception de la maladie et du risque personnel d'être contaminé, ainsi que dans le recours au test de dépistage. Ce suivi permet d'apprécier l'impact des nouvelles caractéristiques de l'infection à VIH sur l'ensemble des indicateurs communs aux différentes vagues des enquêtes KABP et d'avoir sur le long terme une meilleure connaissance de leurs évolutions dans l'intérêt de la mise en place des politiques de lutte contre le VIH-sida.

Après les résultats des précédentes enquêtes, cette nouvelle version a pour objectif d'observer si le changement de comportements parmi cette population se poursuit, mais également de vérifier si le relâchement constaté ne concerne pas aujourd'hui d'autres catégories de la population, comme par exemple les femmes multipartenaires ou bien la génération des 25-35 ans, génération qui a commencé sa vie sexuelle avec le sida et qui pourrait se lasser de maintenir à long terme des comportements préventifs. Pour ce faire, la gestion des premier et dernier rapports sexuels en terme de prévention du VIH/sida, ainsi que l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois, avec le nombre de partenaires, l'utilisation du préservatif et d'autres moyens de contraception sont notamment décrits.

2^{ème} axe - Les nouveaux questionnements

Compte tenu de l'évolution du contexte de l'infection à VIH et des enjeux de l'épidémie, quatre axes d'analyse ont été introduits. Présentés ici, ils feront ultérieurement l'objet d'analyses plus approfondies.

- L'analyse des résultats en terme de relâchement des comportements de prévention nécessite que soient mieux précisées les expositions potentielles à un risque, qui dans ce type d'enquête en population générale adulte reposent essentiellement sur la **situation de multipartenariat**. Aussi, le premier s'attache à tenter de mieux définir la population multipartenaire, c'est-à-dire la population qui déclare plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année. Il s'agit notamment de déterminer si ce multipartenariat est défini par plusieurs partenaires sexuels en même temps ou bien par une succession de partenaires sexuels. De même, il peut être intéressant de connaître certaines des caractéristiques des différents partenaires dans le cadre d'un multipartenariat simultané (partenaire principal, partenaire occasionnel...). Les comportements de prévention seront bien sûr ensuite étudiés en fonction de chacun des types de multipartenariat précédemment définis.

• Comparativement aux autres pays européens, le recours au test de dépistage reste encore élevé en France¹⁹, malgré une légère diminution constatée entre 1994 et 1998 dans les enquêtes KABP. Il est toutefois parfois réalisé sans le consentement de la personne (lors d'une hospitalisation par exemple)²⁰ ou bien dans un contexte ne répondant pas à une démarche volontaire (test prénuptial, ou pré-natal...) et peu approprié à une perception individuelle du risque. Il a donc été choisi d'analyser plus particulièrement la question **du test de dépistage du VIH** en proposant un état des lieux de ce que sait et perçoit la population générale du test de dépistage et comment cette connaissance et cette perception s'articulent avec les comportements sexuels de prévention et notamment l'utilisation du préservatif.

• En partant du constat que la proportion de personnes contaminées par voie hétérosexuelle augmente parmi les nouveaux cas de sida, et qu'en conséquence les femmes se trouvent davantage exposées au VIH, il nous paraît important de ne plus décrire que les seuls comportements sexuels en différenciant les hommes et les femmes, mais d'étendre cette distinction du genre à l'ensemble des variables de connaissance, d'attitudes et de croyance. Le troisième axe que nous avons proposé consiste en une **analyse différenciée par sexe** de l'ensemble des variables et indicateurs de l'enquête. Cette analyse nous paraît d'autant plus pertinente aujourd'hui que les résultats des dernières enquêtes indiquent que les femmes se distinguent davantage des hommes sur certains indicateurs : malgré une bonne perception générale, les femmes sont en général moins optimistes que les hommes sur leur état de santé²¹, elles sont davantage en faveur du dépistage obligatoire pour différentes catégories de la population (étrangers aux frontières...) et craignent plus le sida tout en se sentant davantage concernées par les campagnes de prévention et d'information.

L'idée est de savoir si les différences en termes de comportements sexuels constatées entre les hommes et les femmes pourraient provenir en partie d'une différence dans la représentation sociale du sida, en étudiant distinctement les corrélations entre les variables pour les hommes et pour les femmes

• Enfin, les évolutions épidémiologiques récentes l'infection à VIH nous invitent également à mieux prendre en compte dans les enquêtes le **concept de vulnérabilité sociale**. En effet, face à la proportion croissante de personnes en situation précaire parmi les nouveaux cas de sida, il convient de présenter les différents indicateurs de connaissance, d'attitudes, de croyances et de comportements en tenant compte de la situation économique du répondant.

Or, jusqu'à présent, les seules variables socio-démographiques des enquêtes KABP décrivant la situation économique des répondants étaient le niveau d'éducation et l'activité professionnelle. Pour mieux repérer la population qui pourrait être la plus vulnérable face au VIH, nous proposons de rajouter quelques questions sur la Couverture maladie universelle (CMU) et sur les bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI).

¹⁹ Rapport semestriel du centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, Surveillance du VIH/sida en Europe, rapport du 2^{ème} semestre 2001, 2002, n°66

²⁰ Rollet C., & al. La politique de lutte contre le sida 1994-2000, Rapport de l'instance d'évaluation, Conseil National de l'Evaluation, Commissariat général du plan, Novembre 2002, 511p.

²¹ Danzon F & al., Féminin santé, La santé en action, Eds du CFES (actuel INPES), avril 1998.

En supplément de ces quatre champs d'analyse, la plupart des résultats de l'enquête KABP-sida en France sont comparés avec ceux de l'enquête KABP-sida dans les départements français d'Amérique²². En effet, les réflexions communes, comme celle menée autour de la notion de multipartenariat impliquant la présence de multiples questions identiques dans chacune de ces versions, ainsi que la simultanéité du recueil des données sont autant d'éléments pour envisager la comparaison de certains indicateurs. Cette comparaison permet de souligner les différences et similitudes sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements de la population vivant en France métropolitaine et dans les départements français d'Amérique.

Méthode et protocole

La méthode de collecte des données de l'enquête KABP 2004 est identique à celle des enquêtes précédentes. Elle est ainsi réalisée par téléphone, à partir d'un échantillon aléatoire tiré de l'annuaire des abonnés de France Télécom. Cet échantillon, initialement constitué seulement de personnes sur liste publique, est depuis l'enquête de 2001 élargi aux abonnés sur liste rouge. L'intégration des personnes sur liste rouge dans l'échantillon répond au problème de la couverture téléphonique du territoire métropolitain français qui connaît une croissance non négligeable de la proportion des abonnés des listes rouges, surtout en Ile-de-France et dans les centres urbains.

Pour l'enquête de 2004, la question de l'importance du téléphone mobile s'est posée, puisqu'on observe depuis deux ans, en France métropolitaine, une diminution importante de la couverture téléphonique filaire avec une baisse de la proportion d'individus possédant un téléphone à leur domicile de 93 % à 88 %, entre 2000 et 2002 et parallèlement un accroissement du nombre de téléphones portables. D'après Médiamétrie²³, il semblerait que la couverture téléphonique -filaire et portable- augmente, témoignant ainsi d'un usage de la téléphonie mobile par des personnes qui n'avaient pas auparavant de téléphone filaire, et qu'il existe environ une proportion de 10 à 12 % d'usagers exclusifs de téléphones portables. Ces usagers sont injoignables par la méthodologie traditionnelle d'interviews téléphoniques utilisée dans les enquêtes KABP depuis 1990, interviews réalisées sur la base du téléphone filaire. Or les personnes possédant un téléphone portable sont d'après une étude exploratoire réalisée par l'OFDT²⁴, davantage des personnes jeunes, de sexe masculin et de niveau socio-économique plutôt modeste, donc des personnes ayant des caractéristiques particulièrement intéressantes pour le sujet de l'enquête KABP.

Pour ces raisons, il nous a semblé important de réaliser, en plus de l'échantillon traditionnel tiré au sort aléatoirement parmi les abonnés en liste blanche et en liste rouge, un sur-échantillon d'environ 300 personnes possédant exclusivement un téléphone portable. Ce sur-échantillon est constitué par une génération aléatoire de numéros commençant par 06. Un questionnaire plus court a été posé à ces répondants.

²² Le rapport synthétisant ces résultats sera publié par l'ORS fin 2005.

²³ Communication orale lors du séminaire de l'INPES sur la mesure des évolutions dans les enquêtes de santé

²⁴ Les résultats de l'enquête ont été présentés lors d'un séminaire de l'INPES, le 13 mars 2003 : Un exemple d'enquête auprès des listes rouges et des téléphones portables. Stéphane Legleye.

Toutefois cet échantillon de porteurs exclusifs de téléphone portable n'a pas été inclus dans l'échantillon des filaires, car il s'agit essentiellement ici de présenter l'évolution des principaux indicateurs tout au long des différentes enquêtes. La question se pose bien sûr de savoir si la non intégration de ces personnes joignables uniquement par portable dans l'échantillon total ne crée pas un biais. En effet, ces personnes sont globalement plus jeunes. Toutefois, dans la mesure où les données recueillies auprès de l'échantillon filaire sont redressées sur les données INSEE afin de donner une image correcte de la population française dans son ensemble, ne pas intégrer les personnes disposant exclusivement d'un portable ne devrait pas biaiser le suivi des connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population^{25 26}.

Cet échantillon sera intégré à l'échantillon total, lors de l'analyse plus spécifique de la vulnérabilité face au virus du sida (quatrième axe d'analyse présenté ci-dessus).

Parallèlement à ce sur-échantillon, le renouvellement de l'enquête KABP reprend les modalités de sélection du ménage et de l'individu des enquêtes précédentes.

La sélection du ménage

Pour intégrer les personnes sur liste rouge dans l'échantillon, la procédure de tirage au sort est complexe. Un premier tirage au sort d'abonnés en liste blanche est effectué. Un numéro aléatoire est substitué au dernier chiffre de chacun des numéros tirés au sort, modifiant ainsi la terminaison de tous les numéros qui, de ce fait, correspondront à des numéros non attribués, numéros commerciaux, numéros en liste publique et numéros en liste rouge. Dans cette nouvelle liste de numéros, l'annuaire inversé des numéros permet d'identifier les abonnés en liste publique à qui une lettre annonce est envoyée, afin de limiter les non réponses. Il permet également de repérer les numéros commerciaux qui sont éliminés du fichier. Les autres numéros sont appelés systématiquement. Seule une faible proportion d'entre eux correspondent à des abonnés en liste rouge, les autres principalement à des numéros non attribués. Les numéros sélectionnés seront composés automatiquement grâce au système CATI (Computed Assited Telephone Interviews) qui garantit le strict anonymat du numéro appelé. Chaque numéro sera appelé au maximum 15 fois.

La sélection de l'individu

Une fois le ménage joint, une seule personne sera sélectionnée pour répondre au questionnaire. Cette personne doit être âgée entre 18 et 69 ans, parler le français et résider habituellement au domicile contacté, ce qui exclut les numéros professionnels et les résidences secondaires. Si plusieurs personnes au sein d'un même ménage sont éligibles, la personne sélectionnée est celle dont l'anniversaire sera fêté en premier. Si cette personne est présente et disponible au moment du contact téléphonique, le questionnaire lui est immédiatement proposé. Sinon, un rendez-vous téléphonique lui est proposé.

Au total, 5071 personnes âgées entre 18 et 69 ans ont été interrogées, dont 1574 Franciliens, sur-échantillon qui est affecté d'un poids spécifique permettant de l'intégrer « à sa taille » réelle dans l'échantillon national.

²⁵ F. BECK & al. Enquête téléphonique sur ligne fixe ou par portable : quelles différences ? in Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques - Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002, OFDT, janvier 2003.

²⁶ Cf. annexe

Supérieure à celle de l'enquête de 2001 qui n'incluait que les personnes âgées de 18 à 54 ans, cette taille d'échantillon a paru nécessaire pour obtenir à la fois une proportion d'individus âgés de moins de 25 ans et de multipartenaires suffisamment grande pour procéder à une analyse plus spécifique de ces deux populations. En effet, le relâchement des comportements de prévention constatés lors de la dernière enquête concernait essentiellement des personnes de cette catégorie d'âge et qui déclaraient plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois.

Le taux de refus global (hors le taux d'abandon égal 2,4%) est de 18,3% (dont 5,5% du taux de refus ménage et 12,8% du taux refus individus), soit 16% en liste blanche et 28,5% en liste rouge. Les taux de refus et de la fiabilité des réponses sont présentés en annexe I.

Les échantillons tirés au sort sont des échantillons de ménage parmi lequel un seul individu a été interrogé. Aussi selon la taille du ménage, les répondants avaient une chance inégale d'être sélectionnés. Pour tenir compte de cette inégale probabilité d'être interrogé, les réponses des individus ont été pondérées par un poids égal à l'inverse de la taille du ménage.

Ces échantillons pondérés ont été ensuite comparés aux données disponibles de l'enquête emploi de l'INSEE 2002. Il apparaît que les femmes sont plus nombreuses dans l'enquête, notamment celles âgées de 35 à 69 ans: 38,8% contre 33,6%. Elles sont également plus actives : 41,2% contre 31,2% pour l'enquête emploi 2002 sont des femmes actives, 13,7% sont des femmes inactives contre 19,5% pour l'enquête emploi 2002, la différence n'est pas statistiquement significative chez les hommes (cf. annexe II).

Ensuite, les échantillons ont été redressés en affectant à chaque individu un « poids » qui corrige la sur- ou sous représentation des catégories d'âge, de vie en couple et d'activité professionnelle. En annexe II figure la comparaison des deux échantillons entre eux et par rapport aux données disponibles en population générale.

Dans ce rapport sont présentés les résultats de l'enquête réalisée en 2004 et comparés, lorsque les données existent, avec ceux des enquêtes précédentes. Or, en 2001 l'âge maximum des personnes interrogées étaient de 54 ans, année également où ont été intégrées les personnes en liste rouge. Aussi, il a été choisi de présenter dans ce rapport, et plus particulièrement dans les tableaux, les résultats de la population âgée entre 18 et 54 ans. De même, lorsque les indicateurs sont suivis depuis 1992, 1994 ou 1998, les données utilisées sont celles issues de l'échantillon des personnes en liste blanche. Les personnes en liste rouge sont intégrées lorsque les indicateurs estimés en 2004 sont uniquement comparés avec ceux de 2001.

L'analyse des résultats a été réalisée avec le logiciel STATA® et les comparaisons entre vagues d'enquêtes se sont effectuées sur les pourcentages pondérés et redressés.

Annonce de plan

Ce rapport comprend sept chapitres :

- Le premier porte sur les connaissances de la maladie, en particulier les modes de transmission du sida et les moyens de s'en protéger, ainsi que sur l'existence des multithérapies.
- Dans le chapitre 2 sont abordés l'évolution des attitudes de tolérance à l'égard des personnes séropositives, des opinions en faveur du dépistage obligatoire et de la confiance accordée aux différents organismes et associations pour informer sur le sida.
- L'évolution de la perception du risque d'être contaminé par le sida, la crainte individuelle de la maladie et sa contagiosité font l'objet du chapitre 3.
- L'intérêt porté aux campagnes sur le sida et les préservatifs, ainsi que leur impact est abordé dans le chapitre 4.
- Le chapitre 5 est plus particulièrement consacré aux connaissances sur le dispositif de dépistage du VIH, la fréquence du recours à ce test et les circonstances qui l'ont motivé.
- Le chapitre 6 traite plus spécifiquement des changements de comportements sexuels, en décrivant l'activité sexuelle lors du premier et dernier rapport et celle au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête.
- Enfin, l'image et l'utilisation du préservatif, indicateurs importants dans les comportements de prévention sont abordés dans ce septième et dernier chapitre.

Chapitre 1- Les connaissances sur le VIH/sida

Globalement, la connaissance des modes de transmission s'améliore légèrement par rapport à 2001, année qui avait mis en évidence une détérioration notable des connaissances à l'égard du VIH/sida. Toutefois, certaines croyances, telle que la transmission dans les toilettes publiques, par une piqûre de moustique ou par une seringue neuve, se maintiennent à un niveau non négligeable laissant penser que les mécanismes sous-jacents demeurent mal maîtrisés par certains. Cette méconnaissance est d'autant plus probable que les personnes interrogées ont un faible niveau d'éducation.

Le préservatif masculin reste le moyen le plus fréquemment cité comme efficace pour éviter la transmission du VIH, suivi par les stratégies fondées sur le recours au test de dépistage du virus du sida (faire soi-même régulièrement un test ou demander un test de dépistage à tout nouveau partenaire). Par ailleurs, plus d'une personne sur deux croit en l'efficacité du préservatif féminin, proportion devenue légèrement plus importante en 2004 que celle concernant les stratégies basées sur la communication avec le partenaire, même si celles-ci restent perçues comme efficaces par près de la moitié des répondants.

En 2004, 15% de la population pense qu'il est efficace pour éviter la transmission par le VIH de se laver après des rapports sexuels, retrouvant ainsi un niveau similaire à celui de 1992.

Parallèlement, les jeunes adultes sont globalement plus nombreux à trouver efficaces les différentes stratégies de prévention, qu'elles reposent sur l'utilisation du préservatif, le recours au test, ou encore des comportements plus intermédiaires tels que ceux basés sur la communication avec les partenaires.

Pour la première fois en 2004 des questions précises ont été introduites sur les risques associés à certaines pratiques sexuelles, comme « embrasser sur la bouche », « lécher le sexe d'une femme », Les risques associés à ces pratiques sont assez bien connus, mais leur hiérarchisation en fonction des risques réels de transmission n'est pas toujours connue.

Ensuite, près des deux tiers des répondants connaissent l'existence des Anti-rétroviraux (ARV) et une très large majorité d'entre eux la nature et les effets de ces traitements. Si la connaissance de l'existence des ARV s'améliore pour l'ensemble des répondants entre 2001 et 2004, elle diminue parmi les jeunes âgés entre 18 et 24 ans qui affichent ainsi une moins bonne connaissance de ces traitements par rapport à leurs aînés en 2004. On observe toujours un écart important entre la perception chez les autres et la perception chez soi-même du fait des ARV : plus de la moitié pense que du fait de ces traitements, les gens utilisent moins le préservatif et qu'ils se font moins de souci s'ils pensent avoir couru un risque de contamination, alors qu'ils ne sont que près de 10% à reconnaître utiliser eux-mêmes moins le préservatif ou se faire moins de souci du fait de ces traitements.

Enfin, l'existence du traitement d'urgence, qui peut réduire le risque de contamination après un rapport sexuel non protégé est peu connu, puisqu'ils ne sont que 14,5% à déclarer en avoir entendu parler et 6% peut être.

I. Les connaissances et les croyances sur les modes de transmission

1. Les connaissances sur les circonstances de transmission du virus du sida sont meilleures en 2004

Les principales circonstances de transmission du sida restent très majoritairement connues par la population : tout comme en 2001, plus de 99% des personnes connaissent les risques de transmission lors de rapports sexuels non protégés et avec une seringue déjà utilisée.

Tableau 1.1 : Evolution des connaissances et des croyances de certains modes de transmissions – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Pouvez-vous indiquer, si oui ou non, le virus du sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes :

% de personnes pensant que la transmission est possible...	1992 (n=1494)	1994 (n=601)	1998 (n=1769)	2001 ^(b) (n=2682)	2004 ^(b) (n=2982)	Evolution 1992/2004 ^(b)
...lors de rapports sexuels, sans préservatif	-	99,1	99,2	99,4	99,4	→
...lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée	-	-	-	99,4	99,0	-
...en recevant du sang	89,5	86,0	87,8	81,7	81,4	↘
...en donnant son sang	47,0	42,2	47,7	44,2	38,5	↘
...par une piqûre de moustique	24,0	13,9	20,3	24,4	20,6	↘
...en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	15,9	13,1	19,2	17,3	16,7	→
...lors de rapports sexuels, avec préservatifs	-	13,8	15,6	15,6	16,6	→
...lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve	-	-	-	12,9	14,2	-
...dans les toilettes publiques	23,7	16,7	17,8	18,7	15,8	↘
...en buvant dans le verre d'une personne contaminée	13,4	8,0	9,5	10,9	8,2	↘

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des personnes âgées de 18 à 54 ans inscrites sur liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 (ou 1994) et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

Par ailleurs, une proportion significativement moins importante de personnes croit que la contamination peut se faire en buvant dans le verre d'une personne contaminée (8,2% contre 10,9% en 2001), dans les toilettes publiques (15,8% contre 18,7% en 2001), par une piqûre de moustique (20,6% contre 24,4%), ou en donnant son sang (38,5% contre 44,2%). Au final, les connaissances sont sensiblement meilleures qu'il y a une dizaine d'années.

Toutefois, cette amélioration de la connaissance des modes de contamination doit être tempérée. En effet, les mécanismes de la transmission (ou de la non transmission) du VIH/sida ne restent que partiellement maîtrisés. Il y a toujours une proportion non négligeable de la population (16,6%), équivalent à celle de 1994 qui pense que le virus du sida peut se transmettre au cours de rapports sexuels en utilisant un préservatif. Ensuite une proportion importante de la population continue de croire en la transmission du virus du sida en donnant son sang (plus d'un tiers des répondants), par une piqûre de moustique (1/5 des répondants) et par une piqûre de drogue avec une seringue neuve (14,2%).

Des questions ont été posées sur des circonstances pour lesquelles la transmission est, soit possible mais extrêmement faible, soit possible théoriquement mais non prouvée. Les items « par le tatouage et le piercing » et « en embrassant une personne séropositive », introduits respectivement en 2001 et 2004, ne permettent pas une analyse comparative sur l'ensemble des enquêtes.

Tableau 1.2 : Evolution des connaissances et croyances de certains modes de transmissions – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Pouvez-vous indiquer, si oui ou non, le virus du sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes :

	1992	1994	1998	2001 ^(b)	2004 ^(b)	Evolution
% de personnes pensant que la transmission est possible...	(n=1494)	(n=601)	(n=1769)	(n=2682)	(n=2982)	1992/2004 ⁽²⁾
...par le tatouage ou le piercing	-	-	-	65,5	70,4	-
...en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée	63,1	63,7	66,3	71,1	67,3	↗
...au cours de soins dentaires	62,1	48,3	53,7	45,9	44,2	↘
...lors de séances d'acupuncture	55,4	46,9	46,2	43,7	43,7	↘
...en embrassant une personne contaminée	-	-	-	-	12,8	
...par la salive	29,2	18,8	20,6	20,9		-
...en serrant la main d'une personne contaminée	-	-	-	-	1,2	-

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des personnes âgées de 18 à 54 ans inscrites sur liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

Les connaissances et les croyances de ces modes de transmission ont peu évolué entre 2001 et 2004. On constate la diminution de la proportion de répondants croyant en la possibilité de transmission du virus du sida par l'utilisation du rasoir mécanique d'une personne contaminée (de 71,1% à 67,3%) et l'augmentation du pourcentage de personnes pensant que la contamination est possible par le tatouage ou le piercing (de 65,5% à 70,4%). Par ailleurs, en 2004, la proportion de personnes pensant que la contamination est possible en embrassant sur la bouche une personne séropositive (12,8%) est très nettement inférieure au pourcentage de personnes qui déclaraient en 2001 que la contamination était possible par la salive (20,9%).

2. Malgré une baisse générale de leur niveau de connaissances, les jeunes restent globalement les mieux informés

Les plus jeunes (18-29 ans) restent la classe d'âge disposant du meilleur niveau de connaissance sur les modes de transmission du VIH, malgré une dégradation de ce niveau au cours des dernières années.

En ce qui concerne les connaissances des modes de transmission avérés, on ne constate pas de grandes différences entre classes d'âge. Entre 2001 et 2004, on note toutefois une amélioration de la connaissance de certains des modes de transmission les plus sensibles²⁷ chez les 40-54 ans. Ils sont en effet 20% en 2004 contre 27,6% en 2001 à déclarer que la transmission du virus du sida est possible par une piqûre de moustique et 19,6% contre 25,3% en 2001 par les toilettes publiques. Par contre, la connaissance des plus jeunes concernant ces deux modalités de transmission se détériore depuis une dizaine d'années, puisque 21,9% des 18-29 ans (22,6% des 18-24 ans) croient en la transmission par piqûre de moustique en 2004 contre 12,2% en 1994 et 14,1% (16,2% des 18-24 ans) en la transmission dans les toilettes publiques contre 8,1% en 1994. La proportion des jeunes âgés entre 18 et 24 ans qui déclarent en 2004 que la transmission du VIH est possible dans les toilettes publiques et par une piqûre de moustique est équivalente à celle de 1992.

Les écarts de connaissance entre classes d'âge sont plus nets en ce qui concerne les modes de contamination pour lesquels il existe un risque théorique dont la réalisation est très peu probable. Ainsi, la croyance dans la transmission par le tatouage ou le piercing a fortement augmenté chez les 18-29 ans (passant de 53,1% en 2001 à 65,7% en 2004) et les 30-39 ans (passant de 62,7% à 68,3%), alors que cette croyance est stable pour les plus âgés (76,5% des 40-54 ans y croyaient en 2001, et ils sont 75,8% en 2004).

Malgré ce resserrement, les personnes les plus âgées sont toujours celles qui croient davantage à la transmission du VIH par ces modalités « incertaines ». Parmi les personnes âgées de 55 à 69 ans 75,8% pensent en 2004 que la contamination est possible par le tatouage et le piercing. De même, la croyance en la contamination par l'utilisation du rasoir mécanique reste toujours plus importante parmi celles âgées entre 40 et 54 ans, soit 73,8% contre moins de 64,3% pour les 30-39 ans et environ 60,8% pour les 18-29 ans, proportion en net recul par rapport à 2001 (79,1% en 2001 parmi les plus âgés). Le niveau de

²⁷ Il s'agit des items sur la « piqûre de moustique », qui dénote une confusion avec d'autres maladies transmissibles (paludisme notamment) et celui sur « les toilettes publiques ».

diplôme n'apparaît plus comme un facteur aussi discriminant pour cette catégorie de risque « théorique » que pour les risques prouvés reposant sur des connaissances.

Tableau 1.3 : Facteurs influençant la croyance dans la transmission par une piqûre de moustique - enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>[Intervalle de confiance, à 95%]</i>
Age : 18-29 ans	1	
30-39 ans	0,86	0,65-1,13
40-54 ans	0,71	0,54-0,93
Niveau d'études : Aucun diplôme	1	
CAP/BEP/BEPC	0,82	0,54-1,24
BAC	0,62	0,39-0,97
Supérieur	0,46	0,30-0,70
Accorder d'importance à la religion : Non	1	
Oui	1,50	1,18-1,90
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	0,80	0,61-1,03

Tableau 1.4 : Facteurs influençant la croyance dans la transmission dans les toilettes publiques- enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>[Intervalle de confiance, à 95%]</i>
Lieu d'habitation : Rural	1	
Urbain (< 200 000 hab.)	0,85	0,62-1,17
Urbain (> 200 000 hab.)	0,65	0,43-0,98
Agglomération parisienne	0,59	0,41-0,84
Nombre de partenaires dans l'année : Monopartenaire	1	--
Multipartenaires	0,77	0,46-1,30
Abstinent au cours des 12 derniers mois	2,13	1,03-4,40
Niveau d'études : Aucun diplôme	1	--
CAP/BEP/BEPC	0,45	0,29-0,68
BAC	0,45	0,29-0,72
Supérieur	0,27	0,17-0,42
Accorder d'importance à la religion : Non	1	--
Oui	1,60	1,22-2,11
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	-
Oui	0,74	0,54-1,02

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche et liste rouge.

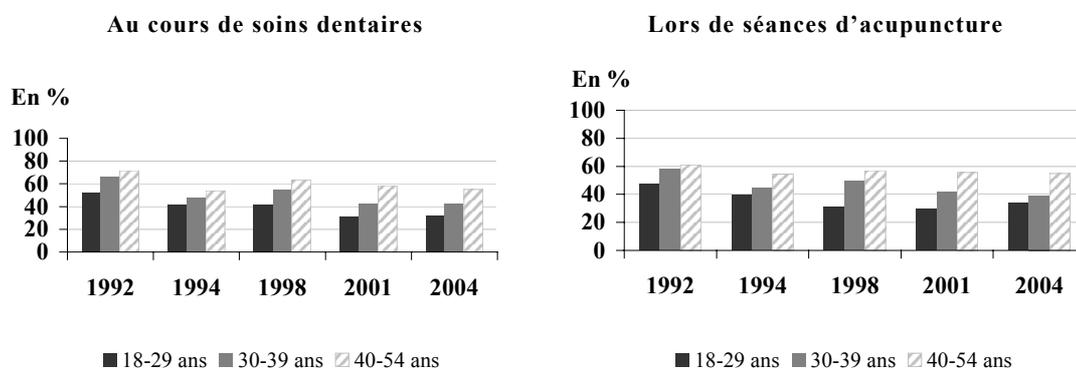
Lecture des tableaux 1.3 et 1.4: les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les 40-54 ans ont une probabilité moins importante que les 18-29 ans de déclarer que la transmission du VIH est possible par une piqûre de moustique. En revanche, les personnes accordant de l'importance à la religion ont plus de chance que celles qui n'y accordent pas de l'importance à penser que la transmission est possible dans les toilettes publiques.

Tableau 1.5 : Facteurs influençant la croyance dans la transmission du VIH au cours de séances d'acupuncture -Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Femmes	1	
Hommes	1,32	1,11-1,58
Age : 18-29 ans	1	
30-39 ans	1,37	1,08-1,73
40-54 ans	2,48	1,98-3,12
Accorder d'importance à la religion : Non	1	
Oui	1,28	1,05-1,56
Niveau d'études : Aucun diplôme	1	
CAP/BEP/BEPC	0,88	0,62-1,25
BAC	0,92	0,63-1,35
Supérieur	0,70	0,49-1,00

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche et liste rouge.

Lecture du tableau 1.5 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les hommes ont une probabilité plus importante que les femmes de déclarer que la transmission du VIH est possible au cours de séances d'acupuncture. En revanche, les diplômés du supérieur ont moins de chance que les personnes ne détenant aucun diplôme à penser que cette transmission est possible.

Graphique 1.1 : Evolution de la proportion de répondants pensant possible la transmission du VIH au cours de soins dentaires ou lors de séances d'acupuncture, en fonction de l'âge^(a)

(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Comme souligné plus haut, les différences entre les classes d'âge sont plus marquées pour les connaissances des risques « non avérés » que pour les circonstances certaines de transmission. Si aucun effet propre lié à l'âge n'apparaît significatif pour la plupart de ces dernières, l'analyse multivariée (cf. tableau 1.5) permet par contre de mettre en évidence **l'importance de l'âge dans les croyances dans les modes de contamination plus incertains** ou théoriques. Le graphique 1.1 ci-dessus illustre le lien linéaire observé entre l'âge et la croyance en une transmission possible du virus du sida au cours de soins dentaires ou lors de séances d'acupuncture. Plus précisément en 2004, 31,9% des adultes âgés entre 18 et 29 ans pensent que le virus du sida peut se transmettre au cours de soins dentaires, contre 43% parmi ceux âgés entre 30 et 39 ans et 55,1% des 40-54 ans. Les proportions sont respectivement de 33,8%, 39,2% et 54,2% pour la contamination possible lors de séances d'acupuncture. En outre les régressions logistiques

effectuées confirment que les répondants âgés entre 40 et 54 ans sont systématiquement (pour tous les items et au cours des enquêtes) plus susceptibles que les plus jeunes à répondre que la contamination est possible.

3. La connaissance des modes de transmission du VIH est toujours corrélée au niveau d'étude

On constate toujours en 2004 une relation très nettement positive entre le niveau d'étude et le niveau de connaissance des modes de transmission avérés du virus du sida. Les analyses multivariées menées sur les différents items de connaissance montrent en effet de manière systématique pour les modalités de transmission « certaines » que la probabilité de connaître ces modes de transmission (quel que soit celui que l'on considère) est d'autant plus forte que la personne interrogée est diplômée (voir ci-dessous le tableau 1.6 les résultats de l'analyse multivariée concernant la croyance en « la contamination par le VIH si l'on est hospitalisé dans le même service qu'une personne séropositive », et en annexe V pour les autres modalités de transmission).

Tableau 1.6 : Facteurs influençant la croyance dans la transmission du VIH en étant hospitalisé dans le même service qu'un séropositif - Enquête 2004^(a)

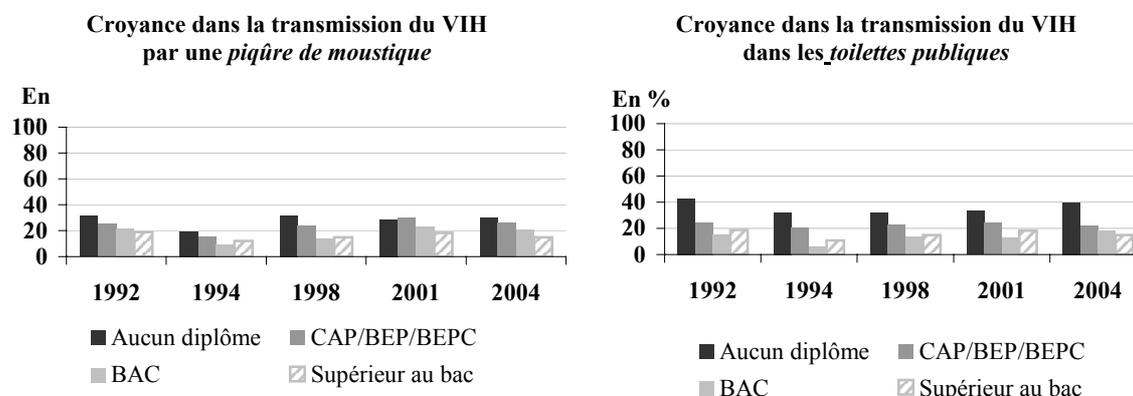
<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Femmes	1	
Hommes	1,02	0,82-1,28
Age : 18-29 ans	1	
30-39 ans	0,82	0,61-1,11
40-54 ans	0,95	0,72-1,26
Niveau d'éducation : Pas de diplôme	1	
CAP/BEP/BEPC	0,64	0,45-0,90
BAC	0,37	0,25-0,56
Supérieur	0,48	0,34-0,68
Accorder d'importance à la religion : Non	1	
Accorder une (grande) importance à la religion	1,15	0,91-1,45

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche et liste rouge.

Lecture du tableau 1.6 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Ainsi, les diplômés du supérieur ont une probabilité moins élevée que les sans diplômés à croire en la transmission du VIH en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne séropositive.

Le gradient du niveau de connaissance des différentes catégories de diplômés est particulièrement marqué pour la croyance en la transmission par piqûre de moustique et dans les toilettes publiques. Ainsi, en 2004, 29,4% des personnes sans diplôme croient en la transmission du virus du sida par une piqûre de moustique, contre 14,6% seulement parmi les diplômés du supérieur.

Graphique 1.2 : Evolution de la proportion de répondants pensant possible la transmission du VIH par une piqûre de moustique et dans les toilettes publiques, en fonction du niveau de diplôme – Enquête 1992 à 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Inversement, l'analyse multivariée concernant la *croyance de la transmission par l'acupuncture* (cf. tableau 1.3 plus haut pour l'acupuncture et en annexe V pour les autres) souligne l'absence d'effet significatif du diplôme sur la croyance dans la plupart des modes de contamination « incertains » : la contamination par l'acupuncture, le tatouage ou le piercing et l'utilisation du rasoir d'une personne contaminée. Seule la croyance dans la possibilité d'être contaminé au cours de soins dentaires est sensible aux différences de niveau d'études : les titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme du supérieur ont une probabilité moins élevée que les personnes sans diplôme de répondre que l'on peut être contaminé par le VIH au cours de soins dentaires. Par exemple, 43,1% des personnes titulaires du baccalauréat (ou 49,4% de celles ayant un diplôme du supérieur) contre 60,9% parmi celles qui ne possèdent pas de diplôme déclarent qu'il est possible d'être contaminé au cours de soins dentaires.

4. Evolution des scores de connaissance sur les modes de transmission

Depuis le début des enquêtes KABP, des scores sont construits afin de présenter une vision synthétique des connaissances sur les modes de transmission :

- un score de connaissance sur les circonstances connues de transmission est constitué de l'addition de chacun des items pour lesquels l'information scientifique apporte une réponse certaine quant à la possibilité de transmission : à savoir « *lors de rapports sexuels* » et « *par injection intraveineuse de drogue* » pour les modes qui transmettent le virus du sida²⁸ et « *dans les toilettes publiques* », « *en buvant dans le verre d'une personne contaminée* », « *par une piqûre de moustique* », « *en donnant son sang* » et « *en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée* » pour les circonstances qui ne transmettent pas le VIH. Le score varie de 0 à 7. Plus la valeur du score est élevée, meilleure est la connaissance de ces modes de transmission du virus du sida.

²⁸ Du fait d'une interprétation difficile de l'évolution des réponses à l'item « en recevant du sang », il a été choisi de le retirer du score.

- un score de connaissances incertaines» a été construit à partir des trois suivants : « au cours de soins dentaires », « en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée » et « lors de séances d'acupuncture ». Une valeur de 1 aux réponses « oui » et « ne sait pas » et 0 aux réponses « non ». On obtient ainsi un score qui varie de 0 à 3, et plus ce dernier est élevé (proche de 3), et plus ces circonstances de transmission sont considérées comme possibles.

4.1. L'augmentation de la valeur du score de connaissance des modes certains de transmission du VIH confirme l'amélioration du niveau de connaissance général depuis 2001 sans retrouver son niveau de 1994

Alors qu'elle s'était stabilisée entre 1998 et 2001, la valeur moyenne du score de connaissance sur les circonstances connues de transmission pour l'ensemble des répondants augmente à nouveau entre 2001 et 2004, traduisant donc une amélioration générale de connaissance de ces modes de transmission, déjà pressentie par les résultats sur chacun des items.

Tableau 1.7 : Evolution du score de connaissances « certaines » - Enquêtes 1992 à 2004^(a)

	1992 (n=1494)	1994 (n=601)	1998 (n=1769)	2001 ^(b) (n=2682)	2004 ^(b) (n=2982)	Evolution 1992/2004 ⁽²⁾
Ensemble	5,56	6,00	5,76	5,81	5,89	↗
Sexe						
Hommes	5,48	5,95	5,71	5,80	5,87	↗
Femmes	5,63	6,04	5,81	5,82	5,91	↗
Selon l'âge						
18-29 ans	5,69	6,18	5,90	6,00	5,89	↗
30-39 ans	5,64	5,99	5,85	5,97	6,03	↗
40-54 ans	5,37	5,85	5,58	5,57	5,79	↗
Selon le niveau d'études						
Aucun diplôme	4,80	5,41	5,10	5,17	5,26	↗
CAP/BEP/BEPC	5,48	5,95	5,51	5,57	5,66	↗
BAC	5,84	6,30	6,07	6,05	5,99	↗
Supérieur	6,00	6,16	6,21	6,14	6,20	↗

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test de Student prenant en compte la pondération a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2001 est significative au seuil de 5%, et les flèches indiquent l'évolution entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes (p<0,05).

On constate qu'entre 2001 et 2004, le score de connaissance des plus jeunes est stable, tandis que celui de la classe d'âge des 40-54 ans augmente et rattrape ainsi une partie de son retard (passant de 5,57 à 5,79). La valeur moyenne du score est également toujours d'autant plus élevée que les répondants sont diplômés. Les répondants déclarant connaître un parent, un ami ou un collègue séropositif ou malade du Sida ont également une meilleure connaissance des modes certains de transmission. Le sexe des répondants et la perception du risque de contamination par rapport à la moyenne des gens ne sont par contre pas des facteurs discriminants quant à la connaissance sur les circonstances de transmission.

Tableau 1.8 : Facteurs influençant le score de connaissances « certaines » sur certaines caractéristiques individuelles - Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Coefficient</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	5,33	5,100 - 5,579
Sexe : Femmes		
Hommes	-0,09	-0,194 - -0,003
Age : 18-29 ans		
30-39 ans	0,15	0,031 - 0,274
40-54 ans	0,08	-0,038 - 0,207
Niveau d'études : Pas de diplôme		
CAP/BEP/BEPC	0,38	0,166 - 0,593
BAC	0,69	0,469 - 0,904
Supérieur	0,79	0,583 - 0,999
Lieu de résidence : rural		
Urbain (< 200 000 hab.)	0,07	-0,049 - 0,198
Urbain (> 200 000 hab.)	0,06	-0,098 - 0,217
Agglomération parisienne	0,13	0,004 - 0,258
Accorder de l'importance à la religion : Non		
Accorder une (grande) importance à la religion	-0,30	-0,415 - -0,191
Activité sexuelle au cours des 12 derniers mois : Monopartenaires		
Multipartenaires	0,11	-0,052 - 0,267
Abstinents	-0,01	-0,317 - 0,315
Statut matrimonial : Etre marié/comme marié		
Célibataire/veuf/divorcé	-0,05	-0,196 - 0,101
Connaissance d'une personne séropositive : Non		
Oui	0,17	0,071 - 0,269
Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois : Non		
Oui	0,03	-0,092 - 0,156

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge.

Lecture du tableau 1.8 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) du score de connaissance pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les personnes diplômées du supérieur ont en moyenne un score supérieur (de 0,79) par rapport à celui des personnes non diplômées, tandis que les personnes accordant une (grande) importance à la religion ont en moyenne un score inférieur (de 0,3) par rapport à celui des personnes n'y accordant aucune importance.

La régression linéaire effectuée pour déterminer les effets des différentes caractéristiques des individus confirme les résultats précédents : globalement, le niveau de connaissance est d'autant meilleur que les répondants sont diplômés et qu'ils connaissent une personne séropositive ou malade du sida. S'il existe une correspondance marquée entre le niveau de connaissance et le niveau de diplôme (plus les personnes sont diplômées plus leur score est élevé, toutes choses égales par ailleurs) on n'observe pas de lien aussi net entre l'âge ou le lieu d'habitation et les connaissances des modes certains de transmission. En effet, si les personnes âgées de 30 à 39 ans répondent mieux que les plus jeunes, il n'y a pas d'écart significatif entre le score des 40-54 ans et des 18-29 ans.

Cette régression linéaire confirme également l'impact négatif de l'attachement important à la religion sur ce même niveau de connaissance : les personnes accordant de l'importance à la religion ont une valeur moyenne du score de connaissance moins élevée que les personnes pour qui la religion n'est pas importante.

En revanche, l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois et le statut matrimonial ne ressortent pas dans l'analyse multivariée comme des caractéristiques exerçant une influence significative sur le score de connaissance.

4.2. Stabilité du score de connaissance des modes incertains de transmission du virus du sida

Concernant le deuxième score créé à partir des items pour lesquels la transmission existe en théorie mais ne s'est pas produite dans les faits, **les individus sont aussi nombreux en 2004 qu'en 2001 à envisager comme possible ces circonstances de transmission**, puisque la valeur moyenne du score reste stable entre les deux enquêtes, passant de 1,62 à 1,66, revenant ainsi au niveau de 1994.

Tableau 1.9 : Evolution des scores de connaissances sur les modes de transmission « incertains » - Enquêtes 1992 à 2004^(a)

	1992 (n=1494)	1994 (n=601)	1998 (n=1769)	2001 ^(b) (n=2682)	2004 ^(b) (n=2982)	Evolution 1992/2004 ⁽¹⁾
<i>Ensemble</i>	1,93	1,64	1,74	1,62	1,66	↘
Selon le sexe						
Homme	1,94	1,64	1,70	1,62	1,66	↘
Femme	1,92	1,63	1,79	1,62	1,66	↘
Selon l'âge						
18-29 ans	1,67	1,48	1,40	1,29	1,39	↘
30-39 ans	1,93	1,60	1,79	1,50	1,57	↘
40-54 ans	2,17	1,90	2,01	1,94	1,95	↘
Selon le niveau d'études						
Aucun diplôme	2,07	1,69	1,82	1,85	1,85	↘
CAP/BEP/BEPC	1,93	1,67	1,84	1,70	1,74	↘
BAC	1,77	1,36	1,52	1,43	1,58	↘
Supérieur	1,96	1,79	1,74	1,58	1,58	↘

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test de Student prenant en compte la pondération a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2001 est significative au seuil de 5%, et les flèches indiquent l'évolution entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes (p<0,05).

Par ailleurs, les résultats de la régression linéaire du tableau 1.8 ci-dessous montrent que la croyance dans la transmission du VIH au cours de ces circonstances incertaines est d'autant plus forte que les personnes sont âgées et qu'elles accordent de l'importance à la religion. En revanche, les personnes diplômées du supérieur ont un score inférieur à celui des personnes non diplômées, marquant ainsi leur moindre croyance en ces modes de transmission.

Tableau 1.10 : Facteurs influençant le score de connaissances « incertaines » sur certaines caractéristiques individuelles - Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Coefficient</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	1,526	1,325 - 1,728
Sexe : Femmes		
Hommes	0,010	-0,076 - 0,096
Age : 18-29 ans		
30-39 ans	0,150	0,036 - 0,265
40-54 ans	0,505	0,393 - 0,617
Niveau d'études : Pas de diplôme		
CAP/BEP/BEPC	-0,089	-0,261 - 0,082
BAC	-0,161	-0,344 - 0,023
Supérieur	-0,172	-0,341 - -0,003
Lieu de résidence : Rural		
Urbain (< 200 000 hab.)	0,004	-0,111 - 0,118
Urbain (> 200 000 hab.)	-0,128	-0,267 - 0,011
Agglomération parisienne	0,038	-0,080 - 0,156
Accorder de l'importance à la religion : Non		
Accorder une (grande) importance à la religion	0,189	0,094 - 0,285
Activité sexuelle au cours des 12 derniers mois : Monopartenaires		
Multipartenaires	-0,042	-0,194 - 0,110
Abstinents	-0,032	-0,327 - 0,262
Statut matrimonial : Etre marié/comme marié		
Célibataire/veuf/divorcé	-0,067	-0,190 - 0,055
Connaissance d'une personne séropositive : Non		
Oui	0,007	-0,089 - 0,102
Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois : Non		
Oui	0,018	-0,085 - 0,120

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge.

Lecture du tableau 1.10 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) du score de connaissance pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les personnes âgées de 40-54 ans ont en moyenne un score supérieur de 0,50 par rapport à celui des 18-29 ans, tandis que les personnes diplômées du supérieur ont en moyenne un score inférieur de 0,17 par rapport à celui des personnes non diplômées.

II. L'efficacité des moyens pour se protéger du virus du SIDA

1. Le préservatif masculin reste le moyen de protection considéré comme le plus efficace

L'évolution entre 2001 et 2004 de la proportion de répondants déclarant efficaces certaines pratiques pour éviter la contamination par le VIH ne permet pas de faire ressortir une tendance claire en faveur d'une meilleure connaissance des pratiques préventives réellement efficaces. Ainsi si les répondants sont en 2004 proportionnellement plus nombreux à déclarer tout à fait ou plutôt efficace pour se protéger du virus du sida *d'utiliser un préservatif féminin* (53,7% en 2004 contre 47,7% en 2001), ils

sont dans le même temps plus nombreux à déclarer efficace le fait de *se laver après l'acte sexuel* (respectivement 15,4% contre 11,2%).

Tableau 1.11 : Evolution des croyances en l'efficacité de certaines pratiques pour éviter la contamination du VIH/SIDA – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Je vais vous citer un certain nombre de moyens éventuels pour se protéger du virus du sida,. Pour chacun d'entre eux, dites moi si vous estimez que c'est un moyen « tout à fait efficace », « plutôt efficace », « peu efficace », « pas du tout efficace » ?

% de personnes croyant en l'efficacité de la pratique citée pour éviter la transmission du VIH/SIDA	1992 (n=1494)	1994 (n=1198)	1998 (n=1769)	2001 ^(b) (n=2682)	2004 ^(b) (n=2982)	Evolution 1992/2004 ⁽²⁾
Utiliser un préservatif masculin	96,4	96,2	95,6	93,4	94,3	↘
Demander un test de dépistage à ses partenaires	68,7	70,4	83,5	83,7	79,9	↗
Faire régulièrement un test du virus du sida	72,4	72,2	81,3	76,6	62,0	↘
Utiliser un préservatif féminin				47,7	53,7	-
Choisir correctement ses partenaires	61,0	60,9	57,4	52,1	50,9	↘
Poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée			16,3	47,8	50,4	-
Avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents	59,1	55,6	56,6	48,5	43,1	↘
Se laver après l'acte sexuel	14,0	17,7	16,3	11,2	15,4	↗
Utiliser des spermicides	22,3	17,6	18,5	15,4	12,9	↘
Coït interrompu					11,5	

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 ou 1994 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

Le préservatif masculin demeure le moyen de protection considéré comme le plus efficace (proportion stable entre 2001 et 2004, mais légèrement inférieure à ce qu'elle était en 1992). Il reste toutefois toujours suivi par des stratégies centrées sur le test de dépistage, telles que « demander un test de dépistage à ses partenaires » (79,9%), « passer régulièrement un test de dépistage » (62%), bien que celles-ci soient en léger recul par rapport à 2001 (respectivement 83,7% et 76,6%). On notera la diminution de ces deux derniers items relatifs au test de dépistage.

Par ailleurs et pour la première fois en 2004, l'utilisation d'un préservatif féminin (est considérée comme davantage (47,7% en 2001 à 53,7%) que les stratégies basées sur le choix et la communication avec le partenaire : « choisir correctement ses partenaires » (stable à près de 51%), « avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents » et enfin « poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée » (cf. tableau 1.9).

Enfin, on observe une augmentation significative de la proportion de personnes croyant en « se laver après l'acte sexuel » de 11,2% en 2001 à 15,4% en 2004, proportion qui retrouve ainsi de façon inquiétante le niveau d'il y a 12 ans.

2. Une personne sur deux croît en l'efficacité du préservatif féminin et près de deux personnes sur trois en celle de faire régulièrement un test de dépistage

Si l'on constate entre 2001 et 2004 une augmentation de la proportion de répondants croyant en l'efficacité du préservatif féminin, cette proportion n'est pas très élevée puisqu'ils ne sont que 53,7% contre 47,7% en 2001. Cette augmentation est essentiellement due aux hommes, 58,3% d'entre eux en 2004 contre 51,5% en 2001 considèrent que le préservatif féminin est un moyen tout à fait ou plutôt efficace pour se protéger du virus du sida (contre respectivement 47,2% et 44,4% pour les femmes, écart non significatif entre les deux années). Ces derniers sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à considérer le préservatif féminin comme efficace, tout comme les personnes possédant un niveau de diplôme plus élevé que les autres (également en nette augmentation par rapport à 2001 : 58,6% des bacheliers contre 49,9% en 2001, 50,7% des diplômés du supérieur contre 44,4% en 2001).

Tableau 1.12 : Evolution de l'opinion sur l'efficacité de se protéger du VIH en utilisant un préservatif féminin, selon les caractéristiques des répondants – Enquêtes 2001 et 2004^(a)

En %	2001 ^(b) (n=3321)	2004 ^(b) (n=3667)
Selon le sexe		
Hommes	51,5	58,3
Femmes	44,4	47,2
Selon l'âge		
18-24 ans	57,9	64,3
25-39 ans	46,2	52,9
40-54 ans	45,3	47,5
Selon le niveau d'études		
Aucun diplôme	54,2	51,3
CAP/BEP/BEPC	47,9	52,1
BAC	49,9	58,6
Supérieur	44,4	50,7

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%.

En 2004, près de 80% (contre 83,7% en 2001) des répondants estiment que *demandeur un test de dépistage à ses partenaires* est tout à fait ou plutôt efficace et 62% (contre 76,6%) de *faire soi-même régulièrement un test de dépistage*.

Cette diminution de la croyance dans l'efficacité de *faire régulièrement un test du virus du sida* concerne l'ensemble de la population interrogée, mais elle est nettement plus importante chez les diplômés du supérieur (diminution de 68,9% en 2001 à 49,2%, soit plus de 19 points), et parmi les personnes plus âgées (diminution de 76,6% à 60,9%, soit de 16 points parmi les 25-39 ans et de 73,8% à 58,4%, soit de 15 points pour les 40-54 ans). L'efficacité éventuelle de ces moyens pour se protéger du virus du sida est même moins fréquemment reconnue en 2004 qu'en 1992. Seuls les plus jeunes (18-24 ans) ont une opinion équivalente à celle de 1992.

De même, la moindre croyance en l'efficacité de « *demander un test de dépistage à ses partenaires* » concerne surtout les hommes (passant de 82% en 2001 à 77,1% en 2004), les plus jeunes (diminution de 93,4% à 88,3% pour les 18-24 ans, et de 82,4% à 78,5% pour les 25-39 ans) et les diplômés du supérieur (de 79,8% à 74,6%, soit une diminution de plus de 5 points).

Enfin, la stratégie « *poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée* » est considérée tout autant efficace qu'en 2001 pour l'ensemble des catégories avec une légère augmentation chez les plus âgés (passant de 43,4% à 49,1% en 2004).

3. Les jeunes âgés entre 18 et 29 ans accordent une grande efficacité aux différentes stratégies de prévention

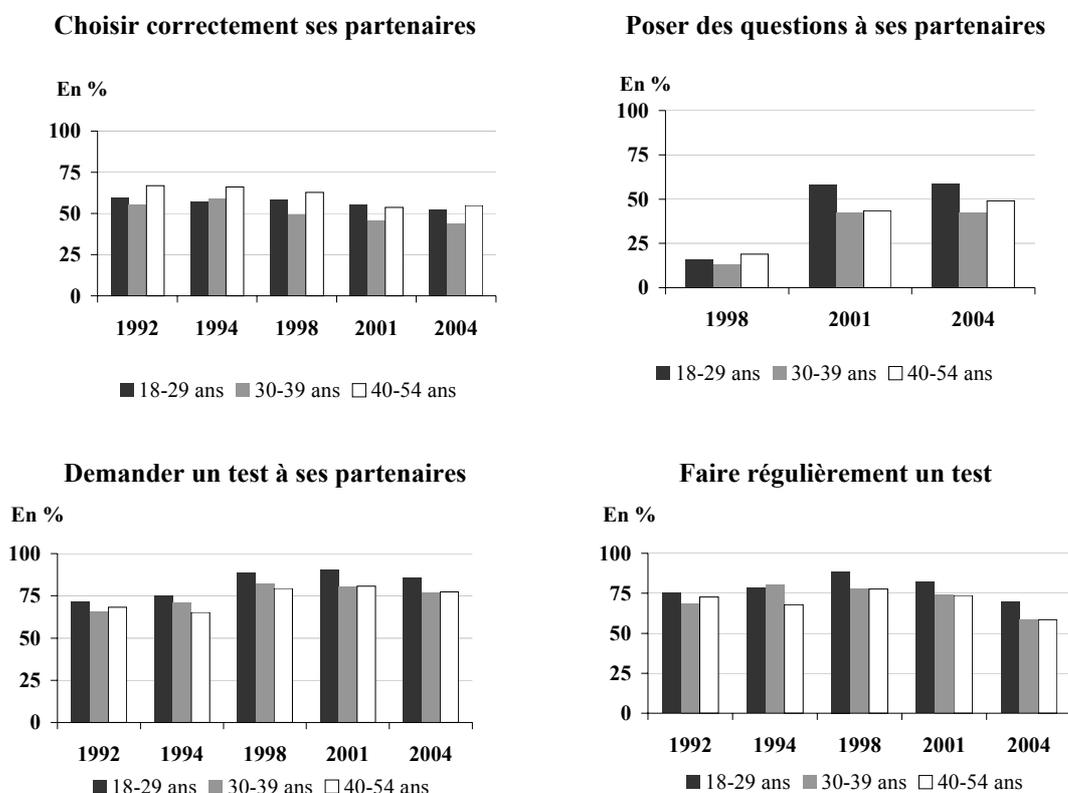
Globalement, les jeunes adultes de moins de 30 ans sont plus nombreux à estimer efficaces les différentes stratégies de prévention, qu'elles reposent sur l'utilisation du préservatif, sur le recours au test, ou encore sur des comportements plus intermédiaires tels que choisir correctement ses partenaires ou lui poser des questions sur sa vie sexuelle passée.

Ainsi, même si « *faire régulièrement un test du VIH* » est moins fréquemment déclaré comme efficace depuis 1998 par l'ensemble de la population quelle que soit la classe d'âge considérée, les jeunes âgés entre 18 et 24 ans restent toujours les plus nombreux à considérer ce moyen de protection comme efficace : 72,1% d'entre eux contre environ 60% pour les plus âgés. De même, « *demander un test à ses partenaires* » est, de façon constante au cours des enquêtes, un moyen considéré comme davantage efficace par les plus jeunes²⁹ (88,3% des 18-24 ans contre 78% environ pour les plus de 25 ans).

Parallèlement, les plus de 30 ans sont moins enclins à déclarer que « *poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée* » ou « *choisir correctement ses partenaires* » sont des stratégies efficaces : comme les précédentes, ces stratégies sont bien davantage considérées efficaces par les plus jeunes (respectivement 52% et 58,2% des 18-29 ans déclarent que « *choisir ses partenaires* » et « *poser des questions* » sont des modes de protection efficaces, contre 44,1% et 42,6% des 30-39 ans). Le graphique 1.3 ci-contre illustre certaines de ces différences de croyances en fonction des âges.

²⁹ Ces résultats sont confirmés par une analyse multivariée.

Graphique 1.3 : Evolution de la proportion de personnes croyant en l'efficacité (tout à fait ou plutôt) de quatre moyens pour se protéger contre le virus du sida, en fonction de leur âge – Enquêtes 1992 à 2004^(a)



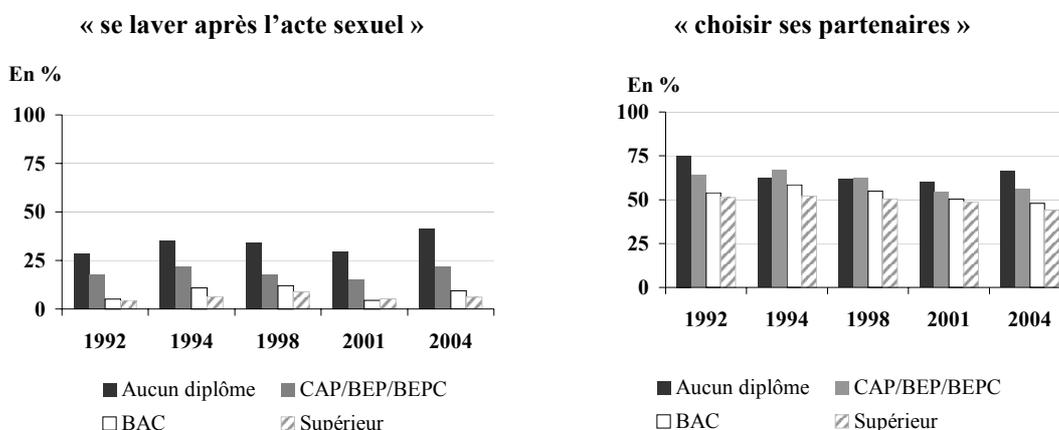
(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

4. Un meilleur niveau d'études tend à limiter la croyance dans des stratégies de prévention qui ne sont pas objectivement efficaces

Tout comme pour les connaissances des différents modes de transmission, la croyance dans l'efficacité des stratégies de prévention proposées est corrélée au niveau d'études. A l'exclusion de l'utilisation du préservatif masculin et du préservatif féminin³⁰, **plus les répondants sont diplômés moins ils adhèrent à l'efficacité des méthodes proposées, objectivement peu fiables**. Le gradient du niveau éducatif est particulièrement marqué pour la stratégie « *choisir correctement ses partenaires* » et pour « *se laver après l'acte sexuel* » (cf. graphique 1.4). L'ensemble des analyses multivariées, qui ont été effectuées sur l'année 2004, confirme cet effet significatif du diplôme sur la croyance relative en l'efficacité des méthodes de prévention proposées.

³⁰ Pour le préservatif masculin, l'adhésion étant quasiment unanime, aucune caractéristique n'apparaît plus discriminante que les autres. Pour le préservatif féminin, le niveau de diplôme ne fait pas partie des caractéristiques discriminantes.

Graphique 1.4 : Evolution de la proportion de personnes (selon le niveau d'études) croyant en l'efficacité de « se laver après un acte sexuel » et de « choisir correctement ses partenaires » pour éviter une contamination – Enquêtes 1992 à 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Les analyses multivariées mettent également en évidence un certain nombre de liens plus circonstanciés à une ou plusieurs pratiques. Les personnes accordant une (grande) importance à la religion trouvent davantage efficaces des propositions comme « choisir correctement ses partenaires », « poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée », « se laver après l'acte sexuel » ou « pratiquer le coït interrompu » que les personnes indifférentes à l'égard de la religion. Le fait d'habiter dans l'agglomération parisienne réduit nettement la probabilité de considérer que « poser des questions à son partenaire » ou « avoir des relations avec peu de partenaires » est une stratégie efficace de prévention.

