

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004

Sandrine Halfen, Karine Féliès, Bun Ung, Isabelle Grémy - ORS Ile-de-France

Les données épidémiologiques montrent que l'épidémie de sida est particulièrement active dans les départements français d'Amérique (DFA), Guadeloupe, Martinique et Guyane. En effet, le nombre de nouveaux cas de sida rapportés à la population y est près de six fois plus élevé qu'en métropole (en 2003-2004, 24 cas pour 100 000 habitants contre 4 en métropole). De même, de grandes disparités existent entre les trois départements : 62 cas pour 100 000 habitants en Guyane, 20 pour 100 000 en Guadeloupe et 13 pour 100 000 en Martinique.

C'est dans ce contexte qu'une enquête en population générale a été conduite en 2004 aux Antilles et en Guyane afin de caractériser les connaissances que les populations ont du VIH/sida, les attitudes qu'elles ont à l'égard des personnes touchées par le VIH, leur perception des risques et leurs modes d'adaptation face au risque de contamination. Cette enquête dont l'objectif est d'améliorer la prévention du VIH/sida dans ces régions intervient douze ans après la réalisation de l'enquête "Analyse des comportements sexuels aux Antilles et Guyane" (ACSAG), conduite en 1992 sous la responsabilité de M. Giraud et A. Gilloire (CNRS).

Cette enquête, financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et la Fondation de France, a été menée entre septembre et décembre 2004. Elle a été réalisée auprès de personnes âgées de 18 à 69 ans, parlant français ou créole et ayant leur résidence principale dans l'ensemble de l'archipel de la Guadeloupe, en Martinique ainsi que dans les communes du littoral guyanais qui regroupent près de 90 % de la population de la Guyane.

Au total, 3 014 personnes ont été interrogées par téléphone, soit environ 1 000 par département. Les échantillons ont été constitués par sondage aléatoire, à partir de la liste des abonnés de France Télécom. Pour assurer une meilleure représentativité, une procédure a permis d'y inclure les abonnés inscrits sur liste rouge. Les échantillons ont été redressés à partir des données de l'Enquête Emploi 2004 de l'INSEE.

Les données ont été comparées à celles de l'enquête conduite en métropole en 2004 sous la responsabilité de N. Beltzer et I. Grémy (ORS Ile-de-France).

Cette plaquette présente les principaux résultats du rapport final de l'enquête publié simultanément (téléchargement : www.ors-idf.org ou www.anrs.fr).

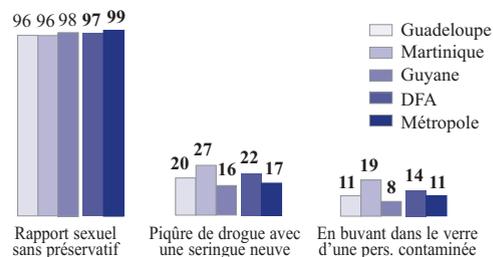
Un niveau de connaissances sur le VIH/sida moindre qu'en métropole

La population des DFA connaît très largement les modes de transmission qui présentent un risque certain de contamination par le VIH. Néanmoins, cette connaissance apparaît moindre qu'en métropole et des croyances erronées sur la transmission persistent, le plus souvent dans des proportions plus élevées qu'en métropole. Par exemple, 14 % des habitants des DFA indiquent que le VIH peut être transmis en buvant dans le verre d'une personne contaminée contre 11 % en métropole ($p < 0,01$).

Ils sont également plus nombreux à ignorer les circonstances dans lesquelles le test du VIH est obligatoire (37 % croient par erreur que c'est le cas lors d'une hospitalisation contre 17 % en métropole), ou à indiquer ne jamais avoir entendu parler des traitements contre le VIH (52 % contre 28 %).

Les connaissances apparaissent d'autant plus faibles que les personnes sont âgées, qu'elles sont nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (principalement en Haïti) ou qu'elles sont peu diplômées. Les écarts sont nettement plus marqués dans les DFA qu'en métropole entre les personnes

% de personnes déclarant que le VIH peut se transmettre dans les circonstances suivantes



Les chiffres en gras indiquent une différence significative ($p < 0,05$) entre les DFA et la métropole ou entre les trois départements.

sans diplôme et celles diplômées du supérieur.

En revanche, peu de différences existent entre les trois départements mais, lorsque des écarts apparaissent, ils vont le plus souvent dans le sens d'un moins bon niveau de connaissances chez les habitants de la Martinique, que ce soit sur les modes de transmission ou sur l'efficacité des moyens de protection. Ils sont ainsi 24 % à penser que, pour se protéger du sida, il est efficace de "se laver après l'acte sexuel" contre 15 % en Guyane ou en Guadeloupe.