III. La connaissance des risques associés aux pratiques sexuelles

Pour la première fois depuis le début des enquêtes KABP, des questions précises relatives aux risques associés à certaines pratiques sexuelles ont été posées. Globalement, **les risques liés aux pratiques sexuelles citées sont bien connus, mais leur hiérarchisation n'est pas toujours maîtrisée.**

Une faible proportion des répondants (4,6%) déclare qu'il existe un fort ou un très fort risque de transmission en embrassant sur la bouche une personne, plus des deux tiers des répondants (68,2%) déclarant que cela ne comporte aucun risque.

Le cunnilingus apparaît comme la deuxième pratique citée la moins risquée, précédant la fellation (« sucer le sexe d'un homme »): 43,5% des répondants considèrent cette dernière comme une pratique à risque contre 32% pour « lécher le sexe d'une femme ». Les répondants sont toutefois plus hésitants en ce qui concerne le risque encouru lors de ces pratiques, pour lesquelles les réponses sont davantage réparties entre les trois modalités très fort/fort risque, faible et pas du tout de risque (cf. tableau 1.11). Les hommes et les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer que le cunnilingus est une pratique à risque de transmission du virus du sida : 35,2% des hommes contre 28,6%

des femmes, et 34,6% des 18-29 ans contre 28,9% des 30-39 ans et 29,7% des 40-54 ans. Les multipartenaires sont eux moins nombreux à le citer comme une pratique à risque : 28% contre 31,9% des monopartenaires et 37,5% chez les abstinentes.

Tableau 1.13 Risque de transmission du virus du sida associé à différentes pratiques sexuelles – Enquête 2004^(a)

Je vais vous citer un certain nombre de pratiques sexuelles. Pouvez-vous me dire pour chacune d'elles s'il existe un risque de transmission du virus du sida ?

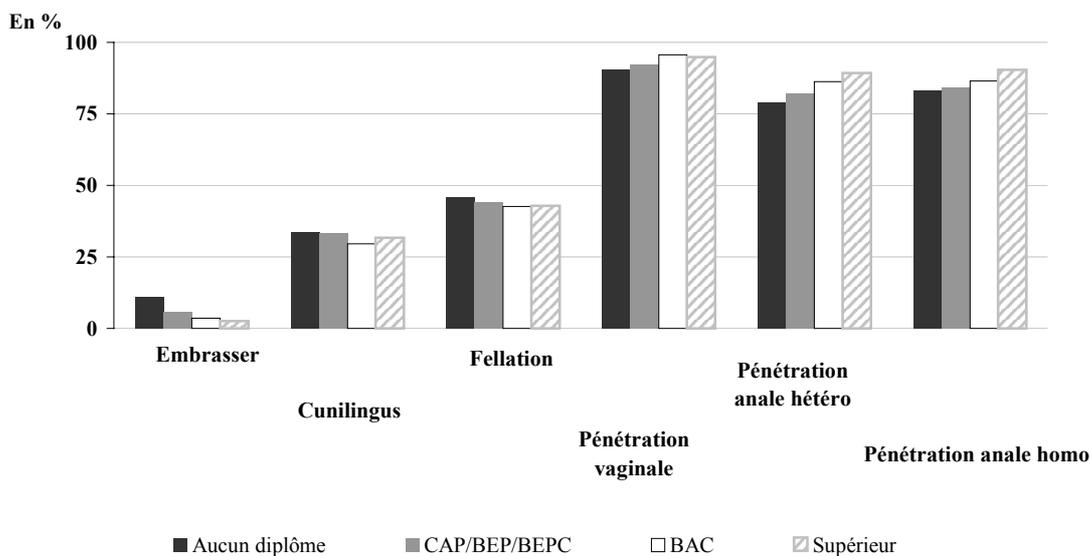
En %	Hommes (n=1606)	Femmes (n=2061)	Ensemble (n=3667)
S'embrasser sur la bouche			
Très fort risque	1,5	1,4	1,4
Fort risque	3,1	3,3	3,2
<i>Sous-total « très fort » et « fort » risque</i>	<i>4,5</i>	<i>4,7</i>	<i>4,6</i>
Faible risque	29,0	23,4	26,3
Pas de risque du tout	65,4	71,1	68,2
NR	1,0	0,8	0,9
Lécher le sexe d'une femme			
Très fort risque	9,6	7,2	8,4
Fort risque	25,6	21,4	23,6
<i>Sous-total « très fort » et « fort » risque</i>	<i>35,2</i>	<i>28,6</i>	<i>32,0</i>
Faible risque	41,2	34,9	38,1
Pas de risque du tout	21,4	29,4	25,3
NR	2,2	7,0	4,6
Sucer le sexe d'un homme			
Très fort risque	12,7	12,1	12,4
Fort risque	31,4	30,9	31,2
<i>Sous-total « très fort » et « fort » risque</i>	<i>44,1</i>	<i>43,0</i>	<i>43,5</i>
Faible risque	35,1	31,2	33,2
Pas de risque du tout	17,9	21,3	19,5
NR	3,0	4,6	3,8
Pénétration vaginale			
Très fort risque	49,5	51,3	50,4
Fort risque	43,9	42,8	43,3
<i>Sous-total « très fort » et « fort » risque</i>	<i>93,4</i>	<i>94,1</i>	<i>93,8</i>
Faible risque	4,6	4,2	4,4
Pas de risque du tout	1,4	1,4	1,4
NR	0,6	0,4	0,5
Pénétration anale hétérosexuelle			
Très fort risque	43,4	42,3	42,8
Fort risque	42,0	42,7	42,4
<i>Sous-total « très fort » et « fort » risque</i>	<i>85,4</i>	<i>85,0</i>	<i>85,2</i>
Faible risque	9,1	7,1	8,1
Pas de risque du tout	3,5	4,9	4,2
NR	1,9	3,0	2,5
Pénétration anale homosexuelle			
Très fort risque	45,1	44,2	44,7
Fort risque	42,3	42,0	42,1
<i>Sous-total « très fort » et « fort » risque</i>	<i>87,4</i>	<i>86,2</i>	<i>86,8</i>
Faible risque	7,4	6,9	7,2
Pas de risque du tout	2,6	4,0	3,3
NR	2,6	2,9	2,8

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

La hiérarchisation des risques objectifs est plus hésitante en ce qui concerne les pénétrations sexuelles citées. Pour l'ensemble des personnes interrogées, la pénétration vaginale présenterait davantage de risque que la pénétration anale : 93,8% des personnes interrogées déclarent la pénétration vaginale comme pratique à fort ou très fort risque, tandis qu'ils ne sont respectivement que

85,2% et 86,8% à qualifier de la même façon les pénétrations anales hétérosexuelle ou homosexuelle (les perceptions des risques associées aux deux pratiques de pénétration anale –homosexuelle et hétérosexuelle- sont très proches). Par ailleurs, cet écart de perception des risques associés aux pénétrations anale et vaginale est présent quelles que soient les caractéristiques des répondants. .

Graphique 1.5 : Proportion de personnes déclarant les pratiques proposées « à fort risque » ou « très fort risque » - Enquête 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Les analyses complémentaires montrent que cette hiérarchisation des risques est conservée quelles que soient les caractéristiques des répondants. Si des différences existent entre sous-catégories, notamment selon le niveau de diplôme comme l'indique le graphique 1.5 (le léger gradient selon le niveau d'études qui montre que les plus diplômés sont plus nombreux à considérer les pénétrations anales comme des pratiques à « fort » ou « très fort » risque), elles sont moins marquées que la plupart des items de connaissance précédemment présentés.

IV. Connaissance des traitements contre le VIH

1. Près des deux tiers des répondants connaissent l'existence des multithérapies en 2004, les plus jeunes étant les moins informés et leur niveau d'information se dégrade

Après la baisse observée en 2001, la proportion de personnes déclarant avoir déjà entendu parler des multithérapies augmente en 2004 pour retrouver son niveau de 1998 : 65,6% contre 61,6% en 2001 (et 67,3% en 1998) en ont entendu parler.

Cette amélioration cache toutefois certaines disparités. Ainsi, alors que toutes les autres classes d'âge ont un niveau de connaissance en progression, **les jeunes âgés entre 18 et 24 ans voient leur performance s'effondrer** : ils étaient en 2001 les mieux informés de l'existence de ces traitements (63,6% déclaraient connaître les multithérapies), ils le sont en 2004 beaucoup moins que leurs aînés : 51,9% seulement d'entre eux disent connaître ces traitements antirétroviraux (ARV).

Tableau 1.14 : Evolution de la connaissance des multithérapies – Enquêtes 1998 à 2004^(a)

Avez-vous entendu parler des traitements contre le virus du sida, que l'on appelle trithérapies ou multithérapies ?

En % de oui	1998 (n=1769)	2001 ^(b) (n=2682)	2004 ^(b) (n=2982)
Ensemble	67,3	61,6	65,6
Selon le sexe			
Hommes	66,8	62,9	64,1
Femmes	67,8	60,3	67,2
Selon l'âge			
18-24 ans	62,9	63,6	51,9
25-34 ans	66,2	59,8	69,6
35-44 ans	71,0	58,3	67,1
45-54 ans	67,4	65,3	70,0

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre les années 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%.

Comme l'indique le tableau 1.14 cette augmentation est essentiellement due, aux femmes (67,2% d'entre elles déclarent connaître l'existence des Anti-Rétroviraux, ou ARV, contre 60,3% en 2001), aux répondants âgés entre 45 et 54 ans (70% en 2004 contre 65,3% en 2001), aux personnes les moins diplômées (38,8% en 2004 contre 32,7% en 2001 parmi les non diplômées, et respectivement 52,7% contre 47% parmi les titulaires d'un CAP/BEP/BEPC), aux personnes considérant présenter un risque nul ou plus faible que la moyenne d'être contaminées par le virus du sida (67,4% contre 61,1% en 2001), et enfin celles qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois (73,8% contre 60,8% en 2001) ont également contribué à cette hausse du niveau de connaissance.

Ainsi, comme le confirme l'analyse multivariée (cf. tableau 1.13 ci-dessous), **les personnes âgées de plus de 30 ans sont aujourd'hui plus susceptibles que les plus jeunes de connaître l'existence de cette association anti-rétrovirale puissante : peut-être s'agit-il d'un effet de génération, les personnes ayant connu l'introduction très médiatisée des multithérapies seraient plus à même de connaître l'existence.** Contrairement aux items de connaissance des modes de transmission ou des moyens de protection, davantage ancrés dans les pratiques (donc plus proches des plus jeunes), la connaissance de ces traitements pourrait relever d'un niveau d'information et d'une culture plus générale.

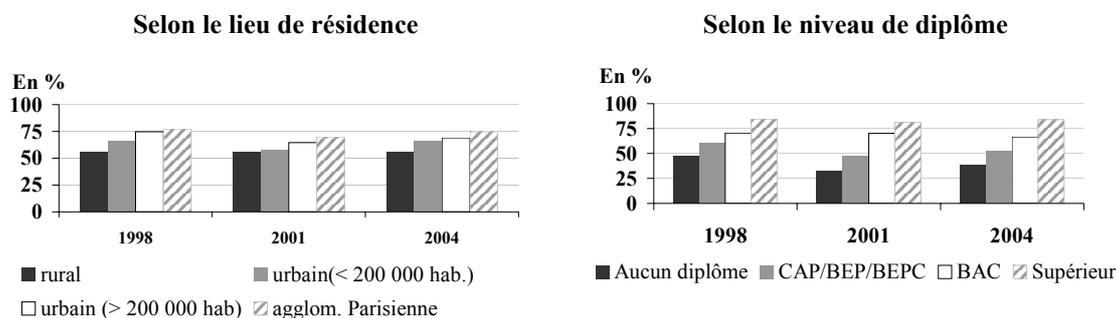
Tableau 1.15 : Facteurs influençant la connaissance des trithérapies - Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC à 95%</i>	
Age : 18-29 ans	1	-	-
30-39 ans	2,02	1,56	2,63
40-54 ans	2,76	2,13	3,59
Niveau d'études : pas de diplôme	1	-	-
CAP/BEP/BEPC	1,68	1,16	2,00
BAC	8,13	2,37	5,30
Supérieur	9,55	5,45	12,13
Lieu d'habitation : rural	1	-	-
urbain (< 200 000 hab.)	1,39	1,07	1,81
urbain (> 200 000 hab.)	1,65	1,17	2,32
agglomération parisienne	1,49	1,13	1,96
Importance accordée à la religion : aucune	1	-	-
Accorder une (grande) importance à la religion	0,81	0,65	1,02

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge.

Lecture du tableau 1.15 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les diplômés du supérieur ont une probabilité plus élevée que les personnes sans diplômes à avoir entendu parler des trithérapies que. Inversement les personnes accordant une grande importance à la religion ont une probabilité moins élevée à avoir entendu parler des trithérapies que les personnes n'y accordant aucune importance.

En revanche, de façon semblable aux variables de connaissance relatives aux modes de transmission et aux moyens de se protéger du VIH, **plus les personnes sont diplômées, plus la proportion de celles ayant entendu parler des traitements ARV est importante** (cf. résultats de l'analyse multivariées du tableau 1.15 et graphique 1.6). La régression logistique montre un effet diplôme considérable. De même, les répondants ayant dans leur entourage proche une ou plusieurs personnes séropositives connaissent davantage l'existence de ces nouveaux traitements que ceux qui n'en connaissent pas (ils sont respectivement 80,5% contre 61,4%). Comme pour les autres items de connaissance, on notera que la proximité des personnes séropositives conduit sûrement à être plus attentif à l'importance, aux bénéfices et aux contraintes de cette avancée médicale. Enfin, on constate une **influence significative du lieu de résidence sur la connaissance des nouveaux traitements** : les personnes répondent d'autant plus en avoir entendu parler qu'elles vivent dans des zones urbaines, comme le montre l'analyse multivariée menée plus haut.

Graphique 1.6 : Evolution de la proportion de personnes déclarant connaître l'existence des trithérapies selon le lieu de résidence et le diplôme – Enquêtes 1998 à 2004^(a)

(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

2. Une très large majorité des répondants connaît les caractéristiques principales des trithérapies

Tableau 1.16 : Connaissance des répondants sur la nature et les effets médicaux des ARV – Enquête 2004^(a)

A propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord ?

	« un traitement qui provoque des effets secondaires »	« un traitement compliqué à suivre »	« un traitement qui doit être pris toute la vie »
En % de « oui »		(n=2750)	
Ensemble	92,4	88,0	92,7
Selon le sexe			
Hommes	91,6	88,3	92,0
Femmes	93,2	87,8	93,3
Selon l'âge			
18-24 ans	91,8	93,8	92,3
25-34 ans	91,1	87,8	93,6
35-44 ans	92,8	85,9	91,3
45-54 ans	93,7	87,2	93,3
Selon le niveau d'études			
Aucun diplôme	92,7	82,5	91,5
CAP/BEP/BEPC	91,7	88,3	92,3
BAC	93,1	89,7	92,6
Supérieur	93,7	87,8	93,1

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, **ayant répondu qu'ils connaissent l'existence des trithérapies**. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

En 2004, les 65,6% de personnes ayant répondu qu'ils connaissaient l'existence des trithérapies, ont été interrogées plus précisément sur la nature et les effets de ces traitements. Parmi elles, 92,7% des personnes savent qu'il s'agit *d'un traitement pris à vie*, 88% disent que c'est «*un traitement compliqué*», et 92,4% qu'il «*provoque des effets secondaires*».

La variation des réponses selon les catégories est très faible pour la plupart des questions sur la durée du traitement et celle sur les effets secondaires : quelles que soient leurs caractéristiques (le sexe, les classes d'âge, le diplôme, la perception du risque, l'activité sexuelle, l'activité professionnelle, leur proximité à la maladie) la grande majorité des personnes interrogées considèrent (sont tout à fait ou plutôt d'accord) que les ARV sont des traitements qui provoquent des effets secondaires et qui doivent être pris toute la vie. Seul l'item sur la complexité des traitements connaît davantage de différenciations : ainsi, les plus jeunes adhèrent beaucoup plus que les autres à cette opinion (ils sont 93,8% à le penser contre moins de 88% pour toutes les autres catégories) ; inversement, les personnes non titulaires d'un diplôme pensent moins que les autres que cette assertion est vraie (ils ne sont que 82,5% contre plus de 88% pour les autres).

3. L'opinion concernant les ARV a peu évolué entre 2001 et 2004

Tout comme les années précédentes, trois questions relatives à la connaissance de l'efficacité des multithérapies et leurs conséquences ont été posées : il s'agissait de recueillir l'opinion des répondants sur les propositions « *grâce à ces nouveaux traitements, les malades du sida vivent plus longtemps* », « *grâce à ces nouveaux traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du SIDA* », « *grâce à ces nouveaux traitements, on guérit définitivement du SIDA* ».

La proportion de personnes répondant que les ARV permettent de guérir définitivement du SIDA a diminué depuis 1998, passant de 10,1% à 4,8% en 2004. Tout comme les années précédentes, les jeunes âgés de 25 à 34 ans sont les moins nombreux à répondre être d'accord avec cette proposition : 2,6% contre 7,7% parmi les 45-54 ans. L'écart de connaissance entre personnes plus ou moins diplômées qui prévalait en 1998 et s'était nettement réduit en 2001, se maintient à un niveau très faible, et ne rend pas en 2004 le niveau d'éducation discriminant.

Tableau 1.17 : Evolution de l'opinion sur l'efficacité des multithérapies – Enquêtes 1998 à 2004^(a)

A propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord, avec les phrases suivantes ... ?

% de « tout à fait » ou « plutôt » d'accord	« grâce à ces nouveaux traitements, on guérit définitivement du SIDA »			« grâce à ces nouveaux traitements, les malades du SIDA vivent plus longtemps »			« grâce à ces nouveaux traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du SIDA »		
	1998 (n=1254)	2001 ^(b) (n=1714)	2004 ^(b) (n=2061)	1998 (n=1254)	2001 ^(b) (n=1714)	2004 ^(b) (n=2061)	1998 (n=1254)	2001 ^(b) (n=1714)	2004 ^(b) (n=2061)
Ensemble	10,1	6,0	4,8	95,6	96,5	95,3	9,1	5,7	5,1
Selon l'âge									
18-24 ans	4,9	4,3	4,0	93,2	94,7	94,1	9,2	3,2	6,6
25-34 ans	11,0	4,2	2,6	94,9	96,4	94,2	5,7	3,8	3,5
35-44 ans	9,1	6,4	4,8	96,8	97,1	95,7	8,4	5,9	5,2
45-54 ans	14,3	8,3	7,7	96,7	97,1	95,5	14,1	8,7	5,9
Selon le niveau d'études									
Aucun	23,6	7,8	8,1	96,8	94,0	86,2	30,0	10,2	9,3
CAP/BEP/B	11,6	7,9	6,6	94,0	92,7	93,7	10,7	9,9	7,4
BAC	4,5	4,2	3,5	95,4	99,1	96,0	5,0	4,5	5,4
Supérieur	8,4	5,5	3,9	97,1	97,6	96,8	4,4	3,2	3,1

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement, ayant répondu qu'ils connaissaient l'existence des trithérapies. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre les années 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%.

Par ailleurs, **la proportion de personnes qui déclarent que les nouveaux traitements prolongent la vie des personnes séropositives est stable**. En effet, les répondants sont en 2004 aussi nombreux qu'en 1998 et 2001 à savoir que les nouveaux traitements prolongent la vie des malades du sida : 95,3% sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle « grâce aux nouveaux traitements, les malades du sida vivent plus longtemps ». L'analyse multivariée permet de mettre en évidence que les répondants adhèrent d'autant plus à cette proposition qu'ils sont éduqués (il s'agit de l'effet le plus fort : les répondants ont respectivement 4 fois, 3,6 fois et 1,7 fois plus de chances de le savoir s'ils sont diplômés du supérieur, bacheliers ou titulaires d'un BEP/CAP/BEPC que s'ils n'ont pas de diplôme), âgés, connaissant une personne séropositive et déclarant ne pas accorder (beaucoup) d'importance à la religion.

Tableau 1.18: Facteurs influençant la connaissance que les trithérapies permettent aux malades de « vivre longtemps » - enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>[Intervalle de confiance, à 95%]</i>
Age : 18-29 ans	<i>1</i>	-
30-39 ans	1,36	0,97-1,90
40-54 ans	1,93	1,38-2,70
Lieu d'habitation : rural	<i>1</i>	-
urbain (< 200 000 hab.)	3,61	2,12-6,13
urbain (> 200 000 hab.)	1,71	1,21-2,41
agglomération parisienne	1,37	0,91-2,06
Niveau d'études : pas de diplôme	<i>1</i>	-
CAP/BEP/BEPC	1,69	1,01-2,85
BAC	2,33	1,35-4,00
Supérieur	3,61	2,12-6,13
Connaître une personne séropositive : non	<i>1</i>	-
Connaître une personne séropositive	1,35	0,99-1,84
Accorder d'importance à la religion : non	<i>1</i>	-
Accorder une (grande) importance à la religion	0,67	0,51-0,89

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge.

Lecture du tableau 1.18 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les diplômés du supérieur ont une probabilité plus élevée que les sans diplômes à déclarer que les multithérapies permettent aux malades du sida de vivre plus longtemps.

Enfin, en 2004 comme en 2001, une très large majorité des répondants sait que les personnes séropositives sous traitement transmettent encore le virus du SIDA. Ainsi, seulement 5,1% des personnes interrogées (et 5,7% en 2001) déclarent que les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida, contre 9,1% en 1998. Comme pour les autres items de connaissance, on remarque une plus le niveau de diplôme est élevé et meilleur est le niveau de connaissance : 3,1% des personnes diplômées du supérieur pensent que les personnes séropositives ne transmettent pas le virus du SIDA, contre plus de 9% parmi les personnes interrogées ne possédant aucun diplôme.

4. L'impact des ARV sur les comportements de prévention est stable

4.1. Impact de l'existence des multithérapies sur l'utilisation du préservatif

En 2004, plus de la moitié des répondants connaissant l'existence des multithérapies **pensent que « du fait des traitements, les gens utilisent moins le préservatif »**. Ils étaient 61,5% en 2001 à déclarer que depuis l'arrivée de ces traitements, les gens se protègent moins qu'avant³¹. Cette croyance augmente nettement avec l'âge, puisqu'ils sont 40,8% parmi ceux âgés entre 18 et 24 ans contre 58,8% parmi les 45-54 ans. On constate également un écart selon le nombre de partenaires sexuels déclarés dans l'année : 43,6% des multipartenaires pensent que les autres utilisent moins le préservatif contre 54,8% des

³¹ Cette question a été modifiée dans l'enquête de 2004, afin d'être plus précise. « Du fait de ces traitements, les gens se protègent moins qu'avant » a été remplacé par « Du fait de ces traitements, les gens utilisent moins le préservatif qu'avant ».

monopartenaires, ainsi que selon l'utilisation du préservatif (45,9% des utilisateurs contre 54,5% non utilisateurs de préservatifs au cours des 12 derniers mois).

Tableau 1.19 : Impact des thérapies sur l'utilisation du préservatif – Enquête 2004^(a)

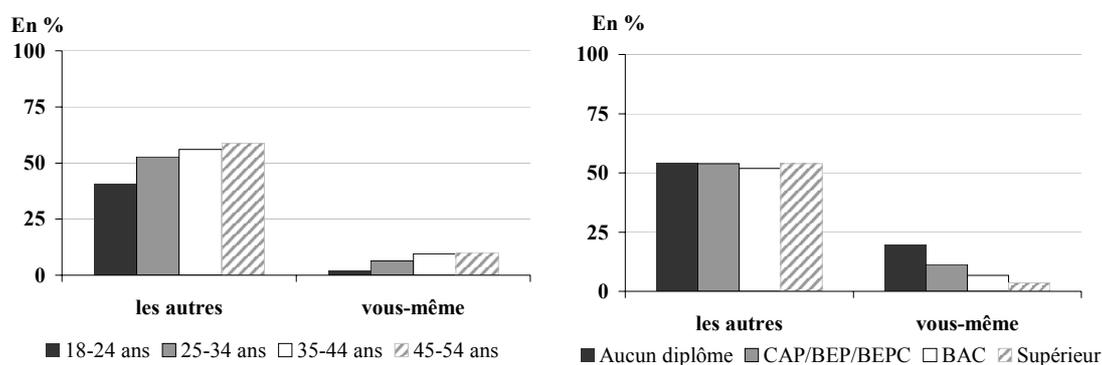
Toujours, à propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord, avec les phrases suivantes ... ?

% de personnes d'accord ou plutôt d'accord avec la proposition, selon certaines de leurs caractéristiques	« du fait de ces traitements <u>les gens</u> utilisent moins les préservatifs qu'avant »	« du fait de ces traitements <u>vous-même</u> vous utilisez moins le préservatif qu'avant »
	(n=2750)	(n=2211)
Ensemble	53,5	7,2
Selon le sexe		
Hommes	55,6	8,4
Femmes	51,3	6,0
Selon l'activité sexuelle		
Abstinent	53,7	6,5
Monopartenaires	54,8	7,8
Multipartenaires	43,6	4,3

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, ayant répondu qu'ils connaissaient l'existence des trithérapies (et ne se déclarant pas « non concerné » pour la question sur soi-même). Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

On constate comme en 2001 un écart important entre ce que les répondants déclarent de l'impact sur les autres des traitements et de l'impact sur leur propre comportement. Ainsi, alors que comme nous l'avons vu, la majorité des répondants se montrent pessimistes sur l'utilisation des préservatifs par les autres, il n'y a qu'une faible minorité (7,2%) qui déclare moins utiliser le préservatif du fait des traitements.

Graphique 1.7: Impact des traitements sur l'utilisation du préservatif selon l'âge et le diplôme des répondants – Enquête 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Cette faible utilisation du préservatif du fait des multithérapies est davantage déclarée par les hommes 8,4% contre 6% des femmes ($p<0,05$), par les personnes ayant un niveau d'études inférieur au BAC (11,3 % des CAP/BEP/BEPC et 19,7 % des sans diplôme contre 6,7% des titulaires du BAC et 3,6% des diplômés du supérieur), et par celles ne connaissant pas de personnes séropositives. Les plus jeunes (18-24 ans), dont la vie sexuelle a commencé au moment de l'arrivée des tri- et multithérapies et donc pour qui cette question fait moins sens, ne sont que 2% à dire qu'ils utilisent moins le préservatif du fait de ces traitements. L'écart entre ce que font les autres et ce que l'on fait soi-même augmente, au fur et à mesure que le niveau de diplômé augmente.

Enfin que les multipartenaires sont peu nombreux (4,3% seulement) à déclarer utiliser moins le préservatif (contre 7,8% pour les monopartenaires, $p<0,05$). Ils sont aussi relativement moins sévères sur l'attitude des autres, puisque 43,6% contre 54,8% des monopartenaires et 53,7% des abstinents pensent que les gens utilisent moins de préservatif du fait de l'arrivée des antirétroviraux.

4.2. Impact de l'existence des multithérapies sur la perception du risque

Par ailleurs, comme l'indique le tableau 1.17, **les répondants sont en 2004 aussi nombreux qu'en 2001 à percevoir chez les autres davantage d'insouciance du fait de l'existence des traitements**. En effet, 52,8% (50,7% en 2001) des répondants pensent que « *du fait des traitements, les gens se font moins de souci s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au virus du sida* ». Les plus convaincus sont les plus âgés (57,4% contre 46,6% parmi les 18-24 ans), les diplômés du supérieur (54,7% contre 41,3% des personnes n'ayant pas de diplôme), et les cadres (55,7% contre 50,4% des actifs non cadres et 50,8% des inactifs).

Tableau 1.20 : Evolution de l'impact de l'existence des thérapies sur la perception du risque de contamination – Enquêtes 1998 à 2004^(a)

Toujours, à propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord, avec les phrases suivantes ... ?

Pourcentage de personnes d'accord ou plutôt d'accord	« <i>les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au SIDA</i> »			« <i>vous vous faites vous-même moins de soucis qu'avant si vous pensez avoir pris des risques par rapport au SIDA</i> »	
	1998 (n=1254)	2001 ^(b) (n=1714)	2004 ^(b) (n=2061)	2001 ^(b) (n=2240)	2004 ^(b) (n=2517)
Ensemble	26,9	50,7	52,8	10,8	12,1
Selon le sexe					
Hommes	23,6	52,4	56,1	10,9	14,5
Femmes	30,4	48,9	49,6	10,8	9,5
Selon l'activité sexuelle					
Abstinents	34,9	50,0	52,7	11,1	11,2
Monopartenaires	26,0	50,9	53,8	10,8	12,5
Multipartenaires	27,4	48,8	45,4	10,3	9,9

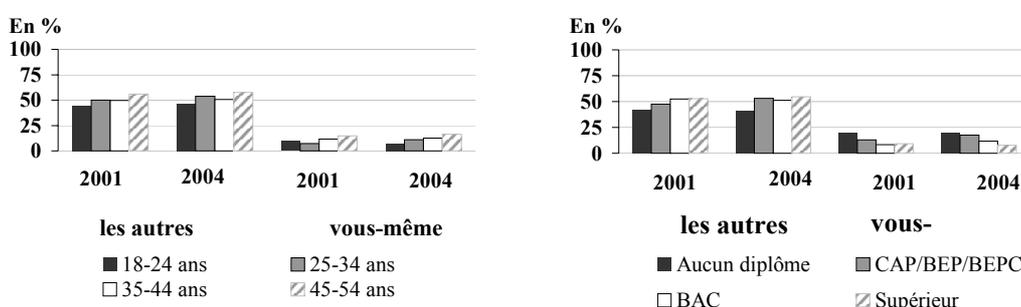
(a) Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée. La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, ayant répondu qu'ils connaissaient l'existence des trithérapies, inscrits sur liste blanche uniquement pour la question sur « les gens », inscrits sur listes rouge et blanche pour la question sur soi-même.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre les deux proportions est significative au seuil de 5%.

En ce qui concerne l'impact sur soi-même, on constate une stabilité générale entre l'enquête 2001 et 2004: 12,1% des enquêtés disent se faire moins de souci, contre 10,8% en 2001. Seuls les hommes voient leur proportion légèrement augmenter, passant de 10,9% à 14,5% en 2004.

D'après le graphique 1.8, plus les répondants sont âgés et plus ils sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle les gens se font moins de soucis et déclarent également être eux-mêmes moins inquiets. L'opinion exprimée de l'impact des traitements sur le comportement des autres non seulement apparaît corrélée à son propre comportement (ou tout du moins à la perception que l'on a de son propre comportement), mais elle se modifie également au cours du temps (plus on est âgé, plus il semble que l'on a tendance à considérer que les autres sont plus insouciantes).

Graphique 1.8 : Impact des traitements sur la perception du risque de contamination selon l'âge et le diplôme des répondants – Enquête 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

En revanche, plus les répondants sont diplômés et plus la distance entre « les autres » et « soi-même » est grande : ainsi, plus le niveau de diplôme augmente, plus parallèlement la perception d'un comportement insouciant chez autrui augmente, tandis que les répondants se disent eux-mêmes d'autant plus prudents qu'ils sont diplômés.

4.3. Impact de l'existence des multithérapies sur l'attention portée à la prévention du virus du sida

Dans l'ensemble en 2004, il y a un maintien des déclarations à l'égard des attitudes de prévention. Il sont ainsi 63,5% à déclarer que les gens font moins attention à la prévention du sida qu'avant (64,9% en 2001).

Tableau 1.21 : Evolution de l'impact de l'existence des thérapies sur l'attention portée à la prévention du VIH– Enquêtes 2001 et 2004^(a)

A propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout avec les phrases suivantes ... ?

Pourcentage de personnes d'accord ou plutôt d'accord avec l'affirmation proposée	« du fait de ces traitements, les gens font moins attention à la prévention du SIDA qu'avant »		« vous faites vous-même moins attention à la prévention du SIDA qu'avant »	
	2001 ^(b) (n=2366)	2004 ^(b) (n=2750)	2001 ^(b) (n=2235)	2004 ^(b) (n=2545)
Ensemble	64,9	63,5	11,9	11,1
Selon le sexe				
Hommes	65,6	64,8	15,5	14,0
Femmes	64,2	62,1	9,3	9,1
Selon le niveau d'études				
Aucun diplôme	49,5	61,8	24,1	17,4
CAP/BEP/BEPC	61,4	61,7	16,2	17,4
BAC	64,8	61,5	8,8	11,3
Supérieur	69,5	65,8	9,0	6,2
Selon l'activité sexuelle				
Abstinentes	64,4	62,6	11,3	11,9
Monopartenaires	65,3	64,7	11,7	11,5
Multipartenaires	61,2	54,6	14,6	8,0

(a) Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée. La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, ayant répondu qu'ils connaissaient l'existence des trithérapies (et ne se déclarant pas « non concerné » pour la question sur soi-même).

(b) Un test χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre les deux années est significative au seuil de 5%.

Parallèlement, on observe une même stabilité dans les réponses sur soi-même : 11,1% des personnes (11,9% en 2001) déclarent être d'accord ou plutôt d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils « font moins attention qu'avant à la prévention du sida qu'avant ». La seule évolution notable entre les deux dernières enquêtes est à noter chez les diplômés du supérieur.

V. Connaissance du traitement d'urgence et de sa nature

1. Le traitement d'urgence est assez peu connu

L'enquête 2004 introduisait une série de questions sur le traitement d'urgence, qui, pris après un rapport sexuel non protégé, peut réduire le risque de contamination par le VIH. **L'existence de ce traitement d'urgence reste mal connu par la population enquêtée³²**. Seuls 14,5% des répondants en ont entendu parler, tandis que 6,0% hésitent et répondent « peut-être ».

³² Une question similaire, mais formulée différemment avait été posée en 2001. Nous signalerons les éventuelles évolutions.

Tableau 1.22 : Connaissance du traitement d'urgence –2004^(a)

Avez-vous entendu parler d'un traitement d'urgence qui, pris juste après un rapport sexuel non protégé, peut réduire le risque d'être contaminé par le virus du sida ... ?

En pourcentage	« oui »	« peut-être »
Ensemble (n=3667)	14,5	6,0
Selon le sexe		
Hommes	15,9	5,9
Femmes	13,0	6,1
Selon l'âge		
18-29 ans	14,7	7,8
30-39 ans	14,8	4,6
40-54 ans	14,2	5,5
55-69 ans	11,9	7,0
Selon le niveau d'études		
Aucun diplôme	12,6	8,0
CAP/BEP/BEPC	13,6	4,5
BAC	12,6	6,1
Supérieur	17,0	6,9

(a) Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée. La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur listes blanche et rouge.

Alors que généralement, les personnes diplômées du baccalauréat et celles du supérieur se détachent des moins diplômées par un niveau plus élevé de connaissance, **le traitement d'urgence est mieux connu par les seules personnes ayant fait des études supérieures** (17% contre environ 12% pour toutes les autres catégories). Ce résultat confirme la moindre diffusion de l'information dans la population.

Par ailleurs, une régression logistique souligne que les répondants qui connaissent davantage l'existence du traitement d'urgence sont ceux connaissant dans leur entourage des personnes séropositives (18,9% contre 13,2% parmi ceux n'en connaissant pas) et les célibataires/divorcés (16,7% contre 13,4% parmi les personnes mariées ou vivant maritalement). En revanche, le fait d'être multipartenaire ou monopartenaire au cours des 12 derniers mois n'a pas d'impact significatif sur cette connaissance.

2. Connaissance de la nature du traitement d'urgence

Parmi les personnes connaissant l'existence d'un traitement d'urgence, la grande majorité connaît bien les délais sous lesquels il est nécessaire de le prendre, mais ils sont moins nombreux à connaître la nature, c'est-à-dire de savoir en quoi consiste ce traitement.

Tableau 1.23 : Connaissance de la nature et des délais de prise du traitement d'urgence – Enquête 2004^(a)

Savez-vous dans quel délai il faut prendre ce traitement d'urgence après le rapport sexuel non protégé ?
En quoi consiste exactement ce traitement d'urgence ?

% de personnes	Délai du traitement d'urgence	Le traitement d'urgence consiste en	
	« il ne faut pas attendre »	« prendre des médicaments pendant un mois environ »	Prendre des médicaments à vie
Ensemble (n=733)	76,0	54,4	11,5
Selon le sexe			
Hommes	75,9	48,7	13,3
Femmes	76,0	61,2	9,9
Selon l'âge			
18-29 ans	71,7	53,7	12,3
30-39 ans	81,4	56,6	11,0
40-54 ans	76,1	53,5	11,0
55-69 ans	70,1	38,8	23,0
Selon le niveau d'études			
Aucun diplôme	52,1	38,1	9,0
CAP/BEP/BEPC	74,4	44,1	17,9
BAC	78,4	61,4	11,2
Supérieur	81,4	62,4	19,5

(a) Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée. La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche et liste rouge, ayant répondu qu'ils connaissaient l'existence du traitement d'urgence.

Parmi les 20% personnes qui connaissent sûrement et peut-être l'existence de ce traitement d'urgence, **76% des personnes savent qu'il ne faut pas attendre pour le prendre**. Tout comme pour les autres questions de connaissance, ce sont les personnes les moins diplômées qui présentent un moins bon niveau de connaissance : seuls 52% d'entre eux le savent. L'écart entre ces derniers et les autres catégories de diplômés est très important, puisque les titulaires d'un CAP/BEP ou BEPC sont 74,4% à connaître le délai de prise du traitement. Enfin, les personnes sexuellement abstinentes au cours des 12 derniers mois partagent également ce niveau de méconnaissance (62,8% pensent qu'il ne faut pas attendre contre 77,7% pour les monopartenaires et 75,9% pour les multipartenaires). Par contre, les personnes ayant fait un test au cours des 12 derniers mois ou qui connaissent une personne séropositive dans leur entourage sont plus de 80% à savoir qu'il ne faut pas attendre pour prendre le traitement d'urgence.

Parmi les personnes déclarant connaître l'existence de ce traitement d'urgence, **seulement 54,4% savent qu'il consiste en un traitement d'un mois**. Comme précédemment, les répondants âgés entre 55 et 69 ans sont proportionnellement les moins nombreux à connaître les modes d'administration de ce traitement (38,8% contre plus de 50% pour les autres classes d'âge). De même, la distinction selon le niveau d'études est également très forte, puisque environ 60% des titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme du supérieur répondent correctement contre 44,1% parmi ceux qui possèdent un CAP/BEP/BEPC et 38,1% des sans diplômes. Enfin, les personnes ayant dans leur entourage une personne atteinte du VIH sont 64,4% à savoir qu'il s'agit d'un traitement mensuel (contre 50,7% pour les personnes ne connaissant pas de séropositif).

Il existe très probablement chez certains répondants une confusion sur les modalités thérapeutiques entre le traitement d'urgence et les multithérapies : plus le niveau de diplôme est faible, plus la confusion est grande entre durée du traitement d'urgence et ARV. 37,9% des personnes sans diplômes, 17,4% des titulaires d'un BEP/CAP/BEPC, 8,1% des titulaires du BAC et seulement 2,7% des diplômés du supérieur pensent que le traitement d'urgence doit être pris toute la vie. De même les 55-69 ans, dont on a vu qu'ils constituaient la classe d'âge la moins bien informée sur le traitement d'urgence, répondent deux fois plus que tous les autres groupes d'âge que le traitement d'urgence se prend tout au long de la vie (23% contre environ 11% pour tous les autres groupes).

VI. Connaissance de la nature d'un test de dépistage du VIH

Introduite dans le questionnaire en 2004, la question portant sur la nature d'un test de dépistage montre des connaissances parcellaires dans ce domaine, surtout chez les plus âgés et les moins diplômés.

Tableau 1.24 : Connaissance de la nature et du test de dépistage du virus du sida – Enquête 2004^(a)

Actuellement en France, pour effectuer un test de dépistage du virus du sida, fait-on ... ?

En % :	Ensemble (n=3667)	Hommes (n=1606)	Femmes (n=2061)
Une analyse de sang ?			
Oui	99,2	99,1	99,2
NSP/NR	0,4	0,4	0,3
Une radiographie ?			
Oui	2,3	2,3	2,2
NSP/NR	4,7	3,8	5,6
Une analyse d'urine ?			
Oui	13,3	13,7	12,9
NSP/NR	10,2	10,0	10,4

(a) Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée. La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur listes blanche et rouge.

Tout d'abord la très grande majorité des répondants sait qu'il faut effectuer une analyse de sang pour dépister le virus du sida. Ils ne sont ainsi que 0,4% à penser qu'il ne faut pas en faire (et 0,4% à ne pas savoir ou ne pas répondre). C'est également une large majorité, mais moins nette, qui répond par la négative à la question de savoir s'il faut faire une radiographie pour effectuer un test de dépistage : 93,2% des personnes interrogées savent que l'on ne dépiste pas le virus du sida par ce moyen. Cette opinion est donc moins unanime que la précédente sur l'analyse de sang. Ainsi, plus les personnes interrogées sont âgées et peu diplômées, plus elles hésitent ou pensent qu'une radiographie permet de dépister le virus du sida. Parmi les personnes âgées entre 55 et 69 ans 6,3% pensent que cela est pratiqué (contre moins de 3% par les moins de 55 ans) et 11% répondent ne pas savoir (contre moins de 6%). Ils sont respectivement 8,1% (contre moins de 2,5%) et 7,5% (contre moins de 6%) parmi les sans diplômés.

Toutefois, les réponses concernant l'analyse d'urine confirment la fragilité des connaissances d'une partie de la population. En effet, 13,3% des personnes interrogées répondent que pour effectuer un test de dépistage du virus du sida, on fait une analyse d'urine, tandis que 10,2% ne savent pas ou ne répondent pas. Ces proportions sont inversement corrélées au niveau d'études des répondants : près d'un

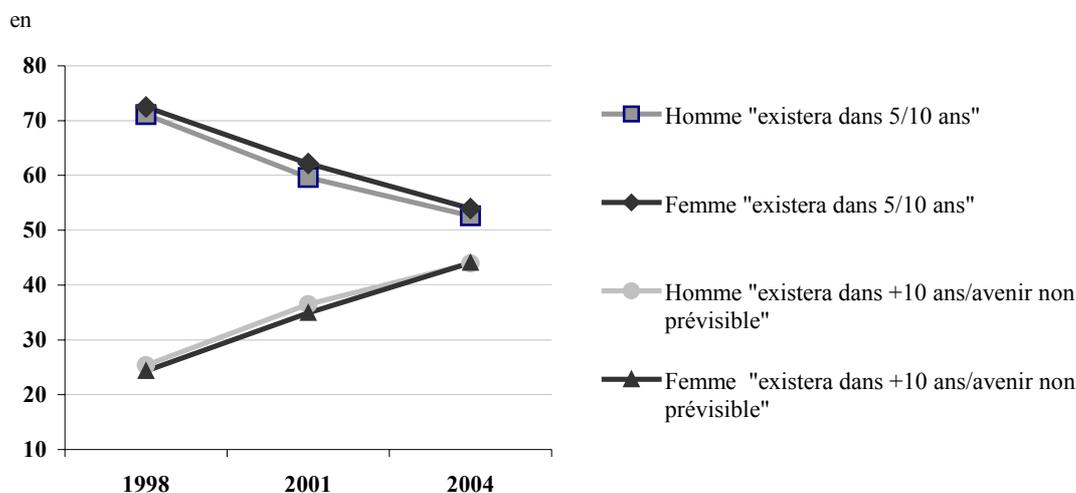
tiers des personnes ne possédant aucun diplôme pensent que l'on fait une analyse d'urine (contre 5,8% des diplômés du supérieur), et 18,5% ne répondent pas ou ne savent pas (contre tout de même 10% chez les plus diplômés). Par contre, on observe au niveau des classes d'âge un phénomène particulier à l'item « analyse d'urine » : les plus jeunes (18-24 ans) sont plus nombreux que les plus âgés à répondre qu'une analyse d'urine est nécessaire (23,3% contre 18,5%)³³.

VII. Pessimisme/optimisme quant à la découverte d'un vaccin contre le virus du SIDA

Dans l'ensemble, le pessimisme s'accroît en 2004 quant à la découverte d'un vaccin efficace contre le VIH, dans la lignée d'une tendance déjà observée entre 1998 et 2001. La proportion des répondants qui pensent que le vaccin existera dans les 5 ans qui viennent ou d'ici 5 à 10 ans continue à chuter (53,3% contre 61% en 2001 et 72% en 1998), tandis que la part de ceux qui pensent que le vaccin existera dans plus de 10 ans ou n'existera pas dans un avenir prévisible augmente toujours (44% contre environ 36% en 2001 et 25% en 1998). La proportion de répondants qui pense que le vaccin existe déjà stagne à un peu moins de 3%.

Graphique 1.9 : Evolution de la croyance en la découverte d'un vaccin contre le VIH – Enquêtes 1998 à 2004^(a)

Pensez-vous qu'un vaccin vraiment efficace contre le sida ... ?



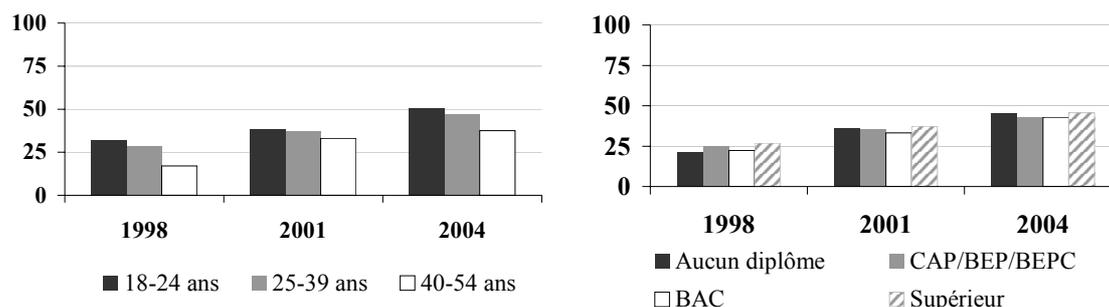
(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

³³ Toutefois, comme ils sont moins nombreux à ne pas savoir ou ne pas répondre, 68% d'entre eux savent qu'il ne faut pas une analyse d'urine, contre seulement 60% chez les plus âgés.

Cet accroissement du pessimisme est aussi bien le fait des hommes que des femmes. Il est plus accentué chez les jeunes, puisqu'en 2004, 50,6% des 18-24 ans pensent que le virus du sida existera dans plus de 10 ans ou pas dans un avenir prévisible (contre 38,4% en 2001), tandis que cette proportion chez les 40-54 ans passait de 33,1% à 37,5%. Cet accroissement concerne également les personnes inactives (52,9% contre 36,5%), les abstinentes (50,1% contre 38,8%) et les multipartenaires (46,6% contre 34,4%).

En 2004 comme en 2001, les personnes les plus âgées restent les plus optimistes quant à la découverte d'un vaccin efficace contre le virus du sida, les écarts entre le groupe le plus âgé et les autres classes d'âge ayant même tendance à augmenter : 60,1% des 40-54 ans contre 49,8% des 25-39 ans et 46,8% des moins de 25 ans pensent que le vaccin existera dans les 5 ans ou d'ici 5 à 10 ans (en 2001 ces proportions étaient respectivement de 63,3%, 60,2% et 57%). C'est le cas également des répondants qui déclarent un seul partenaire au cours des 12 derniers mois : 54,5% contre 47,4% des abstinents et 48,8% des multipartenaires.

Graphique 1.10: Evolution de la proportion d'individus pensant qu'un vaccin contre le virus du SIDA « existera dans plus de 10 ans ou pas dans un avenir prévisible » selon l'âge et le diplôme - Enquête 1998 à 2004 ^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Chapitre 2- Les attitudes et les opinions à l'égard du VIH/sida

Les attitudes et les opinions des répondants vis-à-vis des personnes séropositives sont relativement stables entre 2001 et 2004. Pour autant, quelques tendances semblent indiquer une légère dégradation de ces attitudes et opinions.

Tout d'abord, les individus interrogés en 2004 acceptent moins souvent de travailler en compagnie d'une personne séropositive et d'avoir des relations sexuelles en utilisant un préservatif avec elle. Comme pour les enquêtes précédentes, plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé avec une personne séropositive (« laisser des enfants en sa compagnie » ou « avoir des rapports sexuels protégés avec elle »), moins le répondant a une attitude positive.

Toutefois, l'évolution des opinions exprimées par les répondants sur les malades atteints du sida et certains groupes les plus exposés au risque de contamination par le VIH reste contrastée entre 2001 et 2004. En effet, si les personnes interrogées sont plus tolérantes à l'égard des homosexuels en 2004 qu'en 2001, une fraction notable d'entre elles déclarent davantage être d'accord avec certaines mesures d'exclusion envers les malades du sida comme « on peut comprendre les médecins qui refusent de prendre en charge des patients contaminés par le virus du sida » (9,6% en 2004 contre 8% en 2001). De même, la tendance à la baisse de l'adhésion au dépistage obligatoire, qui a commencé en 1994, se poursuit en 2004, sauf pour l'item « dans les prisons » pour lequel les répondants adhèrent davantage à l'idée du test de dépistage obligatoire.

Depuis 1998, la proportion de personnes déclarant connaître une personne séropositive diminue. Cette diminution concerne l'ensemble de la population interrogée (les femmes comme les hommes, les jeunes comme les plus âgés, ...). Cette baisse de la proportion des personnes déclarant connaître dans son entourage proche une personne séropositive, très liée à l'expression d'attitudes et d'opinions positives, pourrait en partie expliquer la légère dégradation constatée à l'égard de certains groupes davantage exposés au virus du sida ou à l'égard des personnes séropositives.

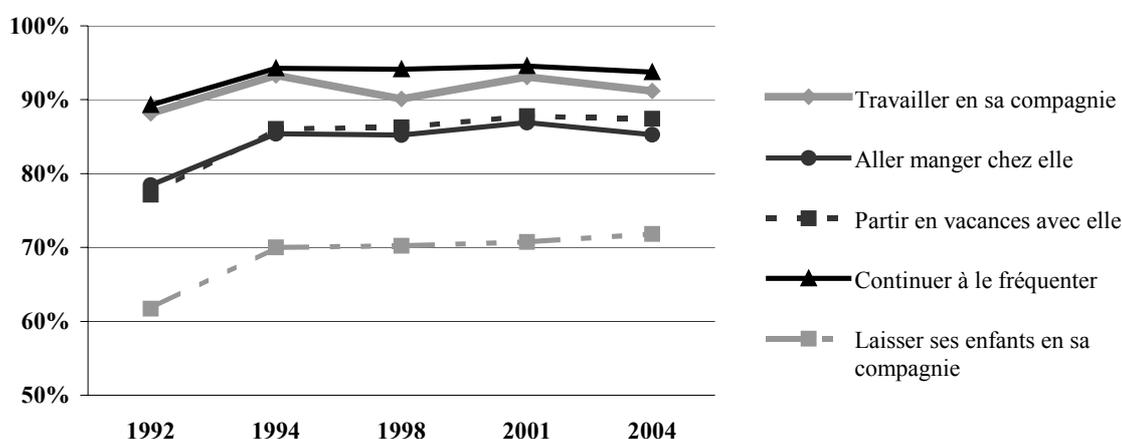
Outre la proximité au virus du sida, et toutes choses égales par ailleurs, le répondant est d'autant plus favorable à l'égard des personnes séropositives ou malades du sida qu'il a un niveau de diplôme élevé ou qu'il déclare n'accorder aucune importance à la religion.

I. Attitudes à l'égard des personnes séropositives

1. Les attitudes à l'égard des personnes séropositives évoluent peu entre 2001 et 2004

Graphique 2.1: Evolution des attitudes à l'égard des personnes séropositives -Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Si vous saviez que quelqu'un est séropositif, accepteriez-vous de travailler en sa compagnie/aller manger chez elle/partir en vacances avec elle/continuer à la fréquenter/laisser vos enfants ou vos petits enfants en sa compagnie ?... (en pourcentage de oui)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit $n=1494$ (1992), $n=1198$ (1994), $n=1769$ (1998), $n=2682$ (2001) et $n=2982$ (2004).

Après s'être significativement améliorées entre 1992 et 1994, les attitudes à l'égard des personnes séropositives ont peu évolué depuis. En 2004, les répondants restent en grande majorité toujours favorables aux personnes séropositives dans les circonstances énoncées dans l'enquête (*travailler en sa compagnie, aller manger chez elle, partir en vacances avec elle, continuer à la fréquenter et laisser ses enfants en sa compagnie*) sauf pour l'item « avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant un préservatif ».

Cependant, par rapport à la population en 2001, celle de 2004 est significativement moins nombreuse à accepter de travailler avec une personne séropositive, la proportion passant de 93,1% en 2001 à 91,2% en 2004. Il en est de même pour les enquêtés qui sont prêts à avoir des relations sexuelles protégées avec une personne séropositive, la proportion passant de 18,0% en 2001 à 13,8% en 2004.

Comme dans les enquêtes précédentes, on observe en 2004 que plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé avec une personne séropositive, moins les répondants ont une attitude positive. On note ainsi un écart de 22 points entre la proportion des répondants prêts à laisser ses enfants ou petits enfants en compagnie d'une personne séropositive (71,8%) et celle des répondants prêts à continuer à la fréquenter (93,7%). Moins d'un répondant sur sept (13,8%) accepteraient d'avoir des relations sexuelles protégées avec une personne séropositive.

Si l'on étudie la relation entre, d'une part, les attitudes et, d'autre part, l'âge et le niveau d'études des répondants pour l'enquête 2004 (tableau 2.1), on trouve que, pour les circonstances n'impliquant pas un fort degré d'intimité, plus le répondant est jeune, notamment âgé entre 25 et 34 ans ou son niveau de diplôme élevé, plus son attitude à l'égard des personnes séropositives est favorable.

Tableau 2.1: Attitudes à l'égard des personnes séropositives selon l'âge et le niveau d'études – Enquête 2004^(a)

Proportion de « oui »	18-24 ans n=497	25-34 ans n=946	35-44 ans n=1210	45-54 ans n=1014	χ^2 ^(a)	Aucun diplôme n=345	CAP/BEPC n=1186	BAC n=716	Sup. n=1420	χ^2 ⁽²⁾
Partir en vacances avec elle	85,6	90,4	86,2	86,0	S	78,5	86,3	88,6	89,7	S
Laisser ses enfants avec elle	69,3	76,9	69,1	68,2	S	58,7	69,0	73,4	75,0	S
Avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant un préservatif	9,6	13,2	17,5	14,3	S	16,8	13,3	13,5	14,2	S

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667).

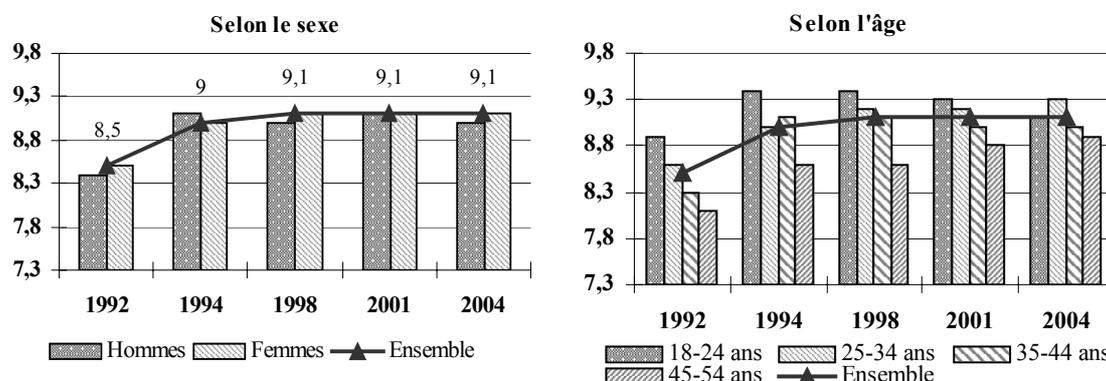
(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés: S différence significative (au risque de 5%) entre les différentes modalités d'un même item, NS différence non significative.

Par contre, l'âge et le niveau d'études des répondants ne sont pas associés de manière linéaire à la question « *accepter d'avoir des relations sexuelles non protégées avec une personne séropositive* ». En effet, les répondants âgés entre 35 et 44 ans ont un taux d'acceptation de 17,5% contre moins de 10% pour les répondants âgés de 18 à 24 ans. De même, les personnes n'ayant aucun diplôme sont proportionnellement plus nombreuses à envisager ces relations : 16,8% contre moins de 14% pour les autres groupes de diplôme.

2. Les répondants semblent avoir globalement une attitude positive à l'égard des personnes séropositives au VIH ou malades du sida

Pour analyser l'acceptation des personnes interrogées vis-à-vis des séropositifs, on a procédé à la construction d'un score d'acceptation. Chacun des items du graphique 2.1 a été codé de 0 à 2 suivant que les personnes ont déclaré respectivement « non », « peut-être/ne sait pas », ou « oui ». On obtient ainsi une valeur du score qui varie de 0 à 10 : plus la valeur du score est élevée et proche de 10, plus l'attitude à l'égard des personnes séropositives est favorable.

Graphique 2.2 : Evolution de la valeur moyenne du score d'acceptation selon le sexe et l'âge des répondants—Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

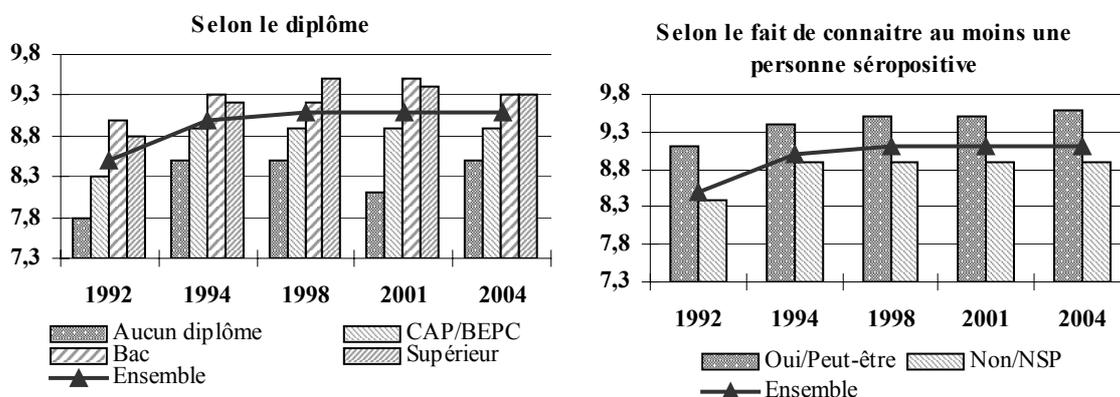


(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=2682** en 2001 et **n=2982** en 2004.

Après une augmentation significative entre 1992 et 1994, la valeur moyenne du score stagne autour de 9 sur les quatre dernières vagues de l'enquête, indiquant une bonne acceptation des personnes séropositives. Les attitudes des répondants vis-à-vis des personnes séropositives restent très proches entre les hommes et les femmes depuis 1992, tandis qu'elles varient fortement selon l'âge du répondant.

En effet jusqu'en 2001, plus le répondant était jeune, plus ses attitudes étaient positives (Cf. graphique 2.2). Cette linéarité avec l'âge n'existe plus en 2004 parmi les personnes interrogées âgées de 18 à 54 ans, indiquant une convergence de la tolérance à l'égard des séropositifs entre les différents groupes d'âge. Seuls, les répondants âgés de 55 ans ou plus se démarquent des autres classes d'âge avec un score moyen d'acceptation de 7,9, significativement inférieur à ceux des 18-24 ans (9,1), des 25-34 ans (9,3), des 35-44 ans (9,0) et des 45-54 ans (8,9).

Graphique 2.3 : Evolution (en moyenne) du score d'acceptation selon le diplôme et la proximité à la maladie des répondants – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)



(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=2682** en 2001 et **n=2982** en 2004.

Comme dans les enquêtes précédentes, la valeur du score d'acceptation est en 2004 liée au niveau d'études et au fait de connaître ou non une personne séropositive (Cf. graphique 2.3). Si le répondant connaît personnellement une ou plusieurs personnes malades du sida et a un niveau de diplôme élevé, il déclare davantage une attitude positive à l'égard d'une personne séropositive. Ces résultats sont confirmés par le modèle d'analyse multivariée (tableau 2.2), présenté à la page suivante, prenant en compte d'éventuelles interactions entre, d'une part, l'année de l'enquête, d'autre part, l'âge et le diplôme du répondant.

Ce modèle de régression linéaire met en évidence que, outre les répondants âgés entre 25 et 34 ans, ayant un niveau d'études égal ou supérieur au baccalauréat, les personnes les plus favorables à l'égard des séropositifs sont les cadres ou les professions intermédiaires, celles qui n'accordent aucune importance à la religion, et qui connaissent une personne séropositive dans leur entourage. Par contre, les répondants qui déclarent n'avoir eu aucune relation sexuelle au cours des 12 derniers mois sont moins tolérants à l'égard des personnes séropositives que les monopartenaires.

Tableau 2.2 : Déterminants du score d'acceptation en 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>		
Moyenne	Coefficients	IC à 95%
Constante	8,17	7,69-8,66
Sexe : Hommes	1	
Femmes	0,08	-0,05-0,22
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	0,29	-0,06-0,65
25-34 ans	0,21	0,01-0,41
35-44 ans	-0,04	-0,23-0,14
Niveau d'études : inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	0,20	0,02-0,37
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	0,20	-0,22-0,62
Cadre, profession intermédiaire	0,48	0,04-0,92
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	0,50	0,36-0,64
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	-0,32	-0,62- -0,01
Multipartenaire	-0,02	-0,23-0,18
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	0,58	0,46-0,71

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667) .

Lecture du tableau 2.2 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les bacheliers ou diplômés du supérieur sont plus favorables à l'égard des séropositifs que les moins diplômés, alors que les répondants sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois y sont moins favorables que les monopartenaires.

II. La proximité au VIH et à la maladie du sida

1. En 2004, un français sur cinq dit connaître au moins une personne séropositive ou malade du sida

Après avoir atteint un maximum en 1998, la proportion des répondants qui déclarent connaître au moins une personne séropositive a tendance à diminuer au fil du temps. En 2004, 22,3% des répondants disent connaître au moins une personne séropositive, contre 27,8% en 2001.

Les données de l'enquête permettent de définir un degré de proximité entre le répondant et la personne séropositive qu'il déclare connaître. On entend ainsi par connaissance proche une personne de l'entourage social ou familial : ami, parent, collègue ou partenaire sexuel. Or, la diminution concerne tout autant la connaissance d'une personne de l'entourage (11% en 2004 contre 12,8% en 2001) que de quelqu'un dont il a entendu parler sans le connaître personnellement (5% en 2004 contre 7,2% en 2001). Aussi, sachant que le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente³⁴, cette évolution traduit très certainement la moindre visibilité dans les médias de la maladie ainsi que le plus faible intérêt des répondants pour cette pathologie.

Tableau 2.3 : Evolution de la proportion des répondants connaissant une personne séropositive – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Connaissez-vous personnellement, dans votre entourage, une ou plusieurs personnes séropositives ou malades du sida

En pourcentage	1992	1994	1998	2001	2004	Probabilité ^(b)				
	<i>n=1494</i>	<i>n=1198</i>	<i>n=1769</i>	<i>n=2682</i>	<i>n=2982</i>	92/94	94/98	98/01	01/04	92/04
Oui, une connaissance proche	5,7	8,5	16,2	12,8	11,0	↗	↗	↘	↘	↗
Oui, plusieurs connaissances proches	4,7	6,8	9,0	7,8	6,3	↗	↗	↘	↘	→
Oui mais pas personnellement	5,9	7,8	4,1	7,2	5,0	→	↘	↗	↘	→
Non	83,6	77,0	70,6	72,2	77,7	↘	↘	→	↗	↘

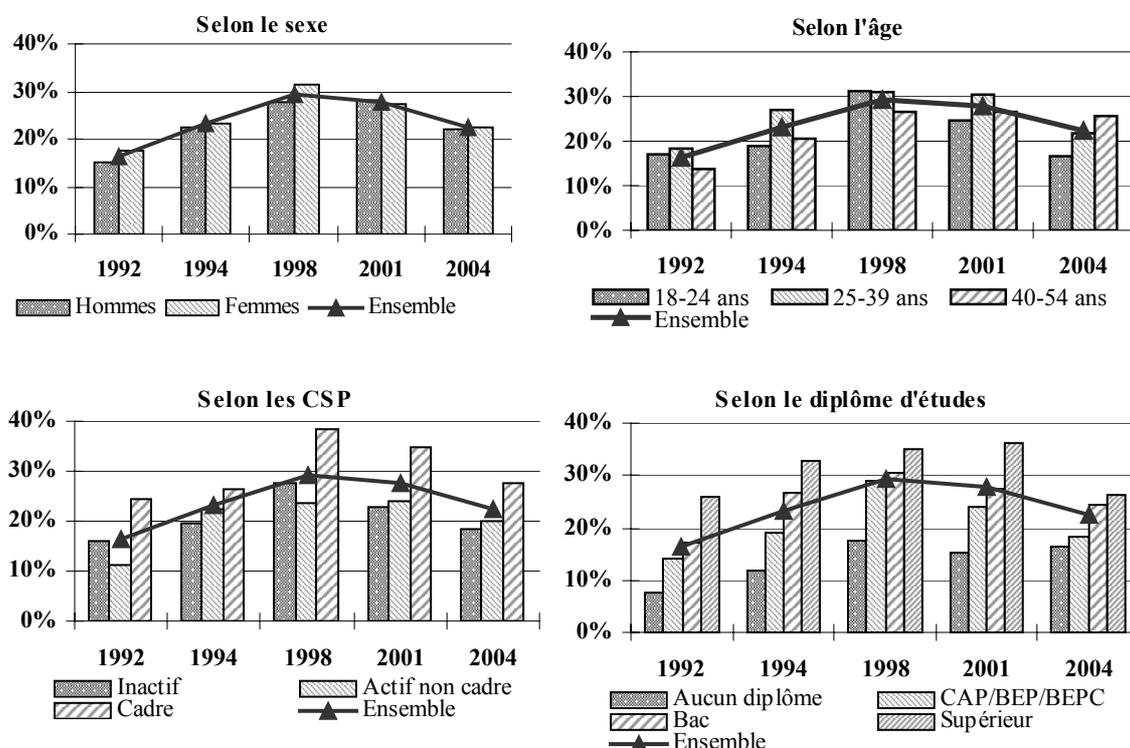
(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative d'une même modalité entre les enquêtes ($p < 0,05$). Les cellules en gras indiquent une différence statistiquement significative d'une même modalité entre 2001 et 2004.

Cette moindre proximité à la maladie concerne globalement autant les hommes que les femmes, et quelque soit l'âge, la CSP et le niveau d'études des répondants, comme l'indique les graphes ci-dessous (graphique 3.4).

³⁴ Même si le nombre de personnes nouvellement contaminées par le virus du sida tend à diminuer depuis 1996, le nombre total de séropositifs augmente. Ils sont estimés à 97 000 fin 2003 en France (Référence : « Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH » : Rapport 2004, sous la direction du Professeur Jean-François Delfraissy).

Graphique 2.4 : Evolution de la proportion des répondants connaissant une personne séropositive selon le sexe, l'âge, les CSP et le diplôme – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a,b)



(a) En pourcentage des répondants déclarant connaître au moins une personne séropositive.

(b) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit $n=1494$ en 1992, $n=1198$ en 1994, $n=1769$ en 1998, $n=2682$ en 2001 et $n=2982$ en 2004.

Quelle que soit l'enquête, les hommes sont aussi nombreux que les femmes à déclarer connaître une ou plusieurs personnes séropositives. De même, les répondants ayant au moins le baccalauréat et exerçant une profession intermédiaire ou cadre restent en 2004 proportionnellement les plus nombreux à déclarer connaître une personne séropositive.

2. En 2004, les jeunes sont moins nombreux que leurs aînés à déclarer connaître une personne séropositive ou malade du sida

En ce qui concerne l'évolution par classe d'âge des répondants, il est tout à fait intéressant de constater qu'en 2004, les répondants âgés entre 40 et 54 ans sont proportionnellement les plus nombreux à déclarer connaître une ou plusieurs personnes séropositives (25,6% des 40-54 ans contre 16,6% chez les 18-24 ans, 21,8% chez les 25-39 ans et 18,0% chez les 55-69 ans), alors que jusqu'à l'enquête de 2001, il s'agissait des répondants âgés entre 25 et 39 ans. Ce glissement est certainement essentiellement d'origine démographique avec le vieillissement de la génération dite sida (c'est-à-dire qui avait entre 25-35 ans au moment de l'apparition des premiers cas de sida).

Le modèle de régression logistique du tableau 2.4 en synthétisant les différents facteurs liés au fait de déclarer connaître une ou plusieurs parents, amis, collègues ou partenaires sexuels séropositifs, confirme les résultats précédents.

Les répondants âgés entre 40 et 54 ans ou possédant au moins le baccalauréat déclarent davantage que les autres connaître dans leur entourage proche une ou plusieurs personnes séropositives.

Tableau 2.4 : Déterminants liés au fait de connaître un ou plusieurs amis, parents, collègues ou partenaires sexuels séropositifs –Enquête 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Hommes	1	
Femmes	0,97	0,81-1,16
Age : 40-54 ans	1	
18-24 ans	0,53	0,35-0,79
25-39 ans	0,70	0,58-0,85
Vivre en couple : Non	1	
Oui	1,16	0,34-3,92
Actuellement au chômage depuis de plus de 6 mois : Non		
Oui	0,97	0,65-1,46
Situation matrimoniale : Marié/comme marié	1	
Célibataire	1,18	0,35-4,03
Divorcé(e), veuf(ve) ou séparé(e)	1,452	0,42-5,01
Niveau d'études : inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	1,54	1,25-1,91
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	0,89	0,61-1,28
Cadre, profession intermédiaire	0,97	0,66-1,43
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	1,45	1,21-1,74
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Abstinents durant l'année	1	
Monopartenaire	1,48	1,11-1,20
Multipartenaire	1,63	0,86-2,74
Avoir déjà craint d'être contaminé par le sida : Non		
Oui	1,68	1,39-2,04

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667) .

Lecture du tableau 2.4 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les diplômés du supérieur ont une probabilité plus élevée de déclarer connaître une personne séropositive que les moins diplômés. Par contre, les jeunes moins de 40 ans ont une probabilité moins élevée que ceux âgés entre 40 et 54 ans.

Il s'agit également plutôt de personnes qui n'accordent pas d'importance à la religion ou qui ont déjà craint d'avoir été contaminés par le virus du sida. Par rapport aux gens sexuellement abstinents au cours des douze derniers mois, les répondants engagés dans une seule relation sexuelle (monopartenaire) sont proportionnellement plus nombreux à déclarer connaître un ou plusieurs parents, amis, collègues ou partenaires sexuels séropositifs.

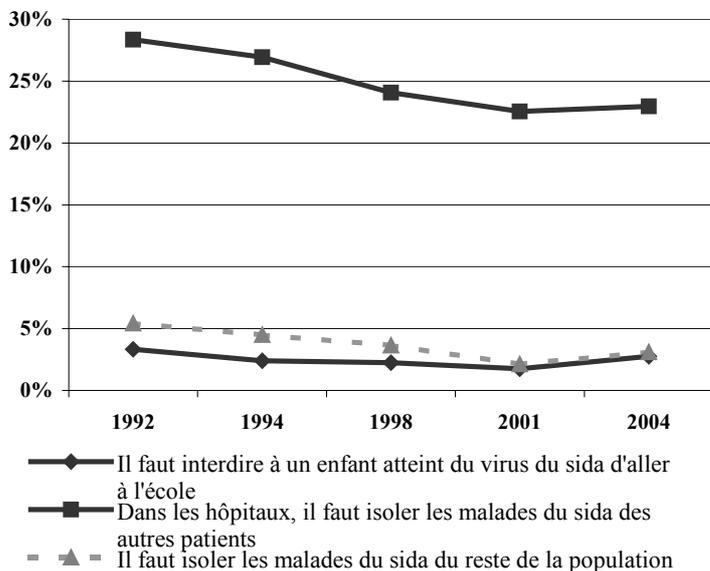
III. Opinion concernant les malades du sida et certains groupes exposés au risque de contamination du VIH

1. A part une amélioration de l'opinion à l'égard des homosexuels, certaines opinions d'exclusion sont en légère augmentation en 2004

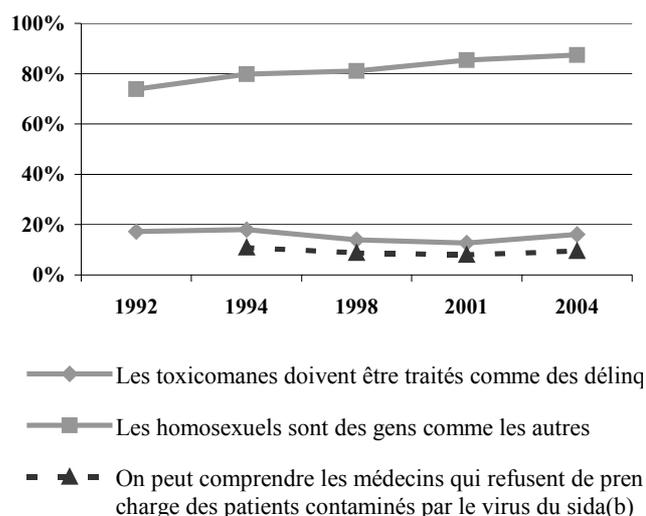
Bien que la population interrogée demeure en 2004 toujours majoritairement défavorable à différentes mesures coercitives contre les personnes atteintes citées dans le graphique 2.5, on observe entre 2001 et 2004 une légère augmentation de l'expression d'opinions d'exclusion envers les malades du sida. Les répondants sont en effet plus nombreux à être d'accord (tout à fait ou plutôt) avec les opinions suivantes : *il faut interdire à un enfant atteint du virus du sida d'aller à l'école* (2,8% contre 1,8% en 2001), *il faut isoler les malades du sida du reste de la population* (3,1% contre 2,1% en 2001) et *on peut comprendre les médecins qui refusent de prendre en charge des patients contaminés par le virus du sida* (9,6% contre 8,0% en 2001). Seule la proportion de répondants favorables à *l'isolement des malades du sida dans les hôpitaux* reste stable, soit 22,6% en 2001 et 23% en 2004.

Graphique 2.5 : Evolution de l'opinion sur certains mesures coercitives et sur certains groupes exposés au risque de contamination du VIH – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Je vais vous demander votre avis sur un certain nombre de thèmes de débat qui traversent la société française. Pour chacun d'entre eux pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ? (en pourcentage de « tout à fait/plutôt d'accord »)



En revanche, l'évolution de l'opinion envers certains groupes les plus exposés au virus du sida est moins cohérente. La population interrogée devient plus tolérante à l'égard des homosexuels, alors que l'opinion exprimée à l'égard des toxicomanes est moins favorable. Les répondants sont proportionnellement plus nombreux en 2004 à considérer que les toxicomanes doivent être traités comme des délinquants (16,1% contre 12,6% en 2001), alors qu'ils sont plus nombreux à juger que *les homosexuels sont des gens comme les autres*, respectivement 87,5% et 85,4%.



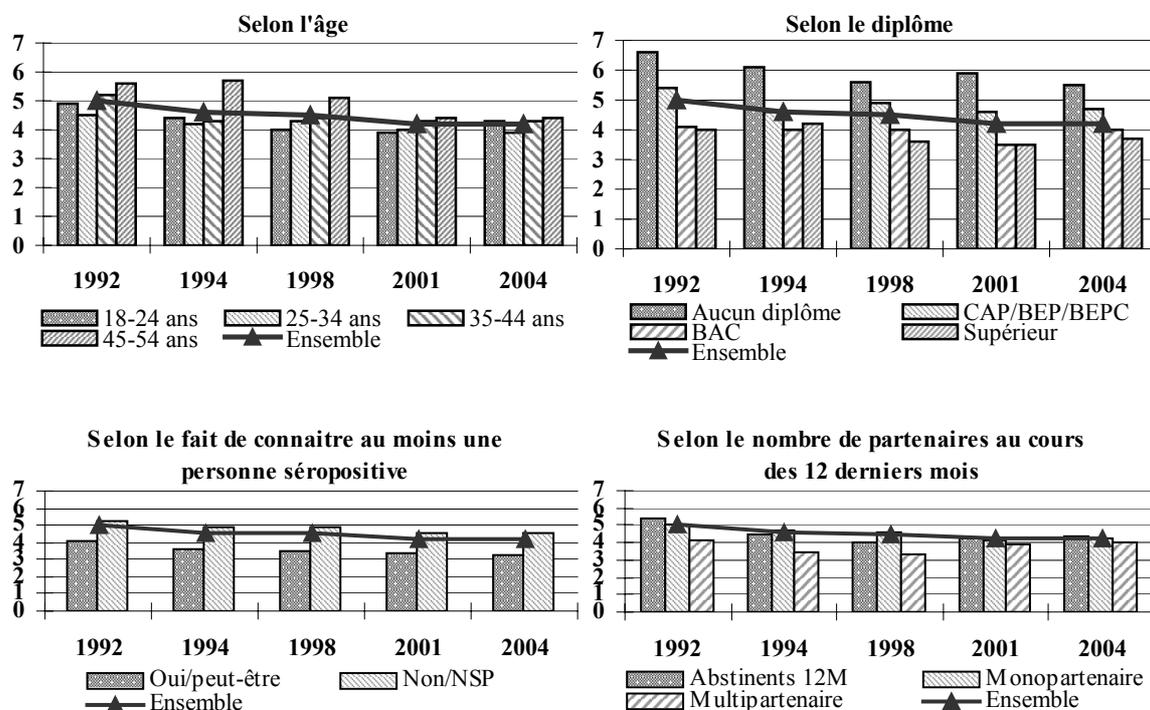
Dans l'enquête 2004 a été rajoutée une proposition concernant le développement des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles. Parmi les personnes interrogées, 95,1% se sont déclarées « tout à fait ou plutôt d'accord » avec cette proposition ; cette opinion est partagée par toute la population quelque soit la tranche d'âge des répondants.

- (a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=2682** en 2001 et **n=2982** en 2004.
- (b) La proposition « on peut comprendre les médecins qui refusent de prendre en charge des patients contaminés par le virus du sida » a été intégrée au questionnaire en 1994.

2. L'opinion à l'égard des personnes atteintes par le VIH tend à s'homogénéiser entre les différentes catégories socio-démographiques

Afin de mieux saisir l'évolution globale des opinions exprimées par l'ensemble des répondants envers certains groupes exposés au virus du sida, on a procédé à la construction d'un score d'opinion. Chacun de 5 items du graphique 2.5 (sauf l'item « on peut comprendre les médecins qui refusent de prendre en charge des patients contaminés par le virus du sida ») a été codé de 0 à 4 suivant que les personnes ont répondu « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « ni d'accord, ni pas d'accord », « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord », aux différentes opinions proposées, sauf pour « *les homosexuels sont des gens comme les autres* » codée de 4 à 0, inversement à l'ordre ci-dessus. On obtient ainsi une valeur du score qui varie de 0 à 20 : plus la valeur du score est élevée, plus les répondants sont défavorables à ces personnes.

Graphique 2.6 : Evolution du score d'opinion à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination selon l'âge, le diplôme, la proximité à la maladie et le nombre de partenaires déclarés dans l'année – Enquêtes 1992 à 2004 ⁽¹⁾



(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=2682** en 2001 et **n=2982** en 2004.

La valeur moyenne du score d'opinion a diminué de façon constante entre 1992 et 2001 (de 5 à 4,2) indiquant que les opinions des individus étaient de plus en plus favorables. Toutefois, cette valeur moyenne est restée stable à 4,2 entre 2001 et 2004.

Par ailleurs, l'étude de cette tendance en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques indiquent un resserrement des opinions (Cf. graphique 2.6). Par exemple, les courbes d'évolution du score selon l'âge convergent à partir de l'enquête 1998, indiquant que quel que soit leur âge entre 18 et 54 ans, les répondants expriment par rapport aux mesures de coercitions une opinion qui tend à s'homogénéiser. Néanmoins, les personnes interrogées en 2004 âgées entre 55 à 69 ans se dégagent des autres, avec des opinions plus défavorables. Leur valeur moyenne du score d'opinion est de 6,0, significativement supérieure à celle des 18-24 ans (4,3), des 25-34 ans (3,9), des 35-44 ans (4,3) et des 45-54 ans (4,4).

Cette convergence de l'évolution du score d'opinion des répondants âgés de 18 à 54 ans se retrouve également selon le niveau de diplôme et selon le nombre de partenaires sexuels déclarés au cours des 12 derniers mois.

3. Les femmes, les jeunes et les plus diplômés restent toutefois en 2004 davantage opposés aux mesures coercitives proposées

Afin de mieux identifier les caractéristiques des individus en défaveur des mesures coercitives contre les séropositifs, nous avons procédé à une analyse multivariée.

Le modèle de régression linéaire (tableau 2.5) confirme ainsi que les femmes, les répondants ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat et les cadres ou les personnes exerçant une profession intermédiaire sont les plus opposés aux mesures coercitives ciblant les malades du sida ou les sous-groupes les plus exposés au virus du sida.

Tableau 2.5 : Déterminants du score d'opinion négative à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination – Enquête 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression linéaire^(b)</i>		
Moyenne	Coefficients	IC à 95%
Constant	8,89	6,18-11,61
Sexe : Hommes	1	
Femmes	-0,64	-0,88- -0,41
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	-0,17	-0,78-0,43
25-34 ans	-0,18	-0,53-0,16
35-44 ans	-0,03	-0,36-0,30
Niveau d'études : inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	-0,56	-0,85- -0,27
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	-0,05	-0,66-0,55
Cadre, profession intermédiaire	-0,72	-1,31- -0,13
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	-1,19	-1,43- -0,95
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	0,42	-0,13-0,98
Multipartenaire	0,25	-0,15-0,65
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	-0,93	-1,17- -0,68
Perception du risque personnel : Aucun ou moins de risque	1	
Autant ou plus de risque que la moyenne des gens	-0,28	-0,53- -0,03

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667) .

(b) Les variables comme « vivre en couple », « situation matrimoniale », « perception du risque personnel » et « crainte de contamination par le VIH » sont aussi prises en compte dans ce modèle, mais ne donnent aucun résultat significatif.

Lecture du tableau 2.5 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les diplômés du supérieur ou du bac sont moins nombreux à déclarer une opinion négative à l'égard des personnes atteintes par le VIH que les moins diplômés.

De même, les répondants qui déclarent n'accorder aucune importance à la religion et qui se perçoivent comme ayant plus ou autant de risque que la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida sont également plus nombreux à exprimer des opinions moins coercitives.

Par contre, ce modèle ne révèle aucune liaison entre, d'une part, l'expression d'opinions coercitives, et, d'autre part, l'âge et le nombre de partenaires dans l'année du répondant, confirmant les résultats des analyses bivariées. En outre, il n'existe pas de liaison entre le score d'opinion négative du répondant et son statut matrimonial.

4. Une majorité de répondants accepteraient de continuer à consulter un médecin contaminé par le virus ou bien qui soigne des malades du sida.

Deux questions posées en 1992, portant sur l'opinion vis-à-vis d'un médecin qui soigne des patients malades du sida ou bien lui-même séropositif, ont été réintroduites. Le taux d'acceptation est élevé en 2004, puisque 98,1% des personnes interrogées acceptent de continuer à consulter leur médecin si celui-ci soigne des malades du sida et 90,4% s'il est lui-même séropositif.

Tableau 2.6 : Déterminants à l'acceptation du répondant de continuer à consulter son médecin qui est lui-même atteint du sida –Enquête 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression logistique^(b)</i>	<i>Odds ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Hommes	1	
Femmes	0,92	0,70-1,21
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	1,40	0,72-2,74
25-34 ans	1,15	0,79-1,67
35-44 ans	1,17	0,85-1,62
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	1,49	1,09-2,04
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	1,37	0,79-2,37
Cadre, profession intermédiaire	2,18	1,21-3,91
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	1,67	1,23-2,27
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	0,96	0,54-1,71
Multipartenaire	1,01	0,61-1,69
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	2,63	1,82-3,80

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667).

(b) Les variables comme « vivre en couple », « situation matrimoniale », « perception du risque personnel » et « crainte de contamination par le VIH » sont aussi prises en compte dans ce modèle, mais ne donnent aucun résultat significatif.

Lecture du tableau 2.6 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les diplômés du supérieur ou du bac ont une probabilité plus élevée à accepter de continuer à consulter leur médecin infecté par le VIH que les moins diplômés.

Toutefois, cette déclaration est moins fréquente dans le cas où le médecin est lui-même contaminé par le virus du sida, et surtout chez les répondants âgés entre 55 et 69 ans, puisque seulement 80,9% d'entre eux déclarent qu'ils continueraient à le consulter contre 91,4% des 25-34 ans.

Comme l'indique le modèle de régression logistique dans le tableau 2.6, les répondants possédant le baccalauréat ou un diplôme du supérieur, les cadres ou ceux exerçant une profession intermédiaire acceptent davantage que les autres de consulter un médecin contaminé par le virus du sida. De même, les répondants qui déclarent n'accorder aucune importance à la religion ou qui connaissent au moins une personne séropositive consentent également davantage à continuer à le consulter. Cependant, le sexe, l'âge du répondant, son statut marital, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ainsi que la perception du risque personnel de contamination n'apparaissent pas comme des facteurs associés à cette acceptation.

IV. Opinions sur le dépistage obligatoire pour certains groupes de la population

1. L'adhésion au dépistage obligatoire est globalement moins fréquente en 2004

La proportion de répondants qui déclarent adhérer au dépistage obligatoire pour certains groupes de la population diminue depuis 1992. Cette diminution est significative entre 2001 et 2004 pour tous les groupes ou toutes les situations proposés dans le questionnaire (Cf. graphique 2.7), sauf « *dans les prisons* » pour lequel la proportion de répondants favorables au dépistage obligatoire du VIH dans ce contexte augmente significativement de 67,3% en 2001 à 71,3% en 2004, retrouvant ainsi son niveau de 1992.

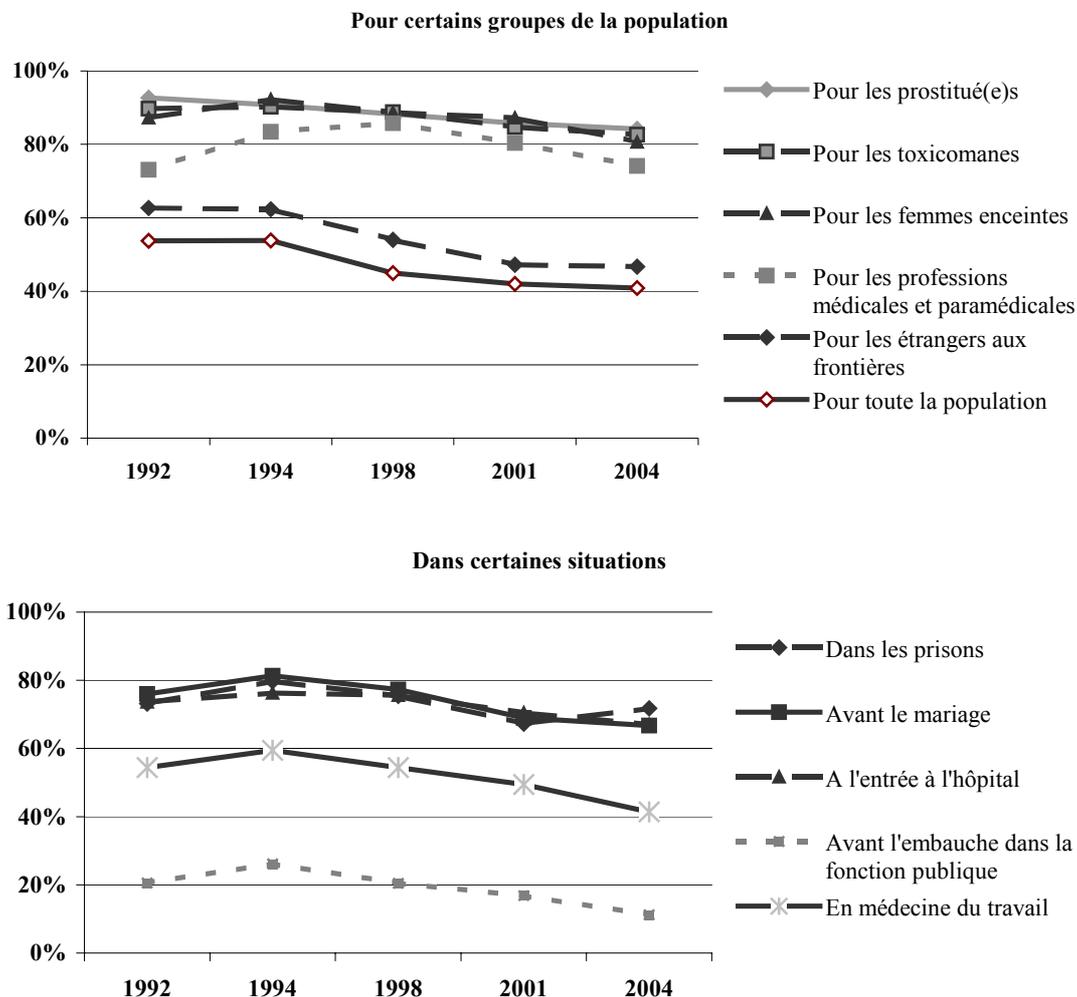
Seule la proportion de répondants favorables au dépistage obligatoire *pour les étrangers aux frontières et pour toute la population* est stable avec respectivement 46,7% et 40,9% de répondants tout à fait ou plutôt d'accord en 2004.

Toutefois, malgré cette constante diminution depuis 1992, une majorité de répondants adhèrent toujours au dépistage obligatoire tant pour certains groupes de la population que dans certaines situations citées dans l'enquête. Ainsi plus de huit personnes interrogées sur dix déclarent être tout à fait ou plutôt d'accord avec le dépistage obligatoire du VIH pour les prostitué(e)s, les toxicomanes et les femmes enceintes et plus de sept sur dix pour les professionnels médicaux et paramédicaux, dans les prisons et à l'entrée à l'hôpital.

Par contre, seuls 11,3% des répondants se déclarent d'accord pour un dépistage obligatoire avant l'embauche dans la fonction publique. Enfin, moins d'une personne sur deux (40,9%) soutient l'idée d'un dépistage du VIH obligatoire pour toute la population (48,1% n'étant pas d'accord avec ce dépistage obligatoire), situation inverse de celle de 1992, où 53,8% étaient d'accord et 40,7% pas d'accord.

Graphique 2.7 : Evolution de l'opinion sur le dépistage obligatoire dans certains groupes de population –Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Selon vous, le dépistage du virus du sida devrait être obligatoire dans les cas suivants...(en pourcentage de « tout à fait/plutôt d'accord ») ?

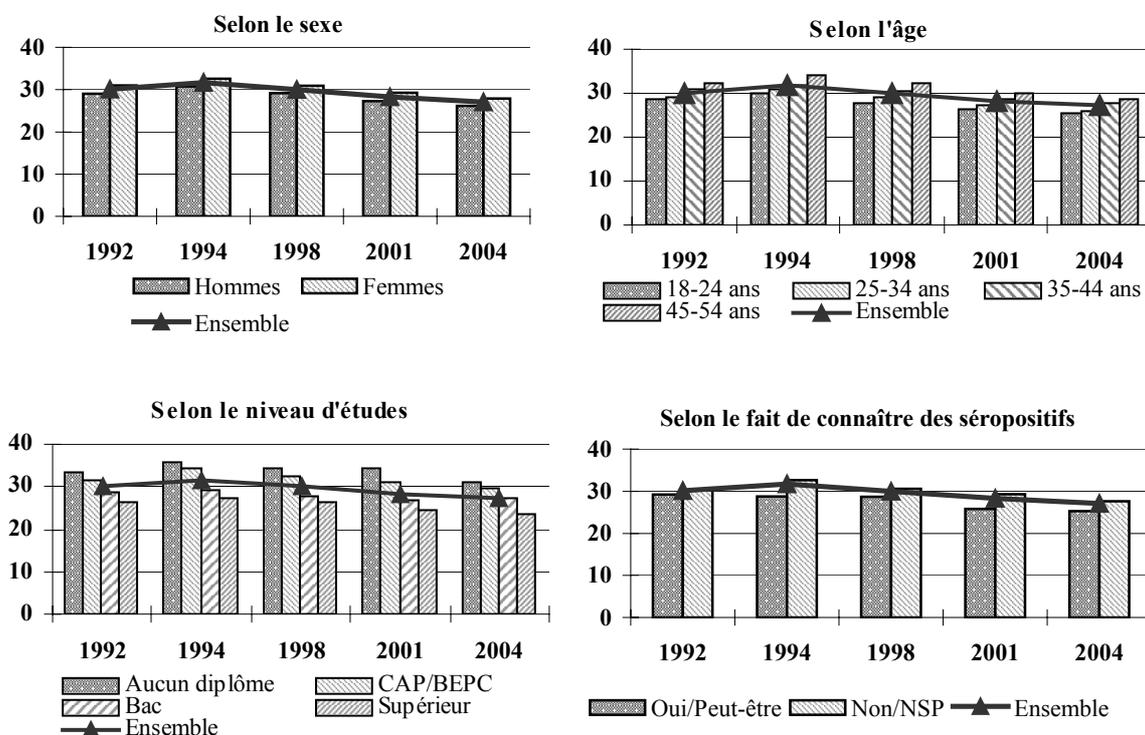


(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001 et n=2982 en 2004.

2. Les femmes et les répondants les plus âgés restent en 2004 davantage en faveur du dépistage obligatoire à l'égard de certains groupes de la population.

Un score d'opinion sur le caractère obligatoire du test de dépistage du sida pour certains groupes de la population a été construit à partir des 11 items du graphique 3.7. On attribue à chacun de ces items les valeurs de 4 pour la réponse « tout à fait d'accord », de 3 pour « plutôt d'accord », de 2 pour « ni d'accord, ni pas d'accord », de 1 pour « plutôt pas d'accord » et enfin de 0 pour « pas du tout d'accord » avec le dépistage obligatoire. Le score s'obtient ensuite en additionnant les valeurs des réponses sur les 11 items. La valeur de score peut ainsi varier de 0 à 44 et plus elle est élevée, plus le répondant est en faveur du dépistage obligatoire pour l'ensemble des cas cités.

Graphique 2.8 : Evolution du score d'adhésion au dépistage obligatoire pour certains groupes de la population –Enquêtes de 1992 à 2004 ^(a)



(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit $n=1494$ en 1992, $n=1198$ en 1994, $n=1769$ en 1998, $n=2682$ en 2001 et $n=2982$ en 2004.

La valeur moyenne du score sur l'ensemble de la population interrogée est de 27,1 en 2004. Elle était de 28,3 en 2001 et de 31,7 en 1998. Cette diminution constante de la valeur moyenne du score depuis 1998 confirme **le recul régulier de la proportion des répondants se déclarant en faveur du dépistage obligatoire pour certains groupes de la population.**

La valeur moyenne du score des personnes interrogées évolue de manière relativement homogène quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques considérées. Ainsi, celle des femmes est toujours supérieure à celle des hommes, indiquant que les femmes sont en 2004 toujours davantage en faveur d'un dépistage obligatoire pour certains groupes de la population. De même, les répondants les plus âgés adhèrent plus souvent que les jeunes à l'idée d'un dépistage obligatoire. En 2004, la valeur moyenne du score croît significativement ($p<0,05$) avec l'âge, soit 25,4 chez les 18-24 ans, 25,8 chez les 25-34 ans, 27,9 chez les 35-44 ans et 28,8 chez les 45-54 ans ; elle est de 32 parmi les 55-69 ans.

Les répondants qui n'ont pas le baccalauréat maintiennent tout au long des cinq vagues de l'enquête un niveau de score constamment supérieur à celui des autres groupes. Enfin, les répondants qui déclarent connaître une ou plusieurs personnes séropositives sont proportionnellement moins nombreuses à adhérer au dépistage obligatoire du VIH.

Ces résultats sont confirmés par la régression linéaire présentée dans le tableau 2.7. La valeur du score est d'autant plus élevée que la personne interrogée est une femme, âgée entre 45 et 54 ans, possédant un diplôme inférieur au bac, active non cadre, pour qui la religion est importante, ne connaissant pas de personne malade du sida ou séropositive ou ayant réalisé un test de dépistage au cours des 12 derniers mois.

Tableau 2.7 : Déterminants du score d'adhésion au dépistage du VIH –Enquête 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>		
Moyenne	Coefficients	IC à 95%
Constant	28,66	26,66-30,66
Sexe : Hommes	1	
Femmes	1,64	0,93-2,35
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	-1,70	-3,56- 0,16
25-34 ans	-1,65	-2,60- -0,70
35-44 ans	-0,75	-1,63- 0,12
Situation matrimoniale : Marié/comme marié	1	
Célibataire	-0,84	-2,04- 0,37
Divorcé(e), veuf(ve) ou séparé(e)	1,22	-0,05-2,49
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	-3,60	-4,47- -2,72
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	1,97	0,31-3,64
Cadre, profession intermédiaire	-0,95	-2,69- 0,77
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	-2,62	-3,42- -1,82
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	-1,49	-2,35- -0,62
Avoir réalisé un test de dépistage durant les 12 derniers mois : Non	1	
Oui	1,27	0,21-2,32

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667) .

Lecture du tableau 2.7 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence, tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle du tableau. Par exemple, les femmes ont une valeur moyenne du score d'adhésion au dépistage obligatoire plus élevée que les hommes.

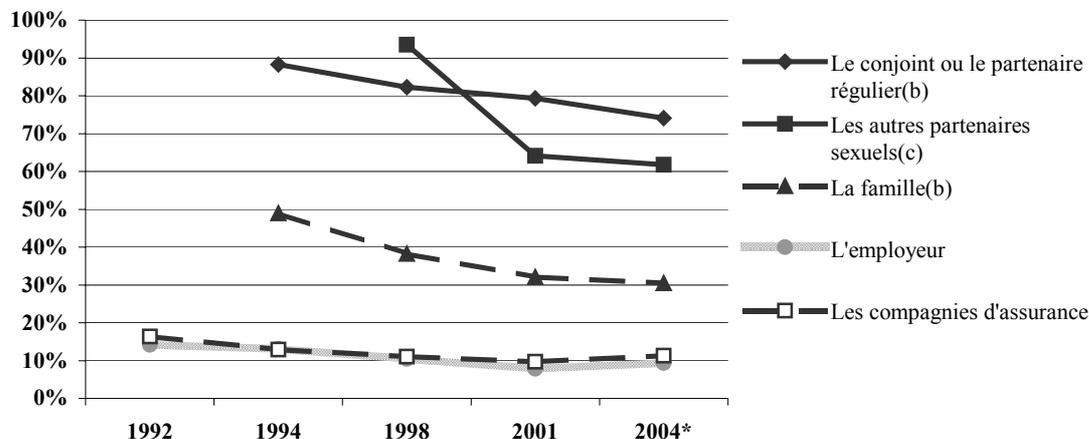
V. Opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage

1. L'évolution de l'opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage par d'autres personnes est contrastée entre 2001 et 2004.

En effet, alors que la proportion de répondants déclarant que les résultats du test de dépistage peuvent être accessible aux compagnies d'assurance, à l'employeur, à la famille et aux partenaires sexuels est toujours plus faible en 2004 qu'en 1992, ils sont toutefois aujourd'hui légèrement plus nombreux qu'en 2001 à déclarer être d'accord pour que l'employeur (9,4% contre 7,9% en 2001) et les compagnies d'assurance (respectivement 11,4% contre 9,7%) aient accès aux résultats de ce test. Trois personnes sur quatre déclarent en 2004 que le conjoint ou le partenaire régulier doit avoir accès aux résultats du test.

Graphique 2.9 : Evolution de l'opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage –Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

En dehors de la personne elle-même, qui doit avoir accès au résultat du test de dépistage du sida ? (en pourcentage de oui)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=2682** en 2001 et **n=1594** en 2004, année où seule la moitié de l'échantillon a été interrogé sur cette question.

(b) Ces items ne sont pas posés en 1992.

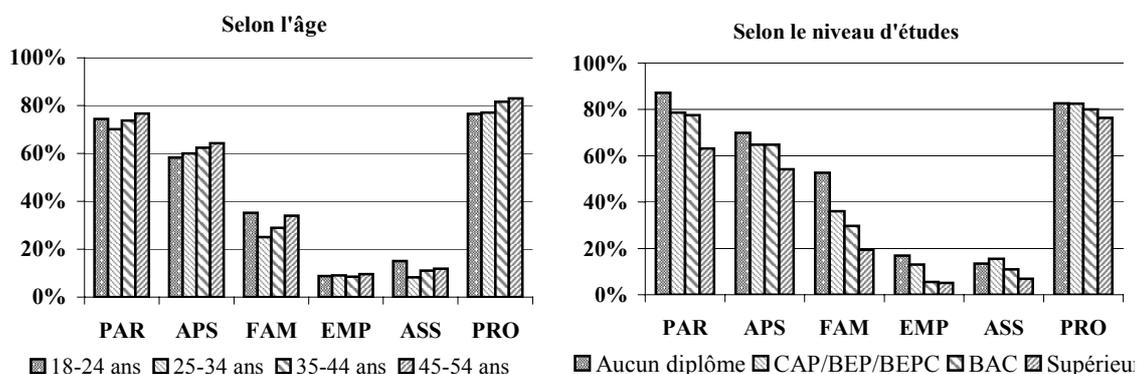
(c) Cet item n'est pas posé en 1992 et 1994.

Le conjoint ou le partenaire régulier restent ainsi les personnes les plus souvent citées comme pouvant avoir accès au résultat du test de dépistage, seule proportion qui ait significativement diminuée entre 2001 et 2004 (79,3% en 2001 et 74,1% en 2004, $p < 0,01$). Ensuite, ce sont *les autres partenaires sexuels* qui pour 61,8% des répondants sont considérés comme les personnes devant avoir accès au résultat du test, suivi de *la famille* pour 30,5% et enfin *des compagnies d'assurance* (11,4%) et de *l'employeur* (9,4%).

Enfin, 80,2% des personnes interrogées répondent que « *tous les professionnels de santé que cette personne consulte* » devraient avoir accès au résultat du test de dépistage, nouvelle proposition rajoutée dans le questionnaire en 2004.

2. Les jeunes et les plus diplômés sont les moins favorables à la diffusion des résultats du test de dépistage de virus du sida à d'autres personnes

Graphique 2.10 : Opinions sur l'accès au résultat de dépistage selon l'âge et le niveau d'études – Enquête 2004 ^(a)



(a) Cette question est posée à la moitié de l'échantillon en 2004 : pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=1947).

Les abréviations de l'axe abscisse X, (PAR, APS... PRO) correspondent respectivement aux items : conjoint ou partenaire régulier, autres partenaires sexuels, famille, employeur, compagnies d'assurance et tous les professionnels de santé que cette personne consulte.

Globalement, les plus jeunes sont proportionnellement les moins nombreux à accepter que les résultats du test de dépistage du sida soient divulgués à un tiers, les personnes âgées entre 25 et 34 ans refusant plus particulièrement que la famille ou bien les compagnies d'assurance aient accès au résultat du test.

Par ailleurs, plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes interrogées acceptent que l'accès au résultat du test de dépistage à un tiers soit autorisé. Les cadres et les répondants qui n'accordent aucune importance à la religion sont également plus défavorables à ce que les résultats soient révélés à d'autres personnes.

Chapitre 3- La perception de la maladie et du risque personnel d'être contaminé

En 2004, plus de quatre répondants sur dix se considèrent comme ayant un risque de contamination par le VIH égal ou supérieur à la moyenne des gens, proportion stable depuis 2001. Toutefois, la crainte d'avoir déjà été contaminée est légèrement plus fréquente : 26,7% des répondants déclarant avoir déjà redouté d'être contaminé par le virus du sida en 2004, contre 22,8% en 2001 et 23,1% en 1998.

Parallèlement, la peur suscitée par certains risques et maladies diminue depuis 1994 et, entre 2001 et 2004, plus particulièrement les accidents de la circulation, les hépatites virales et le sida. De même, la proportion des répondants déclarant craindre pour eux-mêmes pas mal ou beaucoup le sida décroît de 28,1% en 2001 à 23,0% en 2004, alors que sur cette même période la crainte des maladies cardiaques est restée stable.

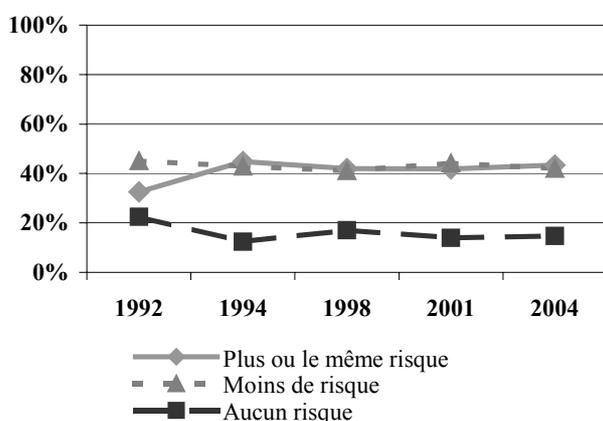
Comme pour les autres années, une perception élevée du risque de contamination et la crainte du sida sont plutôt exprimées par les adultes âgés de moins de 45 ans, ne possédant pas le baccalauréat, les multipartenaires, ceux qui ont déjà utilisé les préservatifs ou qui connaissent des personnes séropositives ou malades du sida.

I. La perception du risque personnel de contamination par le VIH

1. Après une augmentation entre 1992 et 1994, la perception du risque de contamination s'est stabilisée

Graphique 3.1 : Evolution de la perception du risque de contamination par le VIH (par rapport à la moyenne des gens)–Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Vous même, vous considérez que par rapport à la moyenne des gens, vous avez plus de risque, le même risque, moins de risque ou aucun risque d'être contaminé par le virus du sida ?



Comme l'indique le graphique 3.1, les répondants sont en 2004 aussi nombreux qu'en 2001 à se considérer comme ayant un risque supérieur (4,0% contre 4,2% en 2001) ou égal (39,4% contre 37,6% en 2001) à la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida. Cette stabilité concerne également la proportion de ceux qui se perçoivent comme ayant un risque inférieur ou nul. Comme en 2001, plus de quatre répondants sur dix se considèrent comme ayant un moindre risque et 14,4% comme ayant un risque nul.

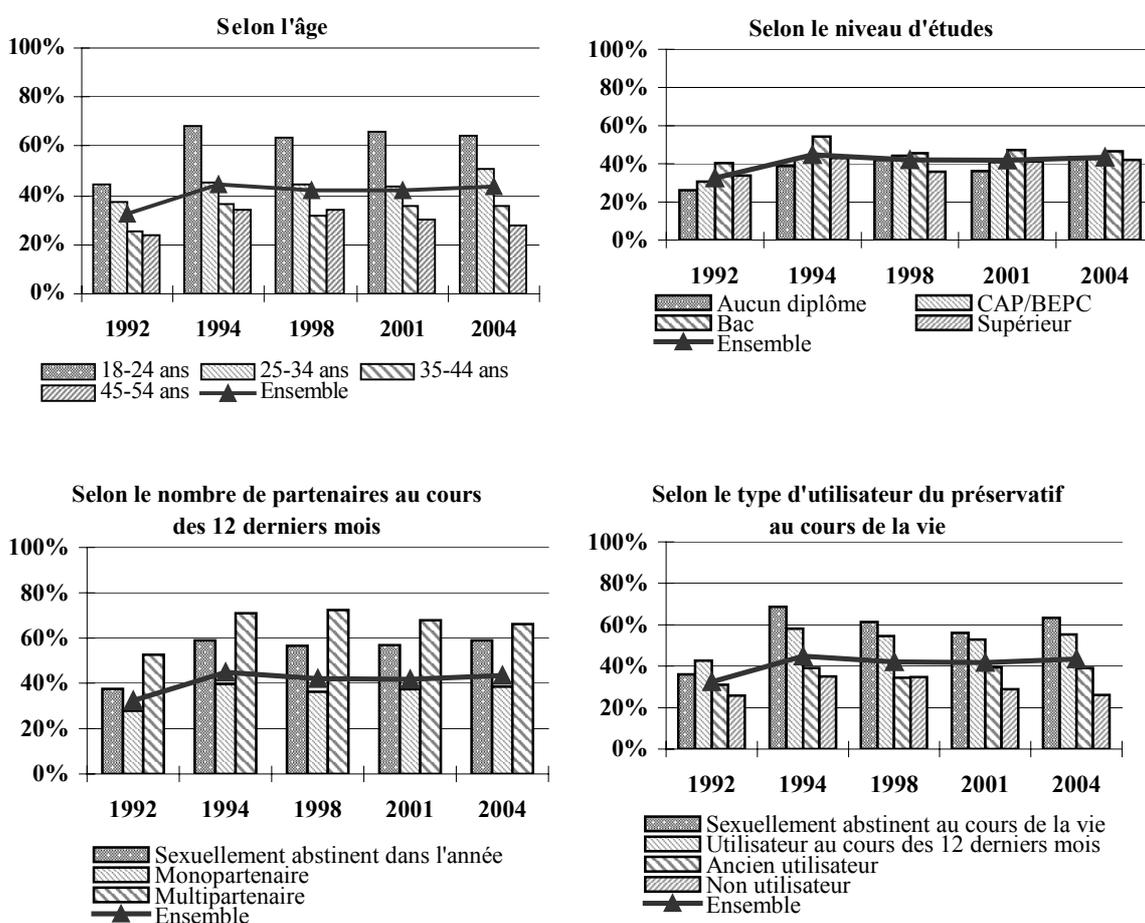
(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit $n=1494$ en 1992, $n=1198$ en 1994, $n=1769$ en 1998, $n=2682$ en 2001 et $n=2982$ en 2004.

Toutefois, même si la perception du risque de contamination par le VIH reste globalement comparable entre 2004 et 2001 pour l'ensemble des répondants, certaines catégories socio-démographiques ont en 2004 une perception plus élevée du risque de contamination. Ainsi, les individus interrogés âgés entre 25 et 34 ans, ceux qui ne possèdent aucun diplôme ou encore n'ont jamais eu de rapports sexuels au cours de la vie sont en 2004 proportionnellement plus nombreux qu'en 2001 à déclarer se percevoir comme ayant un risque plus élevée (Cf. graphique 3.2)³⁵. Par exemple, 50,7% des personnes âgées entre 25 et 34 ans déclarent considérer avoir plus ou le même risque que la moyenne des gens d'être contaminés par le VIH, contre 43,5% en 2001.

³⁵ Résultats cependant qui ne sont pas confirmés par l'analyse multivariée présentée en annexe IV, analyse qui vise à comparer la perception du risque de ces groupes de répondants entre 2001 et 2004 tout en ajustant sur d'autres variables.

A partir de 1994, les hommes sont aussi nombreux que les femmes à se considérer comme ayant un risque de contamination supérieur ou égal que la moyenne des gens (environ un homme et une femme sur quatre), contrairement à 1992 où ils se percevaient plus souvent que les femmes comme ayant un tel risque (37,1% des hommes contre 27,9% des femmes). De même, alors que les répondants qui connaissent dans leur entourage une personne séropositive ou malade du sida se percevaient jusqu'en 1998 plus souvent comme ayant un risque supérieur ou égal, cette perception est depuis lors devenue aussi fréquente que pour les personnes qui ne connaissent pas de séropositifs.

Graphique 3.2 : Evolution de la perception individuelle du risque de contamination par le VIH (supérieure ou égale) par rapport à la moyenne des gens – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit n=1494 (1992), n=1198 (1994), n=1769 (1998), n=2682 (2001) et n=2982 (2004).

2. En 2004, les jeunes et les utilisateurs de préservatifs au cours de l'année ont une perception plus élevée du risque

Les données présentées sur le graphique 3.2 mettent également en évidence les groupes de population qui ont une perception plus élevée que les autres du risque de contamination. En 2004, les jeunes entre 18 et 24 ans restent proportionnellement les plus nombreux à déclarer une perception

supérieure ou égale à la moyenne du risque d'être contaminés par le virus du sida. Ils sont rejoints par les adultes âgés entre 25 et 34 ans. Cette perception élevée du risque de contamination est également plus fréquente parmi les personnes sexuellement abstinentes ou multipartenaires au cours des 12 derniers mois ou parmi celles qui ont déjà utilisé le préservatif au cours de leur vie. Ces résultats sont confirmés par l'analyse de régression logistique présentée dans le tableau 3.1.

Ce tableau synthétise les facteurs qui, en 2004, sont liés à une perception du risque d'être contaminé par le VIH égale ou supérieure à la moyenne des gens. Et les résultats suggèrent que les répondants qui se considèrent comme ayant un risque élevé de contamination par rapport à la moyenne des gens adoptent plus fréquemment un comportement de prévention, en utilisant plus souvent le préservatif ou en n'ayant aucun partenaire au cours des 12 derniers mois. Parallèlement, les multipartenaires qui sont potentiellement plus exposés au risque de contamination sont également conscients qu'ils ont un risque plus élevé que les monopartenaires.

Tableau 3.1 : Déterminants d'une perception du risque de contamination supérieure ou égale à la moyenne des gens- Enquête 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Hommes	1	
Femmes	1,12	0,95-1,32
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	3,43	2,41-4,91
25-34 ans	2,27	1,81-2,85
35-44 ans	1,38	1,12-1,70
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	0,69	0,57-0,84
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	1,13	0,81-1,57
Cadre, profession intermédiaire	1,17	0,83-1,66
Actuellement au chômage depuis plus de 6 mois : Non	1	
Oui	1,76	1,23-2,53
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	0,99	0,84-1,18
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	2,30	1,64-3,23
Multipartenaire	2,09	1,55-2,81
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	1,22	1,01-1,47
Avoir réalisé un test de dépistage durant les 12 derniers mois : Non	1	
Oui	1,15	0,88-1,50
Type d'utilisation du préservatif au cours de la vie : Non utilisateur	1	
Sexuellement abstinent au cours de la vie	1,11	0,58-2,12
Utilisateur au cours des 12 derniers mois	2,14	1,60-2,85
Utilisateur avant les 12 derniers mois	1,39	1,08-1,78

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667).

Lecture du tableau 3.1 : Les valeurs reportées en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence, tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle du tableau. Par exemple, les répondants âgés de 18 à 24 ans ont une probabilité plus élevée que les 45-54 ans de se percevoir comme ayant un risque de contamination par le VIH égal ou supérieur à la moyenne des gens.

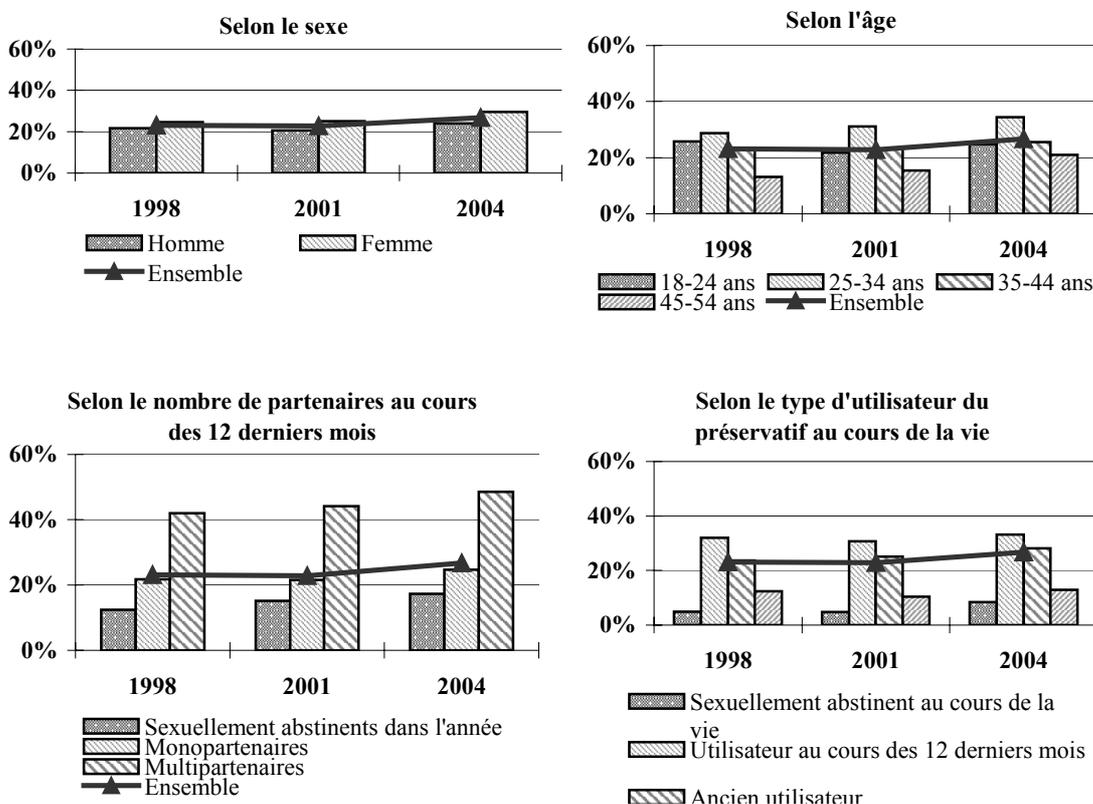
II. La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida

1. La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida est plus fréquente en 2004 qu'en 2001

En 2004, 26,7% des répondants déclarent avoir déjà craint d'être infectés par le virus du sida, contre 22,8% en 2001 et de 23,1% en 1998.

Graphique 3.3 : Evolution de la crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH selon le sexe, l'âge, le nombre de partenaires et l'utilisation du préservatif –Enquêtes 1998 à 2004 ^(a)

Vous même, avez-vous déjà craint d'avoir été contaminé par le virus du sida ? ^(b) (en pourcentage de oui)



(a) Pourcentage redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit $n=1769$ en 1998, $n=2682$ en 2001 et $n=2982$ en 2004.

(b) Cette question est posée depuis l'enquête 1998.

Cet accroissement de la crainte se retrouve aussi bien chez les hommes (24% d'entre eux en 2004 contre 20,6% en 2001) que chez les femmes (29,6% en 2004 contre 25,1% en 2001), chez les personnes âgées entre 45 et 54 ans (21% en 2004 contre 15,4% en 2001), et chez les diplômés d'un CAP, d'un BEP ou du BEPC (22,1% en 2004 et 18,7% en 2001) ou d'un diplôme du supérieur (34% en 2004 contre 30% en 2001). Les cadres et les professions intermédiaires, ainsi que les répondants ne connaissant pas de séropositifs déclarent également davantage en 2004 qu'en 2001 avoir craint une contamination par le

virus du sida pour eux mêmes (respectivement 34,6% en 2004 contre 26,9% en 2001 et 24,1% contre 19,2%). Enfin, les monopartenaires (c'est-à-dire les personnes ne déclarant qu'un seul partenaire au cours de l'année) et les répondants déclarant avoir utilisé un préservatif dans l'année précédant l'enquête sont plus nombreux en 2004 qu'en 2001 à avoir déjà craint la contamination par le virus du sida.

2. Les femmes et les répondants « potentiellement les plus à risque » ou « les plus sensibilisés » sont les plus nombreux à avoir déjà craint la contamination par le VIH.

Ainsi, comme l'illustre le graphique 3.3, la crainte de contamination pour soi-même est en 2004 statistiquement différente selon le sexe, l'âge, le niveau d'études, l'activité sexuelle et l'utilisation du préservatif des répondants. De manière générale, ceux qui déclarent avoir déjà craint d'être contaminé par le virus du sida sont en 2004 plutôt les femmes, les plus jeunes, les multipartenaires, et les utilisateurs de préservatif. Ces résultats sont confirmés par l'analyse multivariée présentée dans le tableau 3.2.

Tableau 3.2 : Déterminants de la crainte de contamination par le VIH - Enquête 2004 ^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Hommes	1	
Femmes	1,45	1,2-1,73
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	0,93	0,64-1,36
25-34 ans	1,41	1,10-1,82
35-44 ans	1,19	0,96-1,49
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	1,24	1,03-1,49
Activité professionnelle : Inactif	1	
Actif non cadre	0,93	0,65-1,33
Cadre, profession intermédiaire	1,50	1,05-2,15
Actuellement au chômage depuis plus de 6 mois : Non	1	
Oui	1,60	1,08-2,38
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	1,11	0,93-1,34
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	1,41	0,94-2,12
Multipartenaire	2,56	1,90-3,44
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	1,63	1,34-1,98
Avoir réalisé un test de dépistage durant les 12 derniers mois : Non	1	
Oui	2,34	1,80-3,03
Type d'utilisation du préservatif au cours de la vie : Non utilisateur	1	
Sexuellement abstinent au cours de la vie	0,52	0,22-1,21
Utilisateur au cours des 12 derniers mois	2,18	1,56-3,05
Utilisateur avant les 12 derniers mois	2,19	1,63-2,95

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667)

Lecture du tableau 3.2 : Les valeurs reportées en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les bacheliers et les diplômés du supérieur ont une probabilité plus élevée d'avoir déjà craint être contaminés par le virus du sida que les moins diplômés.

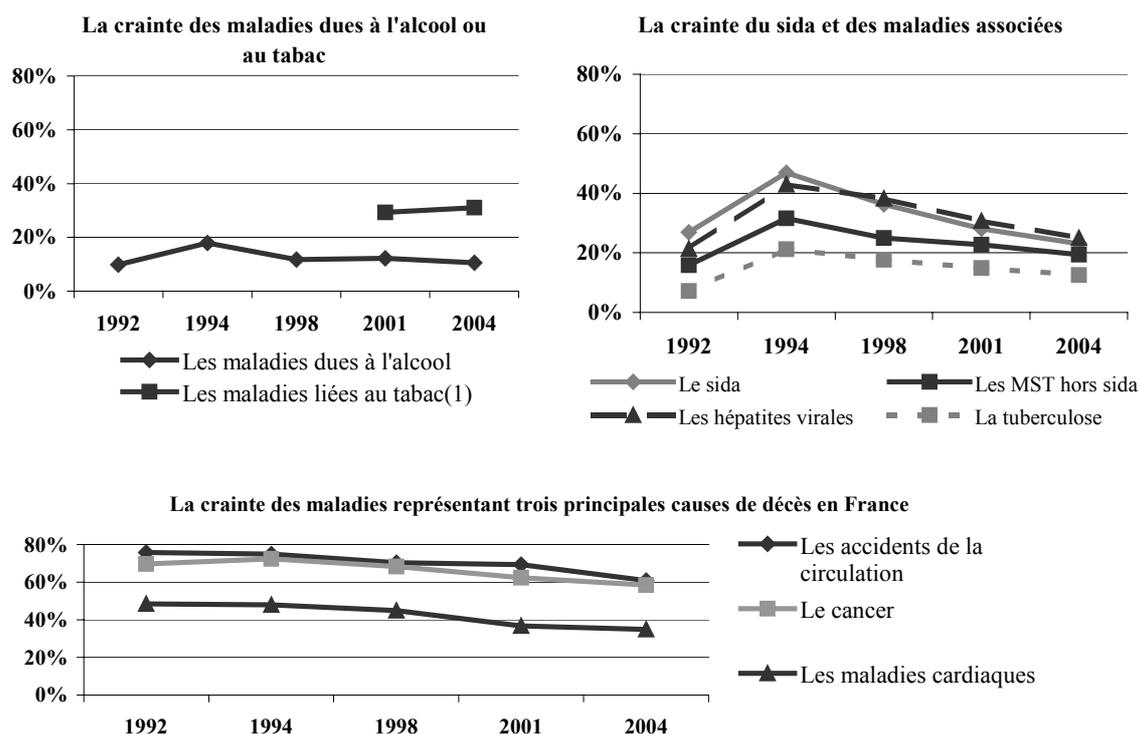
Cette crainte de la contamination diffère également en fonction de l'activité sexuelle des répondants et de leur proximité à la maladie. Ainsi, les multipartenaires craignent davantage le virus du sida que les monopartenaires et les utilisateurs du préservatif davantage que les non utilisateurs. De même, ceux qui disent connaître une ou plusieurs personnes malades du sida ou séropositives ou bien qui ont effectué un test de dépistage au cours des 12 derniers mois déclarent plus souvent avoir craint d'avoir été contaminés.

III. Crainte de différents risques et maladies

1. La crainte pour soi-même du sida et de différentes maladies associées diminue depuis 1998.

Graphique 3.4 : Evolution de la crainte de différents risques et maladies –Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal, beaucoup ? (en pourcentage de « beaucoup ou pas mal »)



(a) L'item est posé depuis l'enquête 2001.

(b) Pourcentage redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001 et n=2982 en 2004.

Alors que, comme nous l'avons vu précédemment, la proportion de répondants déclarant avoir déjà redouté une contamination par le virus du sida augmente légèrement, on constate **une diminution globale de la peur suscitée par les différents risques et maladies** cités dans l'enquête à l'exception des maladies cardiaques et des maladies liées au tabac, pour lesquelles la proportion de répondants déclarant les craindre pour eux mêmes est restée stable entre 2001 et 2004.

La crainte à l'égard des accidents de la circulation a fortement diminué entre 2001 et 2004, passant de 69,4% à 60,8%, mais demeure le premier risque cité par les répondants, suivi du cancer avec 58,4%.

La crainte du sida et des maladies associées a également diminué : près d'une personne sur quatre déclare craindre beaucoup ou pas mal le sida ou les hépatites virales pour elle même en 2004 (contre respectivement 28,1% et 30,7% en 2001) et 12,5% la tuberculose.

Globalement, la crainte de l'ensemble des maladies et des risques cités diminue depuis 1994. Depuis la crainte diminue et particulièrement pour le sida et les maladies associées citées dans l'enquête, : la tuberculose, les hépatites virales, les infections sexuellement transmissibles.

2. Les jeunes craignent davantage le sida, les plus âgés davantage le cancer

En 2004, parmi les personnes âgées entre 55 et 69 ans, 64,9% déclarent craindre le cancer (contre 51,5% des 18-24 ans), 50,6% les maladies cardiaques (28,4% des 18-24 ans), alors que les jeunes craignent plus souvent le sida (39,8% des 18-24 ans contre 13,2% des 55-69 ans), les infections sexuellement transmissibles en dehors du sida (39,2% des 18-24 ans contre 9,9% des 55-69 ans) et les maladies liées au tabac (35,2% des 18-24 ans contre 16,5% des 55-69 ans). Pour la crainte des autres maladies citées, les personnes interrogées ne se distinguent pas selon l'âge.

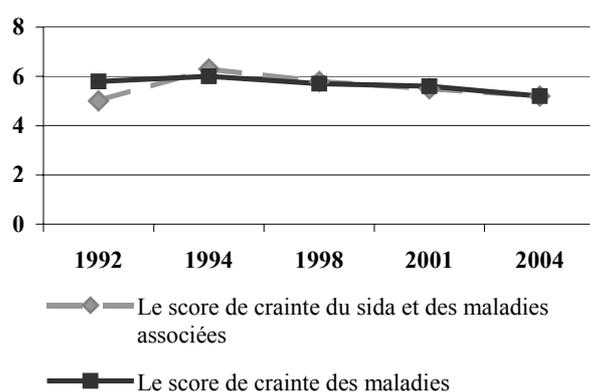
Par ailleurs, les résultats soulignent, comme dans les enquêtes précédentes, que **le sida et les maladies associées sont moins craints lorsque les répondants connaissent l'existence des ARV³⁶** : 30,8% des personnes qui ne connaissent pas l'existence de ces traitements craignent beaucoup ou pas mal le sida contre 20,9% parmi celles qui les connaissent. La connaissance de l'existence de ces ARV semble ainsi produire un effet rassurant face au risque du sida.

³⁶ Association antirétrovirale puissante

3. Le sida et les maladies associées sont davantage craints par les personnes potentiellement « les plus à risque » ou « les plus sensibilisés »

Afin de synthétiser la crainte pour soi-même des différents risques et maladies de l'ensemble de la population interrogée, différents scores ont été construits. Le premier est composé des réponses aux huit risques et maladies communs à l'ensemble des enquêtes. Nous avons choisi d'attribuer les valeurs "1", "2" et "3" lorsque les répondants disent craindre respectivement *peu*, *pas mal* ou *beaucoup* la maladie ou le risque cité. La valeur de ce score est ainsi comprise entre 8 (toutes les maladies étant peu craintes) et 24 (toutes les maladies étant beaucoup craintes). Le seconde score regroupe le sida et les maladies associées³⁷: tuberculose, hépatite virale et maladies sexuellement transmissibles (valeur minimale de 4 et valeur maximale de 12). Le dernier est construit selon le même procédé à partir des maladies ou risques représentant les principales causes de décès en France (valeur minimale de 3 et valeur maximale de 9) : les maladies cardiovasculaires, les cancers et les accidents de la route. Plus la valeur des scores est élevée, plus les risques et maladies cités sont craints pour soi-même.

Graphique 3.5 : Evolution des scores de crainte de différents risques et maladies (en moyenne) – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)



(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=2682** en 2001 et **n=2982** en 2004.

L'évolution de la moyenne du score, représentée dans le graphique 3.5 ci-contre, illustre de façon globale les résultats trouvés précédemment. Ainsi, **après avoir atteint un maximum en 1994** (avec une valeur moyenne de 6,3), **la crainte du sida et des maladies associées diminue depuis de façon continue**, avec une valeur moyenne de 5,2 en 2004. De même, la crainte des maladies cardiovasculaires, des cancers et des accidents de la route a fortement diminué entre les deux dernières enquêtes, le score moyen passant de 5,6 en 2001 à 5,2 en 2004. Il avait également atteint une valeur maximale de 6 en 1994.

La valeur moyenne du score de crainte du sida et des maladies associées est en 2004 plus faible chez les répondants les plus âgés (5,0 chez les 55-69 ans contre 5,7 chez les 18-24 ans). En revanche, les jeunes ont un score moyen de crainte des maladies cardiovasculaires, des cancers et des accidents de la route moins élevé que leurs aînés : 5,0 chez les 18-24 ans contre 5,7 chez les 55-69 ans. Nous retrouvons ici les résultats précédents.

³⁷ Elle sont associées au sida, car ce sont des maladies opportunistes du sida et elles reposent sur des modes de contamination similaires

Comme l'indique le modèle de régression linéaire du tableau 3.3, les déterminants de la crainte du sida et des maladies associées sont identiques à ceux de la crainte d'avoir déjà été contaminé. **Les personnes qui déclarent craindre beaucoup le sida et les maladies associées pour elles mêmes sont celles qui sont potentiellement les plus à risque** (les multipartenaires) **ou les plus « sensibilisées »** (mesure de prévention...).

Tableau 3.3 : Déterminants du score de crainte du sida et des maladies associées –Enquête 2004 ^(a)

<i>Moyenne</i>	<i>Modèle de régression linéaire</i>	
	Coefficients	IC à 95%
Constant	5,52	5,05-5,98
Sexe : Hommes	1	
Femmes	0,10	-0,07-0,26
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	-0,00	-0,37-0,36
25-34 ans	0,15	-0,06-0,36
35-44 ans	0,04	-0,14-0,21
Actuellement au chômage depuis de plus de 6 mois : Non	1	
Oui	0,63	0,16-1,10
Niveau d'études : inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	-0,45	-0,65- -0,25
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	-0,17	-0,51-0,16
Cadre, profession intermédiaire	-0,43	-0,76- -0,09
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	-0,33	-0,50- -0,16
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	-0,03	-0,21-0,14
Avoir réalisé un test de dépistage durant les 12 derniers mois : Non	1	
Oui	0,32	0,07-0,58
Avoir entendu parler des nouveaux traitements : Non	1	
Oui	-0,28	-0,48- -0,08
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	1,07	0,65-1,49
Multipartenaire	0,35	0,06-0,64
Type d'utilisation du préservatif au cours de la vie : Non utilisateur	1	
Sexuellement abstinent au cours de la vie	0,50	-0,37-1,37
Utilisateur des préservatifs au cours des 12 derniers mois	0,45	0,19-0,72
Utilisateur des préservatifs avant les 12 derniers mois	0,01	-0,21-0,22

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667) .

Lecture du tableau 3.3 : Les valeurs reportées en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants ayant réalisé un test de dépistage au cours des 12 derniers mois ont davantage craint le sida et les maladies associées que ceux qui ne l'ont pas fait. Ils l'ont moins souvent craint lorsqu'ils connaissent l'existence des nouveaux traitements.

Cette crainte du sida et des maladies associées est plus élevée lorsque les répondants déclarent soit avoir plusieurs partenaires, soit avoir utilisé des préservatifs ou encore avoir réalisé un test de dépistage au cours des 12 derniers mois. De même, les personnes actuellement au chômage depuis plus de 6 mois déclarent plus souvent craindre beaucoup le sida. Par contre, cette crainte pour soi-même apparaît moins élevée pour les répondants cadres ou exerçant une profession intermédiaire, qui possèdent le baccalauréat ou un diplôme du supérieur, qui n'accordent pas d'importance à la religion ou qui ne connaissent pas l'existence des ARV.

Enfin, cette crainte ne diffère pas entre les hommes et les femmes, ou entre les différents groupes d'âge.

IV. La contagiosité du sida par rapport à la grippe

1. La perception de la contagiosité du virus du sida par rapport à la grippe est plus élevée en 2004 qu'en 2001.

Les personnes interrogées sont en 2004 plus nombreuses qu'auparavant à répondre que « le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe » : 12,4% contre 9,6% en 2001. Elles sont également plus nombreuses à citer la réponse « aussi facilement que la grippe », soit 35,1% contre 32,1% en 2001. Ces augmentations se font essentiellement au détriment de réponse « moins facilement que la grippe » qui a significativement diminué (58,0% contre 51,2% en 2004).

Tableau 3.4 : Evolution de la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Diriez-vous que le sida peut s'attraper plus facilement, aussi facilement, moins facilement que la grippe ?

En pourcentage	1992	1994	1998	2001	2004	Probabilité ⁽²⁾				
	<i>n=1494</i>	<i>n=1198</i>	<i>n=1769</i>	<i>n=2682</i>	<i>n=2982</i>	92/94	94/98	98/01	01/04	92/04
Plus facilement que la grippe	7,9	12,4	9,1	9,6	12,4	↗	↘	→	↗	↗
Aussi facilement que la grippe	24,1	30,3	29,7	32,1	35,1	↗	→	→	↗	↗
Moins facilement que la grippe	65,2	56,1	60,1	58,0	51,2	↘	↗	→	↘	↘
Ne sait pas	2,9	1,2	1,1	0,3	1,4	↘	→	↘	↗	→

(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative d'une même modalité entre les enquêtes ($p < 0,05$). Les cellules en gras indiquent une différence statistiquement significative d'une même modalité entre 2001 et 2004.

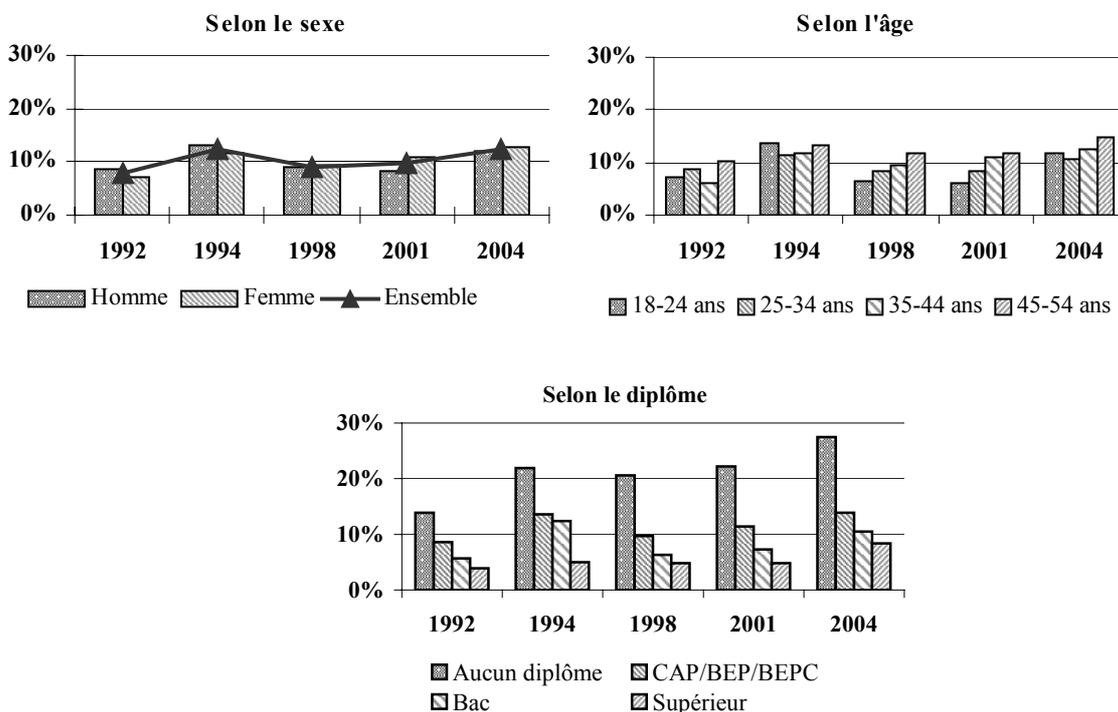
Ainsi, après une stagnation entre 1998 et 2001, la perception d'une contagiosité plus élevée du sida par rapport à la grippe a augmenté en 2004, retrouvant le niveau de 1994.

2. Un accroissement de la contagiosité perçue chez les hommes, les jeunes de 18 à 24 ans, diplômés du supérieur et les personnes déclarant aucun ou un seul partenaire au cours des 12 derniers mois

Cette augmentation concerne plusieurs sous-groupes des répondants. Ainsi, la proportion d'hommes qui pensent que le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe augmente de 8,3% en 2001 à 12,0% en 2004. De même, les répondants âgés de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux qu'en 2001 à le croire, de 6,2% à 11,7%. De même, les répondants possédant un diplôme du supérieur pensent plus souvent que la contagiosité du virus du sida est plus grande que celle de la grippe, soit 8,4% contre 4,8% en 2001.

Toutefois, comme pour les années précédentes, cette croyance que le virus du sida peut s'attraper plus facilement que la grippe est en 2004 d'autant plus importante que les répondants sont peu diplômés : ainsi 27,5% des non diplômés le pensent contre 8,4% des diplômés du supérieur. Enfin, cette augmentation est également présente chez les répondants actifs non cadres. En effet, 14,7% d'entre eux croient en 2004 que le virus du sida est plus contagieux que la grippe contre 11,2% en 2001

Graphique 3.6 : Evolution de la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe selon le sexe, l'âge et le diplôme (en pourcentage de « plus facilement que la grippe » –Enquêtes 1992 à 2004^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche.

Cependant, en 2004 cette croyance en la contagiosité du sida plus grande par rapport à la grippe ne diffère ni selon le sexe ni selon l'âge du répondant. Mais comme en 2001, les cadres ou les personnes exerçant une profession intermédiaire croient moins souvent que le sida est plus contagieux que la grippe : 8,3% des cadres contre 14,4% des inactifs en 2004.

3. Mais, les répondants âgés de 25 à 34 ans, les diplômés du supérieur ou les cadres sont les moins nombreux à percevoir le sida plus contagieux que la grippe.

Comme l'indique le tableau 3.5, l'activité professionnelle, le diplôme et l'importance accordée à la religion apparaissent comme des facteurs déterminants à la perception de la contagiosité du virus du sida par rapport à la grippe. Ainsi, les répondants exerçant une profession intermédiaire ou cadre, possédant un diplôme du supérieur et ceux qui n'accordent aucune importance à la religion sont proportionnellement moins nombreux que les autres à penser que le virus du sida peut s'attraper plus facilement que la grippe.

Mais, par rapport aux répondants âgés de 45 à 54 ans, ce sont les adultes âgés entre 25 à 34 ans les moins nombreux à penser que le sida est plus contagieux que la grippe.

Tableau 3.5 : Déterminants à la perception de la contagiosité du virus du sida par rapport à la grippe –Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Hommes	1	
Femmes	1,08	0,85-1,38
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	0,91	0,68-1,21
25-34 ans	0,56	0,32-0,99
35-44 ans	0,77	0,54-1,08
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	0,58	0,44-0,78
Activité professionnelle : Inactif	1	
Actif non cadre	0,79	0,48-1,28
Cadre, profession intermédiaire	0,53	0,23-0,87
Situation matrimoniale: Marié/comme marié	1	
Célibataire	1,14	0,73-1,78
Divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve)	1,04	0,66-1,64
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	0,76	0,58-0,99
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Abstinent au cours des 12 derniers mois	1,30	0,81-2,08
Multipartenaire	1,02	0,64-1,61
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	0,78	0,59-1,05
Avoir déjà craint d'être contaminé par le VIH : Non	1	
Oui	1,09	0,84-1,43
Perception du risque de contamination par le VIH:		
Aucun ou moins de risque par rapport à la moyenne des gens	1	
Autant ou plus de risque par rapport à la moyenne des gens	1,09	0,84-1,43

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 inscrite sur liste blanche et liste rouge (n=3667) .

Lecture du tableau 3.5 : Les cellules en gras indiquent une différence significative pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle (au risque de 5%). Par exemple, les répondants cadres ou de professions intermédiaires ont une probabilité moins élevée que les inactifs de penser que le virus du sida peut s'attraper plus facilement que la grippe (avec un odds ratio inférieur à 1).

Chapitre 4- Les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

Environ un tiers des répondants déclarent se sentir personnellement très concernés par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs, proportion stable depuis 1998. Les femmes et les répondants sensibilisés au problème du sida sont proportionnellement plus nombreux à manifester de l'intérêt pour les campagnes : ceux qui ont une perception du risque plus élevé que la moyenne des gens, ceux qui ont déjà craint d'avoir été contaminés par le VIH, ceux qui disent connaître une personne séropositive, et enfin ceux qui ont utilisé des préservatifs au cours de l'année précédant l'enquête. Par contre, et contrairement aux enquêtes précédentes, ce sont les répondants âgés entre 45 et 54 ans les plus nombreux à se sentir concernés par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs, cet intérêt ayant significativement augmenté entre 2001 et 2004.

Les répondants très concernés par les campagnes de prévention connaissent mieux les modes certains de transmission du sida que ceux qui se disent peu ou pas concernés. Ils sont aussi davantage tolérants vis-à-vis des séropositifs et plus conscients des risques encourus.

On constate toutefois en 2004 une moindre influence des campagnes sur l'opinion des personnes interrogées. Ainsi, par rapport à 2001, les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs ont moins fréquemment contribué à rendre les répondants inquiets du sida que ce soit pour eux mêmes ou pour la société. Elles ont également moins d'influence sur l'adoption des comportements de prévention.

Quels que soient leur âge, leur niveau d'études et leur activité sexuelle (nombre de partenaires), près de quatre personnes sur cinq se souviennent avoir vu ou lu des campagnes sur les préservatifs et sur le virus du sida au cours des douze derniers mois.

I. Les campagnes d'information sur le VIH/sida ou le préservatif

1. L'intérêt porté aux campagnes d'information est stable depuis 1998

La proportion des personnes interrogées déclarant être « *beaucoup concernée* » par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs n'a pas significativement augmenté depuis 1998, passent de 28,9% en 2001 à 31,1% en 2004. Cette stabilité concerne également les proportions de répondants se déclarant « *un peu concernés* » (respectivement 47%, 48,2% et 46%) et « *pas du tout concernés* » (23,3% et 22,9% pour 2001 et 2004).

Tableau 4.1 : Evolution des opinions concernant les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Vous sentez-vous personnellement concernés par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs ?

En pourcentage	1992	1994	1998	2001	2004	Probabilité ^(b)				
	n=1494	n=1198	n=1769	n=2682	n=2982	92/94	94/98	98/01	01/04	92/04
Pas du tout concerné	37,6	20,3	23,3	22,9	22,9	↘	→	→	→	↘
Un peu concerné	48,2	40,4	47,0	48,2	46,0	↘	↗	→	→	→
Beaucoup concerné	14,2	39,3	29,8	28,9	31,1	↗	↘	→	→	↗

(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche.

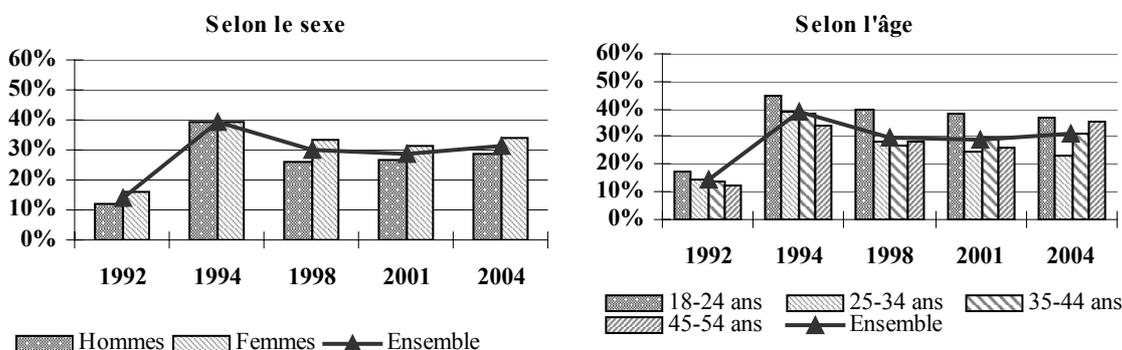
(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative d'une même modalité entre les enquêtes ($p < 0,05$).

Ce niveau d'intérêt pour les campagnes sur le sida et les préservatifs se maintient depuis 1998, après avoir atteint un maximum en 1994, année où la proportion de répondants très concernés par les campagnes s'élevait à près de 40%.

Comme l'indique le graphique 4.1, **les femmes manifestent et ont toujours manifesté un degré de sensibilisation aux campagnes d'information plus élevé que les hommes, sauf en 1994**, année marquée par un intérêt particulièrement élevé dans la population générale et où la proportion d'hommes et de femmes est équivalente. Elles se déclarent donc en 2004 plus fréquemment « *beaucoup concernées* » (31,0% contre 26,2% chez les hommes). Les hommes, plus nombreux à déclarer se sentir « *un peu concernés* » (46,2% contre 42,1% des femmes), se situent au moment de l'enquête dans une position davantage intermédiaire.

En ce qui concerne l'âge, les jeunes de 18-24 ans restent ceux qui déclarent le plus grand intérêt pour les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs, rejoints en 2004 par les répondants âgés entre 45 et 54 ans. Ils sont en effet respectivement 35,9% et 36,8% à se déclarer très concernés contre seulement 24% des 25-34 ans et 20,5% des 55-69 ans. Le degré de sensibilisation s'est particulièrement accru entre 2001 et 2004 pour les individus âgés entre 45 et 54 ans.

Graphique 4.1: Evolution de l'intérêt pour les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs selon le sexe et l'âge du répondant (en pourcentage déclarant « oui, beaucoup concerné ») –Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001 et n=2982 en 2004.

Par contre, l'intérêt déclaré pour les campagnes par **les répondants âgés entre 25 et 34 ans n'a pas cessé de décroître pour atteindre en 2004 le niveau le plus bas de l'ensemble des classes d'âge**, plus de la moitié d'entre eux se sentant « *un peu concernés* » (53,3%). Parallèlement, ceux âgés entre 55 et 69 ans, qui ont commencé leur vie sexuelle avant l'arrivée des premiers cas de sida et qui sont relativement moins actifs sexuellement³⁸ au moment de l'enquête, se sentent particulièrement peu concernés. Ce sont les plus nombreux à se déclarer *pas du tout concernés* (40,2%) par ces campagnes d'information sur le sida et les préservatifs.

2. L'intérêt pour les campagnes reste plus marqué pour ceux qui ont une perception du risque de contamination plus élevée ou qui ont une sexualité plus active en termes de partenaires

Jusqu'en 2001, avoir obtenu le baccalauréat semblait créer un clivage dans le degré de sensibilisation aux campagnes d'information sur le sida et les préservatifs. Les résultats indiquaient effectivement que les plus diplômés étaient proportionnellement plus nombreux à se sentir concernés que ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat. Mais ce clivage n'existe plus depuis 2001, l'intérêt pour les campagnes est en 2004 similaire entre les diplômés du supérieur et ceux qui ne possèdent aucun diplôme : respectivement 27,4% et 28,6% se déclarent personnellement concernés par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs contre 32,6% des personnes possédant un CAP/CEP/BEP et 35,9% des bacheliers. Ces derniers manifestent en 2004 un plus grand intérêt pour ces campagnes qu'en 2001 (cf. tableau 4.2).

³⁸ Comme nous le verrons plus loin, les répondants de cette classe d'âge sont en effet proportionnellement moins nombreux que les autres à déclarer plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et même au cours des cinq dernières années.

Tableau 4.2 : Evolution de l'intérêt pour les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs selon certaines caractéristiques du répondant—Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Vous sentez-vous personnellement concernés par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs ?

En pourcentage de « oui, beaucoup »	1992	1994	1998	2001	2004	Probabilité ^(b)				
	n=1494	n=1198	n=1769	n=2682	n=2982	92/94	94/98	98/01	01/04	92/04
Selon le niveau d'études										
Aucun diplôme	8,3	36,2	23,8	25,0	28,6	↗	↘	→	→	↗
CAP/BEP/BEPC	11,3	35,5	27,9	28,3	32,6	↗	↘	→	↗	↗
Bac	20,7	48,6	32,7	29,2	35,9	↗	↘	↘	↗	↗
Supérieur	18,4	39,2	33,1	30,7	27,4	↗	↘	→	↘	↗
Selon la perception du risque de contamination										
Aucun ou moins de risque	13,0	31,6	23,4	23,1	25,4	↗	↘	→	→	↗
Autant ou plus de risque	16,6	48,8	38,6	37,0	38,6	↗	↘	→	→	↗
Selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois										
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	16,2	44,6	31,3	29,7	32,7	↗	↘	→	→	↗
Monopartenaire	12,3	36,6	28,2	26,8	29,3	↗	↘	→	→	↗
Multipartenaire	22,9	54,0	40,7	48,6	42,8	↗	↘	↗	→	↗
Selon le type d'utilisateur du préservatif au cours de la vie										
Sexuellement abstinent au cours de la vie	8,8	39,3	26,3	30,0	20,3	↗	↘	↗	→	↗
Utilisateur au cours des 12 derniers mois	16,9	49,8	38,1	41,1	36,8	↗	↘	→	↘	↗
Utilisateur avant les 12 derniers mois	16,3	37,3	28,0	25,9	29,5	↗	↘	↘	↗	↗
Non utilisateur au cours de la vie	10,1	30,0	21,8	20,2	28,0	↗	↘	↘	↗	↗

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche. Les cellules en gras indiquent la différence significative d'une même modalité entre 2001 et 2004. Les cellules grisées indiquent la différence significative entre les modalités d'une même enquête.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative d'une même modalité entre les enquêtes ($p < 0,05$).

Alors que le niveau d'intérêt pour les campagnes était en 1992 identique quelle que soit la perception du risque d'être contaminé par le VIH, les répondants qui déclarent avoir un risque supérieur ou égal à la moyenne des gens sont, depuis 1994, proportionnellement plus nombreux à se sentir concernés par les campagnes d'information.

De même, les répondants qui déclarent avoir eu plusieurs partenaires sexuels (multipartenaires) au cours des douze derniers mois restent plus nombreux que les sexuellement abstinentes ou les monopartenaires à se sentir personnellement *beaucoup concernés* par les campagnes.

L'utilisation du préservatif demeure également étroitement corrélée avec l'intérêt pour les campagnes. Les utilisateurs de préservatifs au cours des douze derniers mois sont proportionnellement les plus nombreux à se sentir *beaucoup concernés*, suivis des anciens utilisateurs³⁹, groupe pour lequel l'intérêt s'est accru entre 2001 et 2004. Les non utilisateurs sont également plus nombreux à se sentir concernés en 2004 qu'en 2001, alors que **cette sensibilisation a diminué parmi les utilisateurs de préservatif dans l'année** (baisse de 41,1% à 36,8%).

³⁹ C'est-à-dire ceux qui déclarent avoir utilisé des préservatifs il y a plus d'un an, mais pas dans les douze derniers mois.

II. L'intérêt pour les campagnes d'information selon certains scores de connaissance et d'attitudes

Tableau 4.3 : Evolution de certains scores selon l'intérêt porté aux campagnes- Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

En pourcentage	1992	1994	1998	2001	2004	Probabilité ⁽²⁾				
	n=1494	n=1198	n=1769	n=2682	n=2982	92/94	94/98	98/01	01/04	92/04
a- Score de connaissance des modes certains de transmission										
Pas ou peu concerné	5,5	5,9	5,7	5,8	5,9	↗	↘	↗	→	↗
Beaucoup concerné	5,7	6,1	6,0	5,8	6,0	↗	→	→	↗	↗
b- Score de connaissance des modes incertains de transmission										
Pas ou peu concerné	2,3	1,9	2,0	1,9	1,6	↘	→	↘	→	↘
Beaucoup concerné	2,2	1,8	1,8	1,8	1,7	↘	→	→	→	↘
c- Score d'attitude favorable à l'égard des séropositifs										
Pas ou peu concerné	8,4	8,8	8,9	9,0	8,9	↗	→	→	→	↗
Beaucoup concerné	8,9	9,3	9,4	9,3	9,4	↗	→	→	→	↗
d- Score sur le dépistage obligatoire										
Pas ou peu concerné	30,1	32,6	30,3	28,2	27,1	↗	↘	↘	↘	↘
Beaucoup concerné	29,9	30,3	29,4	28,6	27	→	→	→	↘	↘
e- Score de crainte du sida et des maladies associées										
Pas ou peu concerné	4,9	6	5,5	5,2	5	↗	↘	↘	↘	→
Beaucoup concerné	5,6	6,7	6,4	6,1	5,7	↗	↘	→	↘	→

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche. Les cellules en gras indiquent des comparaisons significativement différentes d'une même modalité entre 2001 et 2004. Les cellules grisées indiquent des comparaisons significativement différentes entre les modalités d'une même enquête.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative d'une même modalité entre les enquêtes ($p < 0,05$).

(c) <u>Rappel de la signification des scores</u>	Min	Max
1- Plus le score de connaissance est élevé, plus les répondants connaissent les modes de transmission	0	7
2- Plus le score sur les modes incertains de transmission est élevé, moins les répondants croient en ces modes de transmission	0	3
3- Plus le score d'attitude favorable est élevé, plus les répondants se montrent tolérants vis-à-vis des personnes séropositives	0	10
4- Plus le score de dépistage obligatoire est élevé, plus les répondants y sont favorables	0	44
5- Plus le score de peur des maladies est élevé, plus les répondants craignent pour eux-mêmes	4	12

Comme l'indique le tableau 4.3, l'évolution de la connaissance des modes de transmission, des attitudes à l'égard des personnes séropositives, de l'opinion concernant le dépistage obligatoire pour certains groupes de la population et de la crainte du sida ou des maladies associées est similaire entre 2001 et 2004 quelques soit l'intérêt porté aux campagnes de prévention. Seules les personnes très concernées par les campagnes ont en 2004 une valeur moyenne du score de connaissance des modes certains de transmission plus élevée qu'en 2001 (6,0 contre 5,8) indiquant une meilleure connaissance, alors que cette valeur moyenne est stable parmi les personnes moins concernées (5,9 contre 5,8). Aussi, les personnes qui en 2004 se déclarent très concernées par les campagnes ont globalement une meilleure connaissance des modes de contamination (valeur moyenne du score de connaissance des modes certains de transmission de 6 contre 5,9 pour les moins concernées), une attitude plus favorable à l'égard des séropositifs (9,4 contre 8,9), et craignent davantage le sida et les maladies associées (5,7 contre 5) que celles qui se déclarent moins concernées.

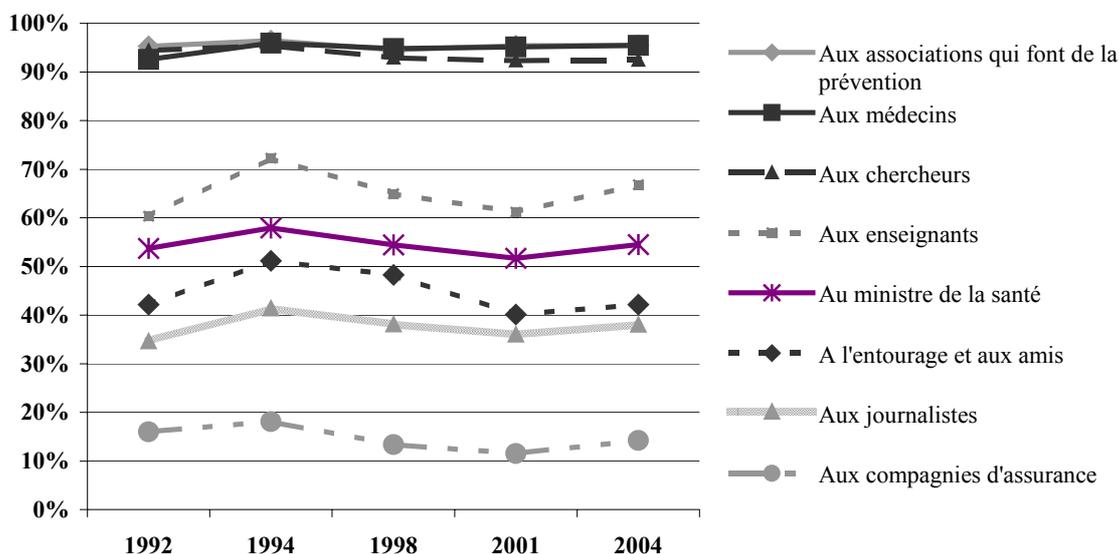
III. Confiance accordée aux sources d'information sur le sida

Alors que la confiance accordée aux différents organismes et personnes susceptibles d'informer sur le sida se détériorait depuis 1994, elle s'accroît à nouveau légèrement envers *les enseignants* (61,1% en 2001 contre 66,8% en 2004) sont tout à fait ou plutôt d'accord pour leur accorder leur confiance), le *ministre de la santé* (51,7% contre 54,5%) et les *compagnies d'assurance* (11,5% contre 14,2%), retrouvant dans les deux derniers cas le niveau de confiance de 1992.

De même, la proportion de personnes déclarant faire *–tout à fait ou plutôt–* confiance à *l'entourage et aux amis* et *aux associations qui font de la prévention* est stable depuis 1998.

Graphique 4.2 : Confiance accordée aux personnes et organismes susceptibles d'informer sur le sida (en pourcentage de « tout à fait ou plutôt d'accord ») – Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Selon vous, pour être informé sur le sida, on peut faire confiance... ?



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001 et n=2982 en 2004.

Globalement, **les femmes sont plus méfiantes que les hommes à l'égard des divers organismes cités pour être tenues informées sur le sida**, sauf à l'égard *des associations qui font de la prévention*, *des chercheurs* et du *ministre de la santé* pour lesquels le niveau de confiance est similaire.

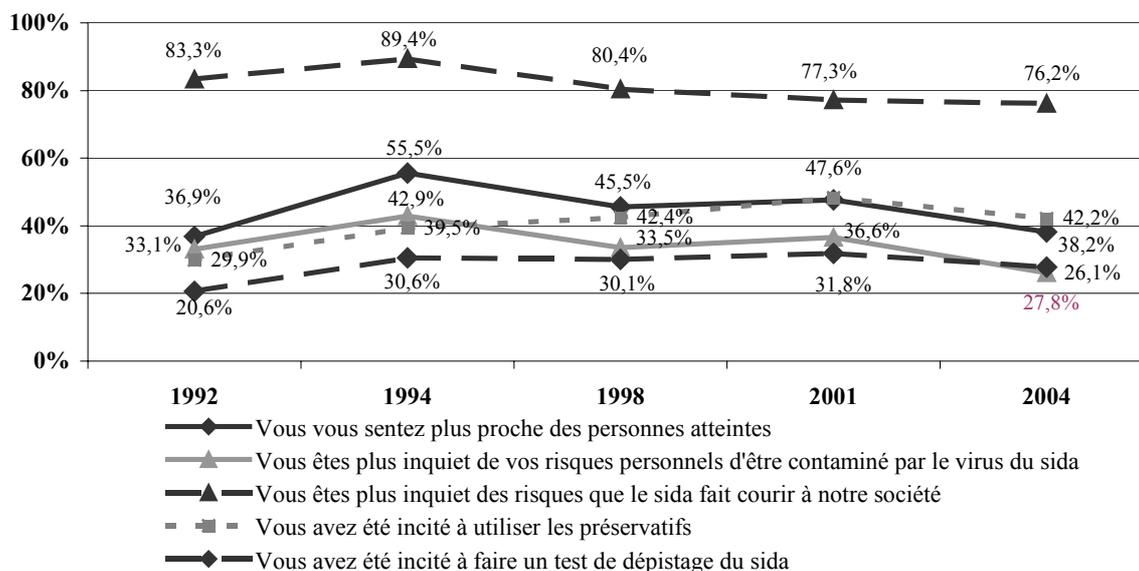
Cette confiance dépend également de l'âge du répondant. En 2004, les 18-24 ans font plus souvent confiance au *ministre de la santé* (58,8% d'entre eux contre 52,1% des 45-54 ans), les 25-34 ans aux *enseignants* (69,3% contre 64,4% des 35-44 ans) et à *leur entourage et amis* (43,9% contre 36,6% des 34-44 ans), les 35-44 ans aux *associations chargées de la prévention* (96,4% contre 92,7% des 55-69 ans) et aux *journalistes* (41,2% contre 31,6% des 18-24 ans) les 45-54 ans plutôt aux *médecins* (96,9% contre 93,4% des 25-34 ans). Quant aux 55-69 ans, ils accordent leur confiance aux *chercheurs* (96,6% contre 91,0% des 25-34 ans).

IV. Opinions sur certains aspects des campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

1. L'influence des campagnes sur les attitudes et les comportements est moins importante en 2004 qu'en 2001

Graphique 4.3 : Evolution de l'opinion sur certains aspects des campagnes d'information sur le sida et les préservatifs (en pourcentage de « oui ») - Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

Diriez-vous que les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs ont contribué à modifier votre point de vue en ce qui concerne les thèmes suivants :



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche, soit n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001 et n=2982 en 2004.

Ainsi en 2004, les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs ont moins fréquemment contribué à rendre les répondants inquiets du sida que ce soit pour eux mêmes ou pour la société. En 2004, 26,1% des répondants contre 36,6% en 2001 sont plus inquiets de leur risque d'être contaminés par le sida, proportion la plus faible depuis 1992 (33,1% en 1992, 42,9% en 1994, et 33,5% en 1998).

Par ailleurs, même s'ils sont en 2004 aussi nombreux à être inquiets des risques que le sida peut faire courir à la société (76,2% et 77,3% en 2001), la proportion des personnes qui répondent « non » a augmenté en 2004 : 13,5% contre 10,7% en 2001, augmentation qui se fait au profit des réponses de « peut-être ou ne sait pas ».

De même, les personnes interrogées déclarent moins souvent qu'elles se sentent plus proches des personnes séropositives. En effet, elles étaient 47,7% à faire une telle déclaration en 2001 contre 38,2% en 2004, retrouvant le niveau de 1992 (36,9%).

Enfin, les campagnes d'information semblent avoir moins d'influence sur l'adoption des comportements de prévention en 2004 qu'en 2001, puisqu'ils sont moins nombreux à déclarer avoir été incités par les campagnes à utiliser les préservatifs (42,2% des répondants contre 48,3%), proportion restant toutefois beaucoup plus élevée qu'en 1992 (29,9%). De même, 27,8% des personnes interrogées déclarent en 2004 avoir été incitées par les campagnes à faire un test de dépistage du sida contre 31,8% en 2001.

2. Cette influence varie entre les hommes et les femmes ainsi que selon l'âge.

Comme l'indique le tableau 4.4, les femmes déclarent plus fréquemment se sentir proches des personnes séropositives, sont plus inquiètes des risques engendrés par le sida pour la société et ont davantage été incitées à faire un test de dépistage du virus du sida. Les hommes sont eux davantage inquiets de leurs risques personnels de contamination et disent plus souvent avoir été incités à utiliser les préservatifs.

Tableau 4.4 : Opinions sur certains aspects des campagnes d'information sur le sida et les préservatifs selon le sexe et l'âge des répondants (en pourcentage de « oui ») - Enquête 2004 ^(a)

En pourcentage	Hommes n=2219	Femmes n=2856	χ^2 ^(b)	18-24 ans n=497	25-39 ans n=1554	40-54 ans n=1616	55-69 ans n=1404	χ^2 ^(b)
Vous vous sentez plus proche des personnes atteintes								
Oui	38,5	45,5	S	28,7	34,3	47,9	51,1	S
Vous êtes plus inquiet de vos risques personnels d'être contaminé par le virus du sida								
Oui	25,3	21,6	S	44,1	24,0	20,4	15,5	S
Vous êtes plus inquiet des risques que le sida fait courir à notre société								
Oui	76,1	81,6	S	76,2	76,3	78,4	83,6	S
Vous avez été incité à utiliser les préservatifs								
Oui	39,2	35,2	S	64,7	46,2	28,5	22,5	S
Vous avez été incité à faire un test de dépistage du virus du sida								
Oui	23,0	26,6	S	28,0	34,7	21,8	15,4	S

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 69 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, NS non significatif, S statistiquement significatif entre les différentes modalités d'un même item ($p < 0,05$).

En 2004, les campagnes sensibilisent plutôt les jeunes aux risques personnels et les incitent à prendre des mesures de prévention face au sida, telles que faire un test de dépistage ou utiliser un préservatif. En revanche, chez les plus âgés (particulièrement les personnes âgées entre 55 et 69 ans) elles ont davantage contribué à les rendre plus inquiets des risques du sida pour la société et à renforcer leur tolérance à l'égard des personnes séropositives.

Afin d'analyser l'importance globale de l'influence des campagnes sur l'opinion des répondants, on a procédé à la construction d'un score d'impact. A chacun des cinq items du graphique 4.3 a été attribué les valeurs 0, 1 ou 2 suivant que les personnes déclarent « non », « peut-être/ne sait pas », ou « oui ». La valeur du score ainsi obtenue varie de 0 à 10. Plus la valeur du score est élevée et proche de 10, plus grand est l'impact des campagnes sur l'opinion des répondants.

Tableau 4.5 : Evolution du score d'impact des campagnes d'information sur le sida et les préservatifs selon certaines caractéristiques des répondants –Enquêtes 1992 à 2004^(a)

En moyenne	1992	1994	1998	2001	2004	Probabilité ⁽²⁾				
	n=1494	n=1198	n=1769	n=2682	n=2982	92/94	94/98	98/01	01/04	92/04
Ensemble	4,6	5,6	5,3	5,5	4,9	↗	↘	↗	↘	↗
(Ecart-type)	0,067	0,078	0,076	0,06	0,055					
Selon le fait de connaître une personne séropositive										
Oui	5,3	6,1	5,8	5,7	4,9	↗	↘	↘	↘	→
Non	4,5	5,5	5,1	5,4	4,9	↗	↘	↗	↘	↗
Selon la perception du risque de contamination										
Autant ou plus de risque	5,3	6,3	6	6,2	5,4	↗	↘	↗	↘	→
Aucun ou moins de risque	4,3	5	4,7	5	4,5	↗	↘	↗	↘	→
Selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois										
Sexuellement abstinents au cours des 12 derniers mois	4,9	5,8	4,9	5,7	5,6	↗	↘	↗	→	↗
Monopartenaire	4,3	5,4	5,1	5,3	4,7	↗	↘	↗	↘	↗
Multipartenaire	5,9	7,4	6,8	6,8	5,6	↗	↘	→	↘	→
Selon le type d'utilisateur du préservatif au cours de la vie										
Sexuellement abstinents au cours de la vie	4,7	5,7	4,4	5,6	5,7	↗	↘	↗	→	↗
Utilisateur durant les 12 derniers mois	5,8	6,7	6,4	6,4	5,4	↗	↘	→	↘	↘
Ancien utilisateur	4,4	5,5	5,1	5,4	4,8	↗	↘	↗	↘	↗
Non utilisateur	4	4,6	4,1	4,5	4	↗	↘	↗	↘	→

Les cellules en gras indiquent des comparaisons significativement différentes d'une même modalité entre 2001 et 2004 et les cellules grisées indiquent des comparaisons significativement différentes entre les modalités d'une même enquête.

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur la liste blanche.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative d'une même modalité entre les enquêtes ($p < 0,05$).

Jusqu'en 2001, les répondants étaient d'autant plus influencés par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs qu'ils connaissaient des personnes séropositives ou malades du sida. Cette influence différentielle n'existe toutefois plus en 2004. En revanche, l'impact des campagnes reste très corrélé avec la perception du risque personnel du répondant d'être contaminé par le virus du sida. **Les personnes interrogées se percevant comme ayant un risque supérieur ou égal à la moyenne des gens semblent toujours davantage influencées par ces campagnes.**

Sur le plan de l'activité sexuelle, les multipartenaires au cours des 12 derniers mois ont plus fréquemment été influencés par les campagnes. Mais, cet impact a fortement diminué entre 2001 et 2004, le score moyen passant de 6,8 à 5,6, tandis qu'il a peu changé chez les sexuellement abstinents (5,7 en 2001 et 5,6 en 2004) et diminue moins remarquablement chez les monopartenaires (5,3 en 2001 et 4,7 en 2004).

Enfin, les utilisateurs de préservatifs au cours des 12 derniers mois qui avaient jusqu'en 2001 une valeur moyenne du score la plus élevée, semblent en 2004 moins influencés par les campagnes.

V. Connaissance de différentes campagnes en 2004

En 2004, des questions portant sur la mémorisation des différents thèmes de campagnes ont été introduites dans le questionnaire. Les répondants se souviennent tout autant avoir lues, vues ou entendues au moins une fois au cours des 12 derniers mois des campagnes de prévention sur les préservatifs que des campagnes sur le virus du sida (environ huit personnes sur dix). Celles portant sur la solidarité à l'égard des personnes contaminées par le virus du sida (59,0%), et sur le test de dépistage sont moins fréquemment citées par l'ensemble des répondants (54,5%).

Tableau 4.6: Proportions de répondants se souvenant des différentes campagnes de prévention -Enquête 2004 ^(a)

Plusieurs campagnes de prévention sur le sida, les préservatifs, le dépistage et la solidarité à l'égard des personnes infectées ont eu lieu ces dernières années. Vous souvenez-vous avoir lu, vu ou entendu au moins une fois au cours des 12 derniers mois ? (Oui/Peut-être/Non)

En pourcentage	Oui	$\chi^2(b)$	Peut-être	$\chi^2(b)$	Non	$\chi^2(b)$
Des campagnes de prévention sur les préservatifs	77,4		8,5		14,1	
Des campagnes de prévention sur le virus du sida	75,6		11,2		13,1	
Des campagnes de prévention sur le test de dépistage du virus du sida	54,5	S	15,8	S	29,7	S
Des campagnes de prévention pour la solidarité à l'égard des personnes contaminées par le virus du sida	59,0		14,2		26,6	

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge.

(b) Test de χ^2 simple sur les effectifs redressés, NS non significatif, S statistiquement significatif d'une même modalité entre les différents sujets ($p < 0,05$).

Les campagnes sur le dépistage et celles sur la solidarité à l'égard des personnes contaminées par le virus du sida sont moins souvent connues par les répondants plus jeunes, ceux qui possèdent un diplôme du supérieur, ceux qui sont sexuellement abstinentes au cours de la vie.

Enfin, les répondants qui se déclarent *beaucoup concernés* par les campagnes d'information disent plus souvent avoir lu, vu ou entendu au moins une fois des campagnes de prévention sur le virus du sida, sur le test de dépistage et sur la solidarité à l'égard des personnes infectées par le virus du sida.

Tableau 4.7 : Proportions de répondants se souvenant des campagnes de prévention selon certaines caractéristiques – Enquête 2004 ^(a)

En pourcentage de oui	Sur les préservatifs	Sur le virus du sida	Sur le test de dépistage	Pour la solidarité
Selon sexe				
Hommes	78,1	76,7	54,1	58,7
Femmes	76,7	74,5	55,0	59,3
Selon l'âge				
18-24 ans	80,7	77,2	56,9	55,6
25-34 ans	77,4	77,2	53,0	52,7
35-44 ans	75,5	72,1	52,5	60,0
45-54 ans	77,0	76,5	56,6	67,4
Selon le niveau d'études				
Aucun diplôme	74,2	70,6	61,5	62,3
CAP/BEPC	80,0	77,3	57,8	61,7
BAC	79,5	77,4	56,6	61,9
Supérieur	74,5	74,2	48,4	53,9
Selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois				
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	79,5	77,3	57,7	50,5
Monopartenaire	77,2	75,2	54,2	60,7
Multipartenaire	76,9	77,0	54,3	54,1
Selon le type d'utilisateur du préservatif au cours de la vie				
Sexuellement abstinent au cours de la vie	77,9	78,6	53,0	42,0
Utilisateur durant les 12 derniers mois	80,3	77,1	53,8	56,0
Ancien utilisateur	75,8	74,8	53,7	60,6
Non utilisateur	77,2	74,8	59,9	65,4
Se sentir concerné par ces campagnes				
Pas du tout/peu	76,3	72,8	53,1	55,9
Beaucoup	79,7	81,6	57,7	65,8

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge. Les cellules grisées indiquent une différence significative (au risque de 5%) entre les différentes modalités d'un même thème.

5- Le test de dépistage du VIH

En 2004, pour la première fois depuis 1992, plus d'une personne sur deux déclare avoir déjà effectué un test de dépistage du virus du sida au cours de la vie, proportion près de deux fois plus importante qu'il y a douze ans et en légère augmentation par rapport à 2001. Le recours au test de dépistage au cours des cinq dernières années est stable entre 2001 et 200 et concerne environ trois répondants sur dix. Par contre, le recours aux consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dans les cinq dernières années diminue, puisque parmi les répondants déclarant avoir effectué au moins un test dans les cinq dernières années, 8,6% déclarent avoir réalisé ce test lors d'une CDAG en 2004 contre 12,9% en 2001.

Ces CDAG restent davantage fréquentées par une population concernée par le risque de contamination, à savoir les jeunes, les multipartenaires, ceux qui connaissent une personne séropositive ou malade du sida, ceux qui disent avoir utilisé un préservatif ou qui ont déjà craint d'avoir été contaminé par le virus.

Les raisons avancées par les répondants ayant eu recours à une CDAG sont comme en 2001 liées à la gestion du risque de contamination (prise de risque avec un partenaire, souhait d'abandonner le préservatif...), tandis que ceux ayant effectué ce test hors d'une CDAG invoque davantage un test de routine, tel que lors d'examen prénuptial ou prénatal.

En 2004, 10% des répondants déclarent avoir effectué un test de dépistage du virus du sida dans l'année précédent l'enquête, proportion stable depuis 1998. Les femmes sont près de deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir effectué un test de dépistage au cours des douze derniers mois. Chez les hommes comme chez les femmes, ce recours est davantage le fait des jeunes, des multipartenaires et des personnes vivant dans les zones urbaines.

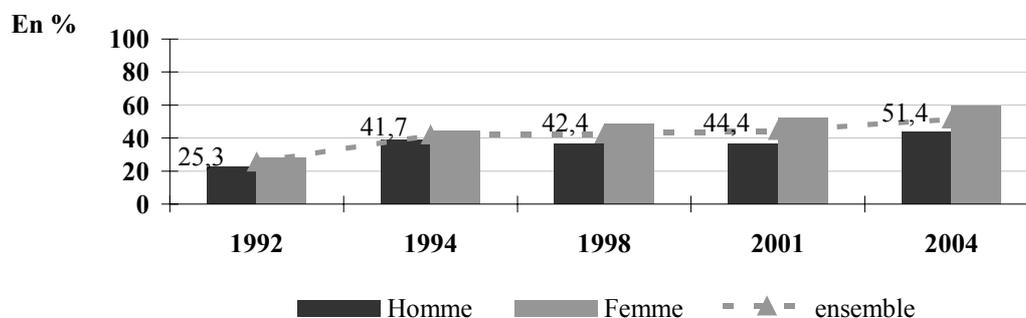
Plus de trois personnes sur quatre n'ayant jamais effectué de test de dépistage pensent ne pas avoir de risque d'être contaminées par le virus du sida. Il s'agit essentiellement des personnes de plus de 35 ans, monopartenaires.

I. Le recours au test de dépistage du virus du sida au cours de la vie et des cinq dernières années

1. Un recours au test de dépistage du virus du sida au cours de la vie de plus en plus fréquent

Après une certaine stabilisation entre 1994 et 2001, on constate en 2004 une augmentation générale du recours déclaré au test de dépistage du virus du sida. Pour la première fois depuis 1992, plus d'une personne sur deux (51,5%) déclare en 2004 avoir effectué au moins une fois un test de dépistage du virus du sida, soit une proportion près de deux fois plus importante par rapport à 1992 (25,3%) et en augmentation par rapport à 2001 (44,4%). Cette augmentation entre 2001 et 2004 concerne aussi bien les hommes que les femmes et touche les catégories d'âge 35 ans et plus, et surtout les répondants âgés entre 45 et 54 ans : de 27,9% à 40,7%, soit une augmentation de près de 13 points contre moins de 5 points pour ceux âgés entre 35 et 44 ans⁴⁰. Soulignons que les plus jeunes de 18-24 ans qui avaient connu une forte baisse du recours au test entre 1998 et 2001 ne retrouvent pas en 2004 leur niveau de 1998 (30,8% contre 35,1%).

Graphique 5.1. Proportion de personnes interrogées ayant eu fait un test de dépistage au cours de la vie – Enquêtes 1992 à 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population redressée et pondérée.

Tout comme en 2001, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir effectué au moins une fois un test de dépistage du virus du sida au cours de la vie : près de 60% des femmes contre près de 44% des hommes ; le recours quasi-systématique au test de dépistage au moment des grossesses expliquant sans doute ce décalage. Les personnes âgées de 25 à 44 ans ont davantage eu le recours au test de dépistage dans la vie que les autres classes d'âgés (65,4% des 25-34 ans, 61,4% des 35-44 ans contre 30,8% des 18-24 ans et 40,7% des 45-54 ans en 2004).

⁴⁰ Toutefois, les 35-44 ans est la seule catégorie d'âge où le recours au test au moins une fois au cours de la vie augmente de manière continue depuis 1992.

2. Plus de deux tiers des 18-24 ans n'ont jamais effectué de dépistage du virus du sida

L'analyse des résultats du tableau 5.1 montre des proportions de répondants testées plus faible parmi d'une part parmi les plus jeunes et d'autre part parmi les personnes âgées de plus de 45 ans, dont on peut supposer qu'une majorité a connu une stabilité dans leur vie sexuelle depuis une quinzaine d'années. Ainsi, les jeunes de 18-24 ans sont 68,8% à n'avoir jamais effectué de test et cette proportion est de 58,1% parmi les 45-54 ans contre plus d'un tiers des 25-44 ans.

Tout à fait logiquement, les plus jeunes, lorsqu'ils ont été testés, ont effectué ce test dans les cinq dernières années : 30% des jeunes de 18 à 24 ans déclarent avoir effectué ce test après 1999 et 1,2% avant cette date. Il en est de même pour la classe d'âge 25-34 ans. En revanche, les plus âgés de 45-54 ans ont davantage fait le test avant 1999 (26,4% contre 15,6% après 1999). Les répondants âgés de 35 à 44 ans sont aussi nombreux à se faire tester après 1999 qu'avant 1999.

Tableau 5.1 Recours au test de dépistage au cours de la vie et des 5 dernières années selon le sexe, le niveau d'études et l'âge – Enquête 2004 ^(a)

En pourcentage	Jamais testés (n=1510)	Testés avant 1999 (n=934)	Testés après 1999 (n=1223)
Ensemble	48,2	22,2	29,6
Selon le sexe			
Hommes	54,9	19,0	26,1
Femmes	41,2	25,5	33,2
Selon le niveau d'études			
Aucun diplôme	62,9	17,0	20,2
CAP/BEP/BEPC	55,6	21,9	22,5
BAC	48,8	22,0	29,3
Supérieur	36,9	24,0	39,1
Selon l'âge			
18-24 ans	68,8	1,2	30,0
25-34 ans	35,3	19,4	45,3
35-44 ans	37,9	35,7	26,5
45-54 ans	58,1	26,4	15,6

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

On retrouve les mêmes tendances que celles observées pour les enquêtes précédentes : le recours au test de dépistage dans les cinq années précédant l'enquête est plus fréquent chez les femmes (33,2% contre 26,1% des hommes en 2004) et parmi les 25-34 ans (45,3% contre 30% les 18-24 ans, 26,5% des 35-44 ans et 15,6% des 45-54 ans). Ce recours est d'autant plus fréquent que le niveau d'études est élevé (18,6% des sans diplômes contre 35,8% des diplômés du supérieur). De même, les personnes interrogées sont d'autant plus nombreuses à avoir été testées au cours des 5 dernières années qu'elles sont « potentiellement » concernées par des comportements plus à risque ou bien sont davantage sensibilisées au problème du sida. Ainsi 46,6% des multipartenaires (contre 28,6% des monopartenaires), 41,6% de ceux qui connaissent un parent, un ami, un partenaire ou un collègue séropositif dans l'entourage proche (contre 26,5% de ceux qui n'en connaissent pas), ou encore 33,6% de ceux qui se considèrent plus à risque que la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida (contre 26,6% parmi ceux se considérant à risque nul ou inférieur à la moyenne) déclarent avoir effectué un test de dépistage du virus du sida au cours des 5 dernières années précédant l'enquête.

3. Comme en 2001, si les répondants souhaitent aujourd'hui effectuer un test de dépistage du virus du sida, ils s'adresseraient en priorité à un médecin

En 2004, 58,4% des personnes interrogées qui souhaiteraient effectuer un test de dépistage du virus du sida s'adresseraient en priorité à leur médecin habituel, 5,9% à un autre généraliste et 3,6% à un médecin spécialiste. Les autres se tourneraient vers l'hôpital (11,3%) ou vers une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit (7,9%) ou encore iraient directement dans un laboratoire d'analyses médicales (6,8%). Les 9,2% restants s'adresseraient, entre autres, à un centre de planning familial (2%), à Sida Info Service (0,3%), ou demanderaient un test à l'occasion d'un don de sang ou d'organe (0,4%).

Tableau 5.2 : Endroits où les répondants iraient plus facilement s'adresser pour effectuer un test de dépistage selon le sexe, l'âge et l'activité sexuelle – Enquêtes 2001 et 2004^(a)

Si vous souhaitiez effectuer un test de dépistage du virus du sida aujourd'hui, à qui vous adresseriez-vous en priorité ?

En pourcentage	Médecin	Hôpital	CDAG	Labo- -toire	Autre	Médecin	Hôpital	CDAG	Labo- -toire	Autre
	2001 (n=3321)					2004 (n=3667)				
<i>Ensemble</i>	70,7	9,3	8,5	7,2	4,3	67,9	11,3	7,9	6,8	9,2
Selon le sexe										
Homme	70,7	11,2	7,0	6,9	4,1	65,0	13,7	8,1	6,5	6,5
Femme	70,6	7,4	10,0	7,5	4,5	71,0	8,9	7,6	7,1	6,1
Selon l'âge										
18-24 ans	49,8	16,8	16,2	5,0	12,2	50,5	17,8	6,4	10,5	14,8
25-34 ans	66,8	11,1	9,4	9,0	3,7	64,9	10,8	9,0	8,8	6,6
35-44 ans	78,3	7,0	4,9	8,6	1,3	74,7	8,4	9,2	4,9	2,8
45-54 ans	80,7	4,9	6,2	5,6	2,6	76,8	10,3	6,4	3,9	2,7
Selon l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois										
Monopartenaires	72,7	9,4	7,7	7,2	3,0	70,5	10,3	8,0	5,8	5,4
Multipartenaires	56,5	5,7	12,2	11,7	13,9	54,8	14,8	9,1	8,8	12,5

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche et liste rouge. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

En 2004, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer qu'elles s'adresseraient à un médecin (71% contre 65%). Par contre, ces derniers déclarent plus fréquemment que les femmes qu'ils iraient à l'hôpital (cf. tableau 5.2). La relation croissante entre l'âge et la volonté de s'adresser à un médecin, constatée en 2001, reste valable en 2004 (76,8% des 45-54 ans auraient recours à un médecin, contre 50,5% pour les 18-24 ans). Si en 2001, 16,2% des plus jeunes déclaraient qu'ils s'adresseraient à un CDAG, ils ne sont plus que 6,4% à le déclarer en 2004.

4. Le recours au test de dépistage dans les cinq dernières années est plus fréquent en 2004 qu'en 2001

Environ trois répondants sur dix déclarent avoir effectué un test de dépistage au cours des cinq dernières années, proportion stable entre 2001 et 2004 pour l'ensemble des catégories des répondants. Seuls, les titulaires d'un CAP, BEP ou BEPC ont moins souvent recours au test de dépistage dans les cinq dernières années (22,5% en 2004 contre 29,5% en 2001).

Tableau 5.3 Recours au test de dépistage au cours des cinq dernières années selon le sexe, le niveau d'études et l'âge – Enquêtes 2001 et 2004^(a)

Avez-vous effectué un test de dépistage au cours des 5 dernières années ?

En pourcentage de oui	2001 ^(b) (n=3321)	2004 ^(b) (n=3667)
Ensemble	29,9	29,6
Selon le sexe		
Hommes	26,3	26,1
Femmes	33,5	33,2
Selon le niveau d'études		
Aucun diplôme	18,6	20,2
CAP/BEP/BEPC	29,5	22,5
BAC	27,6	29,3
Supérieur	35,8	39,1
Selon l'âge		
18-24 ans	25,8	30,0
25-34 ans	47,6	45,3
35-44 ans	28,2	26,5
45-54 ans	16,9	15,6

(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur liste blanche et liste rouge.

(b) Test de χ^2 sur les effectifs pondérés et redressés : les valeurs grisées indiquent une différence significative entre 2001 et 2004 au seuil de 5%.

En 2004, comme en 2001, le recours au test de dépistage dans les cinq années précédant l'enquête est d'autant plus fréquent que le répondant est une femme, qu'il/elle est âgé(e) entre 25 et 34 ans, ou qu'il/elle possède un diplôme du supérieur.

Le test (ou le dernier test s'il y en a eu plusieurs) effectué dans les cinq dernières années a majoritairement été réalisé dans un laboratoire d'analyse (57,9%), et plus particulièrement pour les femmes (66,9%), les 25-44 ans (63,9% pour les 25-34 ans et 61% pour les 35-44 ans), les diplômés du supérieur (62,4%), et les personnes mariées (63,9%). Un peu moins d'une personne sur cinq (19,2%) est allée faire le test à l'hôpital, 7,3% des répondants auprès d'un laboratoire d'analyse sans prescription ou d'une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuite (5,6%).

Lorsque ces données sont confrontées aux intentions déclarées plus haut, on constate une certaine cohérence des réponses. Les répondants qui déclarent s'être adressés à un laboratoire avec prescription (donc préalablement à un médecin) sont presque aussi nombreux à dire qu'ils s'adresseraient prioritairement à un médecin. Seule la proportion de répondants ayant réalisé leur test dans un hôpital est presque deux fois plus importante que la proportion de personnes déclarant qu'ils s'y adresseraient en priorité.

Tableau 5.4 : Lieux où a été effectué le dernier test de dépistage selon le sexe, l'âge et le niveau d'études – Enquête 2004^(a)*Où avez-vous effectué ce test ou ce dernier test de dépistage ?*

Pourcentage de oui	Labo d'analyse s avec prescription	Dans un hôpital	Labo d'analyse sans prescription	Dans un CDAG	Don de sang, d'organe, etc.	Dans un centre de PF, une PMI	Autre
Ensemble (n=1223)	57,9	19,2	7,3	5,6	4,1	1,4	4,5
Selon le sexe							
Hommes (n=481)	46,9	21,0	11,7	6,3	6,2	1,9	5,9
Femmes (n=742)	66,9	17,6	3,7	5,1	2,3	1,0	3,4
Selon l'âge							
18-24 ans (n=174)	47,6	22,3	8,7	11,8	0,2	4,6	4,7
25-34 ans (n=477)	63,9	15,5	8,0	5,1	3,2	0,6	3,6
35-44 ans (n=385)	61,0	16,8	5,6	3,6	5,8	1,0	6,1
45-54 ans (n=187)	47,6	30,5	6,2	2,4	9,0	0	4,4
55-69 ans (n=172)	44,9	35,6	6,5	1,9	5,7	0	5,2
Selon le niveau d'études							
Aucun diplôme (n=83)	53,9	18,2	5,8	5,4	1,5	0	15,2
CAP/BEP/BEPC (n=308)	47,8	25,6	9,9	4,4	6,5	2,2	3,6
BAC (n=228)	61,6	18,7	6,6	7,6	2,5	0,4	2,6
Supérieur (n=604)	62,4	15,9	6,3	5,5	3,8	1,6	4,3

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, ayant fait un test au cours des 5 dernières années. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

5. Le recours à un centre ou à une consultation de dépistage anonyme et gratuit est moins fréquent en 2004 qu'en 2001.

Les répondants ayant effectué un ou plusieurs tests de dépistage du virus du sida au cours des cinq dernières années sont en 2004 moins nombreux qu'en 2001 à déclarer avoir effectué au moins l'un de ces tests⁴¹ dans un centre ou une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). En effet, ils sont 8,4% en 2004 contre 13,2% en 2001 ($p < 0,05$).

Globalement, cette diminution de la fréquentation des CDAG concerne notamment les femmes, les répondants de toutes tranches d'âge (sauf les 35-44 ans), quels que soient leur diplôme, ou leur activité sexuelle durant l'année passée. De plus, les actifs non cadres, les répondants ne connaissant pas dans leur entourage une personne séropositive ou malade du sida, ainsi que les utilisateurs du préservatif déclarent moins souvent en 2004 avoir fait un test de dépistage dans un CDAG au cours des cinq dernières années. Enfin, cette diminution de recours au CDAG touche également les répondants qui se considèrent comme ayant un risque nul ou inférieur à la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida, mais qui par contre ont déjà craint d'avoir été eux-mêmes contaminés par le VIH.

⁴¹ Ce test de dépistage n'est pas forcément le dernier test effectué, d'où des chiffres qui diffèrent de ceux du tableau 5.4.

Tableau 5.5 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants ayant effectué un test dans un CDAG – Enquêtes 2001 et 2004 ^(a)

Pourcentage de personnes ayant effectué leur dernier test ou un de leur test dans un CDAG	2001 (n=990)	2004 (n=1223)	χ^2 ^(b)
Ensemble	13,2	8,6	S
Selon le sexe			
Hommes	11,9	9,6	NS
Femmes	14,2	7,5	S
Selon le niveau d'études			
Inférieur au bac	12,4	6,8	S
Supérieur ou égal au bac	13,7	9,2	S
Selon l'âge			
18-24 ans	42,4	17,5	S
25-34 ans	12,2	7,4	S
35-44 ans	4,5	6,0	NS
45-54 ans	8,8	3,6	S
Selon les CSP			
Inactif	28,5	17,4	NS
Actif non cadre	11,0	4,7	S
Cadre ou profession intermédiaire	11,0	8,3	NS
Selon le fait de connaître une personne séropositive			
Non	11,6	7,0	S
Oui	15,8	12,7	NS
Selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois			
Monopartenaires	10,6	6,8	S
Multipartenaires	26,7	16,1	S
Selon l'orientation sexuelle au cours des 12 derniers mois			
Abstinentes au cours des 12 derniers mois	23,6	7,5	S
Homosexuels et bisexuels	20,0	46,1	NS
Strictement hétérosexuels	12,7	8,1	S
Selon l'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois			
Utilisateurs au cours des 12 derniers mois	20,3	11,6	S
Utilisateurs avant les 12 derniers mois	10,8	7,5	S
Non utilisateurs et abstinents au cours de la vie	2,9	1,1	NS
Selon la perception du risque par rapport à la moyenne des gens			
Moins ou aucun risque	12,9	5,6	S
Autant ou plus de risque	13,5	11,4	NS
Selon la crainte pour soi-même d'être contaminé			
Non	8,1	5,0	S
Oui	20,2	12,3	S

(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge déclarant avoir effectué un test de dépistage sida au cours des cinq dernières années.

(b) Test du χ^2 sur les effectifs pondérés et redressés : S différence significative (au risque de 5%) d'une même modalité entre 2001 et 2004, NS non significatif. Les valeurs grisées indiquent une différence significative entre les différentes modalités d'une même enquête.

En 2004, comme en 2001, la principale raison avancée pour avoir effectué un test de dépistage dans un CDAG est la gratuité et l'anonymat : près d'un répondant sur cinq. Ils sont également 22,3% à déclarer que *c'est l'endroit le plus facile pour demander un test de dépistage du virus du sida*.

Tableau 5.6 : Les raisons du recours aux CDAG –Enquête 2004^(a)

Pour quelle raison PRINCIPALE avez-vous choisi d'effectuer ce test lors d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit ?

	C'est gratuit	C'est anonyme	C'est proche	C'est sans RDV	C'est l'endroit le plus facile pour ..	Parce que satisfait la fois précédente	Parce qu'il y a une équipe spécialisée	Autres
Ensemble (n=126)	17,5	26,4	5,1	2,3	20,1	3,1	12,1	13,1
Selon le sexe								
Hommes (n=65)	9,6	31,4	4,1	2,5	25,9	6,1	9,5	10,2
Femmes (n=61)	25,8	21,1	6,1	2,1	13,8	0	14,8	16,2

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge ayant fait un test au cours des 5 dernières années. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

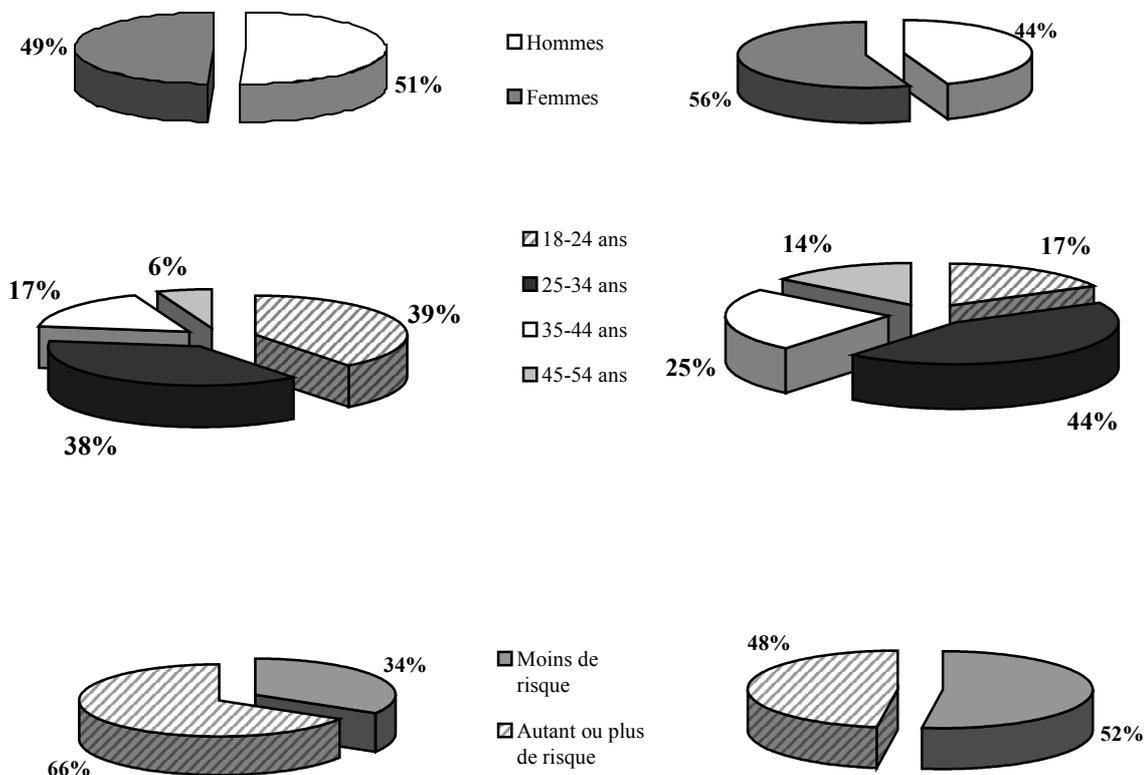
6. En 2004, les jeunes, les multipartenaires et les utilisateurs de préservatifs restent les plus nombreux à avoir recours aux CDAG

Comme en 2001, la population potentiellement « la plus concernée » par le virus du sida a davantage recours aux CDAG en 2004. Les personnes déclarant avoir fait un test dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit sont globalement plus jeunes (cf. graphique 5.3) : 39,5% de la population ayant fréquenté un CDAG dans les cinq dernières années précédent l'enquête a moins de 25 ans contre 17,2% pour les autres lieux de dépistage. Ils sont également potentiellement plus concernés par le VIH-sida : 50,4% sont utilisateurs de préservatifs (contre 30% pour les autres lieux) et enfin 33,3% sont multipartenaires (contre 16,1%).

Graphiques 5.3 : Caractéristiques des répondants selon qu'ils ont ou non réalisé (au moins) un test de dépistage lors d'une CDAG – Enquête 2004^(a)

Au moins un test lors d'une CDAG

Aucun des tests lors d'une CDAG



(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge ayant fait un test au cours des 5 dernières années, soit dans un CDAG soit hors CDAG. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Comme le montre le tableau 5.7, les principales raisons avancées pour expliquer la réalisation du test de dépistage sont différentes selon que les répondants aient ou non recours à un CDAG dans les cinq dernières années.

Ainsi, les répondants qui déclarent avoir effectué un test de dépistage au cours des 5 dernières années dans une CDAG mentionnent plus souvent des raisons liées à leur vie sexuelle : 25,1% disent qu'ils souhaitaient abandonner l'utilisation du préservatif et 12,7% que ce test fait suite à une prise de risque avec un partenaire. Enfin, 21,2% ne citent aucune raison particulière.

En ce qui concerne les raisons avancées par ceux qui ont effectué ce test hors d'un CDAG, 31,8% déclarent que ce test a été effectué lors d'un examen prénuptial ou prénatal, et 11,3% qu'ils souhaitent abandonner le préservatif.

Tableau 5.7 : Les principales raisons pour lesquelles les répondants ont fait un test de dépistage du VIH au cours des 5 dernières années –Enquête 2004⁽¹⁾

Pour quelles raisons principales avez-vous fait votre test ou votre dernier test de dépistage du VIH ?(plusieurs réponses possibles)

Personnes testées en CDAG (n=120)		Hors CDAG (n=1103)	
Couple souhaitant abandonner préservatif	32,7	Dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial	30,0
Sans raison particulière	15,2	Sans raison particulière	11,7
Prise de risque avec un partenaire	10,1	Couple souhaitant abandonner préservatif	11,7
Relations sexuelles non protégées dans le passé	8,2	Dans le cadre d'une hospitalisation	7,5
Dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial	7,5	Dans le cadre d'un bilan sanguin	6,8
Doute sur la fidélité du partenaire	4,4	Don de sang, d'organe, de sperme	4,8
Test fait régulièrement	4,0	Piqûre ou blessure accidentelle ou agression	4,5
A la demande du partenaire	3,5	Demande de l'employeur, banque, assurance	3,8
Piqûre ou blessure accidentelle ou agression	3,0	Relations sexuelles non protégées dans le	3,0
Rupture de préservatif / Accident	2,6	Doute sur la fidélité du partenaire	2,6
Dans le cadre d'un bilan sanguin	2,3	Prise de risque avec un partenaire	2,6
Suite à des symptômes, des signes inquiétants	2,0	Test fait régulièrement	1,9
Dans le cadre d'une hospitalisation	1,8	Suite à une proposition d'un médecin	1,3
Demande de l'employeur, banque, assurance	1,2	Rupture de préservatif / Accident	1,2
Transfusion ou soins	0,6	A la demande du partenaire	1,1
Contrôler un résultat	0,6	Transfusion ou soins	0,9
Don de sang, d'organe, de sperme	0,4	Autres	0,7
Autres	0,1	Suite à des symptômes, des signes	0,7
		Contrôler un résultat	0,4
		Partenaire séropositif	0,2

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, ayant réalisé au moins un test au cours des 5 dernières années. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

II. Le recours au test de dépistage du virus du sida au cours des 12 derniers mois

1. Le recours au test de dépistage dans les douze derniers mois est stable depuis 1998

Dans l'ensemble les résultats obtenus en 2004 restent très proches de ceux de 2001 et de 1998. Ainsi, après avoir atteint un maximum en 1994 (18,3%), le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir fait au moins un test de dépistage du sida au cours des 12 derniers mois se situe aux alentours de 10%, une minorité (1,2%) déclarant avoir effectué plusieurs tests de dépistage.

Tableau 5.8 Evolution du recours au test de dépistage dans les 12 derniers mois – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Et avez-vous effectué un test de dépistage du virus du sida dans les douze derniers mois ?

En pourcentage de « oui »	1992 (n=1494)	1994 (n=1198)	1998 (n=1769)	2001 ^(b) (n=2682)	2004 ^(b) (n=2982)	Evolution 1992/2004 ^(b)
Ensemble	12,9	18,3	10,4	10,1	10,5	→
Selon le sexe						
Hommes	12,6	18,7	8,4	8,1	7,2	→
Femmes	13,2	17,9	12,6	12,1	14,0	→
Selon l'âge						
18-24 ans	13,9	25,3	13,0	14,5	17,0	→
25-34 ans	18,2	24,9	16,6	14,0	15,0	→
35-44 ans	11,3	11,4	7,0	8,1	7,7	→
45-54 ans	6,8	12,6	5,0	5,4	3,8	→
Selon l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois						
Abstinentes	9,0	2,4	3,0	2,0	2,5	→
Monopartenaires	11,4	17,9	10,0	9,1	9,2	→
Multipartenaires	22,1	30,9	19,5	29,0	26,3	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%. Les flèches indiquent la significativité de l'évolution entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

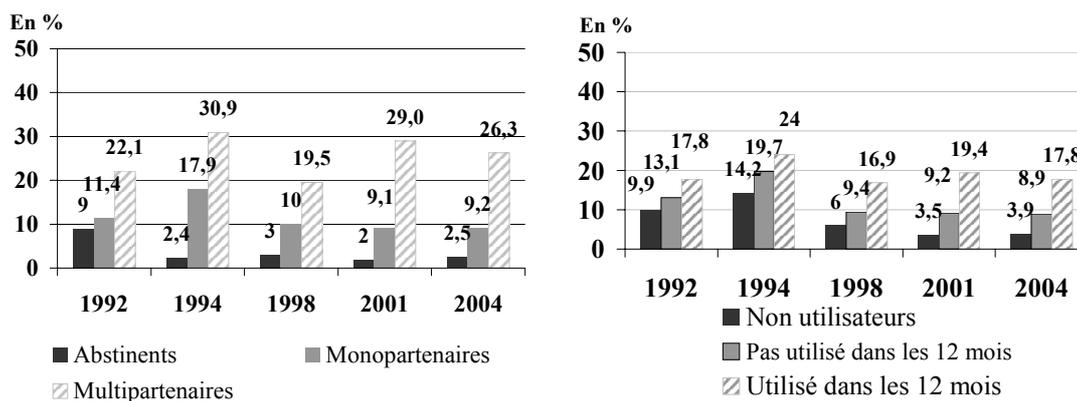
Cette stabilité depuis 1998 s'observe quelles que soient les caractéristiques des répondants, à l'exception du niveau d'études. En effet, les bacheliers ou les diplômés du supérieur sont en 2004 proportionnellement plus nombreux qu'en 2001 à avoir effectué un test de dépistage du sida (14,1% contre 11,5%) alors que parmi les personnes titulaires d'un CAP, d'un BEP ou d'un BEPC la proportion diminue entre ces deux dates (11,8% contre 7,2%), le pourcentage de personnes testées non diplômées restant stable.

Si l'on considère l'évolution depuis 1992, le recours au test de dépistage est également stable quelles que soient les caractéristiques des répondants. Seules les personnes mariées et celles connaissant une personne séropositive déclarent moins fréquemment en 2004 avoir effectué un test de dépistage du virus du sida au cours des douze derniers mois qu'en 1992.

2. Les femmes, les jeunes ainsi que les répondants les plus concernés par le virus du sida sont les plus nombreux à avoir effectué un test au cours de l'année

Les femmes déclarent presque deux fois plus souvent que les hommes (14% contre 7,2%) avoir eu recours au test de dépistage⁴² dans l'année en 2004. Ce recours est aussi particulièrement important chez les personnes concernées par le risque du sida, à savoir les jeunes (17% chez les 18-24 ans et 15% chez les 25-34 ans contre 7,7% chez les 35-44 ans et 3,8% chez les 45-54 ans), les personnes se percevant comme ayant un risque supérieur ou égal à la moyenne des gens d'être contaminées par le virus du sida (13,5% contre 8,3%), les multipartenaires (26,3% contre 9,2% parmi les monopartenaires), les personnes ayant dans leur entourage proche une personne séropositive ou malade du sida (12,9% contre 8,8% parmi celles qui en ont entendu parler sans le connaître personnellement) et enfin les utilisateurs de préservatifs au cours de l'année (17,8% contre 8,9 % chez ceux n'ayant pas utilisé de préservatif dans l'année et 3,9% parmi ceux qui n'en ont jamais utilisé).

Graphique 5.4 Recours au test de dépistage du virus du sida au cours des 12 derniers mois selon l'activité sexuelle et l'utilisation du préservatif dans l'année – Enquêtes 1992 à 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001 et n=2982 en 2004. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

L'analyse multivariée présentée dans le tableau 5.9 ci-dessous confirme les caractéristiques des répondants ayant eu recours au test de dépistage au cours des 12 derniers mois. Il apparaît ainsi que plus la personne interrogée est jeune, plus la probabilité qu'elle ait fait un test au cours des 12 derniers mois est forte aussi bien chez les hommes (18-44 ans par rapport au 45-54 ans) comme chez les femmes (18-34 ans par rapport au 35-54 ans). Les multipartenaires sont également beaucoup plus susceptibles d'avoir été testés que les monopartenaires ainsi que ceux et celles ayant déjà craint d'être contaminé par le VIH. Enfin, en 2004, les personnes habitant dans des zones urbaines ont une probabilité nettement plus élevée que les personnes vivant dans les zones rurales d'avoir eu recours au test de dépistage du virus du sida (en particulier chez les femmes). En revanche, seules les femmes déclarant avoir utilisé un préservatif au

⁴² Différence s'expliquant très certainement en partie par le recours au test lors de consultation prénatale ou lors des grossesses.

cours des douze derniers mois ont plus de chance que les non utilisatrices à avoir été testées au cours de l'année alors que chez les hommes, cette variable n'apparaît pas discriminante. Soulignons que ni le niveau de diplôme, ni la proximité à la maladie et ni la perception du risque personnel de contamination n'influencent le recours au test dans l'année aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 5.9 Caractéristiques influençant le recours au test de dépistage du virus du sida dans l'année – Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes Odds Ratio (IC à 95%)</i>	<i>Femmes Odds Ratio (IC à 95%)</i>
Age : 18-24 ans	1	1
25-34 ans	0,92 (0,47-1,78)	0,70 (0,42-1,15)
235-44 ans	0,75 (0,36-1,54)	0,29 (0,17-0,50)
45-54 ans	0,39 (0,17-0,90)	0,12 (0,06-0,24)
Niveau d'études : Aucun diplôme	1	1
CAP/BEP/BEPC	0,55 (0,26-1,16)	1,06 (0,55-2,06)
Baccalauréat	0,87 (0,38-2,03)	1,41 (0,74-2,70)
Supérieur au bac	1,05 (0,49-2,26)	1,43 (0,78-2,64)
Lieu d'habitation : zone rurale	1	1
urbain (< 200 000 hab.)	1,40 (0,77-2,53)	1,66 (1,02-2,70)
urbain (> 200 000 hab.)	2,03 (1,07-3,86)	1,80 (1,06-3,07)
agglomération parisienne	1,71 (0,95-3,07)	1,83 (1,11-3,03)
Situation matrimoniale : Marié/comme marié	1	1
Célibataire	0,72 (0,39-1,32)	0,55 (0,32-0,92)
veuf(ve), divorcé(e)	3,06 (1,31-7,12)	1,02 (0,51-2,01)
Connaissance d'une personne séropositive : Oui	1	1
Connaissance proche	0,39 (0,11-1,31)	1,14 (0,49-2,67)
Non connaissance	0,80 (0,52-1,24)	0,91 (0,61-1,36)
Activité sexuelle au cours des 12 derniers mois : Monopartenaires	1	1
Multipartenaires	4,47 (2,57-7,77)	1,86 (1,12-3,08)
Abstinentes	0,79 (0,30-2,07)	0,17 (0,05-0,48)
Perception du risque personnel : Aucun ou moins de risque	1	1
Autant ou plus de risque que la moyenne d'être contaminé	1,13 (0,73-1,76)	1,20 (0,85-1,69)
Avoir déjà craint d'être contaminé : Oui	1	1
Non	0,57 (0,38-0,84)	0,36 (0,26-0,51)
Accorder une grande importance à la religion : Oui	1	1
Ne pas accorder de l'importance	0,85 (0,55-1,32)	0,66 (0,47-0,93)
Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois : Non	1	1
Oui	0,82 (0,48-1,37)	1,81 (1,26-2,60)

(a) La population de base (n=3667) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche et liste rouge. Les calculs sont effectués sur une population redressée et pondérée.

Lecture du tableau 5.9 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes âgées entre 45 et 54 ans ont une probabilité plus élevée que celles âgées entre 18 et 24 ans à avoir eu recours au test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois. De même, les multipartenaires ont une probabilité plus grande que les monopartenaires à avoir effectué un test de dépistage dans l'année.

3. En 2004, pratiquement tous les répondants ayant été testés affirment connaître leur statut sérologique

Parmi les personnes interrogées qui ont déjà effectué un test de dépistage du VIH au cours de leur vie, 97,9% d'entre eux disent en 2004 connaître le résultat du test. La séropositivité concerne seulement 0,3% des répondants. Enfin, 1% des répondants a déclaré ne pas souhaiter connaître les résultats.

Tableau 5.10 : Connaître le résultat du test –Enquête 2004^(a)

Connaissez-vous le résultat du test ou du dernier test ?

En pourcentage	2004 <i>n=2157</i>
Oui, je suis séronégatif au virus du sida	97,6
Oui, je suis séropositif au virus du sida	0,3
Non, je n'ai pas encore les résultats	0,6
Non, je n'ai pas souhaité connaître les résultats	1,0
Non réponse/NSP	0,5

(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge déclarant avoir eu un test de dépistage au cours de la vie.

III. Motifs avancés par les personnes n'ayant jamais fait de test au cours de leur vie

1. La principale raison invoquée reste l'absence de risque

En 2004, parmi les 48,5% de la population déclarant ne s'être jamais fait dépister pour le virus du sida, **la principale raison invoquée reste l'absence de prise de risque**, pour 77,8% d'entre eux. La proportion de personnes ne sachant pas où s'adresser est stable par rapport à 2001 (un peu moins d'une sur dix), tandis que la proportion de personnes pensant que « cela ne sert à rien » diminue entre les deux années (10,8% en 2001 contre 7,5% en 2004).

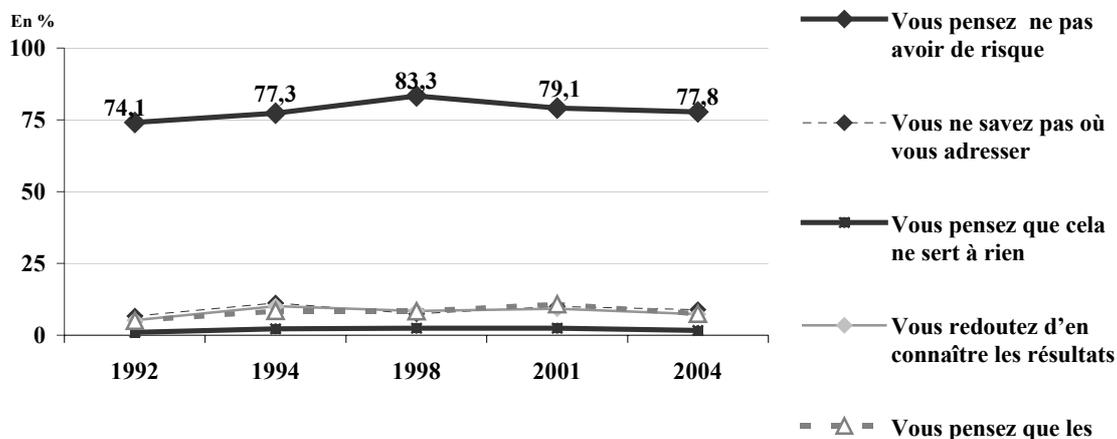
Enfin en 2004, **32,2% répondent n'avoir jamais pensé à faire un test⁴³ et 13,9% ne souhaitent pas faire un test de dépistage de peur, qu'en cas de résultat positif, leur entourage ne l'apprenne⁴⁴**. La proportion d'hommes et de femmes donnant cette réponse est équivalente, et l'on ne distingue pas non plus de différenciation relative selon l'âge, le statut matrimonial ou le nombre de partenaires déclarés au cours de l'année. Cette crainte de la stigmatisation est par contre plus fréquente parmi les non diplômés (23,7% contre 14,5% des titulaires d'un CAP, BEP ou BEPC, 13,1% des titulaires du baccalauréat et 8,8% des diplômés du supérieur).

⁴³ Nouvelle question introduite en 2004.

⁴⁴ Nouvelle question introduite en 2004.

Graphique 5.5 Evolution des raisons invoquées par les personnes n'ayant jamais fait de test de dépistage du VIH – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Pour quelles raisons principales avez-vous fait votre test ou votre dernier test de dépistage du VIH ?



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, n'ayant jamais fait de test de dépistage du VIH. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Comme en 2001, les raisons invoquées sont différentes selon que les répondants sont ou non potentiellement concernés par le risque du virus du sida. Ainsi, une série de régressions logistiques effectuées sur les raisons avancées en 2004 pour justifier le fait de n'avoir jamais fait de test de dépistage permet de souligner les caractéristiques des personnes susceptibles d'avoir répondu « oui » aux différents items proposés.

On note ainsi que :

- « vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida » est principalement cité par les personnes âgées de plus de 39 ans⁴⁵, les monopartenaires (82,2% contre 65,1% des multipartenaires) et les personnes diplômées⁴⁶ ;
- « vous pensez que les tests ne sont pas valables » par les personnes sans diplôme (7,2% d'entre elles le mentionnent contre moins de 2% pour toutes les autres catégories de diplômés) ;
- « vous ne savez pas où vous adressez » plutôt par les plus jeunes (10,5% des 18-25 ans et 8% des 25-34 ans, contre moins de 5% pour les autres), les personnes non diplômées (14,7% d'entre eux contre moins de 8% pour les autres catégories) et les abstinentes au cours des 12 derniers mois (15,2% contre 4,8% pour les monopartenaires et 11,8% pour les multipartenaires) ;
- « vous pensez que cela ne sert à rien » davantage par les personnes ne possédant aucun diplôme (12,5% contre moins de 7% parmi les autres catégories) ;

⁴⁵ Phénomène nouveau par rapport à 2001, toutes les catégories âgées de plus de 35 ans sont environ 85% à répondre ne pas avoir pris de risque, décrivant ainsi un seuil net dans les générations.

⁴⁶ On note une rupture nette entre les personnes sans aucun diplôme, moins sûrs d'eux-mêmes (71,1% déclarent ne pas avoir pris de risque), et les autres (77,4% pour les titulaires d'un CAP/BEP/BEPC, 78,1% pour les titulaires du BAC, 81,3% pour les diplômés du supérieur)

- « si vous étiez contaminé par le virus du sida, vous auriez peur que quelqu'un de votre entourage l'apprenne » par les moins de 30 ans, ainsi que les personnes ne connaissant pas de séropositifs dans leur entourage (15% d'entre eux contre moins de 9% pour les autres);
- enfin « vous n'y avez jamais pensé » surtout par les femmes (37% contre 29,6% des hommes).

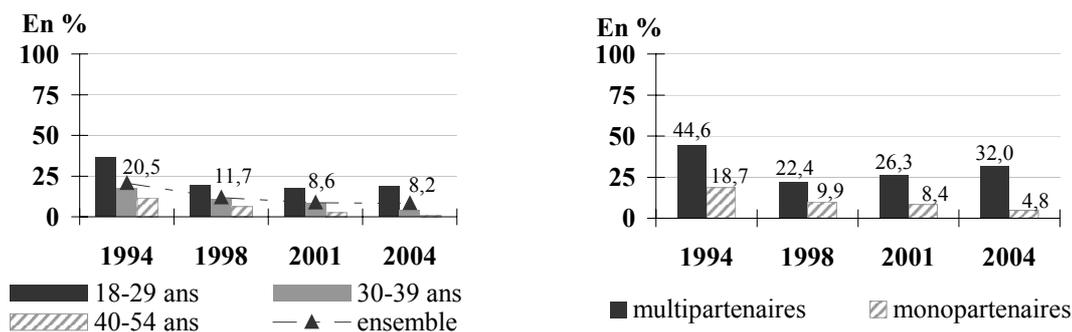
2. La proportion de personnes à avoir pensé faire le test dans l'année diminue fortement depuis 1994

Alors qu'en 1994, 20,5% des personnes n'ayant jamais effectué de test de dépistage du virus du sida avaient pensé faire le test dans l'année, ils ne sont plus que 2,3% en 2004. Cette diminution a été constante au cours des enquêtes avec une proportion de 11,7% en 1998 et 8,6% en 2001.

On constate entre 2001 et 2004 une diminution chez les personnes de plus de 40 ans (de 2,6% à 0,8%), celles ayant utilisé des préservatifs dans l'année (de 25,9% à 15,5%) et les monopartenaires (de 8,4% à 4,8%). Et chez les femmes (passant de 10,3% en 2001 à 7,9% en 2004).

Graphique 5.6 : Evolution de la proportion de répondants n'ayant jamais fait de test mais ayant pensé en faire un au cours des douze derniers mois selon l'âge et l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois – Enquêtes 1994 à 2004⁽¹⁾

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé faire un test de dépistage du virus du sida ?



(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans n'ayant jamais réalisé de test de dépistage au cours de leur vie, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Le modèle de régression logistique du tableau 5.11 ci-dessous synthétise les différents facteurs liés au fait d'avoir pensé à faire un test de dépistage du virus du sida. Il souligne que les personnes non testées qui déclarent le plus souvent en 2004 « avoir pensé à faire un test au cours de l'année » restent, comme en 2001, potentiellement davantage concernées par le VIH que les autres. Ainsi, parmi les personnes n'ayant jamais effectué de test de dépistage, 18,5% des jeunes âgés entre 18 et 29 ans (contre 4,1% des 30-39 ans et 0,8% des 40-54 ans), 16% des célibataires, des divorcés ou des veufs (contre 2,6% des personnes mariées ou vivant en concubinage) et 32% des multipartenaires (contre 4,8% des monopartenaires) ont pensé dans les douze derniers mois à se faire dépister. Ces proportions en 2001 étaient de 17,2% parmi les 18-29 ans, 16,8% parmi les célibataires, les divorcés et les veufs, et enfin de 26,3% parmi les multipartenaires.

Tableau 5.11 Déterminants liés au fait d'avoir pensé faire un test de dépistage du virus du sida dans les 12 derniers mois parmi les non testés au cours de la vie – Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : femmes	1	-
hommes	0,67	0,45 – 0,99
Age : 18-29 ans	1	-
30-39 ans	0,56	0,35 – 0,92
40-54 ans	0,21	0,12 – 0,36
Statut matrimonial : marié/comme marié		
Célibataires/veufs/divorcés	3,11	1,92 – 5,04
Activité sexuelle au cours des 12 derniers mois : monopartenaires	1	-
Multipartenaires	3,64	2,19 – 6,03
Abstinents	2,87	0,85 – 9,70

(a) La population de base (n=1510) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur listes blanche et rouge, n'ayant jamais réalisé de test de dépistage au cours de leur vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 5.11 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentés dans le modèle. Par exemple, les personnes âgées de 40 à 54 ans ont une probabilité moins élevée que les jeunes de 18-29 ans à avoir pensé à faire un test de dépistage au cours des douze derniers mois.

IV. L'impact du test de dépistage sur la crainte du risque de contamination

Un tiers des répondants déclarent toujours ne plus penser du tout à une éventuelle contamination par le virus du sida après avoir effectué un test de dépistage

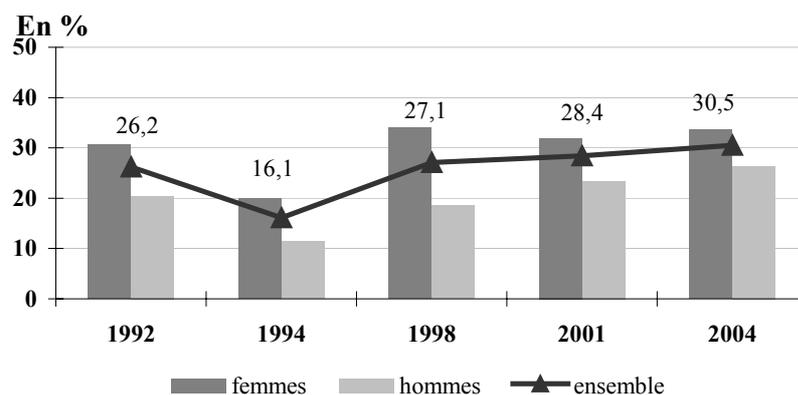
En 2004, le pourcentage de ceux qui déclarent ne « plus du tout » penser au risque d'être contaminé par le virus du sida depuis qu'ils ont fait un test de dépistage reste à un niveau équivalent à celui des années précédentes : 30,5% des personnes ayant fait au moins un test au cours de leur vie semblent ne plus penser ensuite à une éventuelle contamination après avoir effectué un test.

Les résultats sont très stables entre les enquêtes 2001 et 2004 pour la plupart des catégories considérées, seuls les diplômés de l'enseignement supérieur déclarent significativement plus qu'en 2001

ne « plus du tout » penser à une risque de contamination après la réassurance procurée par un test (27,6% contre 21,5%).

Graphique 5.6: Evolution de la proportion de personnes déclarant ne « plus du tout » penser au risque d'être contaminé après avoir effectué un test, selon le sexe – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Depuis que vous avez effectué le test de dépistage du sida, vous pensez au risque d'être contaminé par le virus du sida, plus souvent qu'avant, autant qu'avant, moins qu'avant, plus du tout ?



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population redressée et pondérée.

6 - L'activité sexuelle

Plus de 95% des répondants à l'enquête déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel au cours de leur vie. L'âge médian d'initiation à la sexualité est de 17 ans chez les femmes et de 16,5 ans chez les hommes.

Ce premier rapport sexuel est en général davantage souhaité par les hommes que par les femmes, puisque respectivement 90,8% contre 77,5% disent que « ce premier rapport était quelque chose qu'il/elle souhaitait à ce moment là ».

Les pratiques sexuelles déclarées par les hommes et par les femmes sont en 2004 toujours très similaires et sont globalement stables par rapport à 2001. En revanche, on assiste à une augmentation du multipartenariat parmi les hommes âgés entre 18 et 29 ans et parmi les femmes âgées entre 25 et 39 ans, de la proportion d'hommes qui déclarent avoir eu au moins un nouveau partenaire dans l'année et de celle des femmes ayant plus d'un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois.

De plus, les femmes sont plus nombreuses en 2004 qu'en 2001 à déclarer avoir eu une infection sexuellement transmissible au cours de la vie (16,1% contre 11,3%). En 2004, elles sont également plus deux fois plus nombreuses que les hommes à l'avoir contacté au cours des cinq dernières années (44,4% contre 20,8%) .

Comme pour les autres années, le dernier rapport sexuel a pour plus de neuf répondants sur dix eu lieu avec un partenaire considéré comme régulier, le plus souvent au sein d'un couple cohabitant connu depuis plus d'un an.

I. L'entrée dans la sexualité

1. L'âge médian d'entrée dans la sexualité est de 16,6 ans chez les hommes et de 17,2 ans pour les femmes

En 2004, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à déclarer ne pas avoir eu de rapports sexuels, respectivement 5,1% et 3,6% ($p < 0,05$).

Si l'âge moyen d'initiation à la sexualité varie légèrement entre 1994 et 2004, passant chez les femmes de 18,5 ans en 1994 à 18 ans en 2004 et chez les hommes de 18 ans à 17,5 ans, l'âge médian est par contre constant chez les hommes entre ces deux dates, tandis qu'il diminue chez les femmes. Les hommes restent en moyenne six mois plus jeunes que les femmes au moment de leur initiation sexuelle.

Tableau 6.1 : Evolution de l'âge des répondants au moment du premier rapport sexuel – enquête 1994 à 2004^(a)

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un rapport sexuel ?

En pourcentage	1994	1998	2001	2004	Probabilité ^(b)			
					94/98	98/01	01/04	94/04
Pour les hommes	<i>n=516</i>	<i>n=838</i>	<i>n=1149</i>	<i>n=1281</i>				
Avant 14 ans	9,2	8,7	6,8	6,8	→	→	→	→
15 ans	8,9	9,3	8,6	8,4	→	→	→	→
16 ans	16,3	15,8	16,0	17,9	→	→	→	→
17 ans	24,3	21,4	23,0	26,8	→	→	↗	→
18 ans	17,9	22,6	20,6	18,0	→	→	→	→
19 ans	4,9	4,3	5,5	6,0	→	→	→	→
20 ans	7,1	10,1	9,9	8,0	→	→	→	→
Entre 21 et 25 ans	10,3	6,6	7,1	6,6	↘	→	→	→
26 ans ou plus	0,5	1,2	1,6	1,5	→	→	→	→
Nsp	0,5	0,0	0,9	0,0	-	-	-	-
Moyenne	18	17,4	18,3	17,5	↘	↗	↘	↘
Ecart type de la moyenne	0,4	0,1	0,3	0,08				
Médiane	16,6	16,7	16,8	16,6				
Pour les femmes	<i>n=653</i>	<i>n=874</i>	<i>n=1452</i>	<i>n=1609</i>				
Avant 14 ans	2,8	2,0	2,5	3,1	→	→	→	→
15 ans	3,7	6,5	4,4	5,8	↗	→	→	→
16 ans	10,8	9,0	13,1	13,9	→	↗	→	→
17 ans	18,7	22,1	22,7	21,6	→	→	→	→
18 ans	24,0	25,2	25,6	24,1	→	→	→	→
19 ans	11,9	8,6	11,1	10,2	→	→	→	→
20 ans	14,2	10,4	11,0	10,2	→	→	→	→
Entre 21 et 25 ans	12,8	14,5	8,5	10,1	→	↘	→	→
26 ans ou plus	1,2	1,8	0,9	1,0	→	→	→	→
Nsp	0,0	0,0	0,3	0,0	-	-	-	-
Moyenne	18,5	18,4	18,3	18,1	↘	↘	↘	↘
Ecart type de la moyenne	0,11	0,11	0,14	0,07				
Médiane	17,6	17,4	17,3	17,2				

(a) calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans ayant déjà eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie

(b) Test du χ^2 sur les effectifs redressés, → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes ($p < 0,05$).

Comme l'indique le tableau 6.1 ci-dessus, la structure par âge de l'entrée dans la sexualité est assez similaire d'une enquête à l'autre. En effet, quelle que soit l'année d'enquête, environ un homme sur trois déclare avoir eu son premier rapport avant 17 ans et un peu moins d'un sur quatre après 18 ans. Les femmes sont près d'une sur cinq (22,8% en 2004) à déclarer avoir commencé leur vie sexuelle avant 17 ans. Elles étaient par contre 40% à la commencer après leur 18 ans en 1994, elles sont 31,5% en 2004.

2. Une initiation essentiellement hétérosexuelle pour les hommes comme pour les femmes

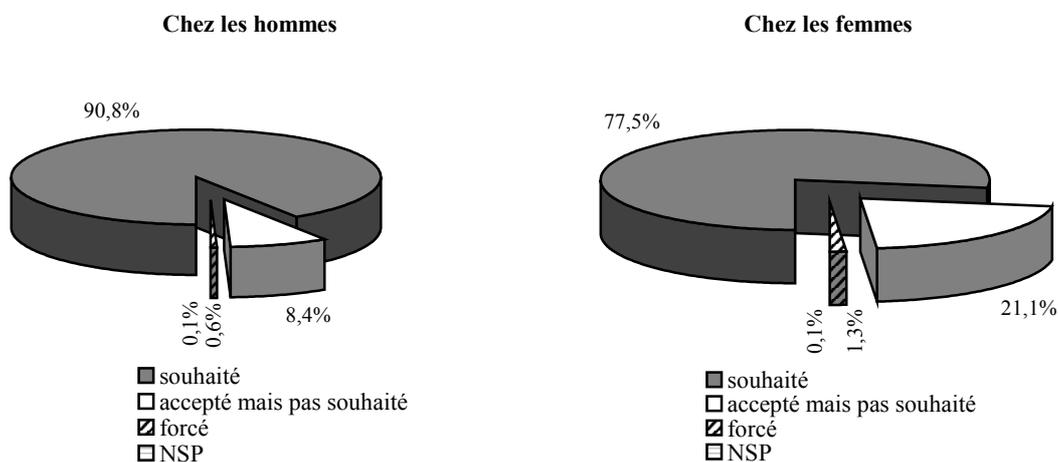
La quasi-totalité des répondants (99,6% des hommes et 99,7% des femmes âgés entre 18 et 54 ans ayant déjà eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie) déclarent en 2004 avoir eu leur premier rapport sexuel avec une personne de sexe opposé. Cette proportion est stable entre 1994 et 2004.

Seuls les hommes sont en 2004 légèrement plus nombreux qu'en 2001 (respectivement 99,6% contre 98,3% d'entre eux) à déclarer avoir eu leur premier rapport avec une personne de sexe opposé.

Ce premier rapport sexuel apparaît comme davantage souhaité par les hommes que par les femmes, puisque respectivement 90,8% contre 77,5% disent que « *ce premier rapport était quelque chose qu'il/elle souhaitait à ce moment là* ». Les femmes déclarent davantage avoir accepté ce rapport sans l'avoir vraiment souhaité : 21,1% d'entre elles contre 8,4% des hommes ; 1,3% d'entre elles déclarant même avoir été forcé à avoir ce rapport (contre 0,6% des hommes, $p < 0,05$).

Graphique 6.1: Désir de ce premier rapport sexuel– Enquête 2004^(a)

Ce premier rapport sexuel était quelque chose... ?



(a) calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite en liste blanche et en liste rouge et ayant déjà eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie

II. L'activité sexuelle au cours des cinq dernières années

Une stabilité du multipartenariat entre 2001 et 2004

Sur l'ensemble de la population interrogée en 2004, 95,4% des hommes et 93,5% des femmes déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, proportion stable depuis 1994. Comme pour les autres enquêtes, les femmes sont en 2004 aussi nombreuses que les hommes à avoir eu au moins un rapport sexuel dans les cinq dernières années (99% des hommes et 98,5% des femmes sexuellement actives⁴⁷).

La proportion d'hommes et de femmes qui déclarent ne pas avoir eu de rapport sexuel au cours des cinq dernières années est stable depuis 1994 ; respectivement 4,6% (3,6% n'ont jamais eu de rapports sexuels et 1% pas au cours des 5 dernières années) et 6,6% en 2004 (5,1% n'ont jamais eu de rapports sexuels et 1,5% pas au cours des 5 dernières années).

Tableau 6.2 : Evolution de l'orientation sexuelle au cours des 5 dernières années – Enquêtes 1994 à 2004^(a)

En pourcentage	Hommes					Femmes				
	1994	1998	2001 ^(b)	2004 ^(b)	Evolu- tion 94/04 ^(b)	1994	1998	2001 ^(b)	2004 ^(b)	Evolu- tion 94/04 ^(b)
Effectifs =	531	861	1184	1320		626	908	1498	1662	
Hétérosexuel(le)s ^(c)	92,3	93,2	91,9	93,6	→	93,6	90,9	92,0	92,7	→
Bisexuel(le)s ^(d)	2,3	1,2	1,2	1,4	→	1,4	0,9	0,8	0,6	→
Homosexuel(le)s ^(e)	1,4	1,2	1,8	0,4	↘	0,2	0,2	0,7	0,2	→
Abstinent(e)s ^(f)	0,3	0,6	0,6	1,0	→	1,7	2,4	0,7	1,5	→
Vierges ^(g)	3,7	3,8	4,5	3,6	→	3,2	5,5	5,8	5,1	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1994 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

(c) personne déclarant n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec des partenaires de sexe opposé.

(d) personne déclarant avoir eu des relations sexuelles aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes.

(e) personne déclarant n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec des partenaires du même sexe.

(f) personne ayant déjà eu des relations sexuelles mais pas au cours des 5 dernières années.

(g) personne déclarant n'avoir jamais eu de relations sexuelles.

En 2004, comme lors des enquêtes précédentes, les personnes interrogées déclarent majoritairement des rapports hétérosexuels : 93,6% des hommes et 92,7% des femmes disent n'avoir eu des rapports qu'avec des partenaires de sexe opposé au cours des cinq années précédant l'enquête. En 2004, les hommes et les femmes déclarent peu de rapports homosexuels (respectivement 0,4% et 0,2%), et 1,4% des hommes et 0,6% des femmes se déclarent bisexuels. On notera une diminution significative de la proportion de personnes interrogées déclarant des rapports homosexuels au cours des cinq dernières, tant pour les hommes que les femmes entre les enquêtes 2001 et 2004 et même depuis 1994 pour les hommes.

⁴⁷ C'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie.

Tableau 6.3 : Evolution du nombre de partenaires au cours des 5 dernières années déclaré par la population hétérosexuelle– Enquêtes 1994 à 2004^(a)

En pourcentage	Hommes					Femmes				
	1994	1998	2001 ^(b)	2004 ^(b)	Evolution 94/04 ^(b)	1994	1998	2001 ^(b)	2004 ^(b)	Evolution 94/04 ^(b)
Effectifs =	495	810	1110	1256		642	862	1425	1592	
Multipartenaires ^(d)	41,6	36,6	33,8	37,4	→	27,7	25,3	22,9	26,4	→
Monopartenaires ^(c)	58,0	62,7	65,4	61,6	→	70,3	72,1	76,3	72,1	→
Abstinent(e)s	0,4	0,7	0,8	1,1	→	2,0	2,6	0,8	1,5	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel avec une personne de sexe opposé (population hétérosexuelle). Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1994 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

(c) population ne déclarant qu'un seul partenaire sexuel sur la période de référence.

(d) population déclarant au moins deux partenaires sexuels au cours de la période de référence.

Pour la première fois depuis 1994, on constate une diminution de la proportion de femmes qui déclarent un seul partenaire au cours des 5 dernières années. Ainsi, les femmes sont en 2004 72,1% à déclarer avoir eu un seul partenaire contre 76,3% en 2001. Cette diminution de la proportion de monopartenaires s'est ainsi reportée sur les abstinentes au cours des cinq dernières années (leur pourcentage augmente de façon significative) et sur les multipartenaires. Par contre, la proportion d'hommes déclarant avoir eu un seul partenaire au cours des cinq dernières années est stable.

En 2004, parmi les personnes déclarant plus d'un partenaire au cours des cinq dernières années, la majorité d'entre eux sont des hommes (60,2%), habitent en zones urbaines (seuls 21,7% d'entre eux habitent en zone rurale), jeunes (80,7% d'entre eux ont entre 18 et 39 ans) et diplômés (24,2% sont titulaires du baccalauréat et 41,4% sont diplômés du supérieur et seulement 4,1% sont sans diplômes).

III. L'activité sexuelle au cours des douze derniers mois

1. La proportion d'hommes et de femmes déclarant au moins un rapport hétérosexuel au cours des douze derniers mois est majoritaire et stable depuis 1992

En 2004 comme les autres années, une large majorité d'hommes et de femmes déclare avoir eu des rapports uniquement hétérosexuels au cours des douze derniers mois, respectivement 95% et 94,4%. Les hommes et les femmes déclarent des pratiques sexuelles similaires au cours des douze derniers mois. Ils sont respectivement 1,2% et 0,5% à déclarer avoir eu au moins un rapport sexuel avec une personne de même sexe.

Tableau 6.4 : Evolution de l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

En % Effectifs =	Hommes						Femmes					
	92	94	98	01 ^(b)	04 ^(b)	Evolution	92	94	98	01 ^(b)	04 ^(b)	Evolution
Hétérosexuel(le)s	96,6	93,8	95,4	92,9	95,0	→	93,7	94,9	92,8	94,5	94,4	→
Bisexuel(le)s	1,3	1,3	0,5	0,8	0,3	→	0,7	0,3	0,0	0,3	0,1	→
Homosexuel(le)s	0,6	1,6	2,0	1,9	0,9	→	0,3	0,2	0,4	1,0	0,4	→
Abstinent(e)s	1,6	3,3	2,1	4,4	3,7	→	5,4	4,5	6,8	4,3	5,2	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, déclarant des rapports hétérosexuels uniquement au cours des 5 dernières années. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

2. La proportion d'hommes multipartenaires augmente entre 2001 et 2004

Après une baisse continue du multipartenariat depuis 1992, l'année 2004 se caractérise par une rupture dans cette tendance. En effet, la proportion d'hommes déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année augmente entre 2001 et 2004 passant de 10,1% à 14%. En revanche la proportion de femmes multipartenaires parmi la population hétérosexuelle ayant eu des rapports au cours des douze derniers mois reste stable : elles étaient 6,3% en 2001, elles sont 8,5% en 2004.

Cette augmentation du multipartenariat concerne chez les hommes essentiellement les jeunes âgés entre 18 et 29 ans (30,1% en 2004 contre 18,6% en 2001)⁴⁸, les titulaires d'un diplôme supérieur au bac (14,6% contre 6,8%), les célibataires (35,7% contre 25,1%), les actifs cadres ou exerçant une profession intermédiaire (11,8% contre 7,3%) ainsi que les hommes qui sont moins concernés par le VIH/sida : ceux qui ne connaissent pas de personnes séropositives ou malades du sida (14,3% contre 9,2%), ceux qui n'ont pas effectué un test de dépistage du virus du sida au cours des 12 derniers mois (11,6% contre 8,2%) et ceux qui estiment avoir un risque nul ou inférieur à la moyenne des gens d'être contaminés (8,2% contre 4,9%). Soulignons que la proportion d'hommes sans diplômes se déclarant multipartenaires au cours de l'année tend à diminuer entre 2001 et 2004 passant de 12,7% à 7,8%.

Chez les femmes, la déclaration de plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois est davantage fréquente en 2004 qu'en 2001 parmi essentiellement celles âgées entre 25 et 39 ans (8% contre 4,7%) et celles appartenant à la catégorie des cadres et professions intermédiaires (8,9% contre 5,6%).

Comme l'indique le tableau ci-après, le multipartenariat reste en 2004, comme pour les enquêtes précédentes, davantage le fait des hommes. La proportion d'hommes déclarant plus d'un partenaire de sexe opposé au cours des douze derniers mois est près de 1,6 fois plus importante que celle des femmes : 14% contre 8,5%.

⁴⁸ La proportion d'hommes multipartenaires âgés entre 18 et 24 ans augmente entre 2001 (25,9%) et 2004 (37,8%) au risque de 6,5%.

Par ailleurs, parmi les multipartenaires hétérosexuels au cours de l'année, les hommes déclarent en 2004 toujours davantage de partenaires que les femmes, avec une moyenne de 2,9 partenaires contre 2,4 pour les femmes. Cette différence s'est toutefois beaucoup atténuée depuis 1992, essentiellement du fait d'une diminution du nombre de partenaires déclarés par les hommes. Ils déclaraient en moyenne 4 partenaires au cours des 12 derniers mois en 1992.

Tableau 6.5. Evolution de la proportion de multipartenaires au cours des 12 derniers mois parmi les personnes hétérosexuelles en fonction des caractéristiques des répondants– Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Pourcentage de multipartenaires ⁽¹⁾	Hommes						Femmes					
	92	94	98	01 ⁽²⁾	04 ⁽²⁾	Evolution	92	94	98	01 ⁽²⁾	04 ⁽²⁾	Evolution
Effectifs =	657	501	813	1116	1265	92/04 ⁽²⁾	780	649	869	1433	1600	92/04 ⁽²⁾
Ensemble	21,9	16,6	14,3	10,1	14,0	↘	9,2	6,4	7,7	6,3	8,5	→
Selon l'âge												
18-24 ans	39,0	42,9	32,2	25,9	37,8 ^(c)	→	14,0	18,4	23,4	19,8	20,6	→
18-29 ans	35,6	29,5	28,5	18,6	30,1	→	15,9	14,6	17,6	13,2	16,3	→
30-39 ans	18,9	10,2	11,0	7,4	6,8	↘	7,7	3,9	3,5	4,3	6,7	→
40-54 ans	12,1	10,5	6,3	6,2	6,9	↘	4,9	1,7	3,2	3,3	4,0	→
Selon le niveau d'études												
Aucun diplôme	17,8	12,6	15,8	12,2	7,2	↘	4,9	3,1	3,9	1,3	3,5	→
CAP/BEP/BEPC	23,0	12,8	13,6	10,8	12,2	↘	7,7	4,5	4,1	6,6	6,6	→
BAC	26,7	26,2	13,7	13,7	19,5	→	10,8	9,4	13,5	6,4	12,4	→
Supérieur	19,3	16,3	15,0	6,8	14,6	→	13,6	9,5	9,5	8,1	8,8	→
Selon le statut matrimonial												
Marié(e)	8,2	5,4	4,3	3,0	3,8	↘	2,9	1,9	2,4	1,7	2,0	→
Comme marié(e)	24,1	4,7	3,9	6,5	7,1	↘	6,7	4,1	6,4	3,1	5,5	→
Célibataire	46,7	42,9	41,0	25,1	35,7	↘(6%)	27,5	22,3	21,8	20,9	30,0	→
Divorcé(e)/Veuf(ve)/Séparé(e)	55,0	36,1	18,4	33,4	29,3	↘	18,6	3,7	14,1	11,0	15,4	→
Selon la CSP												
Non actif	33,4	38,9	25,3	21,9	36,6 ^(d)	→	8,1	8,3	16,7	11,9	16,2	↗
Autres actifs	21,2	17,0	14,4	9,7	9,9	↘	9,8	4,7	4,5	3,7	4,6	↘
Cadres/Prof. Intermédiaires	19,0	10,2	11,2	7,3	11,8	↘	9,2	7,7	6,7	5,6	8,9	→
Selon la proximité avec une personne séropositive												
Connaissance proche	37,2	26,7	16,1	14,2	14,3	↘	17,7	8,2	12,8	7,5	11,0	→
Connaissance non proche	30,0	15,7	17,9	7,3	7,5	↘	11,5	5,9	15,6	7,4	9,2	→
Non connaissance	19,7	14,8	13,4	9,2	14,3	↘	7,8	6,1	5,2	5,9	7,8	→
Selon l'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois												
Non utilisateur 12 mois	12,6	6,5	1,5	4,2	4,8	↘	8,2	1,7	3,1	3,1	3,5	↘
Utilisateur 12 mois	49,0	39,0	35,4	28,2	31,9	↘	21,6	19,5	21,8	18,1	20,3	→
Selon le recours au test de dépistage au cours des 12 derniers mois												
Pas de test 12 mois	19,4	15,0	13,4	8,2	11,6	↘	8,6	4,8	6,5	4,5	6,5	→
Testé 12 mois	39,8	23,3	23,6	31,1	42,4	→	12,7	13,7	16,1	18,5	19,8	→
Selon l'auto perception du risque												
Risque supérieur	31,5	26,8	26,5	18,7	23,6	↘	17,5	10,7	13,3	9,9	12,7	→
Risque inférieur	17,0	9,3	6,7	4,9	8,2	↘	5,9	3,4	3,9	4,0	5,3	→

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, hétérosexuels strict au cours des douze derniers mois, inscrits sur liste blanche uniquement. Les pourcentages représentés sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

(c) Significatif à $p=6,5\%$

(d) Significatif à $p=5,8\%$

Tableau 6.6 : Déterminants liés au multipartenariat des douze derniers mois – Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Age : 18-29 ans	1	1
30-39 ans	0,46 (0,26-0,80)	1,01 (0,55-1,86)
40-54 ans	1,12 (0,67-1,88)	1,02 (0,55-1,89)
Niveau d'études : Aucun diplômes	1	1
CAP/BEP/BEPC	0,99 (0,43-2,32)	0,70 (0,23-2,14)
BAC	1,18 (0,47-2,93)	1,02 (0,33-3,18)
Diplôme supérieur	0,95 (0,40-2,29)	0,87 (0,30-2,54)
Perception du risque personnel : Aucun ou moins de risque	1	1
Autant ou plus de risque que la moyenne d'être contaminé	1,44 (0,92-2,24)	1,29 (0,80-2,07)
Crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH : Oui	1	1
Non	0,40 (0,25-0,63)	0,29 (0,19-0,45)
Statut matrimonial : être marié/comme marié	1	1
Célibataire	6,45 (3,91-10,62)	6,67 (3,22-13,8)
Veuf/divorcé	8,14 (3,48-19,07)	5,52 (2,76-11,03)
Pxoximité à la maladie : Oui	1	1
Connaissance non proche	0,93 (0,25-3,47)	1,06 (0,42-2,70)
Non connaissance	1,15 (0,68-1,92)	1,02 (0,63-1,67)
Lieu d'habitation: zone rurale	1	1
Urbain (<200 000 hab)	0,81 (0,45-1,48)	1,20 (0,62-2,32)
Urbain (>200 000 hab)	1,01 (0,54-1,91)	0,44 (0,19-1,02)
Agglomération parisienne	0,90 (0,50-1,63)	1,05 (0,55-2,04)
Accorder beaucoup d'importance à la religion : Oui	1	1
Ne pas accorder de l'importance	0,79 (0,47-1,32)	1,06 (0,62-1,82)
Recours au test de dépistage au cours des 12 dernier mois : non	1	1
A effectué un test	4,94 (2,78-8,79)	1,85 (1,11-3,06)
Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois : non	1	1
A utilisé un préservatif	3,98 (2,47-6,4)	2,67 (1,58-4,56)

(a) La population de base (n=3313) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, hétérosexuels stricts au cours des douze derniers mois (n=3266).

Lecture du tableau 6.6 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes ayant utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois ou ayant effectué au test de dépistage ont une probabilité plus élevée que celles n'ayant pas utilisé de préservatifs ou pas effectué de test de dépistage à déclarer avoir eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois.

La régression logistique ci-dessous indique que les facteurs associés à la déclaration de plus d'un partenaire dans l'année parmi les hommes et les femmes hétérosexuels sont le fait d'être célibataires, d'avoir déjà craint d'être contaminé par le virus du sida, d'avoir effectué un test de dépistage et utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois. En revanche, l'âge n'apparaît pas comme une variable discriminante notamment chez les femmes. De même, chez les hommes comme chez les femmes, ni le niveau d'études, ni la proximité à la maladie et ni la perception du risque personnel de contamination par le VIH n'influencent le fait d'être multipartenaire dans l'année.

3. Une déclaration plus fréquente de nouveaux partenaires chez les hommes comme chez les femmes

Entre 2001 et 2004, la proportion de personnes déclarant avoir eu au moins un nouveau partenaire dans l'année⁴⁹ a sensiblement augmenté, passant de 16% à 20,1% pour les hommes et de 11,2% à 15,1% pour les femmes, retrouvant ainsi le niveau de 1998 (19,6% parmi les hommes et 13,1% parmi les femmes).

Tableau 6.7 : Evolution du nombre de nouveaux partenaires au cours de l'année – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Combien parmi ce(s) partenaire(s) étai(en)t de nouveau(x) partenaire(s), c'est à dire des personnes avec qui vous n'aviez pas de rapports sexuels il y a plus de 1 an ?

En pourcentage	Hommes						Femmes					
	92	94	98	01 ^(b)	04 ^(b)	Evolution 92/04 ^(b)	92	94	98	01 ^(b)	04 ^(b)	Evolution 92/04 ^(b)
Effectifs	644	481	785	1061	1202		736	608	800	1345	1475	
Ancien partenaire	78,6	78,0	80,4	84,0	79,8	→	90,0	86,5	86,9	88,8	84,8	↘
Un nouveau partenaire	9,3	12,9	12,7	9,7	12,4	→	6,8	10,5	9,7	9,8	10,4	↗
Plus de un	12,1	9,1	6,9	6,3	7,7	↘	3,2	3,0	3,4	1,4	4,7	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, déclarant avoir eu au moins un partenaire au cours des 12 derniers mois. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Comme pour les autres années, les hommes et les femmes sont aussi nombreux à déclarer avoir eu un nouveau partenaire dans l'année précédent l'enquête. Les femmes sont toutefois moins nombreuses que les hommes à en déclarer plus d'un (4,7% contre 7,7%), l'écart entre les deux sexes s'atténuant légèrement par rapport à 2001 (respectivement 1,4% et 6,3%).

Chez les hommes comme chez les femmes, plus le répondant est jeune, plus il déclare de nouveaux partenaires durant l'année 2004. Ainsi, 54% des répondants âgés entre 18 et 24 ans contre 19,2% des 25-34 ans (et 7,9% pour les 35-44 ans et 5,5% pour les 45-54 ans) déclarent un ou plusieurs nouveaux partenaires. Les jeunes âgés entre 18 et 24 ans restent donc en 2004 les plus nombreux à déclarer un ou plusieurs nouveaux partenaires ; ils étaient 47,5% en 2001. Enfin, les hommes âgés de 18-24 ans sont plus nombreux que les femmes de la même tranche d'âges à déclarer au moins un nouveau partenaire dans l'année : 62,7% contre 44,4%. Pour les autres classes d'âges les proportions d'hommes et de femmes sont similaires.

⁴⁹ c'est à dire (au moins) une personne avec laquelle ils n'avaient pas de rapports sexuels il y a plus de un an.

Tableau 6.8 : Evolution du nombre de partenaires actuels – Enquêtes 1992 à 2004^{a)}*En ce moment, combien avez-vous de partenaires sexuels ?*

Pourcentage ⁽⁴⁾	Hommes						Femmes					
	92	94	98	01 ^(b)	04 ^(b)	Evolution 92/04 ^(b)	92	94	98	01 ^(b)	04 ^(b)	Evolution 92/04 ^(b)
Effectifs =	644	481	785	1061	1202		736	608	800	1345	1475	
Aucun	5,1	7,7	7,6	6,7	10,2	↗	2,1	6,5	6,8	6,0	7,0	↗
Un seul	91,7	88,6	91,1	91,7	87,7	↘	96,9	92,2	92,4	93,1	92,1	↘
Plus de un	3,2	3,7	1,3	1,6	2,0	→	1,0	1,3	0,8	0,9	0,8	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, déclarant des rapports hétérosexuels (non abstinentes) au cours des 12 derniers mois. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1992 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

A la question « En ce moment combien avez-vous de partenaires sexuels ? », 87,7% des hommes et 92,1% des femmes déclarent avoir un seul partenaire et respectivement 2% et 0,8% plus d'un partenaire. En 2004, les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à déclarer soit aucun partenaire (10,2% contre 7%⁵⁰) soit plus d'un partenaire (2% contre 0,8%).

IV. Le dernier partenaire sexuel

Parmi les personnes ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, 92,9% des hommes et 95,8% des femmes déclarent qu'ils ont eu leur dernier rapport sexuel avec leur partenaire régulier, habitant ou non sous le même toit. Parmi eux, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu leur dernier rapport sexuel avec la personne avec laquelle elles habitent (74,6% contre 69,7% des hommes), ces deux proportions étant stables depuis 1994.

⁵⁰ Calculé sur une population hétérosexuelle stricte, ayant eu au moins un rapport au cours des 12 derniers mois.

Tableau 6.9 : Evolution de quelques caractéristiques du partenaire du dernier rapport sexuel– Enquêtes 1994 à 2004^(a)

En pourcentage	1994	1998	2001	2004	Probabilité ^(b)			
					94/98	98/01	01/04	94/04
Pour les hommes	n=496	n=812	n=1096	n=1219				
Type de partenaire								
Partenaire cohabitant	68,9	70,3	72,2	69,7	→	→	→	→
Partenaire non cohabitant	31,1	29,7	27,8	30,3	→	→	→	→
Durée de la relation								
1 ^{ère} fois ou moins de 1 mois	6,2	4,7	4,8	4,2	→	→	→	→
De 1 mois à 1 an	11,8	10,9	8,3	13,2	→	→	↗	→
Plus de 1 an /NR	82,0	84,4	86,9	82,6	→	→	↘	→
Sexe du partenaire								
Féminin	97,7	98,0	97,9	98,4	→	→	→	→
Masculin	2,3	2,0	2,1	1,6	→	→	→	→
Pour les femmes	n=612	n=805	n=1365	n=1485				
Type de partenaire								
Partenaire cohabitant	73,5	75,7	75,7	74,6	→	→	→	→
Partenaire non cohabitant	26,5	24,3	24,3	25,4	→	→	→	→
Durée de la relation								
1 ^{ère} fois ou moins de 1 mois	3,5	3,8	3,9	2,9	→	→	→	→
De 1 mois à 1 an	11,7	8,2	6,5	10,8	→	→	↗	→
Plus de 1 an /NR	84,8	88,0	89,6	86,3	→	→	↘	→
Sexe du partenaire								
Féminin	99,7	99,7	99,0	99,6	→	↘	→	→
Masculin	0,3	0,3	1,0	0,4	→	↗	→	→

(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur la liste blanche et déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.

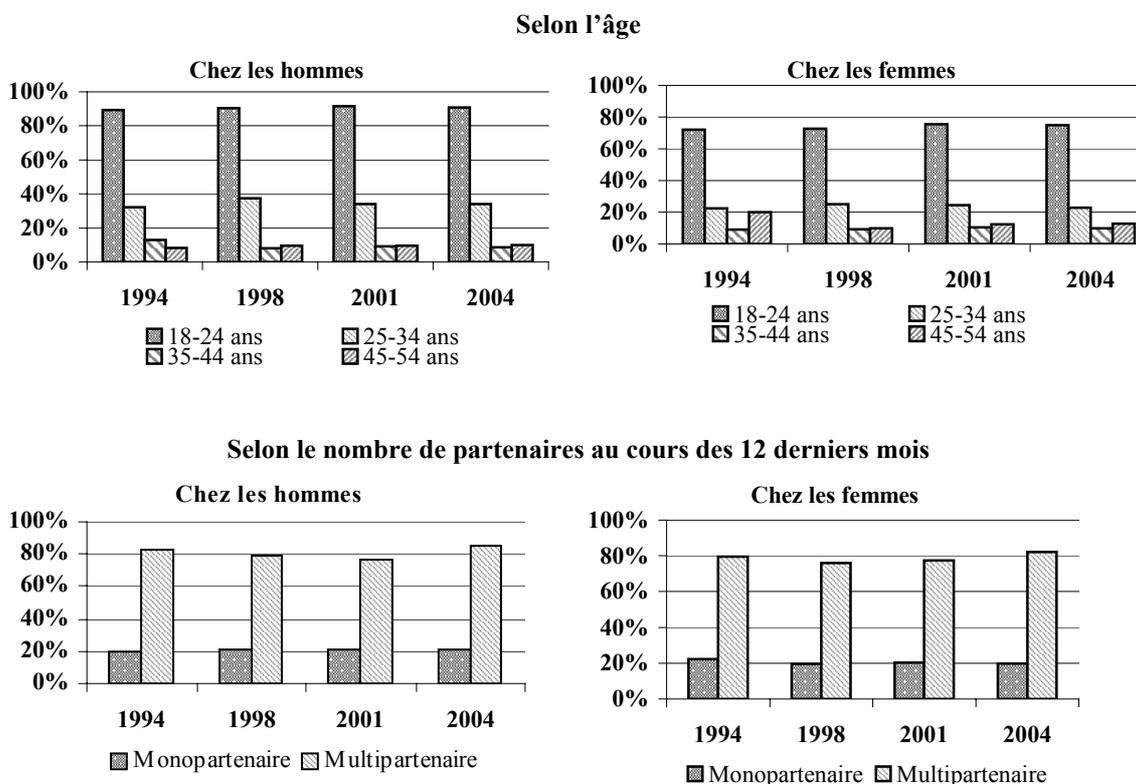
(b) χ^2 simple sur effectifs pondérés et redressés, → non significative, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes ($p < 0,05$). Les cellules en gras indiquent une différence significative entre 2001 et 2004 d'une même modalité.

Les répondants sont légèrement moins nombreux en 2004 à déclarer une relation de plus d'un an. En effet, 82,6% des hommes déclarent en 2004 que la relation avec leur dernier partenaire dure plus d'un an contre 86,9% en 2001. Cette proportion est passée de 89,6% en 2001 à 86,3% en 2004 chez les femmes ($p < 0,05$).

Enfin, le dernier rapport est essentiellement hétérosexuel, puisque la quasi-totalité d'entre eux (98,4% des hommes et 99,6% des femmes) déclarent en 2004 avoir eu un dernier rapport avec une personne de sexe opposé. De plus, l'orientation sexuelle au cours du dernier rapport est stable depuis 1994.

Le dernier rapport sexuel a plus souvent eu lieu avec partenaire non cohabitant si le répondant est jeune ou s'il a eu plusieurs relations sexuelles au cours des 12 derniers mois.

Graphique 6.2 : Evolution de la proportion de répondants dont le dernier partenaire sexuel n'est pas celui avec lequel il/elle cohabite – Enquêtes 1994 à 2004 ^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur la liste blanche et déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel avec une personne qui n'est pas leur conjoint cohabitant au cours des 12 derniers mois, soit $n=139$ hommes et 157 femmes en 1994, $n=216$ hommes et 226 femmes en 1998, $n=396$ hommes et 487 femmes en 2001 et $n=405$ hommes et 484 femmes en 2004.

En 2004, 87,6% des hommes et 92,2% des femmes déclarent que la relation avec leur dernier partenaire dure toujours et environ 98% des répondants ont eu plusieurs rapports avec ce dernier partenaire sexuel.

Globalement, les individus déclarent que leur dernier partenaire est issu du même milieu social qu'eux, et ce d'autant plus s'il s'agit de leur conjoint ou de la personne avec laquelle ils habitent (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 6.10 : Comparaison du milieu social du dernier partenaire des répondants en fonction du fait qu'il est partenaire cohabitant ou non – Enquête 2004^(a)

En pourcentage (Dernier partenaire est :) Effectif=	Hommes		χ^2 ^(b)	Femmes		χ^2 ^(b)
	Cohabitant n=1067	Non cohabitant n=421		Cohabitant N=1331	Non cohabitant n=636	
Même milieu social	80,2	74,2	S	82,1	75,3	S
Plutôt plus élevé	10,4	14,6	S	7,7	11,2	S
Plutôt moins élevé	9,4	11,2	S	10,2	13,5	S

(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois (intégrant liste blanche et liste rouge),

(b) χ^2 simple sur les effectifs pondérés et redressés, NS « non significatif », S significatif ($p < 0,05$).

V. Les Infections Sexuellement Transmissibles

1. Une augmentation de la déclaration des IST chez les femmes entre 2001 et 2004

En 2004, 11,3% des hommes et 16,1% des femmes déclarent avoir déjà eu une infection sexuellement transmissible au cours de la vie. Les femmes déclarent plus fréquemment au moins une IST en 2004 qu'en 2001 (16,1% contre 11,3%). Alors qu'en 2001, autant d'hommes et de femmes ont déclaré avoir contracté au moins une IST au cours de la vie, on constate que les femmes sont plus nombreuses que les hommes en 2004 (16,1% contre 11,3%). Cette forte déclaration de IST chez les femmes peut s'expliquer par un recours plus fréquent chez les gynécologues et par l'intégration des « *mycoses, champignons, candidoses* » dans les IST.

Tableau 6.11 : Evolution du nombre d'IST au cours de la vie – Enquêtes 1994 à 2004^(a)

Combien de fois avez-vous eu dans votre vie une maladie ou une infection qui se transmet sexuellement ?

En % ⁽²⁾	Hommes					Femmes				
	1994 n=516	1998 n=838	2001 ^(b) n=1149	2004 ^(b) n=1282	Evolution 94/04 ^(b)	1994 n=653	1998 n=874	2001 ^(b) n=1452	2004 ^(b) n=1610	Evolution 94/04 ^(b)
Aucune / Nsp	88,6	88,7	90,6	88,7	→	86,9	89,6	88,7	83,9	↘
Une fois	8,1	8,2	6,6	8,3	→	7,7	5,7	7,0	9,8	→
2 fois ou plus	3,3	3,2	2,8	3,0	→	5,4	4,7	4,3	6,3	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche uniquement, déclarant au moins un rapport sexuel au cours de la vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1994 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

En 2004, parmi les personnes ayant eu au moins une IST au cours de la vie, 79,2% des hommes et 56,6% des femmes l'ont contacté il y a 5 ans et plus et pour 4,6% des hommes et 15,7% des femmes la dernière IST date moins d'un an. Cette proportion d'IST au cours de l'année est stable par rapport à 2001 autant pour les femmes que les hommes.

Tableau 6.12 : Date de la dernière IST contractée pour les hommes et les femmes – Enquêtes 1994 à 2004^(a)*De quand date la dernière IST que vous avez contractée ?*

En % ⁽³⁾	Hommes					Femmes				
	1994 <i>n</i> =69	1998 <i>n</i> =118	2001 ^(b) <i>n</i> =130	2004 ^(b) <i>n</i> =186	Evolution 94/04 ^(b)	1994 <i>n</i> =97	1998 <i>n</i> =128	2001 ^(b) <i>n</i> =221	2004 ^(b) <i>n</i> =287	Evolution 94/04 ^(b)
Moins de 12 mois	8,5	4,6	10,1	4,6	→	26,3	14,5	13,5	15,7	→
Plus de 12 mois et moins de 5 ans	16,9	21,5	17,2	16,2	→	36,3	25,5	28,0	27,7	→
5 ans et plus	74,6	73,8	72,7	79,2	→	37,5	60,0	58,5	56,6	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, déclarant au moins une MST au cours de sa vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test du χ^2 a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2001 et 2004 est significative au seuil de 5%, les flèches indiquent les évolutions entre 1994 et 2004 : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Alors que les « *mycoses, champignons, candidoses* » ne sont pas des IST, on constate que parmi les hommes et les femmes ayant contracté une IST dans les cinq dernières années, ces derniers restent en 2004 les plus souvent cités : 50,5% des hommes et 69,6% des femmes ayant contracté une IST au cours des 5 dernières, suivies de « *l'herpès génital* » par 11,1% des hommes et 6,1% des femmes et les « *papillomavirus, condylome et crêtes de coq* » par 6,9% des hommes et 6,7% des femmes. Aucune personne interrogée en 2004 ne déclare avoir contracté le virus du sida au cours des 5 dernières années.

2. Les IST sont en général découvertes à la suite de symptômes

Une grande majorité des hommes et des femmes déclare avoir découvert leur infection sexuellement transmissible suite à *des symptômes ou à des craintes qui les ont amenés à consulter un médecin* (66,7% des hommes et 79,2% des femmes). Par ailleurs, 17,4% des femmes disent avoir découvert cette IST (ou la dernière d'entre elles) *en allant consulter un médecin pour un autre motif*, proportion plus importante que pour les hommes (1,2%). Enfin, un homme sur quatre (25,7%) contre seulement 3% des femmes ($p < 0,05$) ont été mis au courant par l'un de leurs partenaires sexuels.

Les femmes sont d'ailleurs plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir prévenu leur partenaire : 92,7% contre 82,4% ($p < 0,05$) en 2004.

Alors que les hommes consultent principalement *un médecin généraliste* (49,2%) ou *un spécialiste non gynécologue*, dans un cabinet privé (23,7%), les femmes s'adressent en priorité à *un gynécologue* (67,1%), puis à *un médecin généraliste* (19,3%). Enfin, 2,8% des femmes et 8,9% des hommes disent n'avoir consulté personne.

VI. Les Grossesses non désirées

1. Un recours à l'IVG stable entre 2001 et 2004

Les proportions de femmes et d'hommes (en parlant de leur partenaire enceinte d'eux) déclarant avoir subi⁵¹ une IVG au cours de la vie sont restées stables entre 2001 et 2004 pour se fixer à environ 20% pour les femmes et à 14% pour les hommes.

Par ailleurs, les femmes déclarent toujours plus souvent avoir fait une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de leur vie que ne le déclarent les hommes en parlant de leur partenaire enceinte d'eux : 19,9% contre 14,8%⁵².

Tableau 6.13 : Evolution de la proportion de répondants ayant déjà fait une IVG – Enquêtes 2001 et 2004^(a)

(Femmes) Vous est-il arrivé d'avoir subi une IVG dans votre vie ?^(b)

(Hommes) Est-il arrivé que l'une de vos partenaires, enceinte de vous, ait fait une IVG ?

En pourcentage ⁽¹⁾	2001		2004	
	Femmes n=1830	Hommes n=1369	Femmes n=1002 ^(c)	Hommes n=1550
Non	78,5	85,8	80,1	85,2
Oui	21,5	14,2	19,9	14,8

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, listes blanche et rouge, ayant eu au moins un rapport sexuel avec une personne de sexe opposé. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Question posée à la moitié des femmes en 2004, l'autre moitié étant interrogée selon une formulation différente : cf. note de bas de page

(c) Total des femmes ayant subi une IVG, quelle que soit la question posée.

Pour une large proportion équivalente de femmes (77,5%) ou de compagnes des hommes interrogés (72,4%) l'IVG ou la dernière d'entre elles (s'il y en a plusieurs) remonte à *plus de cinq ans*, et pour 4,6% des femmes et 5,5% des hommes concernés cette dernière IVG remonte à *moins d'un an*.

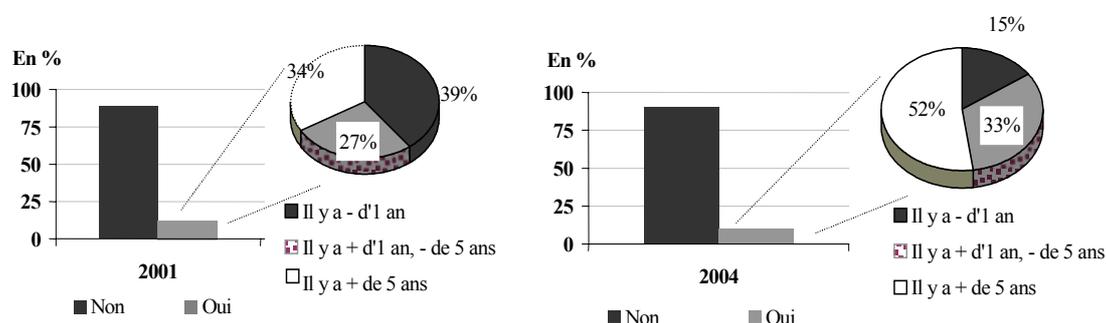
2. Près d'une femme sur dix ayant fait une IVG a utilisé la pilule RU 486

Parmi les répondants ayant déjà fait une IVG au cours de leur vie, qu'il s'agisse de la partenaire enceinte des hommes interrogés ou des femmes elles-mêmes, 9,8% des personnes ont pris un médicament appelé RU 486 pour interrompre une grossesse.

⁵¹ La question est posée différemment aux hommes : « Est-il arrivé que l'une de vos partenaires, enceinte de vous, ait fait une IVG ? ».

⁵² En 2004, deux formulations différentes ont été utilisées pour demander aux femmes si elles avaient déjà connu une IVG. Finalement, la différence entre les réponses n'apparaît pas significative : 19,9% des femmes répondent « oui » à la question « vous est-il arrivé de subir une IVG dans votre vie ? », contre 20,2% qui répondent « une » (ou plus) à la question « au cours de votre vie combien d'IVG avez-vous subi ? »

Graphique 6.3 : Proportions de femmes, parmi celles ayant déjà réalisé une IVG, qui ont pris la RU 486 – Enquête 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur listes blanche et rouge (n=3667). Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population redressée et pondérée.

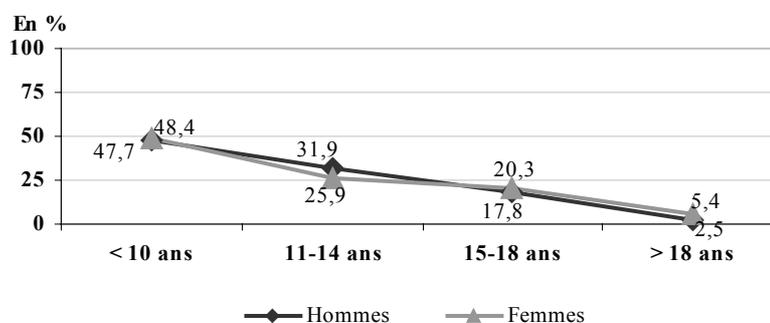
Cette prise remonte à moins d'un an pour 15,2% des femmes concernées, et pour 52,2% des hommes, la prise de ce médicament par leur partenaire date de plus de cinq ans. La différence de structure entre les hommes et les femmes n'est pas significative du fait des faibles effectifs concernés.

VII. Les violences sexuelles

1. Huit pour cent des répondants déclarent avoir subi des attouchements sexuels avant l'âge adulte

Pour la première fois, l'enquête 2004 aborde le sujet des violences sexuelles. Parmi les personnes interrogées, 8,3% déclarent avoir subi de force des attouchements sexuels au cours de leur vie : 4,7% une fois, et 3,6% plusieurs fois. Cette déclaration est proportionnellement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec respectivement 12% de femmes contre 4,5% des hommes. Une très forte majorité de ces attouchements sont subis dans l'enfance : 48,2% déclarent avoir été forcé à des attouchements sexuels avant 10 ans, 27,5% entre 11 et 14 ans et 19,6% entre 15 et 18 ans.

Graphique 6.4 : Répartition par classe d'âge des personnes déclarant avoir subi des attouchements - sexuels – Enquête 2004^(a)



(a) a population de base est composée des individus âgés de 18 à 69 ans, inscrits sur listes blanche et rouge (n=5071). Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population redressée et pondérée.

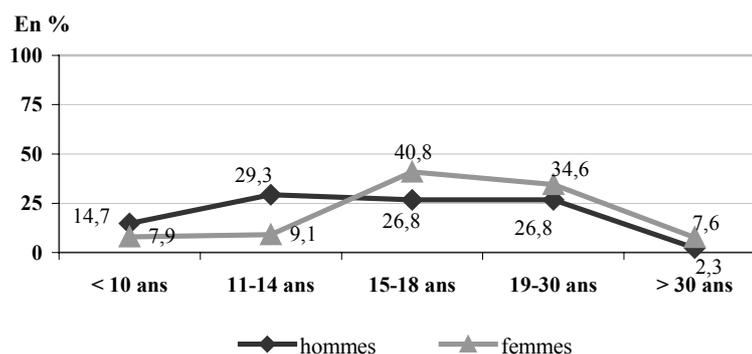
Par ailleurs, les filles subissent en moyenne ces attouchements un peu plus tard que les garçons : 12,8 ans en moyenne pour les filles contre une moyenne de 11,8 ans pour les garçons.

2. Sept femmes sur 100 déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, 7,2% des femmes et 1,2% des hommes déclarent avoir subi des rapports sexuels contre leur volonté. Parmi eux, 70,8% des hommes et 57,8% des femmes étaient mineurs au moment des faits, avec une moyenne d'âge de 16 ans pour les garçons et 19 ans ½ pour les femmes.

Un tiers des femmes qui déclarent avoir été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté disent que cela s'est passé avec leur mari, un autre tiers (38%) avec quelqu'un qu'elle connaissait et 16% avec un inconnu. Pour les hommes, les proportions sont respectivement de 13,9% par le conjoint, 49,5% par une personne qu'ils connaissaient, 20,9% par un inconnu.

Graphique 6.5 : Répartition par classe d'âge des personnes déclarant avoir été forcées à avoir des rapports sexuels – Enquête 2004^(a)



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 69 ans, liste blanche et rouge (n=5071). Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population redressée et pondérée.

Chapitre 7 – Image et utilisation du préservatif

Après la légère détérioration en 2001, l'image du préservatif s'améliore en 2004, puisque les répondants sont à la fois plus nombreux à considérer que le préservatif c'est quelque chose de banal (70%) et moins nombreux à penser que ça diminue le plaisir sexuel ou que cela crée des doutes sur le partenaire. Elle reste toutefois très contrastée, puisqu'ils sont toujours aussi nombreux à considérer que le préservatif crée des doutes sur le partenaire (17%), que c'est compliqué à utiliser (10%) et enfin que c'est pour les jeunes (9%).

L'utilisation du préservatif au début d'une nouvelle relation tend à se banaliser. On constate en effet une augmentation de l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport de la vie sexuelle des personnes interrogées : l'usage du préservatif apparaît d'autant plus fréquent que le premier rapport sexuel a eu lieu après 1985 date des premières campagnes de prévention contre le virus du sida. Ainsi, 12,7% des femmes et 9,6% des hommes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel lorsque celui-ci a eu lieu après 1985, et ils sont plus de 80% lorsque le premier rapport date de moins de 10 ans (après 1995). De plus, 80,6% des hommes et 74,6% des femmes déclarent également avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport avec un partenaire rencontré dans les cinq dernières années. Ils sont moins de 20% lorsque la relation avec le partenaire a commencé avant 1985.

L'usage déclaré d'un contraceptif pour éviter la grossesse lors du premier rapport de la vie sexuelle avec un partenaire de sexe opposé est adopté par plus d'un répondant sur deux en 2004, les femmes restent plus nombreuses que les hommes : 59,4% contre 53,2%. Les trois méthodes de contraception les plus souvent citées par les hommes et par les femmes ayant utilisé une méthode de contraception lors ce premier rapport hétérosexuel sont le préservatif masculin (65,2% d'entre eux), la pilule (34,9%) et le retrait (3%).

En 2004, l'usage de la double contraception (préservatif/pilule) lors du premier rapport hétérosexuel est déclaré par un répondant sur dix ayant utilisé un moyen de contraception lors de celui-ci, en léger recul par rapport à 2001 (15%). Cet usage combiné est plutôt une pratique plus fréquente des générations récentes.

Enfin, alors qu'elle avait diminué pour la première fois en 2001, l'utilisation déclarée du préservatif au cours des douze derniers mois augmente à nouveau en 2004. Cette augmentation de l'utilisation du préservatif ne touche toutefois qu'une population peu concernée et pas les catégories qui avaient enregistré la plus forte baisse entre 1998 et 2001. Aussi, les jeunes (notamment chez les femmes), les célibataires et les multipartenaires déclarent toujours moins fréquemment utiliser le préservatif qu'en 1998.

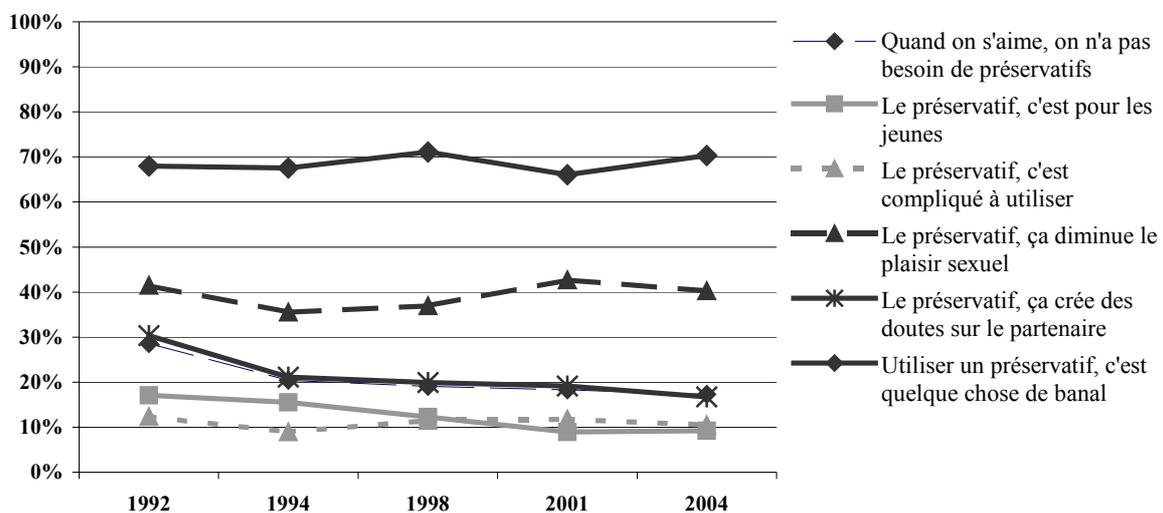
I. Opinion à l'égard du préservatif

1. Les opinions à l'égard du préservatif restent contrastées en 2004

Globalement, le préservatif est aujourd'hui mieux perçu qu'en 1992. Toutefois cette évolution positive n'a pas été constante, puisque les résultats de 2001 notamment avaient souligné une légère détérioration de son image. Les répondants sont en 2004 proportionnellement plus nombreux à considérer que *le préservatif c'est quelque chose de banal* (66% en 2001 contre 70,3% en 2004), et moins nombreux à penser que *le préservatif ça diminue le plaisir sexuel* (42,7% en 2001 contre 40,3% en 2004) ou que *cela crée des doutes sur le partenaire* (19,2% en 2001 contre 16,7% en 2004). L'opinion sur les autres items a peu évolué entre les deux dernières enquêtes, 17,3% des personnes interrogées approuvent l'idée que « *quand on s'aime on n'a pas besoin de préservatifs* », 9,2% que « *le préservatif c'est pour les jeunes* » et 10,5% que « *le préservatif, c'est compliqué à utiliser* ».

Graphique 7.1 : Evolution de l'opinion à l'égard du préservatif – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Voici quelques opinions sur les préservatifs, pour chacune d'entre elles, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, plutôt pas ou pas du tout d'accord ? (en pourcentage de tout à fait/plutôt d'accord avec les propositions)



(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche.

L'opinion à l'égard du préservatif exprimée en 2004 reste contrastée. Peu nombreux à déclarer qu'ils auraient honte d'en acheter (5,9%) ou encore à considérer que *c'est pour les jeunes* (9,2%) ou *compliqué à utiliser* (10,5%), près d'un répondant sur cinq pense que le « *préservatif crée des doutes sur le partenaire* », que « *cela incite à avoir plusieurs partenaires* » ou que « *l'on n'en a pas besoin quand on s'aime* ». Ils sont même un peu plus de 40% à trouver que le *préservatif diminue le plaisir sexuel*. Cette dernière opinion est davantage exprimée par les hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours de

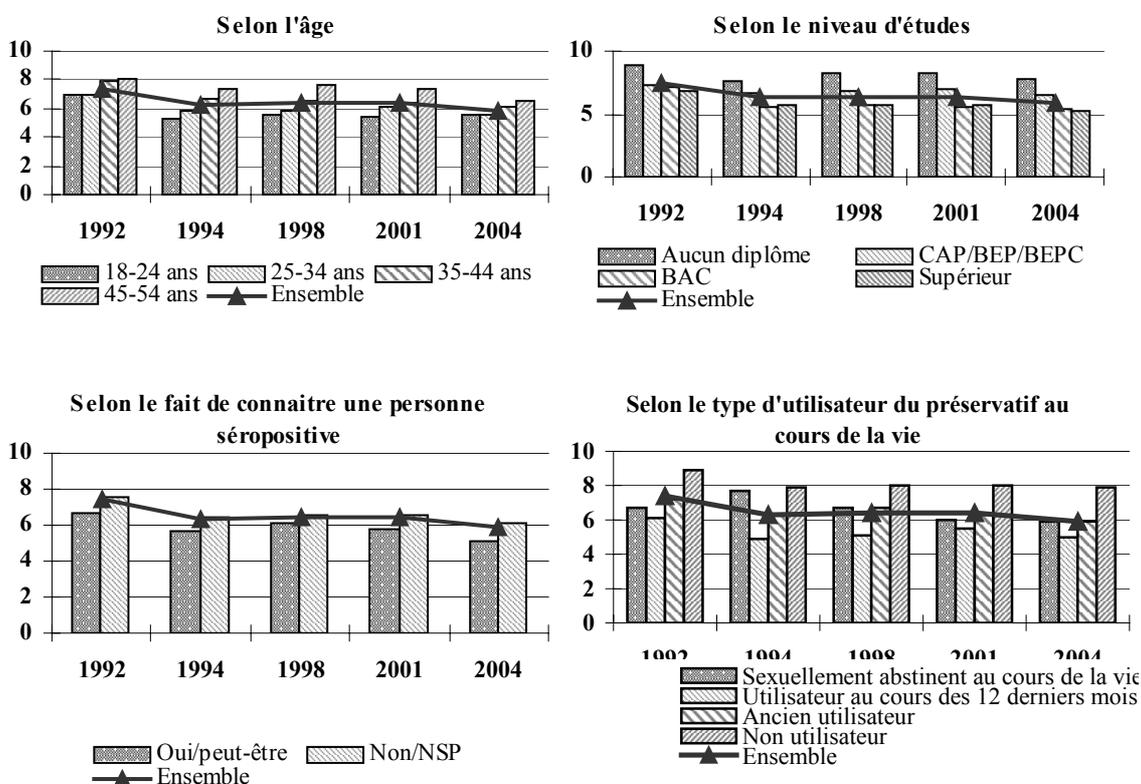
l'année et surtout qui ont utilisé le préservatif au cours de cette période. Les femmes, les répondants âgés de plus de 54 ans, sans diplôme, inactifs, ne connaissant pas de personnes séropositives ou malades du sida, n'ayant pas eu de rapport sexuel au cours des douze derniers ou n'ayant jamais utilisé de préservatif déclarent plus souvent que « *le préservatif incite à avoir plusieurs partenaires* » et qu'ils/elles « *auraient honte d'en acheter* ».

2. L'image du préservatif s'améliore au cours des cinq vagues de l'enquête.

Afin de mieux saisir l'évolution globale de l'opinion à l'égard du préservatif, un score a été construit à partir des 6 items du graphique 7.1. On attribue à chacune de ces opinions une valeur de 4 pour les réponses « tout à fait d'accord », 3 pour « plutôt d'accord », 2 pour « ni d'accord, ni pas d'accord », 1 pour « plutôt d'accord » et 0 pour « pas du tout d'accord », sauf pour l'opinion « utiliser un préservatif c'est quelque chose de banal » pour laquelle l'attribution des valeurs est inversée. Après avoir sommé ces valeurs sur ces 6 items, on obtient un score d'opinion à l'égard du préservatif pouvant varier de 0 à 24. Plus le score est élevé, plus la perception du préservatif est négative.

Globalement, l'image du préservatif s'est améliorée puisque la valeur moyenne du score de perception négative du préservatif a tendance à baisser au cours des cinq vagues de l'enquête. La valeur moyenne du score est passée de 7,4 en 1992 à 6,4 en 2001 et à 5,9 en 2004.

Graphique 7.2 : Evolution du score de perception négative du préservatif – Enquêtes 1992 à 2004^(a)



(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrit sur liste blanche n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=2682 en 2001, n=2982 en 2004.

Comme l'indique le graphique 7.2, cette amélioration concerne globalement tous les répondants, quel que soit leur âge, leur niveau d'études, le fait de connaître une personne séropositive ou malade du sida et le type d'utilisateur du préservatif.

Tableau 7.1: Déterminants du score de perception négative du préservatif –Enquête 2004⁽¹⁾

	Modèle de régression linéaire	
	Coefficients estimés	(IC à 95%)
Constante	10,78	7,73-13,82
Sexe: Hommes	1	
Femmes	-0,80	-1,10- -0,51
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	-0,29	-0,95-0,37
25-34 ans	0,01	-0,42-0,44
35-44 ans	0,11	-0,29-0,52
Vivre en couple : Non	1	
Oui	-0,66	-3,55-2,23
Situation matrimoniale : Marié/comme marié	1	
Célibataire	-0,47	-3,37-2,42
Divorcé(e), veuf(ve) ou séparé(e)	-0,34	-3,28-2,61
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	-1,09	-1,46- -0,73
Activité professionnelle : Inactif	1	
Actif non cadre	-0,20	-0,83-0,43
Cadre, profession intermédiaire	-0,44	-1,06-0,19
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	-0,66	-0,97- -0,34
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	-0,52	-1,18-0,14
Multipartenaire	1,01	0,45-1,57
Connaître au moins une personne séropositive : Non	1	
Oui	-0,78	-1,13- -0,43
Perception du risque personnel : Aucun ou moins de risque	1	
Autant ou plus de risque que la moyenne d'être contaminé	-0,60	-0,92- -0,27
Avoir craint d'être contaminé par le VIH : Non	1	
Oui	0,60	0,28-0,92
Type d'utilisation du préservatif au cours de la vie : Non utilisateur	1	
Sexuellement abstinent au cours de la vie	-0,50	-1,69-0,69
Utilisateur au cours des 12 derniers mois	-2,87	-3,42- -2,32
Utilisateur avant les 12 derniers mois	-1,68	-2,15- -1,21

(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge (n= 3667).

Lecture du tableau 7.1 : Les valeurs reportées en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants possédant le baccalauréat ou un diplôme du supérieur expriment moins souvent d'opinions négatives sur les préservatifs que ceux ayant un diplôme plus bas. Par contre, le préservatif est moins bien perçu par les multipartenaires que les monopartenaires.

L'image du préservatif est relativement négative chez les répondants âgés entre 55 et 69 ans en 2004, puisqu'ils se démarquent avec un score moyen (8,0) nettement supérieur à celui des autres groupes d'âge (contre 5,4 chez les 18-24 ans, 5,6 chez les 25-34 ans, 6,2 chez les 35-44 ans et 6,4 chez les 45-54 ans).

La régression linéaire réalisée sur le score d'opinion à l'égard du préservatif confirme les résultats trouvés dans l'analyse bivariée précédente.

Les femmes, les personnes possédant le baccalauréat ou un diplôme du supérieur, n'accordant aucune importance à la religion ont une image du préservatif moins négative.

De même, le préservatif est mieux perçu si le répondant connaît des personnes séropositives ou malades du sida, s'il considère avoir un risque plus élevé que la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida ou bien s'il a déjà utilisé des préservatifs.

En revanche, le préservatif est moins bien perçu par les répondants multipartenaires au cours des 12 derniers mois ou par ceux qui ont déjà craint d'avoir été contaminés par le VIH.

II. Le préservatif féminin

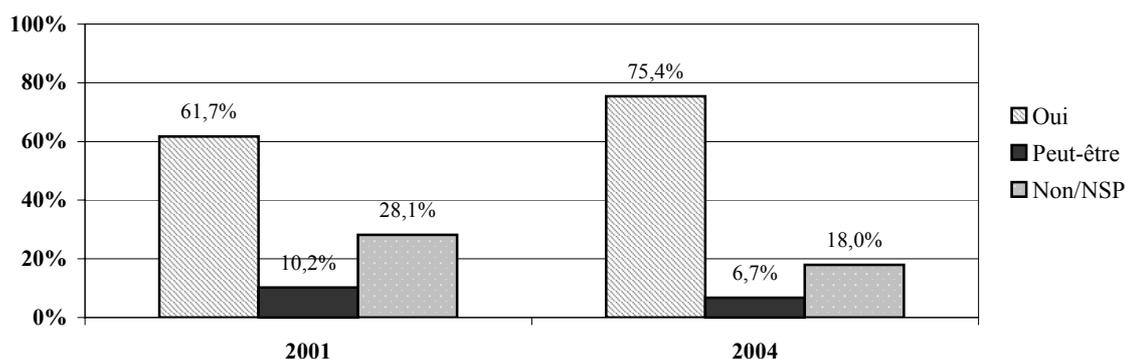
1. Le préservatif féminin est davantage connu en 2004

En vente depuis le début des années 1990 dans plusieurs pays européens et aux Etats-Unis, le préservatif féminin est disponible en France depuis le deuxième trimestre 2000.

Interrogés sur cette nouvelle méthode de contraception et de prévention dès l'enquête KABP 2001, les répondants avaient déjà un bon niveau de connaissance de son existence (61,2%).

Graphique 7.3: Proportion des répondants ayant entendu parler du préservatif féminin – Enquêtes 2001 et 2004^(a)

Avez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin (Fémidon® ou Présinette®) ?



(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 abonnée sur liste blanche et liste rouge : n=3321 en 2001 et n=3667 en 2004. Cette question existe depuis 2001.

Ils sont en 2004 encore plus nombreux à en avoir entendu parler : 75,4% des répondants. Les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à en avoir entendu parler : 90,1% chez les 18-24 ans, 76,1% chez les 25-39, 67,4% chez les 40-54 et 63,1% chez les 55-69 ans.

2. La population « la plus sensibilisée » a davantage entendu parler du préservatif féminin

Comme l'indique le modèle de régression logistique ci-dessous, la probabilité d'avoir entendu parler du préservatif féminin est plus grande si le répondant est un jeune âgé entre 18 et 34 ans (notamment ceux de 18-24 ans), qu'il a le baccalauréat ou un diplôme du supérieur, qu'il n'accorde aucune importance à la religion ou encore qu'il craigne le sida pour lui même. Les personnes qui ont déjà utilisé un préservatif masculin ont également davantage entendu parler du préservatif féminin.

Tableau 7.2 : Déterminants liés au fait d'avoir déjà entendu parler du préservatif féminin – Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe: Hommes	1	
Femmes	0,86	0,69-1,07
Age : 45-54 ans	1	
18-24 ans	11,13	5,06-24,45
25-34 ans	1,46	1,09-1,97
35-44 ans	0,95	0,76-1,20
Niveau d'études : Inférieur au bac	1	
Supérieur ou égal au bac	1,85	1,45-2,37
CSP : Inactif	1	
Actif non cadre	1,06	0,66-1,72
Cadre, profession intermédiaire	1,44	0,88-2,38
Accorder de l'importance à la religion : Oui	1	
Non	1,32	1,05-1,66
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois : Monopartenaire	1	
Sexuellement abstinent au cours des 12 derniers mois	1,01	0,62-1,65
Multipartenaire	0,85	0,56-1,30
Avoir craint d'être contaminé par le VIH : Non	1	
Oui	1,47	1,14-1,89
Type d'utilisation du préservatif au cours de la vie : Non utilisateur	1	
Sexuellement abstinent au cours de la vie	0,82	0,33-2,05
Utilisateur au cours des 12 derniers mois	2,62	1,87-3,69
Utilisateur avant les 12 derniers mois	2,06	1,59-2,66

(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrite sur liste blanche et liste rouge (n= 3667).

Lecture du tableau 7.2 : Les valeurs reportées en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants possédant le baccalauréat ou un diplôme du supérieur ont une probabilité plus élevée d'avoir entendu parler du préservatif féminin que ceux ayant un CEP/CAP/BEP ou pas de diplôme .

III. Utilisation du préservatif et de méthodes de contraception

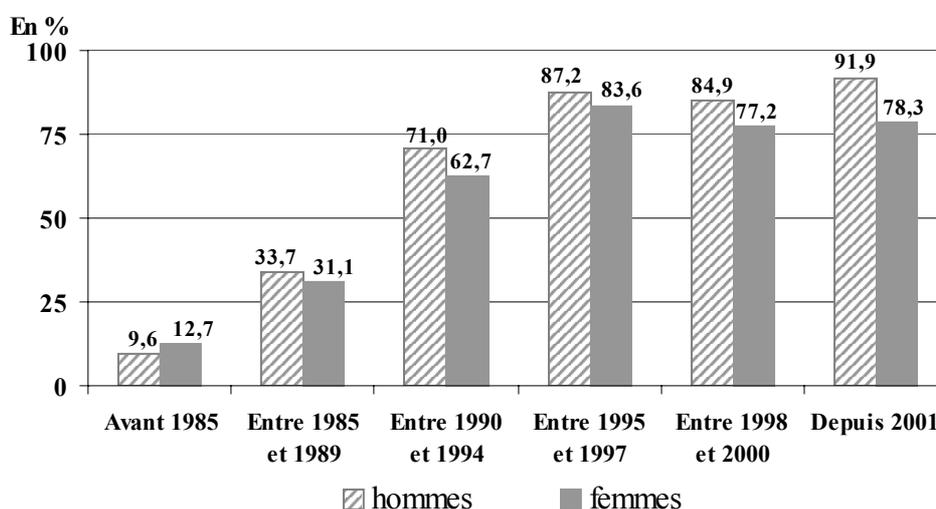
1. Comportements de prévention au cours du premier rapport sexuel

1.1 L'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel est de plus en plus courante

Les répondants sont en 2004 plus nombreux qu'en 2001 à déclarer avoir utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel : 43,4%⁵³ des hommes ayant eu leur premier rapport sexuel avec une personne de sexe opposé contre 31,7% et respectivement 42,5% contre 32,2% des femmes. Les hommes sont donc aussi nombreux que les femmes en 2004 à déclarer avoir utilisé un préservatif au cours du premier rapport.

Si l'on tient compte de la date du premier rapport sexuel (cf. graphique 7.4), on constate que l'usage du préservatif est d'autant plus fréquent lors du premier rapport sexuel, que celui-ci a eu lieu après 1985, date des premières campagnes d'information sur le sida et les préservatifs. Ainsi, seulement 9,6% des hommes et 12,7% des femmes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport lorsque celui-ci a eu lieu avant 1985. Cette proportion passe à 33,7% chez les hommes et à 31,1% chez les femmes si ce premier rapport a eu lieu entre 1985 et 1989 et à 91,9% des hommes et 78,3% des femmes ayant eu leur premier rapport depuis 2001.

Graphique 7.4 : Proportion de répondants ayant utilisé le préservatif lors du premier rapport hétérosexuel, selon l'année de leur premier rapport – Enquêtes 1994 à 2004^(a)

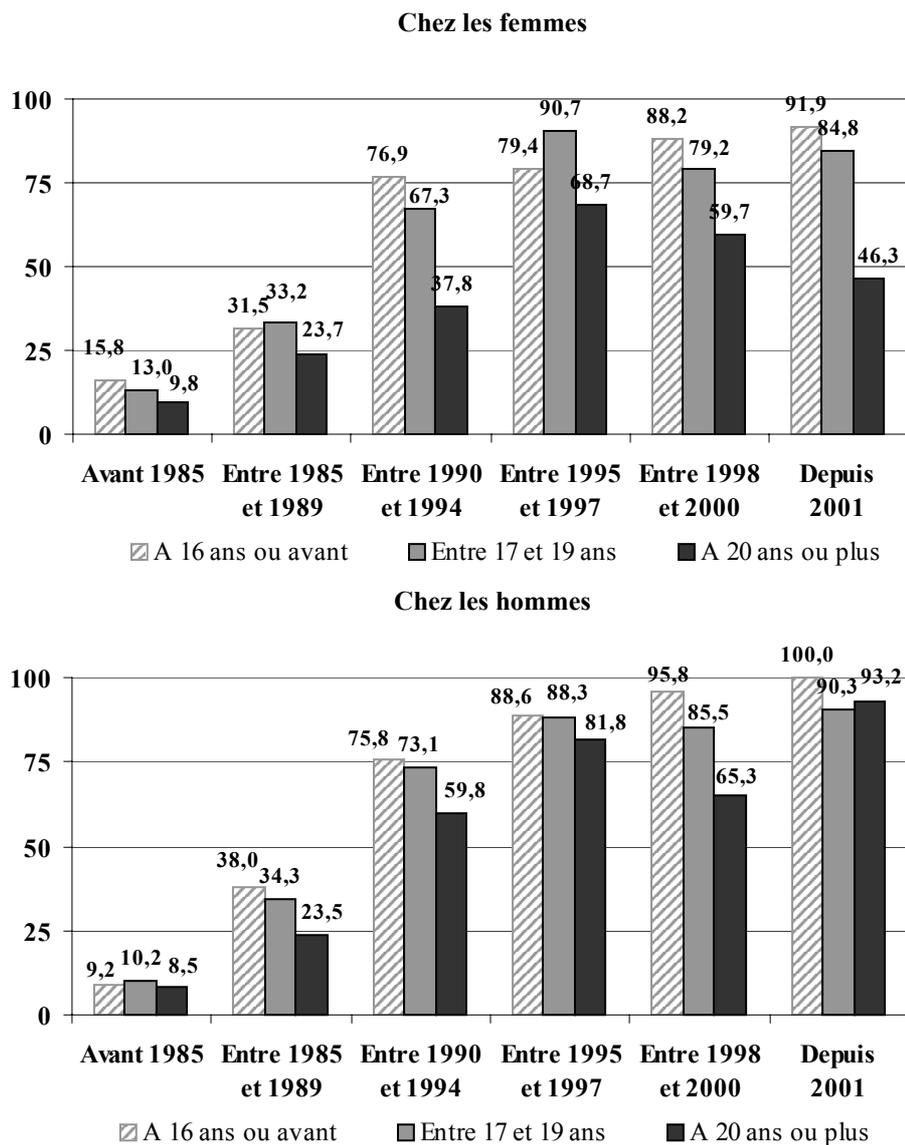


(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement et ayant eu un premier rapport hétérosexuel. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée (n=4236 hommes et 5328 femmes).

⁵³ Ce pourcentage regroupe les réponses à deux questions différentes : la proportion de ceux qui ayant déclaré avoir utilisé une méthode de contraception citent le préservatif (61,4% des personnes ayant déclaré avoir utilisé une méthode de contraception) et la proportion de ceux qui ne citant pas le préservatif ou disant ne pas avoir utilisé de méthode de contraception répondent avoir utilisé un préservatif au cours de ce rapport (9,9%).

Lorsque le premier rapport sexuel a eu lieu après 1995, le niveau d'utilisation du préservatif est donc très important avec plus de 85% parmi les hommes, les femmes restant légèrement en retrait avec un taux d'utilisation avoisinant les 80%. Ce graphique incite également à penser que les changements dans la représentation de la maladie dus notamment à l'arrivée des ARV puissants (perception moins élevée du risque de contamination, moindre crainte du sida et des maladies associées), ne semblent toujours pas entraîner une baisse de l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel.

Graphique 7.5 : Proportion d'hommes et de femmes ayant utilisé le préservatif lors du premier rapport hétérosexuel selon l'année et l'âge au moment de leur premier rapport – Enquêtes 1994 à 2004^(a)



(a) Calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche, ayant eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire de sexe opposé (n=4236 hommes et 5328 femmes).

Comme l'indique le graphique 7.5, **l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel est globalement d'autant plus fréquent que le répondant est jeune au moment du premier rapport, notamment les femmes.** Ainsi, les femmes et les hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel après 19 ans déclarent moins souvent avoir utilisé un préservatif lors de ce rapport que celles et ceux qui ont un âge d'initiation plus jeune. Ce résultat n'est pas vérifié lorsque le premier rapport sexuel a eu lieu avant 1985, période où la proportion de répondants déclarant avoir utilisé un préservatif est équivalente quelque soit l'âge d'initiation.

1.2. Plus d'un homme et d'une femme sur deux déclarent avoir utilisé une méthode de contraception lors de leur premier rapport sexuel

En 2004, au total, 53,2% des hommes et 59,4% des femmes ayant eu un premier rapport hétérosexuel déclarent avoir utilisé eux-mêmes (ou leur partenaire) une méthode de contraception pour éviter la grossesse lors de celui-ci. Les femmes restent plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir utilisé une contraception ($p < 0,05$) lors de leur premier rapport sexuel : 59,4% contre 53,2% des hommes.

Tableau 7.3: Proportion d'hommes et de femmes ayant déclaré avoir utilisé une méthode de contraception lors du premier rapport sexuel –Enquête 2004^(a)

Lors du premier rapport sexuel, est-ce que vous ou votre partenaire avez employé une méthode pour éviter une grossesse ?

Pourcentage de « oui, utilisé »	Ensemble ⁽¹⁾ <i>n=3531</i>	Hommes <i>n=1545</i>	Femmes <i>n=1986</i>
Ensemble	56,2	53,2	59,4
A 16 ans ou avant	52,9	48,4	59,9
Entre 17 et 19 ans	58,7	56,8	60,4
A 20 ans ou plus	54,1	51,5	56,1

(a) calculé sur la population âgée entre 18 et 54 ans inscrite en liste blanche et en liste rouge et ayant eu leur premier rapport avec une personne de sexe opposé

Les répondants qui en 2004 disent avoir eu leur premier rapport entre 17 et 19 ans, sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir utilisé une méthode de contraception au moment de leur initiation sexuelle que ceux plus âgés ou au contraire plus jeunes. Ainsi, les hommes qui ont eu leur premier rapport avec une personne du sexe opposé entre 17 et 19 ans sont 56,8% à déclarer avoir utilisé une méthode de contraception lors du premier rapport, contre 48,4% parmi ceux qui ont eu leur premier rapport à 16 ans ou avant et 51,5% lorsqu'il a eu lieu plus tard. Pour les femmes, cette utilisation différentielle selon l'âge d'une contraception lors du premier rapport sexuel n'est pas significative.

Tableau 7.4 : Evolution des méthodes de contraception les plus souvent utilisées lors du premier rapport sexuel (en pourcentage de « oui »)^(a) – Enquête 2004*Quelle méthode de contraception avez-vous utilisé lors de ce premier rapport sexuel ?*

Pourcentage de « oui » ^(a,b)	Ensemble <i>n=1935</i>	Hommes <i>n=804</i>	Femmes <i>n=1131</i>
Pilule	34,9	27,9	41,4
Préservatif masculin ^(c)	65,2	70,1	60,6
Retrait (coït interrompu)	3,1	3,3	3,0

(a) le pourcentage est calculé sur la population âgée entre 18 et 54 ans inscrite en liste blanche ou en liste rouge, ayant eu un 1^{er} rapport hétérosexuel et ayant déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel.

(b) plusieurs réponses étaient possible, d'où un total supérieur à 100 .

(c) Il s'agit ici du pourcentage d'hommes et de femmes qui ayant déclaré avoir utilisé une méthode de contraception au cours du premier rapport cite le préservatif.

Les trois modes de contraception les plus souvent cités par les hommes et par les femmes qui déclarent avoir utilisé une méthode de contraception au moment de leur premier rapport sont le préservatif masculin, la pilule puis le retrait (coït interrompu). Le préservatif est même en 2004 davantage cité que la pilule, puisque 65,2% déclarent avoir utilisé un préservatif⁵⁴ lors de leur premier rapport contre 34,9% la pilule.

Le retrait ou le coït interrompu est cité aussi fréquemment par les hommes que par les femmes, environ 3% des répondants déclarant avoir utilisé une méthode de contraception, soit une proportion en nette diminution par rapport à 2001 (15,7%).

⁵⁴ Il s'agit ici du pourcentage de répondants qui ayant déclaré avoir utilisé une méthode de contraception lors du premier rapport sexuel cite le préservatif. Il est donc différent du pourcentage précédent correspondant à la proportion de répondant déclarant avoir utilisé le préservatif au cours du premier rapport sexuel que ce soit comme méthode contraceptive ou non.

1.3. Au moment du premier rapport sexuel, un répondant sur dix déclare avoir utilisé la double contraception pilule/préservatif

Tableau 7.5 : Proportion des répondants ayant utilisé à la fois la pilule et le préservatif lors du premier rapport sexuel – Enquêtes 2001 et 2004^(a)

Pourcentage de « oui, utilisé »	Ensemble ^(a)			Hommes			Femmes		
	2001 n=1671	2004 n=1935	χ^2 ^(b)	2001 n=651	2004 n=804	χ^2 ^(b)	2001 n=1020	2004 n=1131	χ^2 ^(b)
Ensemble	15,0	10,4	S	12,5	6,6	S	17,2	14,1	NS
Selon l'âge lors du premier rapport sexuel									
A 16 ans ou avant	16,3	8,7	S	12,9	5,5	S	20,9	12,6	S
Entre 17 et 19 ans	15,5	11,3	S	13,0	7,2	S	17,2	15,0	NS
A 20 ans ou plus	12,3	10,3	NS	10,6	6,4	NS	13,7	13,2	NS
Selon l'âge au moment de l'enquête									
18-24 ans	37,5	18,0	S	36,9	11,3	S	38,1	25,8	S
25-34 ans	19,6	11,4	S	14,7	6,5	S	23,7	16,3	S
35-44 ans	6,8	5,7	NS	3,8	2,9	NS	9,1	8,2	NS
45-54 ans	0,8	1,9	NS	0,8	2,5	NS	0,9	1,6	NS
Selon le diplôme au moment de l'enquête									
Inférieur au bac	13,3	10,9	NS	11,4	7,5	NS	15,1	14,9	NS
Supérieur ou égal au bac	16,2	10,2	S	13,2	5,9	S	18,5	13,7	NS

(a) calculé sur la population âgée entre 18 et 54 ans inscrite en liste blanche et en liste rouge et ayant déjà eu au moins un rapport hétérosexuel au cours de la vie et qui déclare avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel.

(b) χ^2 simple sur les effectifs redressés : S différence significative entre 2001 et 2004, par exemple, chez les hommes ($p < 0,05$), NS différence non significative. Les cellules en gras indiquent une différence significative d'une même modalité entre 2001 et 2004 et les cellules grisées indiquent une différence significative entre les différentes modalités d'une même enquête.

En 2004, 10,4% des répondants ayant employé une méthode contraceptive lors de leur premier rapport hétérosexuel déclarent avoir utilisé à la fois la pilule et le préservatif à cette occasion contre 15,0% en 2001. Ce moindre usage de la double contraception pilule/préservatif se retrouve chez les hommes qui déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel entre 17 et 19 ans (7,2% en 2004 contre 13% en 2001) et chez les femmes qui ont commencé leur vie sexuelle à l'âge de 16 ans ou moins (12,6% en 2004 contre 20,9% en 2001).

Déclarer avoir utilisé une double contraception pilule/préservatif est plus fréquent selon l'âge des répondants au moment de l'enquête. Ainsi, au moment de l'enquête les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux à citer à la fois la pilule et le préservatif comme méthode de contraception lors de leur premier rapport hétérosexuel. Au delà d'un biais de mémoire, ce résultat suggère que l'usage combiné de la pilule et du préservatif est plutôt une pratique plus fréquente des générations récentes.

1.4. L'usage de la pilule du lendemain après le premier rapport sexuel augmente

Les répondants sont en 2004 proportionnellement plus nombreux qu'en 2001 à déclarer avoir utilisé la pilule du lendemain à l'issue de leur premier rapport sexuel : 4,9% en 2001 contre 6,3% en 2004. Cette augmentation concerne notamment les femmes (3,9% à 5,1%).

Par contre, les hommes restent en 2004 plus nombreux que leur partenaire à déclarer avoir pris cette pilule du lendemain que les femmes (7,4% contre 5,1%)⁵⁵.

Tableau 7.6 : Proportion des répondants ayant utilisé la pilule du lendemain après le premier rapport - Enquêtes 2001 et 2004^(a)

Pourcentage ^(b)	Ensemble			Hommes			Femmes			
	Effectif	2001 n=3182	2004 n=3531	χ^2 ^(b)	2001 n=1363	2004 n=1545	χ^2 ^(b)	2001 n=1819	2004 n=1986	χ^2 ^(b)
Oui		4,9	6,3	S	6,0	7,4	NS	3,9	5,1	S
Non / Non réponses / Ne sait pas / Femmes enceintes		95,1	93,7	S	94,0	92,6	NS	96,1	94,9	S

(a) le pourcentage est calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans inscrite en liste blanche ou en liste rouge et ayant eu un 1^{er} rapport hétérosexuel.

(b) χ^2 simple sur les effectifs redressés, NS non significatif, S significatif (p<0,05).

⁵⁵ La faiblesse des effectifs, ne permet pas d'analyser l'utilisation de la pilule du lendemain selon l'âge du répondant

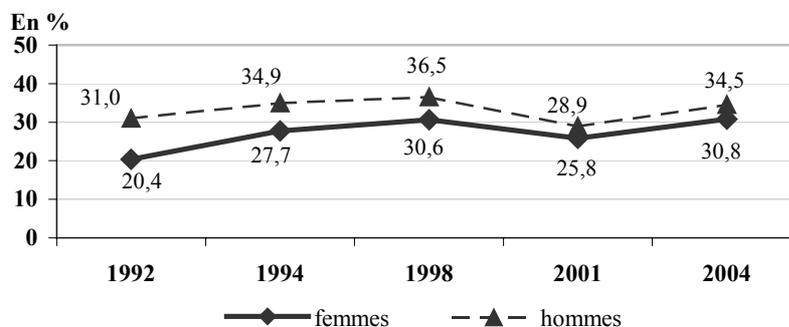
2. Gestion et utilisation récente du préservatif

2.1. Une augmentation de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois, mais essentiellement parmi une population peu concernée

Alors qu'elle avait diminué pour la première fois entre 1998 et 2001, l'utilisation déclarée du préservatif au cours de l'année écoulée augmente à nouveau entre 2001 et 2004, pour retrouver un niveau équivalent à celui de 1994 pour les hommes et de 1998 pour les femmes.

Graphique 7.5 : Evolution de l'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois – Enquêtes 1992 à 2004^(a)

Avez-vous déjà utilisé des préservatifs au cours des 12 derniers mois ?



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, population sexuellement active au cours des 12 derniers mois. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population redressée et pondérée.

Cette augmentation de l'utilisation du préservatif est significative parmi les hommes en général moins sensibilisés aux risques de contamination du VIH ou ayant moins de réflexes de prévention. Il s'agit notamment d'hommes veufs ou divorcés (48,6% en 2004 contre 25% en 2001), ne connaissant pas de personne séropositive dans leur entourage (35,2% en 2004 contre 27,1% en 2001), et n'ayant jamais fait de test de dépistage du virus du sida au cours des 12 derniers mois (26,8% en 2001 contre 33,5% en 2004). L'utilisation du préservatif est également davantage déclarée par des femmes mariées (18,6% en 2004 contre 13,5% en 2001), des divorcées ou veuves (52,6% en 2004 contre 28,6% en 2001), qui ne connaissent pas de personnes séropositives dans leur entourage (passant de 23,7% en 2001 à 30,6% en 2004) et enfin qui n'ont pas fait de test de dépistage du virus du sida au cours des 12 derniers mois (passant de 22,6% à 26,5%).

Cette augmentation de la déclaration de l'utilisation du préservatif ne concerne donc pas les catégories qui avaient enregistré la plus forte baisse entre 1998 et 2001. Aussi, les jeunes (notamment chez les femmes), les célibataires et les multipartenaires déclarent toujours moins fréquemment utiliser le préservatif qu'en 1998. Enfin comme pour les autres années, les hommes restent toujours plus nombreux que les femmes à déclarer utiliser un préservatif (34,5% contre 30,8%).

Tableau 7.7 : Déterminants de l'utilisation du préservatif au cours de l'année précédent l'enquête – Enquête 2004^(a)

Modèle de régression logistique	Hommes	Femmes
	Odds ratios (IC à 95%)	Odds ratios (IC à 95%)
Age : 18-24 ans	1	1
25-39 ans	0,58 (0,32-1,07)	0,51 (0,31-0,82)
40-54 ans	0,36 (0,19-0,68)	0,36 (0,22-0,60)
Niveau d'études : Aucun diplôme		
CAP/BEP/BEPC	1,19 (0,54-2,59)	1,86 (1,05-3,29)
Baccalauréat	2,18 (0,98-4,85)	1,99 (1,10-3,61)
Supérieur au bac	1,95 (0,90-4,21)	2,16 (1,23-3,80)
Lieu d'habitation : zone rurale	1	1
urbain (< 200 000 hab.)	1,17 (0,76-1,79)	1,32 (0,90-1,93)
urbain (> 200 000 hab.)	1,68 (1,02-2,78)	1,35 (0,86-2,11)
agglomération parisienne	1,91 (1,23-2,97)	1,97 (1,5 4-2,88)
Statut matrimonial : Etre marié/comme marié	1	1
Célibataire	4,64 (289-7,47)	3,49 (2,27-5,37)
veuf/divorcé	2,76 (1,39-5,49)	4,26 (2,40-7,54)
Perception du risque personnel : Aucun ou moins de risque		
Autant ou plus de risque que la moyenne d'être contaminé	1,41 (1,03-1,93)	1,22 (0,93-1,61)
Accorder beaucoup d'importance à la religion : Oui	1	1
Ne pas accorder de l'importance à la religion	1,26 (0,89-1,80)	0,99 (0,73-1,35)
Crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH : Oui	1	1
Non	1,09 (0,77-1,53)	0,92 (0,69-1,24)
Proximité à la maladie : connaissance proche	1	1
Connaissance non proche	0,74 (0,34-1,62)	1,07 (0,56-2,06)
Non connaissance	0,97 (0,67-1,40)	1,17 (0,83-1,63)
Test de dépistage au cours des 12 derniers mois : Oui	1	1
Pas de test	0,83 (0,49-1,41)	1,91 (1,35-2,71)
Activité sexuelle au cours des 12 derniers mois : Monopartenaires	1	1
Multipartenaires	3,67 (2,26-5,98)	2,78 (1,69-4,57)

(a) La population de base (n=3313) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, inscrits sur liste blanche et liste rouge, hétérosexuels stricts au cours des douze derniers mois (n=3266).

Lecture du tableau 7.7 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes habitant dans l'agglomération parisienne ont une probabilité plus élevée que ceux ou celles habitant dans les zones rurales à déclarer avoir utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois.

Les résultats de l'analyse multivariée présentés ci-dessus confirment que les utilisateurs de préservatifs restent en 2004 surtout les plus jeunes notamment chez les femmes (75,9% des 18-24 ans contre 40,4% des 25-34 ans chez les hommes et respectivement 63,8% contre 33,7% chez les femmes), les multipartenaires (75,7% contre 27,5% des monopartenaires chez les hommes et respectivement 69,8% contre 26,9% chez les femmes), les célibataires (73,6% des hommes et 66,5% des femmes). Cette analyse souligne également que les personnes vivant dans les grandes agglomérations ont plus de chance d'avoir utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois que les personnes vivant dans des zones rurales : seules 22,6% des femmes habitant en zone rurale déclarent avoir utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois, contre 39,8% pour celles de l'agglomération parisienne et 37,6% pour les grandes agglomérations de provinces ; chez les hommes ces proportions sont respectivement de 25,8%, 44,2% et 42,1%. Enfin, on note chez les femmes que l'utilisation du préservatif au cours de l'année est d'autant

plus fréquente que le niveau de diplôme est élevé ainsi que parmi celles n'ayant pas eu recours au test de dépistage au cours des douze derniers mois (par rapport à celles y ayant recours sur la même période).

2.2. Les femmes sont plus souvent que les hommes confrontées à une situation où leur partenaire refuse d'utiliser un préservatif

Pour la première fois en 2004 il était demandé aux répondants s'il leur est déjà arrivé de vouloir utiliser un préservatif avec un partenaire qui ne le souhaitait pas ou bien si eux mêmes ont déjà refusé d'en utiliser, puis de décrire comment le refus a été géré.

Tableau 7.8 : Proportion d'hommes et de femmes déclarant qu'un de leur partenaire a déjà refusé d'utiliser un préservatif au cours des cinq dernières années – Enquête 2004^(a)

*Au cours des 5 dernières années, est-ce qu'un(e) de vos partenaire a refusé d'utiliser un préservatif avec vous ?
Au cours des 5 dernières années, est-ce que vous avez refusé d'utiliser un préservatif avec un partenaire ?*

En pourcentage de oui ^(a)	Hommes n=1550	Femmes n=1990	Ensemble n=3540
Partenaire a refusé d'utiliser un préservatif	5,3	8,7	7,0
Répondant a refusé d'utiliser un préservatif avec un partenaire	2,8	2,8	2,8

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, ayant déjà eu un rapport hétérosexuel au cours de leur vie, liste blanche et liste rouge. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) calculé sur l'ensemble des personnes, ayant répondu « oui une fois » et « oui plusieurs fois ».

Sur l'ensemble des personnes ayant déjà eu un rapport hétérosexuel au cours de la vie, seule une faible minorité déclare avoir été confrontée à un refus de l'un de ses partenaires d'utiliser le préservatif au cours des cinq dernières années. Cette situation est davantage rencontrée par les femmes (8,7%) que les hommes (5,3%, $p < 0,05$) et par les plus jeunes, puisque 16% des 18-24 ans (13,4% de garçons et 19% de filles) et 9,3% des 25-34 ans sont concernés (6,4% d'hommes et 12,2% de femmes) et moins de 3% des plus âgés.

Tableau 7.9 : Comportement des hommes et des femmes face au refus d'un partenaire d'utiliser le préservatif selon le nombre de partenaires déclarés au cours des cinq dernières années – Enquête 2004^(a)

En pourcentage ^(a)	Ensemble	Hommes (n=83)		Ensemble	Femmes (n=163)	
		Mono-partenaire 5 ans (n=16)	Multi-partenaire 5 ans (n=67)		Mono-partenaire 5 ans (n=42)	Multi-partenaire 5 ans (n=121)
A renoncé à avoir le rapport ⁽²⁾	41,4	32,8	43,4	29,7	20,1	34,4
A eu le rapport sans pénétration ^(b)	8,9	3,7	10,1	15,4	20,8	12,8
A eu le rapport sans préservatif ^(b)	21,4	46,2	15,7	25,5	28,4	24,1
A quand même utilisé le préservatif ⁽²⁾	28,3	17,3	30,8	29,4	30,8	28,7

(a) calculé sur la population âgée entre 18 et 54 ans ayant déjà eu un rapport hétérosexuel au cours de leur vie et ayant déjà été confronté à un refus d'un partenaire d'utiliser le préservatif, inscrite sur liste blanche et liste rouge.

(b) Personnes ayant répondu « toujours » ou « de temps en temps »

En gardant une grande prudence liée à la faiblesse des effectifs, il semble que la gestion du refus du partenaire d'utiliser un préservatif est différente entre les hommes et les femmes. Lorsque leur partenaire refuse d'utiliser un préservatif, 40% des hommes et 29,5% des femmes ($p>0,05$) disent renoncer au rapport. Cet écart est observé pour toutes les tranches d'âge, sauf pour les 45-54 ans où 22% des femmes ont pris cette décision contre 15,6% des hommes. Moins d'un tiers des personnes interrogées confrontées à cette situation ont réussi à convaincre leur partenaire d'utiliser un préservatif, tandis qu'un petit quart des hommes et des femmes ont eu le rapport avec pénétration sans préservatif.

On notera également la proportion particulièrement faible d'hommes âgés entre 18 et 24 ans qui déclare avoir eu un rapport non protégé suite au refus de leur partenaire d'utiliser un préservatif (7% seulement contre 24,6% des femmes de la même tranche d'âge).

Lorsque les enquêtés sont interrogés sur leur propre refus d'utiliser un préservatif, ils sont moins nombreux à reconnaître avoir vécu cette situation. Parmi les répondants ayant eu un rapport hétérosexuel, 2,8% reconnaissent avoir eux-mêmes refusé d'utiliser un préservatif avec un partenaire, proportion identique entre les hommes et les femmes. Les jeunes sont toutefois légèrement plus nombreux : 5,7% des hommes et 8,5% des femmes contre moins de 2% des répondants âgés de 25 ans ou plus.

De même, lorsqu'ils refusent d'utiliser le préservatif, les hommes et les femmes sont moins nombreux à déclarer avoir renoncé au rapport sexuel (respectivement 12,8% et 20%) que dans la situation où ils sont eux confrontés à un refus (respectivement 40,1% et 29,5%). Ils déclarent au contraire majoritairement avoir eu ce rapport, soit avec préservatif (29,8% des hommes, 37,1% des femmes) ou sans préservatif (36,6% des hommes contre 30,6% des femmes). On notera que les hommes multipartenaires déclarent avoir eu le rapport sans préservatif dans 48,9% des cas, contre 30,4% pour les femmes.

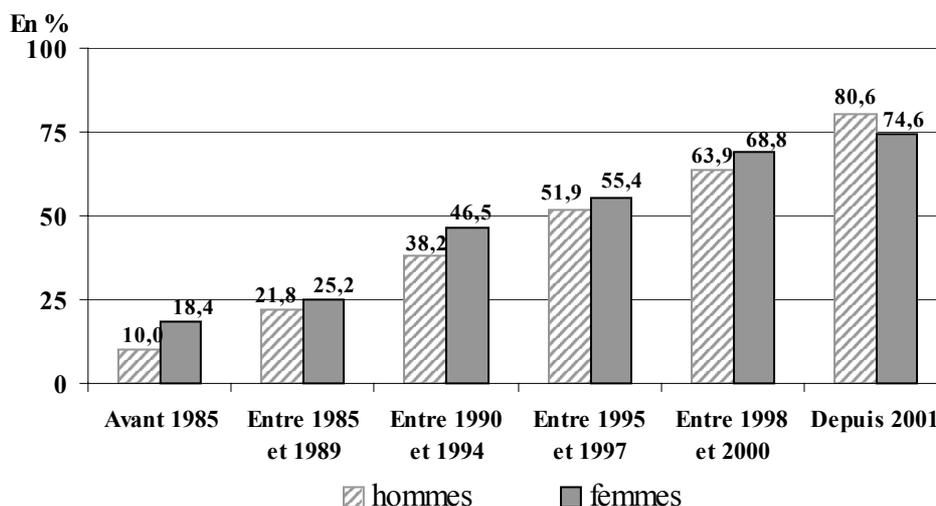
Ces résultats tendent à suggérer une certaine prédominance masculine dans la négociation du préservatif. En effet, les refus essuyés par les femmes sont plus fréquents que pour les hommes. De plus, les hommes ayant refusé d'utiliser le préservatif restent plus nombreux que les femmes à avoir malgré tout poursuivi le rapport sans protection, mais moins nombreux à avoir subi ce choix si c'est leur partenaire qui ne voulait pas utiliser un préservatif.

3. Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire

3.1. Près de 80% des répondants déclarent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec leur dernier partenaire rencontré depuis 2001

Comme pour l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport de la vie sexuelle, on constate une augmentation nette et régulière de l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport avec le dernier partenaire sexuel depuis l'apparition du VIH. Ainsi, les personnes interrogées en 2004, dont le dernier partenaire a été rencontré depuis 2001 ont très majoritairement utilisé un préservatif pour le premier rapport. On constate toutefois un écart entre les sexes puisque 80,6% des hommes contre 74,6% des femmes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport avec leur dernier partenaire rencontré après 2001.

Graphique 7.6 : Utilisation du préservatif au cours du premier rapport avec le dernier partenaire sexuel, en fonction de la date de ce rapport –Enquête 2004^(a)



(a) pourcentages calculés sur la population des 18-54 ans, inscrits sur liste rouge et liste blanche, ayant déjà eu un rapport au cours de leur vie.

Les femmes et les hommes ont en 2004 été interrogés sur les sujets abordés avec leur partenaire avant le premier rapport sexuel. Les femmes déclarent plutôt avoir parlé de leurs *vies sexuelles passées*, de *contraception* ainsi que d'*utiliser des préservatifs*. Le thème du *sida et des maladies sexuellement transmissibles* a été autant abordé par les hommes (29,9%) que par les femmes (31,2%).

Tableau 7.10 : Thèmes abordés avant le premier rapport sexuel avec le dernier partenaire sexuel – Enquête 2004^(a)

Avant votre premier rapport avec votre dernier partenaire, avez-vous parlé ?

En pourcentage de « oui » ^(a)	Effectif=	Hommes n=1453	Femmes n=1796	χ^2 ^(b)
De vos vies sexuelles passées		49,6	61,1	S
De contraception		48,9	62,9	S
De sida ou de maladies sexuellement transmissibles		29,9	31,2	NS
D'utiliser des préservatifs		47,5	52,0	S

(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur liste blanche et liste rouge et déclarant ayant eu plusieurs rapports sexuels avec leur dernier partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois

(b) χ^2 simple sur les effectifs pondérés et redressés, NS « non significatif », S significatif (p<0,05).

Par contre, les jeunes ont plus souvent parlé de *sida ou de maladies sexuellement transmissibles* et également d'*utiliser des préservatifs* que leurs aînés lors de ce premier rapport.

Ces résultats sont confirmés par un modèle de régression logistique présentée dans le tableau 7.10. On constate bien que l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport (avec le dernier partenaire en date) est d'autant plus importante que la date de ce rapport est récente. En outre l'utilisation du préservatif est aussi décroissante en fonction de l'âge du répondant et l'utilisation du préservatif uniquement chez les femmes est d'autant plus fréquente que leur niveau de diplôme est élevé.

Tableau 7.11 : Déterminants de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel avec le dernier partenaire – Enquête 2004^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes</i> <i>Odds ratios (IC à</i> <i>95%)</i>	<i>Femmes</i> <i>Odds ratios (IC à</i> <i>95%)</i>
Age :		
18-24 ans	1	1
25-34 ans	0,68 (0,39-1,21)	11,6 (7,19-18,89)
35-44 ans	0,25 (0,14-0,45)	5,88 (4,28-8,08)
45-54 ans	0,21 (0,11-0,38)	1,69 (1,25-2,27)
Date du premier rapport avec le dernier partenaire :		
Avant 1985	1	1
Entre 1985 et 1989	1,75 (1,01-3,02)	1,23 (0,80-1,91)
Entre 1990 et 1994	3,46 (2,06-5,80)	2,12 (1,38-2,35)
Entre 1995 et 1997	4,11 (2,33-7,26)	2,82 (1,75-4,55)
Entre 1998 et 2000	6,52 (3,6-11,7)	4,81 (3,02-7,65)
Depuis 2001	10,61 (6,00-18,78)	5,07 (3,00-8,56)
Niveau d'études :		
Inférieur au bac	1	1
Bac ou supérieur	1,21 (0,91-1,61)	1,46 (1,12-1,90)
Nombre de partenaire durant les 12 derniers mois :		
Monopartenaire	1	1
Multipartenaire	0,53 (0,26-1,10)	0,48 (0,22-1,04)
Nombre de nouveaux partenaires durant les 12 derniers mois :		
Pas de nouveau partenaire	1	1
Un nouveau partenaire	1,7 (0,9-3,10)	1,3 (0,72-2,38)
Plusieurs nouveaux partenaires	2,2 (0,84-5,88)	2,00 (0,65-6,12)

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans (n=3249), inscrite sur liste blanche et liste rouge et déclarant ayant eu plusieurs rapports sexuels avec leur dernier partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.

Lecture du tableau 7.11 : Les valeurs en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) entre le groupe concerné et le groupe de référence. Par exemple, par rapport aux répondants âgés entre 18 et 24 ans, ceux âgés entre 45 et 54 ans ont une probabilité moins élevée d'avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec leur dernier partenaire.

3.2. Plus de deux répondants sur trois déclarent avoir utilisé une méthode de contraception au cours de leur dernier rapport sexuel

En 2004, 69,1% des femmes et 66,5% des hommes déclarent avoir utilisé une méthode de contraception lors de leur dernier rapport sexuel.

Parmi les répondants ayant utilisé un moyen de contraception, les **hommes déclarent plus souvent que les femmes avoir utilisé un préservatif masculin (26,2% contre 17,6% des femmes), alors que les femmes citent davantage la pilule (58,4% contre 47,8% des hommes)**. 22,5% des femmes indiquent avoir utilisé un stérilet et 21,1% des hommes déclarent que leur partenaire l'a utilisé.

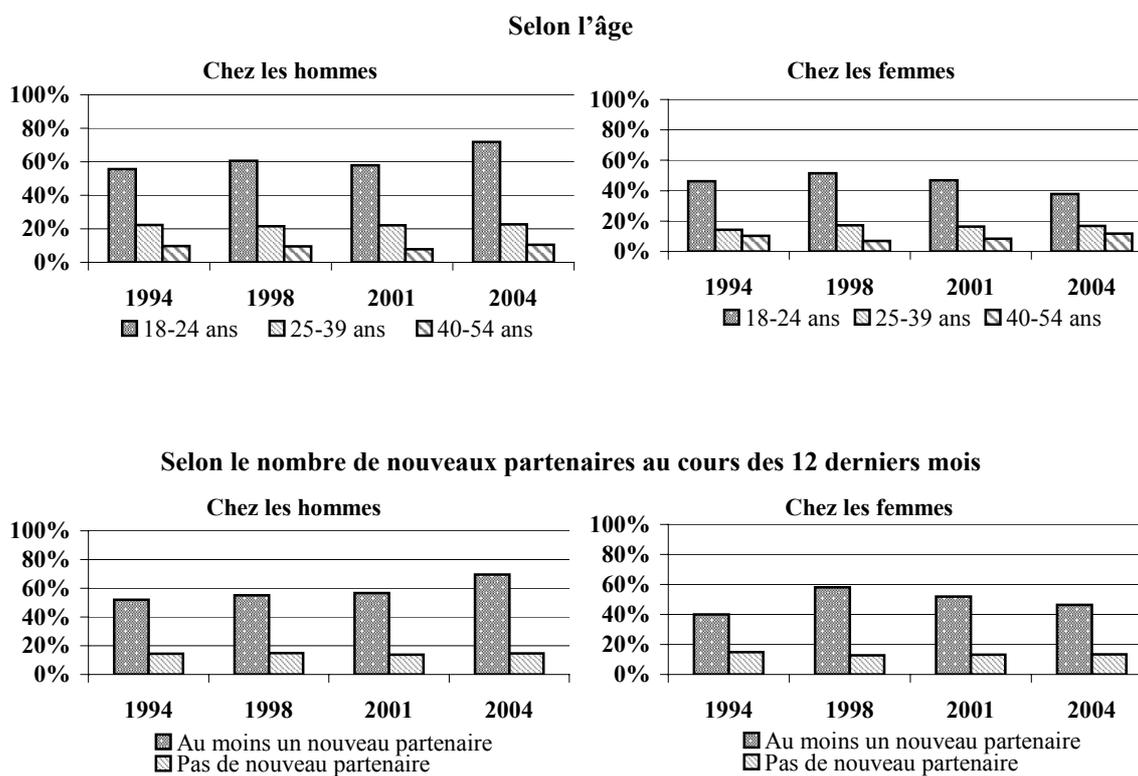
Tableau 7.12 : Utilisation d'une méthode contraceptive lors du dernier rapport –Enquête 2004^(a)

En pourcentage	Femmes	Hommes	χ^2 ^(b)
Effectif=	n=1825	n=1488	
<i>Est-ce qu'une méthode de contraception a été utilisée avec ce dernier partenaire ?</i>			
Oui	69,1	66,5	NS
Non	30,8	33,5	
<i>Parmi les hommes et les femmes qui déclarent avoir utilisé une méthode de contraception, quelle méthode ?</i>			
	n=1235	n=967	
Pilule	58,4	47,8	S
Stérilet	22,5	21,1	NS
Préservatif masculin	17,6	26,2	S

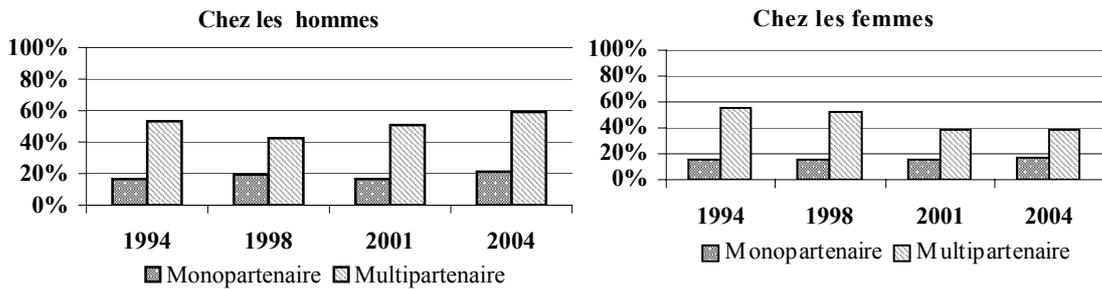
(a) calculé sur la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur liste blanche et liste rouge et déclarant ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et leur dernier partenaire n'est pas le conjoint cohabitant.

(b) Test du χ^2 effectué sur les effectifs pondérés et redressés, NS « non significatif », S significatif ($p < 0,05$).

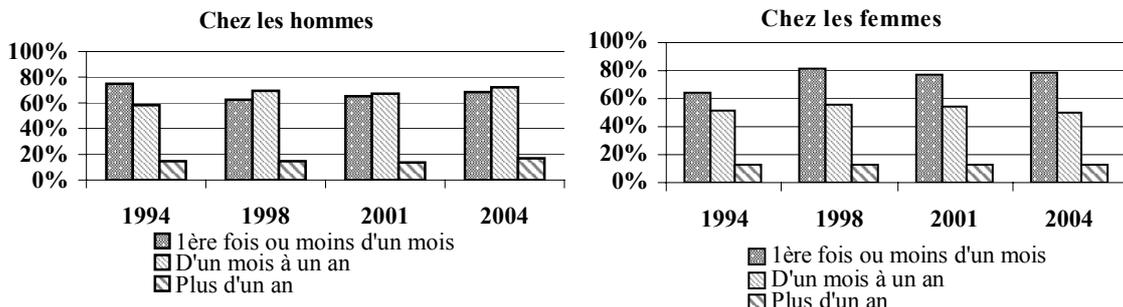
Graphique 7.7 : Evolution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport hétérosexuel – Enquêtes 1994 à 2004^(a)



Selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois



Selon la durée de la relation



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population hétérosexuelle (âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur liste blanche) ayant uniquement des relations sexuelles avec des personnes de sexe opposé au cours des 12 derniers mois, soit **n=481** (hommes) et **605** (femmes) (1994), **n=787** (hommes) et **797** (femmes) (1998), **n=1071** (hommes) et **1338** (femmes) (2001) et **n=1040** (hommes) et **1293** (femmes) (2004).

Chez les hommes, la proportion d'utilisateurs de préservatifs lors du dernier rapport sexuel (avec une personne du sexe opposé) a augmenté entre 2001 et 2004 passant de 20,6% à 27% retrouvant un niveau comparable à 1994 (23,2% $p>0,05$). L'utilisation du préservatif est par contre toujours stable chez les femmes : 18,7% d'entre elles déclarant l'avoir utilisé lors du dernier rapport.

Cette augmentation de l'utilisation déclarée du préservatif chez les hommes concerne essentiellement les jeunes âgés entre 18 et 24 ans, ceux qui déclarent avoir eu au moins un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois, ou monopartenaire.

Enfin, en 2004, comme pour les autres années, les hommes comme les femmes déclarent d'autant plus avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel qu'ils/elles sont âgé-es de 18 à 24 ans, qu'ils/elles ont eu au moins un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois, qu'ils/elles déclarent plusieurs relations sexuelles durant l'année précédant l'enquête ou encore lorsque la relation avec le dernier partenaire dure plus d'un an.

Ces résultats sont confirmés par la régression logistique (cf. tableau 6.25) qui souligne les différents facteurs associés à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel pour les individus interrogés en 2004. Ainsi, le nombre de nouveaux partenaires au cours des 12 derniers mois et le type de partenaire apparaissent comme des facteurs déterminants à l'utilisation du préservatif au moment du dernier rapport sexuel chez les hommes comme chez les femmes.

Par contre, contrairement aux résultats précédents (graphique 7.7) les femmes multipartenaires apparaissent dans la régression logistique comme ayant déclaré avoir moins souvent utilisé le préservatif au cours du dernier rapport que les femmes monopartenaires. Deux hypothèses peuvent expliquer cette apparente contradiction. D'une part, ce moindre usage du préservatif par les multipartenaires n'est significatif que lorsqu'il est comparé à l'utilisation parmi les monopartenaires toutes choses égales par ailleurs, notamment sous la condition qu'elles n'aient eu aucun nouveau partenaire dans l'année (dans ce cas, il s'agit de 25 femmes multipartenaires contre 1509 monopartenaires). D'autre part, le poids du nombre de partenaires durant l'année dans la détermination de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel est certainement fortement corrélé au nombre de nouveaux partenaires, qui devient en conséquence l'un des facteurs les plus déterminants de cet usage du préservatif.

Tableau 7.13 : Déterminants de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec le dernier partenaire sexuel – Enquête 2004^(a)

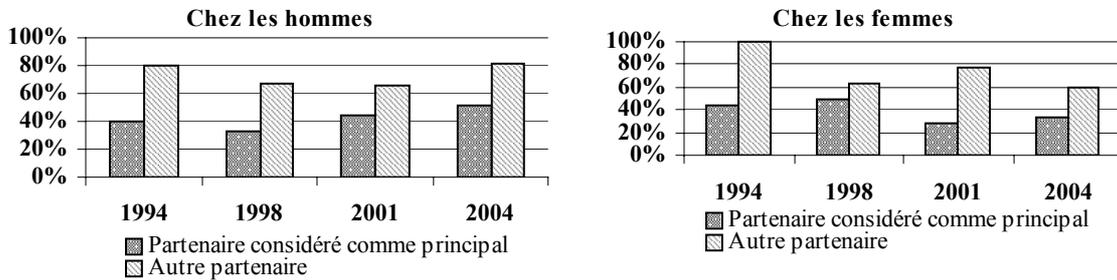
<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes Odds ratios (IC à 95%)</i>	<i>Femmes Odds ratios (IC à 95%)</i>
Age :		
45-54 ans	1	1
18-24 ans	8,88 (4,89-16,10)	3,12 (1,80-5,42)
25-34 ans	2,27 (1,34-3,85)	1,46 (0,88-2,40)
35-44 ans	1,13 (0,69-1,87)	1,08 (0,69-1,69)
Niveau d'études :		
Inférieur au bac	1	1
Bac ou supérieur	1,38 (0,95-2,03)	1,07 (0,73-1,55)
Nombre de partenaire durant les 12 derniers mois :		
Monopartenaire	1	1
Multipartenaire	0,91 (0,40-2,06)	0,23 (0,09-0,55)
Nombre de nouveaux partenaires durant les 12 derniers mois :		
Pas de nouveau partenaire	1	1
Un nouveau partenaire	5,19 (2,91-9,27)	4,69 (2,86-7,67)
Plusieurs nouveaux partenaires	4,91 (1,73-13,88)	18,17 (5,95-55,46)
Type de partenaire :		
Occasionnel	1	1
Régulier	0,24 (0,10-0,55)	0,23 (0,11-0,51)

(a) Effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans (n=2922), inscrite sur liste blanche et liste rouge et déclarant ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.

Lecture du tableau 7.13 : Les valeurs en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) entre le groupe concerné et le groupe de référence. Par exemple, par rapport aux répondants âgés entre 45 et 54 ans, les 18-24 ont une probabilité plus élevée d'avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leur dernier partenaire.

En 2004, comme pour les autres années, parmi les personnes ayant déclaré plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année précédent l'enquête, l'utilisation du préservatif est moins fréquente lorsque le dernier rapport a eu lieu avec un partenaire considéré comme le partenaire principal.

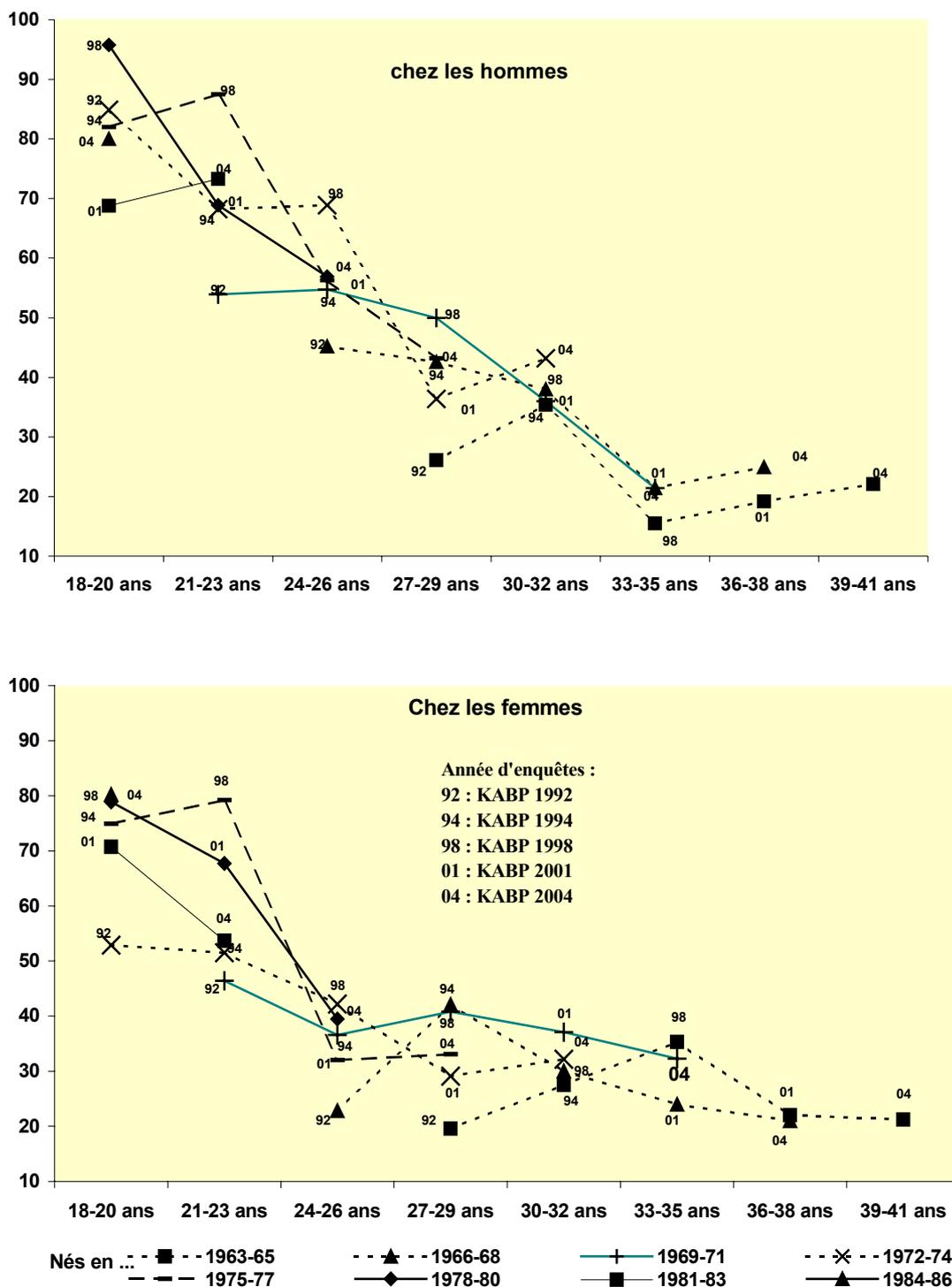
Graphique 7.8 : Evolution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport hétérosexuel avec un partenaire considéré principal ou non chez les multipartenaires – Enquêtes 1994 à 2004^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, inscrite sur liste blanche et multipartenaire hétérosexuelle, c'est-à-dire déclarant plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois et tous de sexe opposé, soit n=87 hommes et 45 femmes en 1994, n=114 hommes et 79 femmes en 1998, n=135 hommes et 98 femmes en 2001 et n=155 hommes et 113 femmes en 2004. Le complément à l'unité se compose des personnes n'ayant pas utilisé de préservatifs lors de ce dernier rapport.

4. Approche par cohortes de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois – Enquêtes 1992 à 2004

Graphique 7.9 : Evolution de l'utilisation du préservatif dans l'année par génération^(a)



(a) population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement, population sexuellement active au cours des 12 derniers mois. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée.

La répétition des enquêtes KABP à intervalle régulier selon un protocole identique d'interview aléatoire par téléphone depuis 1992 permet d'envisager une approche par cohortes de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois. L'originalité de cette approche est qu'elle permet de suivre «les générations» et leurs changements de comportements éventuels de prévention en fonction du contexte épidémiologique : en 1980 (apparition du premier cas du sida en France), en 1985 (lancement des premières campagnes d'information sur le sida et les préservatifs), en 1992 (montée de l'épidémie), en 1994 (pic de l'épidémie ou « année noire »), en 1996 (arrivées des traitements anti-rétroviraux sur le marché) et depuis 2000 (relâchement des comportement de prévention, recrudescence des infections sexuellement transmissibles et modification des caractéristiques des personnes infectées renforcée par les limites des traitements ARV).

Les générations et leur contexte :

- « *les générations sans sida* » sont les personnes ayant commencé leur vie sexuelle avant l'apparition des premiers cas sida, c'est-à-dire celles nées avant 1960,
- « *les générations sida* » sont les personnes nées entre 1961 et 1979 ayant pour la plupart commencé leur vie sexuelle pendant les premières campagnes sur le sida et les préservatifs (ceux nés entre 1961 et 1968), au moment de la montée de l'épidémie (nés entre 1968 et 1977) et lors de la médiatisation du sida autour de la diffusion des nouveaux traitements,
- « *les générations post-sida* » sont les personnes nées en 1980 ou après dont la majorité a commencé leur vie sexuelle bien après l'arrivée des nouveaux traitements en 1996.

En gardant une certaine prudence liée à la faiblesse des effectifs, l'analyse différentielle par sexe a montré une utilisation de préservatif au cours de l'année plus fréquente chez les hommes que chez les femmes parmi les générations suivantes :

- nées entre 1966 et 1968 et qui avaient entre 24 et 26 ans en 1992 (45% des hommes contre 23% des femmes)
- nées entre 1972 et 1974 qui avaient entre 18 et 20 ans en 1992 (85% contre 53%) et entre 24 et 26 ans en 1998 (69% contre 42%)
- nées entre 1975 et 1977 et qui avaient entre 24 et 26 ans en 2001 (56% contre 32%)
- nées entre 1978 et 1980 et qui avaient entre 18 et 20 ans en 1998 (96% contre 79%)
- nées entre 1981 et 1983 et qui ont entre 21 et 23 ans en 2004 (73% contre 54%).

L'analyse par génération (cf. graphiques 7.9), fait ressortir :

- d'une part que quelle que soit la génération considérée, l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois décroît avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi les hommes nés entre 1972 et 1974 étaient 85% à avoir utilisé un préservatif dans l'année en 1992 (lorsqu'ils avaient entre 18 et 20 ans), 69% en 1998 (lorsqu'ils avaient de 24-26 ans) et 43% en 2004 (lorsqu'ils ont entre 30 et 32 ans en 2004).

- d'autre part que cette utilisation est plus fréquente chez les générations récentes notamment parmi ceux qui sont nés à partir de 1972. Par exemple, « les générations sans sida » sont moins de 30% à avoir utilisé un préservatif dans l'année en 1992 (27% des hommes et des femmes) contre 51% des générations nées entre 1969 et 1971 (54% des hommes et 46% des femmes) et contre 71% des générations nées entre 1972 et 1974 (85% des hommes et 53% des femmes).

Toutefois, il est à noter que les générations qui avaient débuté leur vie sexuelle après la médiatisation autour du sida (c'est-à-dire les personnes nées en 1980 ou après) ont acquis des habitudes de prévention qui semblent se dissocier du contexte sida : 80% des hommes et des femmes nés entre 1984 et 1986 déclarent avoir utilisé le préservatif au cours des douze dernier mois en 2004 (ils ont ainsi entre 18 et 20ans au moment de l'enquête).

Principales conclusions

Ce rapport est consacré à la présentation des premiers résultats de l'enquête KABP réalisée entre avril et juillet 2004 auprès de la population générale adulte résidant en France métropolitaine et parlant le français.

Au total, depuis 1992, date de la première enquête KABP⁵⁶ sida en métropole réalisée par téléphone, 14 042 individus âgés entre 18 et 69 ans ont été interrogés tous les trois ans environ : 1 927 en 1992, 1 501 en 1994, 2 222 en 1998, 3 321 en 2001⁵⁷ et 5 071 en 2004. Lorsque les données le permettaient, différents indicateurs ont été comparés entre ces différentes vagues d'enquêtes, permettant ainsi de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population adulte vivant en France.

Ainsi, les données de l'enquête KABP réalisée en 2001 avaient permis de fournir des indicateurs objectifs d'un certain relâchement des comportements de prévention dans cette population.

L'enquête de 2001 avait plus précisément montré une forte modification de la représentation sociale du sida. Cette modification déjà amorcée en 1998 s'était renforcée en 2001, notamment auprès de la génération des jeunes âgés entre 18 et 24 ans. La crainte d'être contaminée par le virus du sida était restée élevée, bien que le risque du sida lui-même était perçu comme moins dangereux. La perception du risque de contamination apparaissait donc comme moins nette et l'arrivée des traitements anti-rétroviraux avait semblé susciter un certain optimisme face à la maladie.

Cette banalisation de la maladie s'était de plus accompagnée pour la première fois des signes d'un relâchement des comportements de prévention en population générale, puisque la proportion d'individus déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de l'année avait diminué entre 1998 et 2001, sans toutefois que la proportion de personnes déclarant plusieurs partenaires au cours de l'année n'ait augmenté (elle a même diminué parmi les hommes les plus exposés au risque de contamination). D'autres enquêtes avaient conduit à des résultats similaires et parfois même plus préoccupants : l'étude NATSAL en Angleterre⁵⁸ avec une moindre utilisation systématique du préservatif et une augmentation de la proportion de répondants déclarant plusieurs partenaires au cours de l'année ou encore l'enquête auprès des lecteurs de la presse gay⁵⁹.

Les acteurs de la prévention en Europe et en France, déjà alertés par différents signaux tels que l'augmentation de la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ou encore le ralentissement de la décroissance de l'épidémie, ont également vu se confirmer une reprise des risques de contamination par le virus du sida. On assiste en effet depuis le début des années 2000 à une recrudescence des IST⁶⁰, telles que les infections à chlamydiae, les infections à gonocoque (+37% chez

⁵⁶ Les premières enquêtes KABP ont été réalisées dès 1987 en Ile-de-France et 1990 en France, mais c'est seulement à partir de 1992 que ces enquêtes reposent sur un protocole d'interviews identiques permettant la comparaison des principaux indicateurs.

⁵⁷ Contrairement aux autres enquêtes où l'âge est de 18 à 69 ans, les personnes interrogées en 2001 étaient âgées entre 18 et 54 ans.

⁵⁸ Johnson AM & al., Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviour, *The Lancet*, vol 358, décembre 1, 2001: 1835-1842.

⁵⁹ Adam P., Hauet E., Caron C., Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays – Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000, mai 2001, InVS.

⁶⁰ M. Herida A. Michel, V. Goulet, « Les Infections sexuellement transmissibles en France en 2003-2004 », Institut de Veille Sanitaire

les femmes et + 27% chez les hommes en 2003 dans le réseau de surveillance RENAGO⁶¹ par rapport à 2002) ou la syphilis. Cette augmentation de la prévalence des IST, infections qui constituent un facteur de risque supplémentaire de transmission du VIH, confirme le relâchement des comportements de prévention et notamment une moindre utilisation des préservatifs.

Les caractéristiques des personnes touchées par l'épidémie continuent de se modifier : les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent 50% des nouveaux cas de sida en 2003 en augmentation depuis 2000⁶², et les personnes contaminées lors de rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (63%).

Par rapport à 2001, les résultats de l'enquête réalisée en 2004 marquent apparemment peu d'évolutions de la représentation sociale du sida et des pratiques à risque. Cependant, une analyse plus fine de l'ensemble des données souligne une évolution contrastée de plusieurs indicateurs.

Tout d'abord, alors que les connaissances des modes de contamination et des moyens de protection à l'égard du virus du sida étaient devenues plus floues entre 1998 et 2001, elles s'améliorent légèrement en 2004. Les répondants sont en effet moins nombreux à penser que le virus du sida peut se transmettre par une piqûre de moustique (20,6% contre 24,4% en 2001) ou encore à considérer les spermicides comme un moyen de protection efficace pour éviter la contamination par le virus du sida (12,9% contre 15,4% en 2001). Plus d'une personne sur deux croît en l'efficacité du préservatif féminin, proportion plus importante qu'en 2001.

Toutefois, la compréhension des mécanismes de la transmission du virus reste incomplète. Ainsi, les personnes interrogées sont toujours aussi nombreuses à penser que le virus du sida peut être transmis lors de rapports sexuels avec un préservatif (16,6% en 2004) ou lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve (14,2%). De plus, les proportions de fausses croyances sont non négligeables, restant pour certaines à des niveaux comparables à ceux de 1992 ou de 1994. Ainsi, 38,5% pensent que le sida peut être transmis « *en donnant son sang* », 20,6% « *par une piqûre de moustique* », 16,7% en « *étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée* », ou encore 15,4% croient qu'il est tout à fait ou plutôt efficace de se laver après l'acte sexuel pour se protéger du virus (proportion en augmentation par rapport à 2001).

⁶¹ Réseau National Gonocoques. Il s'agit d'un réseau de laboratoires de biologie médicale.

⁶² Surveillance du VIH/sida en France – Rapport semestriel n°2 - Données au 31 mars 2004. Département maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, sur www.invs.sante.fr/publications/2005/vih_sida_france

De même, alors que deux-tiers des répondants ont entendu parler des traitements anti-rétroviraux (ARV), l'existence du traitement d'urgence, il est vrai moins médiatisé, est assez peu connue. Seuls 14,5% déclarent en avoir entendu parler et parmi eux un peu plus d'un sur deux seulement savent que ce traitement d'urgence consiste en une médication d'un mois.

Parallèlement à cette évolution mitigée des connaissances, les résultats de l'enquête 2004 laissent également suggérer une moindre visibilité du sida accompagnée d'un certain désintérêt.

En effet, la relative stabilité des attitudes depuis 2001, attitudes plutôt favorables à l'égard des personnes séropositives au VIH/sida, s'accompagne d'une homogénéisation des opinions entre les différentes classes d'âge et de niveau de diplôme et aussi selon le nombre de partenaires déclarés au cours des douze derniers mois. Ainsi par exemple, les jeunes expriment par rapport aux mesures d'exclusions – telles que « *il faut interdire à un enfant atteint du sida, d'aller à l'école* » ou « *dans les hôpitaux, il faut isoler les malades des autres patients* » – une opinion similaire à celle de leurs aînés. Ce resserrement des opinions pourrait être un signe de banalisation dans la population générale adulte de la maladie du sida. Les personnes âgées entre 55 et 69 ans en revanche continuent à révéler des opinions plus défavorables.

Cette banalisation résulte aussi très certainement, comme nous l'avions déjà suggéré en 2001, de la perception que le sida est aujourd'hui davantage perçue comme une maladie chronique que comme une maladie mortelle, perception due notamment à l'arrivée sur le marché des traitements antirétroviraux puissants (ARV) et de leur impact en termes d'accroissement de l'espérance de vie des personnes séropositives. Cette banalisation est aujourd'hui renforcée par la baisse de la proportion de répondants qui déclarent connaître dans leur entourage une personne séropositive, alors que le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente⁶³. Ce résultat, plus particulièrement conduit à nous interroger sur la moindre visibilité du sida dans la population générale. Rappelons qu'au moment de l'enquête la dernière campagne nationale « solidarité » remonte à 1997. La diminution du nombre de décès liés au sida modifie non seulement la perception de la maladie par les individus, mais également sa place dans le système de soins en développant davantage l'aspect curatif de cette maladie. Les personnes séropositives paraissent peut être moins stigmatisées ou identifiables en tant que telles, les ARV et l'accroissement de leur espérance de vie leur permettant à nouveau d'investir la vie sociale et professionnelle, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années.

⁶³ Desenclos JC et al. « La prévalence de la séropositivité VIH en France », Institut de Veille Sanitaire. BEH n°11/2005 : p41-44. Il s'agit d'un travail s'inscrivant dans le cadre d'une action coordonnée dénommée « Dynamique de l'épidémie » (AC 23) de l'ANRS en collaboration avec l'InVs. Les estimations de la prévalence du VIH en 1997 étaient de 105 800 (IC 89 000-122 000) par la méthode directe et de 78 000 (IP 56 000-126 000) par la méthode rétrocalcul, sans prise en compte de la surmortalité pré-sida. En 2000, la prévalence prenant en compte cette surmortalité est estimée à 88 300 (IP 52 300-168 000) par la méthode rétrocalcul et à 97 000 en 2003 (IP 61 000 – 177 000).

Cette moindre visibilité est associée notamment à un intérêt modéré pour les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs, ainsi qu'à une crainte diffuse du risque de contamination. Tout d'abord, depuis 1998, un peu moins d'un tiers des répondants déclarent s'être senti personnellement concernés par ces campagnes ; ils étaient près de 40% en 1994. De plus, ces campagnes semblent avoir moins d'influence sur l'opinion des personnes interrogées, puisqu'elles ont moins fréquemment contribué à rendre les individus plus proches des personnes atteintes ou plus inquiets du sida pour eux-mêmes⁶⁴. Elles ont également moins d'influence sur l'adoption des comportements de prévention : 42,2% des personnes interrogées déclarent en 2004 avoir été incitées à utiliser les préservatifs et 27,8% à faire un test de dépistage du fait des campagnes contre respectivement 48,3% et 31,8% en 2001. Ces résultats suggèrent que les comportements de prévention adoptés semblent se dissocier de la problématique du sida.

Ensuite la peur suscitée par certains risques et maladies diminue depuis 1994 et entre 2001 et 2004 plus particulièrement pour les accidents de la circulation, les hépatites virales et le sida. La proportion des répondants déclarant craindre pour eux-mêmes pas mal ou beaucoup le sida décroît de 28,1% en 2001 à 23,0% en 2004, alors que sur cette même période la crainte des maladies cardiaques est restée stable. La perception du risque de contamination par le virus du sida s'est également stabilisée : 4,0% des répondants (4,2% en 2001) se considèrent comme ayant un risque supérieur et 39,4% (37,6% en 2001) un risque égal à la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida.

Toutefois, certains résultats modèrent cette relative stabilité de la crainte du virus du sida. D'une part, les personnes interrogées âgées entre 25 et 34 ans sont en 2004 plus nombreuses qu'en 2001 à déclarer se percevoir comme ayant un risque supérieur ou égal à la moyenne d'être contaminées par le virus du sida. D'autre part, la crainte d'avoir déjà été contaminé augmente légèrement entre 2001 et 2004 (de 22,8% à 26,7%), ainsi que la contagiosité perçue du sida par rapport à la grippe : 47,5% pensent que le VIH s'attrape plus (12,4%) ou aussi facilement (35,1%) que la grippe contre 41,7% (9,6% plus facilement et 32,1% aussi facilement) en 2001.

Ce renforcement de la banalisation de la maladie ne se conjugue pas avec un net relâchement des comportements de prévention. Cependant, pour les différentes raisons détaillées ci-dessous, la population potentiellement exposée au risque de transmission du virus du sida est en 2004 proportionnellement plus nombreuse qu'en 2001.

Tout d'abord, après les premiers signes effectifs d'un relâchement des comportements de prévention constatés en 2001, les résultats de 2004 ne confirment pas cette tendance. On assiste au contraire au maintien de l'utilisation du préservatif au début d'une nouvelle relation, puisqu'au cours du premier rapport de la vie sexuelle plus de 80% des répondants ayant commencé leur vie sexuelle il y a moins de 10 ans déclarent avoir utilisé un préservatif, ils sont environ un sur dix (12,7% des femmes et 9,6% des hommes) parmi ceux qui ont commencé leur vie sexuelle avant 1985 (date des premières campagnes d'information sur le sida et les préservatifs). De même, 80,6% des hommes et 74,6% des

⁶⁴ En 2004, 26,1% des personnes interrogées ont répondu « être plus inquiètes de leurs risques personnels d'être contaminées par le virus du sida (contre 36,6% en 2001) et 38,2% « se sentir plus proche des personnes atteintes » (contre 47,6% en 2001)

femmes déclarent également avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport avec un partenaire dont la relation a commencé dans les cinq dernières années.

En revanche, l'évolution entre 2001 et 2004 de l'utilisation du préservatif dans les douze derniers mois est plus équivoque. Surtout, les indicateurs d'activité sexuelle indiquent à la fois une reprise du multipartenariat, notamment chez les hommes de 10% à 14%, ainsi qu'une augmentation de la proportion d'hommes et de femmes ayant commencé une nouvelle relation dans l'année.

Après la diminution constatée entre 1998 et 2001, la déclaration de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois semble augmenter à nouveau en 2004 : 34% des hommes et 31% des femmes sexuellement actifs déclarent avoir utilisé un préservatif dans l'année contre respectivement 29% et 26% en 2001. Néanmoins, cette augmentation est liée en partie à l'accroissement de la proportion de multipartenaires. De plus, elle ne concerne pas les personnes qui avaient en 2001 déclaré le plus fort relâchement et qui sont particulièrement concernés par le risque de sida, telles que les moins de 25 ans ou encore celles qui disent avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. Ces dernières restent ainsi en 2004 proportionnellement moins nombreuses qu'en 1998 à dire avoir utilisé un préservatif dans l'année et ce, alors que le nombre de multipartenaires augmente. **La proportion d'adultes concernés par le risque de transmission du VIH, notamment de jeunes, augmente donc en 2004, sans qu'existe de renforcement des comportements de prévention, notamment à travers une utilisation plus fréquente du préservatif.**

De plus, l'image du préservatif reste contrastée en 2004, puisque les répondants sont certes plus nombreux à considérer que le préservatif c'est quelque chose de banal, mais ils restent toujours nombreux à penser que ça diminue le plaisir sexuel (environ 40%).

Les résultats de l'enquête KABP 2004 indiquent donc que la société a intégré le sida dans le paysage des risques sanitaires, mais qu'il existe parallèlement un accroissement du nombre de personnes potentiellement exposées au risque du sida. Les répondants adoptent en effet le préservatif au début d'une nouvelle relation, ils ont un bon niveau de connaissance à la fois des modes de contamination et de protection, ainsi que sur les traitements anti-rétroviraux puissants (ARV). Ils acceptent les personnes séropositives ou atteintes du sida et continuent de se faire dépister du virus du sida. En 2004, une personne sur dix déclare avoir effectué un test de dépistage au cours de l'année, proportion stable depuis 1998. Les multipartenaires, les jeunes et les femmes sont proportionnellement toujours les plus nombreux à déclarer avoir effectué ce test.

Cette intégration de l'épidémie et de la maladie dans l'environnement sanitaire tend en 2004 à concerner toutes les classes d'âge et niveaux de diplôme. Globalement, les personnes ne possédant pas le baccalauréat et les plus jeunes partagent aujourd'hui une représentation sociale du sida plus proche des plus diplômés et des plus âgés qu'au début des enquêtes.

Tout d'abord, les répondants sans diplôme sont en 2004 plus nombreux que précédemment à accepter une personne séropositive : la valeur moyenne du score⁶⁵ augmentant de 8,1 à 8,5 entre 2001 et

⁶⁵ Plus la valeur moyenne du score est élevée, plus les répondants acceptent de travailler en sa compagnie, d'aller manger chez elle/lui, de partir en vacances avec elle/lui, de continuer à la/le fréquenter et enfin de laisser ses enfants ou ses petits enfants en sa compagnie.

2004 parmi les non diplômés, alors qu'elle est stable parmi ceux possédant un diplôme du supérieur. Ils sont également plus nombreux en 2004 qu'en 2001 à se percevoir comme ayant un risque supérieur ou égal à la moyenne d'être contaminé par le virus du sida, rejoignant la proportion des plus diplômés : de 36,2% en 2001 à 43,6% en 2004 parmi les non diplômés alors que cette perception est stable à près de 42% parmi ceux titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat. Toutefois, malgré la relative homogénéisation des connaissances, des attitudes et des croyances, le niveau d'éducation reste une variable discriminante. Plus le niveau d'éducation des répondants est élevé, meilleure est la connaissance des modes de transmission, des moyens de protection, de l'existence des ARV et du traitement d'urgence, plus les attitudes sont positives à l'égard des personnes malades du sida et les opinions favorables. Ainsi, par exemple, une personne possédant un diplôme du supérieur a beaucoup plus de chances qu'une personne sans diplôme de connaître l'existence des ARV (83,9% contre 38,8% en 2004). Les moins diplômés sont également plus nombreux en 2004 qu'en 2001 à déclarer que « *se laver après l'acte sexuel* » ou « *choisir correctement ses partenaires* » est tout à fait ou plutôt efficace. Ils expriment une opinion plus fréquemment négative à l'égard du préservatif et ont moins souvent effectué un test de dépistage du virus du sida. Le niveau de diplôme n'est par contre plus lié à l'adoption de comportements de prévention chez les hommes, seules les femmes ne possédant pas le baccalauréat déclarent moins souvent que les bachelières ou diplômées du supérieur avoir utilisé un préservatif au début de leur dernière nouvelle relation.

Par ailleurs, la dégradation des connaissances et le relâchement des comportements de prévention des plus jeunes dès 2001 conduisent également à une certaine homogénéisation de la représentation sociale du sida entre les différentes générations. En effet, même s'ils maintiennent une plus grande connaissance, et ont des attitudes et des croyances davantage positives que leurs aînés, les jeunes entre 18 et 24 ans se caractérisent par une baisse de leur niveau de connaissance. Ils sont ainsi aussi nombreux que ceux âgés entre 40 et 54 ans à penser que se laver après l'acte sexuel est un moyen efficace de se protéger du sida. Ils déclarent moins fréquemment que leurs aînés connaître dans leur entourage une personne séropositive ou malade du sida, accepter de travailler ou de manger avec une personne séropositive. Cette moindre sensibilisation des jeunes n'est cependant pas accompagnée d'une baisse dans l'attention accordée à la prévention, puisqu'ils effectuent toujours autant le test de dépistage, utilisent toujours autant le préservatif au cours de leur premier rapport sexuel.

De fait, les générations nées entre 1965 et 1979 âgées en 2004 entre 25 et 39 ans, qui ont globalement commencé leur vie sexuelle après le sida mais avant l'arrivée des traitements ARV, apparaissent comme les plus sensibilisées au problème du sida, alors que ce n'est pas le cas des plus jeunes entrés dans la vie sexuelle après les traitements ARV. Ces derniers ont tout de même acquis des habitudes de prévention, puisqu'ils sont nombreux à déclarer utiliser le préservatif au début d'une nouvelle relation.

La comparaison des différents indicateurs de connaissance, d'attitudes, de croyances et de comportements de la population adulte doit être rapprochée du contexte médiatique relatif à la période de réalisation de ces enquêtes. En effet, l'analyse de l'évolution des principaux indicateurs doit tenir compte des thèmes développés par les campagnes de prévention et de la façon dont le sida a été médiatisé.

La mise sur le marché des traitements ARV dès 1996 a largement contribué à modifier non seulement la plupart des données de l'épidémie (baisse des nouveaux cas de sida et de la mortalité, amélioration de l'état de santé des patients, ...), mais également la représentation sociale du sida⁶⁶. L'arrivée de ces traitements a ensuite eu un impact en termes de relâchement des comportements de prévention, puisque les résultats de l'enquête de 2001 notamment, qui s'était déjà inscrite dans un contexte médiatique où les acteurs et les associations de lutte contre le sida étaient largement préoccupés par une reprise des risques de contamination, avaient montré pour la première fois les premiers signes d'un relâchement des comportements de prévention.

Depuis l'enquête de 2001 ce contexte médiatique a continué à évoluer.

En 2001, une synthèse des articles publiés dans les journaux au cours de l'année menées à partir des revues de presse du CRIPS suggérait non seulement une moindre médiatisation du sida, mais aussi une forte médicalisation du sida, celui-ci étant même davantage perçu comme une maladie chronique que comme une maladie mortelle.

Suite à une analyse des principaux quotidiens nationaux sur la période correspondant aux quelques mois précédent et simultanés au recueil des données de l'enquête 2004⁶⁷, le sida semble être devenu dans le discours médiatique davantage un enjeu politique que médical et, de façon tout à fait légitime, davantage un enjeu de politique étrangère. En effet, la forte prévalence du sida dans les pays d'Afrique et son augmentation en Asie, l'accès aux anti-rétroviraux et leurs coûts, enfin la polémique concernant l'accès aux traitements génériques des pays du sud, le financement d'organisations internationales pour la mise en place de programmes de prévention et de soins ou encore la mise en œuvre de l'initiative « 3 by 5 »⁶⁸ représentent une large partie des articles de ces quotidiens, suggérant que l'infection à VIH n'est un problème que pour les seuls pays du sud.

Cette médicalisation et politisation du discours sur le VIH a très certainement contribué à une moindre mobilisation du public en faveur de la lutte contre le sida en France. Le nombre d'appels reçus par Sida info service (SIS) par exemple tend à la baisse entre janvier 2002 et juillet 2004. Depuis janvier 2003 un nombre croissant de questions/réponses via internet a été enregistré, mais qui ne suffit pas à compenser la baisse des appels de SIS. En effet, le nombre d'appels traités par le numéro vert ainsi que celui des questions/réponses via internet a diminué de 345 904 en 2003 à 309 201 en 2004. L'opération Sidaction des 23, 24 et 25 avril 2004 organisée par un ensemble des chaînes télévisées⁶⁹ a obtenu 4,8 millions d'euros de promesses de dons contre 45,7 millions d'euros en 1994⁷⁰.

Le sida n'apparaît plus aujourd'hui comme une préoccupation majeure de la population adulte vivant en France, mais davantage comme une maladie chronique, moins visible et dont les enjeux se sont déplacés à la fois géographiquement –essentiellement vers les pays du sud- et politiquement, alors que

⁶⁶ Cette modification de la représentation sociale du sida est apparue dès l'enquête KABP réalisée en 1998.

⁶⁷ Le recueil des données s'est déroulé du 15 avril au 31 juillet 2004 et l'analyse des titres autour du sida des quotidiens (Le Monde et Libération) a porté sur la période 01 août 2003 - 31 juillet 2004.

⁶⁸ Il s'agit d'une initiative conjointe de l'OMS et de l'ONUSIDA ayant pour objectif de soigner d'ici fin 2005, 3 millions de personnes vivant avec le virus du sida dans les pays de revenus faibles ou modérés, www.who.int/3by5.

⁶⁹ TF1, France 2, France 3, France 5, Canal+, M6 et Arte (ainsi que LCI, i-Télévision, Eurosport, Sport + et RTL Radio) ; il s'agissait d'un relais de chaîne en chaîne et non d'un programme unique.

⁷⁰ Source : www.sidaction.org/connaître/histoire

L'on assiste en France à un arrêt de la baisse de la mortalité par sida, l'épidémie restant toutefois très active chez les homosexuels et les migrants.

Pour autant, la génération des répondants qui a commencé sa vie sexuelle avec l'épidémie de sida, mais avant l'arrivée des ARV garde une bonne conscience du risque de contamination.

Les plus jeunes de l'échantillon ont commencé leur activité sexuelle après l'arrivée des ARV et ils déclarent de bons réflexes de protection bien qu'ils semblent a priori dissocier le préservatif du contexte du sida. Une majorité d'entre eux déclare en effet utiliser un préservatif au début de toute nouvelle relation sexuelle, mais montre un certain désintérêt à l'égard du VIH/sida.

Le préservatif serait-il davantage utilisé comme un moyen de contraception et/ou de lutte contre l'ensemble des Infections sexuellement transmissibles ? La question peut en effet se poser de savoir s'il est inquiétant que la raison de l'adoption du préservatif ne soit plus liée à la crainte du virus du sida.

Le message de la dernière campagne lancée par l'Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) avant le terrain de l'enquête, c'est-à-dire au dernier semestre 2003, s'adressait aux trois publics prioritaires (le grand public, les homosexuels et les migrants) et portait sur la promotion du préservatif essentiellement sur le thème « Et si le préservatif était un produit comme les autres ? ». Par ailleurs, cette année comme depuis 2002, trois films destinés à chaque public ont été diffusés à la télévision. Les résultats de la dernière enquête, qui indiquent une augmentation de la déclaration de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois entre 2001 et 2004, ainsi que l'augmentation continue du nombre de préservatifs vendus - de 72,4 millions en 2001 à 85,1 millions d'unité en 2004⁷¹ - sont autant d'indices de l'impact positif de ces campagnes, même si les répondants sont proportionnellement moins nombreux à déclarer avoir été incité à utiliser des préservatifs du fait des campagnes d'information sur le sida (42,2% en 2004 contre 48,3% en 2001).

Cependant, les jeunes et les personnes déclarant plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois, d'ailleurs proportionnellement plus nombreux qu'en 2001, déclarent toujours moins fréquemment qu'en 1998 avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois. Ces résultats invitent donc à rester vigilant en poursuivant les efforts vers une adoption par tous de ces réflexes de prévention et en s'assurant en même temps que l'abandon du préservatif soit choisi et réfléchi.

Il apparaît notamment nécessaire de développer des campagnes d'information auprès des jeunes ayant un faible niveau d'éducation, par exemple dans le cadre scolaire, afin d'améliorer le niveau de connaissance sur les modes de contamination et moyens efficaces de protection.

La lutte contre le VIH/sida reconnue « grande cause nationale 2005 » par le Premier Ministre est inscrite dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004⁷² et les orientations en matières d'infections sexuellement transmissibles sont intégrées dans un programme unique VIH/sida et IST pour la période 2005-2008. Ce plan national de lutte intègre donc la lutte contre les IST et met l'accent sur la prévention à l'égard des populations séropositives et sur l'articulation entre les dispositifs de soin et de prévention et enfin sur la solidarité à l'égard des personnes atteintes.

⁷¹ Source INPES

⁷² Loi n°2044-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Annexes

Annexe I

Les taux de refus et d'abandon

La fiabilité des réponses

Taux de refus et d'abandon

Tout comme l'enquête 2001, l'enquête 2004 se caractérise par un taux de réponse particulièrement satisfaisant.

Tableau 1 : Taux de refus et d'abandon de différentes enquêtes

En pourcentage	ACSF ^(a)	KABP	KABP	KABP	KABP2001			KABP2004		
	1992	1992	1994	1998	Liste blanche	Liste rouge	Global	Liste blanche	Liste rouge	Global
Taux de refus ménages	11,9	14,1	6,6	8,0	3,9	12,7	5,6	4,1	11,2	5,5
Taux de refus individus	11,6	8,2	21,2	13,8	9,2	18,2	10,9	11,8	17,3	12,8
Taux de refus global	23,5	22,3	27,8	21,8	13,1	30,9	16,5	15,9	28,5	18,3
Taux d'abandon	4,9	10,2	9,1	1,0	2,4	3,6	2,6	2,4	2,3	2,4
Total	28,1	32,5	36,9	22,8	15,5	34,5	19,1	18,3	30,8	20,7
Interviews réalisées	20055	1927	1501	1485	2174	461	2635	4226	850	5076

(a) Il s'agit de la grande enquête portant sur l'analyse du comportement sexuel en France (ACSF) [Spira A; & al., (1993) "Les Comportements sexuels en France", Rapport au ministre de la Recherche et de l'Espace, Collection des rapports officiels, La documentation française].

Tout comme en 2001, le taux de refus des personnes sur liste rouge est toujours beaucoup plus élevé que celui des personnes en liste blanche, avec 30,8% contre 18,3% pour ces derniers.

Ce taux de refus particulièrement bas provient d'un faible refus à la fois des ménages et des individus à participer à l'enquête. En effet, au moment du contact avec le ménage, 4,1% pour les listes blanches (similaire au taux de 2001 qui était de 3,9%, en nette amélioration par rapport aux premières enquêtes : plus de 10% en 1992) et 11,2% pour les listes rouges, soit un total de 5,5% seulement refusent de procéder à la sélection d'un individu au sein de leur ménage empêchant la poursuite du questionnaire. Dans l'ensemble les bons résultats de l'enquête 2001 se maintiennent donc.

Ensuite, parmi les individus sélectionnés³⁴ au sein du ménage pour participer à l'enquête, 11,8% en liste blanche (contre 9,2% en 2001 mais 27,8% en 1994) et 17,3% en liste rouge (contre 18,2% en 2001), soit un total de 12,8% ont refusé de répondre.

³⁴ Lors du contact avec une personne du ménage, il était procédé à la sélection de l'individu à interroger. On sélectionnait alors au sein du ménage la personne dont l'anniversaire arriverait en premier à partir de la date d'appel.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant refusé de répondre à l'enquête 2004 – France entière.

En pourcentage	personnes ayant refusé de répondre à l'enquête		
	Total (n=1114)	Liste blanche (n=810)	Liste rouge (n=304)
Sexe			
Homme	43,2%	45,6%	36,8%
Femme	53,9%	51,9%	59,5%
Non réponse/non posé	2,9%	2,6%	3,6%
Age			
Moins de 20 ans	0,1%	0,1%	0,0%
De 20 à 29 ans	0,4%	0,5%	0,0%
De 30 à 39 ans	1,3%	1,5%	0,7%
De 40 à 49 ans	1,0%	1,1%	0,7%
De 50 à 59 ans	1,8%	1,9%	1,6%
De 60 à 69 ans	1,8%	2,2%	0,7%
Non réponse/non posé	93,7%	92,7%	96,4%
Catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteur	0,3%	0,4%	0,0%
Artisan / commerçant	0,2%	0,2%	0,0%
Profession intermédiaire	0,5%	0,2%	1,3%
Employé	2,4%	2,7%	1,6%
Ouvrier	0,4%	0,5%	0,0%
Retraité / inactif	2,3%	3,0%	0,7%
Non réponse	0,2%	0,2%	0,0%
Non posé	93,7%	92,7%	96,4%
Région			
Ile-de-France	11,0%	15,1%	0,0%
Bassin Parisien Ouest	8,8%	11,7%	1,0%
Bassin Parisien Est	6,2%	7,4%	3,0%
Nord	4,6%	6,3%	0,0%
Ouest	12,8%	17,4%	0,7%
Est	7,0%	9,5%	0,3%
Sud ouest	8,3%	10,5%	2,6%
Sud est	8,1%	10,9%	0,7%
Méditerranée	8,4%	11,2%	1,0%
Non posé/non réponse	24,8%	0,0%	90,8%

(a) Sont rappelés ici les pourcentages obtenus sur la population pondérée des répondants à l'enquête

Parmi les 1114³⁵ personnes qui ne souhaitaient pas participer à l'enquête, très peu ont accepté de répondre au questionnaire refus qui leur était proposé. Seules les variables du sexe et de la région sont bien renseignées, celles sur la catégorie socioprofessionnelle et sur l'âge ont de trop faibles effectifs pour autoriser une comparaison.

Il apparaît que la distorsion de l'échantillon des répondants en faveur des femmes se retrouve également parmi l'échantillon des non répondants : 53,9% des non répondants sont des femmes (pour 54,8% parmi les répondants).

La structure par région indique que les non répondants sont plutôt des Franciliens, les provinciaux participant globalement davantage à l'enquête avec toutefois des disparités régionales déjà constatées en 2001 : 12,8% des personnes ayant refusé de participer à l'enquête habitent la région ouest contre 4,6% dans la région nord.

Tableau 3 : Raison du refus – Enquête 2004 - France entière

En pourcentage	Liste blanche (n=810)	Liste rouge (n=304)	Total (n=1114)
Ne se sent pas concerné	7,4%	7,2%	7,4%
Pas le temps – la durée	11,7%	10,5%	11,4%
Le sujet : le sida	2,3%	1,0%	2,0%
Le sujet : les comportements sexuels	0,1%	0,0%	0,1%
Pas intéressant	15,7%	14,5%	15,4%
Ne répond jamais aux sondages	4,8%	3,3%	4,4%
Autres raisons	16,7%	20,4%	17,7%
Non, ne veut pas donner de motifs/ a raccroché	39,0%	40,1%	39,3%
Non réponse / raccroche	2,2%	3,0%	2,4%

La plupart des personnes sélectionnées au sein d'un ménage, près de 40% n'ont pas souhaité donner de motifs à leur refus ou ont raccroché. Près de 15% ont estimé que le sujet n'était pas intéressant et 11,4% que l'enquête était trop longue.

Ces motifs sont aussi bien avancés par les abonnés sur liste rouge que sur liste blanche.

³⁵ Comprenant 492 refus ménages et 622 refus individus de l'échantillon France entière hors le sur-échantillon Ile-de-France.

La fiabilité des réponses

Les enquêtes KABP reposent bien évidemment, comme la plupart des enquêtes, sur les déclarations des répondants. Cette contrainte n'est pas forcément gênante puisque le comportement sexuel ne se résume pas aux seules pratiques des individus, mais englobe également leurs opinions et leurs jugements en matière de sexualité.

Il n'est, cependant, pas exclu que certains enquêtés aient "arrangé" leurs réponses, pour donner d'eux-mêmes l'image qu'ils jugeaient la plus valorisante, soit qu'ils aient passé sous silence certaines de leurs pratiques ou de leurs opinions, soit au contraire, qu'ils aient déclaré des comportements qu'ils n'ont pas ou des jugements qui ne sont pas les leurs. De plus, les difficultés de compréhension par les répondants de certaines questions, ainsi que leurs erreurs de mémoire peuvent limiter la fiabilité des réponses et, en conséquence, la validité des interprétations qui leur sont données.

Nous avons donc pris plusieurs dispositions afin de réduire l'incidence de ces problèmes à son minimum.

Tout d'abord, un effort particulier a été fait pour que le plus grand nombre possible d'individus contactés acceptent de répondre à l'enquête. En effet, la fiabilité des réponses est liée à cette acceptation : plus l'individu accepte le principe de l'enquête, plus il est porté à répondre sincèrement aux questions qu'elle comporte. Il fallait donc convaincre les personnes sélectionnées de l'importance de l'étude, de son caractère strictement anonyme, ainsi que du sérieux de sa mise en œuvre. Ceci a été fait par l'envoi à chaque ménage tiré au sort parmi les abonnés "listes blanches" (c'est-à-dire pour lesquels l'adresse était connue), avant l'appel de l'enquêteur, d'une lettre-annonce à l'en-tête de l'Inserm expliquant les enjeux de cette recherche pour la prévention en santé publique. Cette lettre insistait, de plus, sur les garanties de confidentialité et d'anonymat des réponses. Nous avons également apporté un soin tout particulier à la formation et au suivi des enquêteurs, afin de leur permettre de "s'approprier" le questionnaire, de favoriser la prise de contact avec les enquêtés, de se préparer à la situation d'entretien et notamment aux situations de refus.

Les efforts ont également porté sur la conception même du questionnaire. Ainsi, le vocabulaire employé est le plus proche possible du langage parlé. De même, pour éviter que la réponse à une interrogation puisse être induite par celles données aux questions précédentes ou que les enquêtés ne déclarent les comportements qu'ils pensent que l'on attend d'eux (entre autres l'utilisation systématique de préservatifs pour ceux qui ont plusieurs partenaires ou le fait d'avoir changé de comportement sexuel depuis l'apparition du sida), l'ordre des questions à l'intérieur du questionnaire a été étudié. Certaines d'entre elles ont également été posées sous différentes formes à différents endroits du questionnaire permettant de vérifier la cohérence interne des réponses, qui a toujours été bonne. Enfin, pour remédier à d'éventuelles erreurs de mémoire dans la description des pratiques sexuelles réalisées, le questionnaire, en

plus des questions portant sur l'ensemble de la vie sexuelle, explore les pratiques lors du dernier rapport sexuel³⁶ qui s'est le plus souvent déroulé dans les jours précédant l'enquête.

L'analyse des résultats de ces enquêtes KABP témoigne sur plusieurs points de la bonne acceptation de ces questionnaires et de la fiabilité des données recueillies.

- Comme nous l'avons vu, le taux de refus de l'enquête est particulièrement faible. Par ailleurs, le taux d'abandon en cours d'entretien est inférieur à 2,5%.
- Le taux de non-réponses par question est lui aussi remarquablement faible, ce qui permet d'écarter l'éventualité que nos interrogations aient suscité une forte incompréhension ou une résistance importante.
- La bonne cohérence dans les réponses d'un même enquêté tout au long du questionnaire est également un indicateur de fiabilité.

De même la concordance des réponses entre les hommes et les femmes sur un même sujet indique aussi une bonne fiabilité. Il faut cependant souligner qu'il existe au moins un point important sur lequel, dans les enquêtes KABP comme dans la plupart des autres enquêtes portant sur le comportement sexuel, d'importantes divergences sont constatées entre les deux sexes. Il s'agit notamment du nombre déclaré de partenaires sexuels (écart qui tend au fil des enquêtes à se réduire).

Il importe enfin de rappeler que l'objectif de notre étude n'est pas de mesurer, à la décimale près, la fréquence de tel ou tel phénomène, mais d'en évaluer l'importance et surtout de comprendre, dans une optique de prévention, les mécanismes qui influencent le comportement sexuel et, plus précisément, la prise de risque face au sida ou l'adoption des moyens de s'en protéger. Elle a également pour objectif d'en comprendre les tendances par comparaisons avec les enquêtes antérieures.

³⁶ Quelques questions permettent aux enquêtés de décrire leur dernier rapport sexuel ainsi que les caractéristiques du partenaire avec qui ce rapport avait eu lieu.

Annexe IIa

Comparaison des échantillons
1992, 1994, 1998, 2001 et 2004

Pondération, redressement
et liste blanche / liste rouge

La pondération

Lors de l'enquête KABP 2004, un échantillon national de 4171 individus et un sur-échantillon Ile-de-France de 905 individus âgés de 18 à 69 ans ont été constitué. Comme lors de l'enquête précédente, il a été décidé d'intégrer dans l'échantillon national l'ensemble des 5071 questionnaires réalisés de l'échantillon national et du sur-échantillon (5 individus du sur-échantillon dont le sexe n'a pas été spécifié ont été retirés de l'analyse).

La pondération de l'échantillon national doit ainsi consister à tenir compte de la méthode de sélection de l'individu interrogé de sa probabilité d'être tiré au sort au sein du ménage puis à ajuster la part de l'Ile-de-France dans l'échantillon national.

Poids de l'individu dans le ménage

Les échantillons tirés au sort parmi les fichiers de France Télécom sont avant tout des échantillons de ménage. Un seul individu a ensuite été interrogé dans chacun d'eux. En effet, la constitution de l'échantillon s'effectue en deux étapes : sélection aléatoire du ménage, puis sélection d'un seul individu dans le ménage. Aussi, les répondants à l'enquête qui provenaient par exemple de ménages comprenant quatre personnes âgées entre 18 et 69 ans avaient quatre fois moins de chances d'être interrogés que ceux qui étaient les seuls éligibles de leur foyer (une seule personne éligible, c'est-à-dire âgée entre 18 et 69 ans dans ce ménage). Cette inégalité des chances d'être interrogée a été prise en compte en accordant à chaque questionnaire réalisé un poids de départ égal au nombre de personnes éligibles au sein du ménage sélectionné.

L'application de ce poids de sélection aux 5071 questionnaires réalisés donnent un effectif pondéré de 10622, effectif réparti de la façon suivante : 3270 individus pour l'Ile-de-France (soit 31,0% de l'échantillon) et 7352 individus pour le Province (soit 69,0% de l'échantillon). Il faut ensuite procéder au réajustement régional, c'est-à-dire rétablir le poids de l'Ile-de-France (19,66%) dans l'échantillon national.

Réajustement régional :

Le calcul lié au réajustement régional intègre la probabilité de sélection de l'individu.

On obtient ainsi :

- Pour les Franciliens : Nombre d'éligibles x $(19,66/31,0) \times (4171/10622)$
- Pour les individus de Province : Nombre d'éligibles x $(80,34/69,0) \times (4171/10622)$

Le terme de $(4171/10622)$ vise à rétablir la somme des poids de l'échantillon national à 4171 individus³⁷.

³⁷ La pondération Ile-de-France : le nombre de franciliens dans l'échantillon national est de 674, ce qui donne un total de 1574 individus interrogés en Ile-de-France. La valeur de la variable de pondération a été établie de façon suivante : Nombre d'éligibles x $(1574/3270)$, le terme $(1574/3270)$ visant à rétablir la somme des poids de l'échantillon Ile-de-France à 1574 individus.

Tableau 1 : Structure de l'échantillon national pondéré de 2004 selon le sexe, l'âge et la vie en couple

En pourcentage	En couple		Pas en couple		Total	
	EE 2002 ^(a)	KABP 04	EE 2002 ^(a)	KABP 04	EE 2002 ^(a)	KABP 04
Hommes	6,9	6,3	10,3	7,3	49,3	45,2
18-24 ans	0,6	0,8	6,4	5,2	7,0	6,0
25-29 ans	2,4	1,8	2,4	1,4	4,8	3,2
30-34 ans	3,9	3,7	1,5	0,7	5,4	4,4
35-69 ans	(b)	(b)	(b)	(b)	32,1	31,6
Femmes	8,8	8,5	8,3	7,5	50,7	54,8
18-24 ans	1,4	1,2	5,4	5,7	6,8	6,9
25-29 ans	3,2	2,7	1,6	0,9	4,9	3,6
30-34 ans	4,2	4,6	1,3	0,9	5,5	5,5
35-69 ans	(b)	(b)	(b)	(b)	33,6	38,8
Total	15,7	14,8	18,6	14,8	100,0	100,0

(a) Sources : Enquête Emploi 2002 de l'INSEE.

(b) Le redressement se fait selon le sexe, la vie en couple et l'âge pour la population des enquêtés âgés de 18 à 34 ans et sur la population totale au delà de 35 ans. Les chiffres en gras indiquent les proportions des variables utilisées pour le redressement.

Tableau 2 : Structure de l'échantillon national pondéré de 2004 selon le sexe, l'âge et le statut d'activité

En pourcentage	Actifs		Inactifs		Total	
	EE 2002 ^(a)	KABP 04	EE 2002 ^(a)	KABP 04	EE 2002 ^(a)	KABP 04
Hommes	36,7	33,5	12,6	11,6	49,3	45,1
18-24 ans	3,2	2,4	3,7	3,5	7,0	5,9
25-29 ans	4,4	3,0	0,4	0,3	4,8	3,3
30-39 ans	10,5	8,7	0,5	0,2	10,9	8,9
40-49 ans	10,1	10,1	0,5	0,1	10,6	10,2
50-59 ans	7,8	8,6	1,8	1,2	9,6	9,8
60-69 ans	0,7	0,7	5,7	6,3	6,3	7,0
Femmes	31,2	41,2	19,5	13,7	50,7	54,9
18-24 ans	2,5	2,0	4,2	4,9	6,8	6,9
25-29 ans	3,9	3,3	1,0	0,4	4,9	3,7
30-39 ans	8,7	11,6	2,4	0,5	11,1	12,1
40-49 ans	9,0	12,4	2,1	0,5	11,1	12,9
50-59 ans	6,4	10,7	3,5	1,6	9,9	12,3
60-69 ans	0,6	1,2	6,4	5,8	7,0	7,0
Total	67,8	74,7	32,2	25,3	100,0	100,0

(a) Sources : Enquête Emploi 2002 de l'INSEE.

(b) Le redressement se fait selon le sexe, l'âge et le statut d'activité pour toute la population enquêtée. Les chiffres en gras indiquent les proportions des variables utilisées pour le redressement.

Si l'on compare la structure de l'échantillon national pondéré avec celle de l'Enquête Emploi 2002, il apparaît que les femmes sont plus nombreuses dans l'enquête, notamment celles âgées de 35 à 69 ans: 38,8% contre 33,6%. Elles sont également plus actives dans l'enquête, puisque parmi l'ensemble des répondants 41,2% sont des femmes actives (contre 31,2% pour l'enquête emploi 2002), 13,7% sont des femmes inactives (contre 19,5% pour l'enquête emploi 2002), la différence n'est pas statistiquement significative chez les hommes.

Le redressement

Le redressement est guidé par l'hypothèse selon laquelle le comportement moyen des personnes qui manquent dans une catégorie est plus proche du comportement moyen de cette catégorie que du comportement moyen de l'ensemble des personnes interrogées. Le redressement consiste à affecter un poids à chaque individu corrigeant ainsi l'inégale représentation (sur- ou sous-représentation) de certaines catégories. On s'assure de cette manière de la représentativité du fichier avec la structure réelle de la population française.

Le redressement est basé sur plusieurs variables (représentés en gras dans les tableaux 1 et 2) : le sexe, l'âge, l'activité professionnelle sous la forme actif / inactif et la vie en couple. Les trois premières variables sont des variables classiquement utilisées dans les procédures de redressement. La variable "vie en couple" est introduite ici, car elle influence largement les attitudes et les comportements sexuels face au virus du sida.

L'activité professionnelle sous la forme actif / inactif ne regroupe approximativement chez les hommes que les retraités et les étudiants d'un côté, et les chômeurs et les travailleurs de l'autre, c'est-à-dire la majorité de l'effectif masculin. Etant plus discriminante pour les femmes, le redressement se fera pour les hommes et les femmes selon la vie en couple croisée avec l'âge et pour les femmes seulement selon l'activité professionnelle croisée avec l'âge.

La méthode de redressement (ranking adjusted statistics) consiste en un ajustement itératif à la proportionnelle sur chaque marge jusqu'à stabilisation du résultat. Ce redressement a été réalisé avec le logiciel COSI ® de la société Statiro.

Il apparaît que la structure des échantillons redressés est assez comparable selon des caractéristiques démo-socio-professionnelles entre les trois premières années. Rappelons que l'enquête 2001 est réalisée dans une population âgée entre 18 et 54 ans, population plus jeune que celle des autres vagues. La structure de cet échantillon se caractérise donc par une proportion plus importante des célibataires, une population mieux diplômée ainsi que davantage de cadres. En revanche, par rapport aux trois premières enquêtes, l'échantillon 2004 comporte davantage de cadres et de plus des interrogés ayant un diplôme supérieur (soit respectivement de 30% et de 31,6%).

Tableau 3 : comparaison de la structure des échantillons redressés entre les enquêtes – population âgée de 18 à 69 ans

En pourcentage	1992 (n=1927)	1994 (n=1501)	1998 (n=2222)	2001 ^(a) (n=2682)	2004 ^(a) (n=4221)	Test du χ^2
Sexe						
Homme	49,3	49,3	49,3	49,7	49,3	
Femme	50,7	50,7	50,7	50,3	50,7	NS
Age						
18-24 ans	15,3	15,3	14,0	18,0	13,8	
25-34 ans	22,5	22,5	22,3	27,0	20,6	
35-44 ans	23,4	22,2	22,0	27,1	19,6	
45-54 ans	16,0	17,5	17,6	27,9	18,3	
55-69 ans	22,8	22,5	24,2	-	27,8	S**
Vie en couple						
Oui	72,8	71,0	70,8	68,5	71,8	
Non	27,2	29,0	29,2	31,5	28,2	NS
Situation matrimoniale						
Marié(e)	62,7	61,3	59,8	52,5	57,6	
Comme marié(e)	10,6	10,0	11,3	16,7	14,5	
Célibataire	20,6	21,7	21,5	27,4	21,7	
Divorcé(e), veuf(ve), séparé(e)	6,1	7,0	7,5	3,4	6,2	S***
Diplôme						
Aucun diplôme	24,7	22,1	22,3	11,5	15,8	
CAP/BEP/BEPC	37,5	38,2	37,1	34,4	34,0	
BAC	16,1	18,3	17,2	20,9	18,6	
Supérieur	21,6	21,4	23,5	33,1	31,6	S***
CSP						
Non actif	34,1	35,1	33,2	20,9	32,2	
Actif non cadre	39,7	40,6	39,6	43,6	37,8	
Actif cadre	26,2	24,3	27,2	35,5	30,0	S***

(a) Pour les enquêtes 2001 et 2004, sont pris en compte ici les personnes dont le numéro de téléphone est sur liste blanche. χ^2 simple sur les effectifs redressés : NS non significatif, S** $p < 0,01$, S*** $p < 0,001$

Liste blanche / liste rouge

Comme l'enquête KABP 2001, celle réalisée en 2004 intègre aussi dans son échantillon des individus dont le numéro de téléphone est sur liste rouge. Sur les 5071 individus constituant l'échantillon national, 4221 sont des abonnés sur liste blanche (dont 3551 individus sont dans l'échantillon national et 670 dans le sur-échantillon Ile-de-France) et 850 sur liste rouge (318 dans l'échantillon national et 532 dans le sur-échantillon Ile-de-France). La structure du sous-échantillon des abonnés « liste rouge » a été comparée à celle de référence des abonnés « liste blanche ».

Tableau 4 : Structure liste blanche / liste rouge de l'échantillon 2004

(échantillon pondéré selon la taille du ménage)

En pourcentage	Liste blanche (n=4221)	Liste rouge (n=850)	Comparaison LB/LR ⁽¹⁾ (probabilité)
Sexe			
Homme	45,3	44,6	
Femme	54,7	55,4	NS
Age			
18-24 ans	12,2	15,9	
25-34 ans	16,8	16,7	
35-44 ans	23,0	24,4	
45-54 ans	21,6	25,9	
55-69 ans	26,4	17,1	S***
Vie en couple			
Oui	75,9	67,2	
Non	24,1	37,8	S***
Situation matrimoniale			
Marié(e)	61,2	49,4	
Comme marié(e)	14,9	18,3	
Célibataire	17,5	24,2	
Divorcé(e), veuf(ve), séparé(e)	6,4	8,1	S***
Diplôme			
Aucun diplôme	15,7	15,1	
CAP/BEP/BEPC	35,1	30,4	
BAC	18,3	19,1	
Supérieur	30,9	35,4	NS
CSP			
Non actifs	25,8	23,0	
Actif non cadre	42,5	39,6	
Actif cadre	31,7	37,4	S*
Nombre de partenaire actuel			
Abstinent / Pas de partenaire	15,2	19,4	
1 seul partenaire actuellement	83,3	78,0	
Plus de 1 partenaire actuellement	1,5	2,6	S***
Activités sexuelles au cours des 12 derniers mois			
Abstinent	9,5	12,1	
Homosexuels stricts	0,5	0,8	
Hétérosexuels stricts	89,8	85,9	
Bisexuels	2,1	12,3	S***
Connaissance d'une personne séropositive			
Oui	21,7	25,6	
Non	78,3	74,4	S*

(a) χ^2 simple sur les effectifs pondérés, NS non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,005

Comparé au sous-échantillon pondéré (et non redressé) « liste blanche », celui de « liste rouge » se caractérise par une population beaucoup plus jeune dont l'âge moyen est de l'ordre de 41,2 ans, contre 43,5 ans chez les abonnés sur liste blanche. En particulier, les interrogés des 55-69 sont sous-représentés dans l'échantillon « liste rouge », 17,1% au lieu de 26,4% dans l'échantillon « liste blanche ». Cette concentration globalement plus jeune se renvoie sur la répartition de l'échantillon selon les caractéristiques socioprofessionnelles où sont davantage représentés les cadres. De même, la proportion des personnes ayant un diplôme supérieur est plus élevée parmi les abonnés liste rouge. Les interrogés vivant en couple sont beaucoup moins représentés dans l'échantillon liste rouge. La catégorie des personnes vivant seules (célibataires, divorcés, veufs ou séparés) est cependant une caractéristique

générale de ce sous-échantillon, la proportion des couples mariés y étant largement inférieure à celle des enquêtés en liste blanche.

En ce qui concerne les pratiques sexuelles, la structure du sous-échantillon liste rouge se différencie au niveau du nombre de partenaire. Les personnes ne déclarant aucun partenaire actuellement, qui sont plutôt des femmes de 18 à 24 ans, et les multipartenaires, plutôt des hommes autour de 45 ans, y sont sur-représentés. De même, les structures par activité sexuelle (actif ou non actif au cours des 12 derniers mois) et par type de pratique sexuelle (hétérosexuel, homosexuel ou bisexuel) sont différentes entre les deux sous-échantillons. Dans le sous-échantillon « liste rouge » est davantage déclaré la multipartenariat au cours des 12 derniers mois. Les bisexuels y sont également plus importants. Bien que les abonnés « liste rouge » soient plus nombreux à connaître une personne séropositive, leur utilisation du préservatif ne diffère pas de leurs homologues sur liste blanche. Aussi, en ce qui concerne la perception du risque d'être contaminé par le sida et les attitudes à l'égard des personnes séropositives, les enquêtés des deux sous-échantillons ont un profil très similaire.

Compte tenu de fortes différences de structures significatives entre les deux sous-échantillons « liste blanche » et « liste rouge », les comparaisons par vagues sans les abonnés « liste rouge » en 2004 ont été privilégiées afin de pouvoir comparer les résultats de l'enquête 2004 avec les trois premières enquêtes pour lesquelles seuls les abonnés « liste blanche » étaient interrogés. Cependant, le sous-échantillon liste rouge a été conservé pour les analyses propres à 2004. Statistiquement, le redressement utilisé prend en compte l'exclusion ou non du sous-échantillon liste rouge.

Comme l'indique le tableau 2 ci-dessus, le redressement sur les seuls abonnés de liste blanche conduit à une structure de l'échantillon tout à fait similaire à celle obtenue à partir de l'échantillon redressé intégrant les listes blanches et les listes rouges.

Annexe technique IIb

La pondération pour l'échantillon mobile

Lors de l'enquête KABP 2004, un sur-échantillon de 319 individus possédant exclusivement un téléphone portable a été constitué. Vu que le coût d'une interview sur téléphone portable serait de 2 à 3 fois le coût unitaire d'une interview sur téléphone filaire, un questionnaire qui n'excède pas 15 à 20 minutes a été mis en oeuvre.

La pondération de l'échantillon mobile doit ainsi consister à prendre en compte la méthode de sélection de l'individu interrogé en tenant compte de sa probabilité d'être tiré au sort selon le nombre de téléphones portable qu'il possède et puis d'ajuster la part de mobile dans l'échantillon filaire.

Poids de l'individu selon le nombre de téléphones portables qu'il possède

Contrairement à la pondération pour l'échantillon filaire où un poids de départ égal au nombre de personnes éligibles au sein du ménage sélectionné est attribué à l'individu interrogé, celle pour l'échantillon mobile tient compte le nombre de téléphones portables que possède un interrogé. Par exemple, un individu possédant 2 portables aurait deux fois de plus de chance d'être sélectionné par rapport à un individu n'en ayant qu'un seul. On attribue donc un poids de départ égal à 2 pour le premier et 1 pour le second. Ainsi, le calcul de pondération intègre la probabilité de sélection de l'individu en inversant la valeur du poids.

On obtient donc :

- Pour les individus usagers exclusifs de portable
Pondération = 1/nombre de téléphones portables
- Pour les individus enquêtés sur téléphone fixe
Pondération = 1/nombre de lignes de téléphone

Réajustement national :

Pour incorporer le sur-échantillon mobile dans l'échantillon filaire national, on a effectué un réajustement tout en tenant compte de la probabilité pour un ménage joint d'avoir été sélectionné selon le nombre de lignes de téléphone filaire en sa possession pour les individus enquêtés sur téléphone fixe. Pour les interrogés sur le mobile, il y en a seulement trois dont le portable est partagé avec une autre personne. La probabilité de sélection au sein du « ménage » pour ces trois interrogés est donc de 50% au lieu de 100% pour les autres. Concrètement, le calcul lié au réajustement se fait en multipliant la pondération ci-dessus par la pondération nationale qui a été décrite dans l'annexe II. Dans l'échantillon mobile, la pondération nationale est égale à 1 pour 316 interrogés et à 2 pour les autres 3.

Annexe III

Comparaison des échantillons filaire et mobile 2004

Parmi les priorités et spécificités des enquêtes KABP, l'étude des évolutions tient une place particulièrement importante. Or, les modifications des bases de sondages rendent cet exercice difficile : compte tenu de l'augmentation du nombre d'abonnés sur liste rouge, de la spécificité de leurs caractéristiques socio-économiques et de leurs comportements, il avait été décidé de les inclure en 2001 dans l'échantillon.

Par un raisonnement semblable, le développement du nombre des possesseurs exclusifs de téléphones portables a conduit à la décision de créer en 2004 un échantillon de possesseurs de portables exclusifs. Ces derniers représenteraient en effet aujourd'hui 10 à 15% de la population, ayant fortement augmenté entre 2000 et 2002. En outre, une enquête pilote menée par l'OFDT dans le cadre des enquêtes Eropp³⁸ prouve que cette population possède des caractéristiques particulières : plus jeune, plus masculine, plus diplômée, et ayant moins d'enfants que la population des détenteurs de téléphone filaire.

Pour des questions de coût (absence d'annuaire universel induisant un grand nombre d'appels sur des numéros inexistantes, coût unitaire de l'appel supérieur) et mais surtout pour les difficultés relatives à l'autonomie des téléphones portables, le questionnaire administré a été réduit pour ne pas dépasser une durée de 15 minutes.

Malgré cette précaution, on constate des taux de refus et d'abandon nettement supérieurs à ceux rencontrés avec les abonnés sur liste blanche et liste rouge : 41,1% des appels réalisés auprès des possesseurs de téléphone mobile exclusifs se sont soldés par un échec.

Tableau 1 : Taux de refus et d'abandon sur les différents échantillons pour l'enquête 2004

En pourcentage	Mobiles	KABP2004	
		Liste blanche	Liste rouge
Taux de refus *	34,7	15,9	28,5
Taux d'abandon	6,4	2,4	2,3
Taux d'échec total	41,1	18,35	30,8
Interviews réalisées	319	4226	850

* pour les filaires, il s'agit des refus ménage et des refus individuels (cf. annexe I)

³⁸ Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychoactifs.

Comparaison des structures des deux échantillons

La comparaison des échantillons de possesseurs de téléphones mobiles et d'abonnés aux listes blanche et rouge s'est faite sur la base des chiffres pondérés (i.e. tenant compte de la probabilité d'avoir été choisi parmi le ménage et du poids de l'Ile-de-France dans l'échantillon France). Il a été décidé de ne pas utiliser de variable de redressement car cette dernière n'est pas encore disponible pour l'échantillon mobile. En l'absence d'enquête exhaustive sur les caractéristiques de la population des possesseurs exclusifs de mobile, l'échantillon dont nous disposons pourrait au mieux être redressé sur les données de la dernière enquête INSEE Emploi, ou fusionné avec l'échantillon filaire afin que l'ensemble filaire et mobile soit redressé sur l'enquête INSEE Emploi.

En tout état de cause, l'absence de connaissance détaillée des particularités de la population des possesseurs de mobile rend le redressement de ces données délicat, et tout au moins soumis à une étude préalable des différentes possibilités de redressement et de leurs biais respectifs.

Tableau 2 : comparaison de la structure des échantillons pondérés entre les enquêtes 2004 sur filaire et mobiles exclusifs- population âgée de 18 à 69 ans

En pourcentage	Filaire 2004 (n=5071)	Mobile 2004 ⁽¹⁾ (n=319)	Test du χ^2
Sexe			
Homme	45,2	52,2	S*
Femme	54,8	47,8	
Age			
18-24 ans	12,8	32,0	S**
25-34 ans	16,8	41,6	
35-44 ans	23,2	14,9	
45-54 ans	22,3	8,7	
55-69 ans	24,9	2,8	
Vie en couple			
Oui	74,6	42,5	S***
Non	25,4	57,4	
Situation matrimoniale			
Marié(e)	59,4	15,5	S***
Comme marié(e)	15,4	27,3	
Célibataire	18,5	45,6	
Divorcé(e), veuf(ve), séparé(e)	6,6	11,5	
Diplôme			
Aucun diplôme	15,6	10,2	S**
CAP/BEP/BEPC	34,3	36,9	
BAC	18,4	25,2	
Supérieur	31,6	27,6	
CSP			
Non actif	25,4	19,2	S***
Actif non cadre	42,1	52,8	
Actif cadre	32,6	27,9	

Un test du χ^2 simple sur les effectifs redressés : NS non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Le tableau ci-dessus reporte les principales différences dans les structures socio-démographiques des échantillons filaire et mobile tirés pour l'enquête KABP 2004. On constate donc :

- que l'échantillon mobile est plus masculin que le filaire (52,2% contre 45,2%) ;

- que les possesseurs exclusifs de mobile sont beaucoup plus jeunes ;
- qu'ils vivent donc logiquement plus célibataires, moins en couple, et moins mariés ;
- qu'ils ont un niveau d'études légèrement meilleur à celui des personnes interrogées sur ligne fixe (52,8% sont titulaires du BAC ou mieux, contre 50% chez les personnes interrogées en liste rouge et blanche.

Globalement ces résultats sont donc similaires à ceux établis par l'enquête Eropp 2002 de l'OFDT.

Comparaison des réponses apportées

Cette annexe n'ayant pas pour objet l'étude détaillée des éventuelles différences dans les attitudes, connaissances et comportements des titulaires de mobile exclusifs par rapport aux abonnés « classiques », nous nous sommes limités à un nombre réduit d'items généralement assez discriminant.

Compte tenu de la faiblesse relative des effectifs de l'échantillon mobile, il n'a été possible de réaliser une stratification que sur une caractéristique à la fois : nous avons donc comparé les réponses données par les deux populations, stratifiées successivement par sexe, âge, diplôme, activité professionnelle et situation matrimoniale. Cette opération permet en effet de tenir compte a minima des différences structurelles entre les deux populations, et ainsi de mieux appréhender les éventuelles différences de connaissances et comportements : celles-ci peuvent en effet provenir des différences de structure de ces deux populations, dont on vient de voir qu'elles sont non négligeables.

Tableau 3 : Comparaisons des résultats sur l'évolution des connaissances et croyances de certains modes de transmissions – Enquêtes filaire et mobile 2004

	Filaire 2004 (n=5071)	Mobile 2004 ⁽¹⁾ (n=319)	Test du χ^2
% de personnes pensant que la transmission est possible...			
...par une piqûre de moustique	29,0	26,1	NS
Hommes	29,6	29,2	NS
Femmes	28,4	22,7	NS
18-24 ans	29,6	30,1	NS
25-34 ans	25,8	26,1	NS
35-44 ans	24,1	18,7	NS
45-54 ans	26,5	14,3	NS
55-69 ans	37,5	55,6	NS
Aucun diplôme	39,8	39,4	NS
CAP/BEP/BEPC	33,6	24,4	S
BAC	26,7	24,7	NS
Supérieur	19,9	24,7	NS
Vit en couple	29,2	28,5	NS
Ne vit pas en couple	28,3	24,3	NS
Actifs	27,0	25,8	NS
Non actifs	34,7	27,4	NS
...dans les toilettes publiques	22,5	18,0	NS
Hommes	22,5	17,9	NS
Femmes	22,6	18,2	NS
18-24 ans	16,9	17,5	NS
25-34 ans	11,0	16,4	NS
35-44 ans	18,7	14,6	NS
45-54 ans	24,1	32,1	NS
55-69 ans	35,4	22,2	NS
Aucun diplôme	43,0	33,3	NS
CAP/BEP/BEPC	24,8	18,5	NS
BAC	19,1	12,3	NS
Supérieur	12,0	16,8	NS
Vit en couple	23,0	16,8	NS
Ne vit pas en couple	21,2	18,9	NS
Actifs	20,0	18,1	NS
Non actifs	29,9	17,7	S

Tableau 4 : Comparaison des croyances sur l'efficacité des stratégies de protection – Enquêtes filaire et mobile 2004

% de personnes pensant qu'il est « tout à fait » efficace pour se protéger du VIH de ...	Filaire 2004 (n=5071)	Mobile 2004 ⁽¹⁾ (n=319)	Test du χ^2
...avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents	43,4	41,6	NS
Hommes	46,1	37,5	S
Femmes	41,2	46,1	NS
18-24 ans	39,4	46,6	NS
25-34 ans	41,6	35,1	NS
35-44 ans	40,7	47,9	NS
45-54 ans	45,2	42,9	NS
55-69 ans	47,8	44,4	NS
Aucun diplôme	48,5	33,3	NS
CAP/BEP/BEPC	45,4	42,9	NS
BAC	42,1	48,1	NS
Supérieur	39,6	37,1	NS
Vit en couple	43,8	38,0	NS
Ne vit pas en couple	42,4	44,3	NS
Actifs	42,7	38,8	NS
Non actifs	45,6	53,2	NS
...faire régulièrement un test du virus du sida	62,7	65,5	NS
Hommes	61,6	64,9	NS
Femmes	63,7	66,2	NS
18-24 ans	71,6	67,0	NS
25-34 ans	60,9	63,4	NS
35-44 ans	58,9	60,4	NS
45-54 ans	58,6	78,6	S
55-69 ans	66,8	66,7	NS
Aucun diplôme	75,2	81,8	NS
CAP/BEP/BEPC	68,0	68,1	NS
BAC	67,4	69,1	NS
Supérieur	48,1	52,8	NS
Vit en couple	61,1	66,4	NS
Ne vit pas en couple	67,6	64,9	NS
Actifs	60,3	65,0	NS
Non actifs	70,0	67,7	S
...utiliser un préservatif masculin	93,0	94,7	NS
Hommes	94,0	96,4	NS
Femmes	92,2	92,9	NS
18-24 ans	93,9	93,2	NS
25-34 ans	95,4	94,8	NS
35-44 ans	93,7	97,9	NS
45-54 ans	92,8	100	NS
55-69 ans	90,5	77,8	NS
Aucun diplôme	85,8	93,9	NS
CAP/BEP/BEPC	91,3	94,1	NS
BAC	96,6	97,5	NS
Supérieur	96,4	93,3	NS
Vit en couple	93,1	96,4	NS
Ne vit pas en couple	92,8	93,5	NS
Actifs	93,4	95,8	NS
Non actifs	91,9	90,3	NS

En ce qui concerne les réponses apportées aux items de connaissance sur les modes de transmission et l'efficacité des stratégies de protection, on ne relève globalement pas de différence entre les réponses apportées par les titulaires exclusifs d'un téléphone portable et ceux ayant été interrogés sur

leur ligne fixe. L'exception la plus notable est la différence de réponse apportée par les hommes à la question sur l'efficacité d' « avoir des rapports avec peu de partenaires différents » : les hommes titulaires exclusivement d'un mobile répondent beaucoup moins fréquemment qu'il s'agit d'un moyen efficace de se protéger que ceux disposent d'une ligne fixe.

Tableau 5 : Comparaison des croyances sur la connaissance des trithérapies

% de personnes pensant qu'il est « tout à fait » efficace pour se protéger du VIH de ...	Filaire 2004 (n=5071)	Mobile 2004 ⁽¹⁾ (n=319)	Test du χ^2
Ensemble	66,1	62,4	NS
Hommes	65,0	65,5	NS
Femmes	67,1	59,1	S
18-24 ans	51,3	52,4	NS
25-34 ans	69,7	67,2	NS
35-44 ans	67,5	60,4	NS
45-54 ans	71,2	82,1	NS
55-69 ans	65,6	55,6	NS
Aucun diplôme	43,5	33,3	NS
CAP/BEP/BEPC	56,8	46,2	S
BAC	69,9	79,0	NS
Supérieur	85,3	79,8	NS
Vit en couple	67,7	57,7	S
Ne vit pas en couple	61,6	65,9	NS
Actifs	68,1	63,5	NS
Non actifs	60,5	58,1	NS

Enfin, pour ce qui est de la connaissance de l'existence des trithérapies, on relève une cohérence générale des réponses : si l'on stratifie par l'âge aucun écart significatif n'apparaît entre les différents groupes. On soulignera simplement la moins bonne connaissance de l'existence des détenteurs d'un CAP/BEP/BEPC « mobiles » par rapport à leur homologues « filaires », dans la mesure où le diplôme joue un rôle discriminant essentiel pour les connaissances. Par ailleurs, on constate une grande similitude dans les déclarations des deux populations sur la connaissance d'une personne séropositive, à l'exception du groupe des 25-34 ans au sein desquels les détenteurs de mobile déclarent plus souvent en connaître une.

Tableau 6 : Pourcentage de répondants connaissant une personne séropositive

% de personnes connaissant uen personne séropositive	Filaire 2004 (n=5071)	Mobile 2004 ⁽¹⁾ (n=319)	Test du χ^2
Ensemble	22,3	26,7	NS
Hommes	21,7	25,6	NS
Femmes	22,8	27,9	NS
18-24 ans	17,5	22,3	NS
25-34 ans	21,1	29,8	S
35-44 ans	27,3	29,2	NS
45-54 ans	24,9	21,4	NS
55-69 ans	18,6	33,3	NS
Aucun diplôme	14,6	15,1	NS
CAP/BEP/BEPC	18,1	24,4	NS
BAC	26,0	29,6	NS
Supérieur	28,5	31,5	NS
Vit en couple	22,7	24,8	NS
Ne vit pas en couple	21,1	28,1	NS
Actifs	23,8	28,8	NS
Non actifs	17,7	17,7	NS

Perception du risque et comportements

Si le niveau de connaissances ne semblait pas diverger entre les deux populations, en revanche, les différences de comportements et de perception du risque pris s'avèrent beaucoup plus marquées.

En effet l'étude des tableaux 6 à 9 permet de constater que les comportements sexuels de ces deux populations diffèrent, tandis que parallèlement leurs perceptions du risque sont distinctes. Si les possesseurs de mobiles exclusifs répondent davantage que les abonnés au téléphone classique qu'ils n'ont pas de partenaire sexuel au moment de l'enquête (et ce quelles que soient les caractéristiques de stratification), ils sont en revanche toujours trois fois plus nombreux à déclarer avoir eu plusieurs partenaires au cours de l'année écoulée. Enfin, on constate une proportion significativement plus importante de personnes déclarant des pratiques homosexuelles au cours des 12 derniers mois.

Tableau 7 : Comparaison de l'auto-perception du risque

% de personnes pensant qu'ils ont « plus » ou « autant de risques » que la moyenne	Filaire 2004 (n=5071)	Mobile 2004(1) (n=319)	Test du χ^2
Ensemble	36,6	57,1	S
Hommes	36,2	61,3	S
Femmes	37,0	52,6	S
18-24 ans	64,3	57,3	NS
25-34 ans	53,0	32,8	S
35-44 ans	36,3	50,0	NS
45-54 ans	30,2	35,7	NS
55-69 ans	21,4	11,1	NS
Aucun diplôme	32,5	48,5	NS
CAP/BEP/BEPC	37,5	53,8	S
BAC	39,5	56,8	S
Supérieur	36,0	65,2	S
Vit en couple	29,2	47,4	S
Ne vit pas en couple	58,5	64,3	NS
Actifs	36,8	58,8	S
Non actifs	36,1	50,0	S

Tableau 8 : Comparaison du nombre de partenaires actuels

	Pas de partenaire		Un seul partenaire		Plus d'un partenaire		Test du χ^2
	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	
Ensemble	15,9	23,9	82,4	73,6	1,7	2,5	S***
Hommes	13,4	24,4	83,9	71,4	2,6	4,2	S***
Femmes	17,9	23,4	81,2	76,0	0,9	0,6	NS
18-24 ans	38,7	26,2	60,1	72,8	1,2	1,0	NS
25-34 ans	12,7	22,4	86,1	73,9	1,1	3,7	S***
35-44 ans	7,8	25,0	90,8	72,9	1,3	2,1	S***
45-54 ans	11,2	21,4	86,7	78,6	2,0	0,0	NS
55-69 ans	17,9	22,2	79,7	66,7	2,4	11,1	NS
Aucun diplôme	21,1	27,3	78,2	69,7	0,7	3,0	NS
CAP/BEP/BEPC	14,9	22,7	83,3	75,6	1,7	1,7	NS
BAC	17,8	27,2	80,2	70,4	2,0	2,5	NS
Supérieur	13,2	21,3	84,8	75,3	2,0	3,4	NS
Vit en couple	3,2	0,0	95,2	99,3	1,5	0,7	NS
Ne vit pas en couple	52,9	41,6	44,8	54,6	2,3	3,8	S*
Actifs	11,9	20,8	86,3	76,5	1,8	2,7	S***
Non actifs	27,6	37,1	71,0	61,3	1,3	1,6	NS

Tableau 9 : Comparaison des préférences sexuelles au cours des 12 derniers mois

	Abstinents		Homosexuels		Hétérosexuels		Bisexuels		Test du χ^2
	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	
Ensemble	9,9	6,8	0,5	2,8	89,2	90,1	0,4	0,3	S***
Hommes	4,1	2,4	0,7	3,6	94,5	94,0	0,6	0,0	S**
Femmes	9,3	3,5	0,4	2,1	90,1	93,7	0,2	0,7	S**
18-24 ans	4,9	1,1	1,5	3,2	92,9	94,6	0,6	1,1	NS
25-34 ans	2,8	1,5	0,9	3,8	96,2	94,7	0,1	0,0	S*
35-44 ans	3,6	6,2	0,4	2,1	95,6	91,7	0,4	0,0	NS
45-54 ans	6,9	10,7	0,4	0,0	92,2	89,3	0,5	0,0	NS
55-69 ans	13,8	0,0	0,2	0,0	85,7	100	0,3	0,0	NS
Aucun diplôme	13,4	6,2	0,2	3,1	86,0	90,6	0,3	0,0	S*
CAP/BEP/BEPC	7,3	3,5	0,5	0,9	91,7	95,6	0,4	0,0	NS
BAC	5,4	2,6	0,4	2,6	93,7	93,5	0,5	1,3	NS
Supérieur	4,2	1,2	0,8	5,8	94,6	93,0	0,4	0,0	NS
Vit en couple	2,0	0,0	0,3	2,2	97,4	97,8	0,3	0,0	S*
Ne vit pas en couple	23,3	5,2	1,4	3,5	74,7	90,7	0,6	0,6	S***
Actifs	5,3	3,1	0,6	2,3	93,7	94,5	0,4	0,0	S**
Non actifs	12,2	1,9	0,4	5,7	87,0	90,4	0,4	1,9	S***

Tableau 10 : Comparaison de l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois*

	Abstinents		Monopartenaires		Multipartenaires		Test du χ^2
	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	Filaire	Mobile	
Ensemble	9,9	6,8	81,7	69,9	8,3	23,3	S***
Hommes	4,1	2,4	84,0	66,3	11,9	31,3	S***
Femmes	9,3	3,5	84,7	80,4	5,9	16,1	S***
18-24 ans	4,9	1,1	67,4	76,1	27,6	22,8	S***
25-34 ans	2,8	1,5	88,0	71,2	9,2	27,3	S***
35-44 ans	3,6	6,2	90,7	68,7	5,7	25,0	S***
45-54 ans	6,9	10,7	87,0	75,0	6,1	14,3	NS
55-69 ans	13,8	0,0	81,2	77,8	5,0	22,2	S*
Aucun diplôme	13,4	6,2	82,2	75,0	4,3	18,7	S***
CAP/BEP/BEPC	7,3	3,5	85,0	72,8	7,6	23,7	S***
BAC	5,4	2,6	82,8	71,4	11,9	26,0	S**
Supérieur	4,2	1,2	85,7	73,3	10,1	25,6	S***
Vit en couple	2,0	0,0	94,0	92,7	4,0	7,3	S*
Ne vit pas en couple	23,3	5,2	52,7	57,0	24,0	37,8	S***
Actifs	5,3	3,1	87,0	73,1	7,7	23,7	S***
Non actifs	12,2	1,9	76,2	71,1	11,6	26,9	S**

*Parmi la population SA au cours de leur vie