Le VIH/sida, sujet de préoccupation majeure aux Antilles et en Guyane

Un intérêt pour le VIH/sida important dans les DFA

Dans les DFA, une personne sur trois se perçoit comme étant insuffisamment informée sur le sida et dans une large majorité, la population déclare faire "tout à fait" confiance aux médecins, aux chercheurs, aux associations et au ministère de la santé pour les informer. Quel que soit le sexe ou l'âge, les habitants des DFA sont plus nombreux qu'en métropole à se sentir "très concernés" par les campagnes d'information sur le sida (43 % contre 29 %). Mais ces proportions varient, notamment selon le niveau d'éducation, et l'intérêt pour les campagnes est d'autant moindre que le niveau de diplôme est faible.

Une crainte des risques liés au VIH/sida plus élevée dans les DFA qu'en métropole

Les habitants des DFA ont une crainte des risques et maladies en général (cancers, accidents, etc.) et liés au VIH/sida en particulier plus importante que ceux de métropole. Ainsi, ils sont plus nombreux à déclarer avoir déjà craint d'avoir été contaminés par le VIH (31 % contre 23 %), à craindre "beaucoup" le sida (47 % contre 13 %) ou à penser que "le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe" (26 % contre 13 %). Ce niveau de crainte plus élevé dans les DFA, notamment la perception d'une forte contagiosité du VIH, peut contribuer à favoriser des attitudes discriminatoires envers les personnes séropositives.

La stigmatisation envers les personnes séropositives reste plus fréquente aux Antilles et en Guyane qu'en métropole

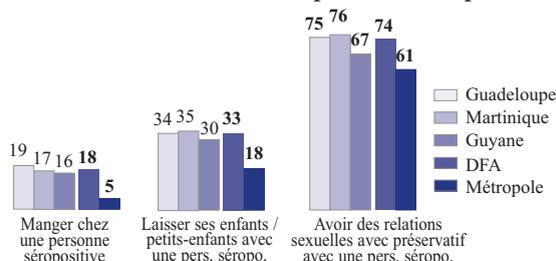
Stigmatisation en baisse mais qui reste élevée

Les habitants des DFA désapprouvent majoritairement des mesures discriminatoires qui pourraient être prises envers les personnes séropositives et ils sont aussi moins nombreux qu'en 1992 (ACSAG) à déclarer des attitudes stigmatisantes à leur rencontre. Néanmoins, le niveau de stigmatisation dans les DFA reste systématiquement plus élevé qu'en métropole. Ainsi, une personne sur cinq dans les DFA contre une sur vingt en métropole refuserait d'aller manger chez une personne séropositive et 11 % indiquent être d'accord avec l'idée qu'il faudrait isoler les malades du sida du reste de la population (contre 5 % en métropole).

La stigmatisation, très liée au niveau de connaissances sur le VIH/sida

Pour un âge donné, le niveau de stigmatisation

% de personnes indiquant qu'elles refuseraient certaines activités avec une personne séropositive



Les chiffres en gras indiquent une différence significative ($p < 0,05$) entre les DFA et la métropole ou entre les trois départements.

apparaît d'autant plus élevé que les individus ont des connaissances erronées sur la transmission du VIH, qu'ils sont nés hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud et, dans une moindre mesure, que leur niveau d'études est faible.

La proportion d'hommes potentiellement exposés au risque de contamination par le VIH est plus élevée dans les DFA qu'en métropole

Les caractéristiques de l'activité sexuelle des femmes des DFA sont globalement proches de celles de métropole. En revanche, sans différence significative entre les trois départements, les hommes sont plus nombreux qu'en métropole à être multipartenaires au cours des douze mois précédant l'enquête (24 % ont indiqué avoir eu au moins deux partenaires contre 12 %) notamment aux âges élevés (parmi les 55-69 ans, 16 % contre 8 %). De même, dans des situations de multipartenariat, la proportion d'hommes engagés dans des relations simultanées et durables est plus élevée qu'en métropole (33 % ont déclaré connaître l'ensemble de leurs partenaires depuis plus d'un an contre 22 %). Par rapport aux hommes de métropole, ceux des DFA, notamment de Guyane, ont leur premier rapport sexuel plus tôt. Chez les hommes de Guyane âgés de moins de 40 ans, 44 % avaient déjà eu un rapport sexuel à 15 ans contre 16 % de ceux de métropole (environ 30 % aux Antilles). Ils sont aussi plus nombreux à déclarer avoir eu recours à la

Caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête (en %)

	Hommes		Femmes	
	DFA	Métropole	DFA	Métropole
Pourcentages de multipartenaires (au moins deux partenaires)				
18 - 24 ans	43	38	22	19
25 - 54 ans	22	9	4	6
55 - 69 ans	16	8	4	2
Ensemble	24	12	6	6
Répartition des multipartenaires selon le fait d'avoir eu ou pas un nouveau partenaire* dans l'année				
Aucun nouveau partenaire	33	22	30	19
Que des nouveaux partenaires	21	35	14	37
Mixte	46	43	56	44

Les chiffres en gras indiquent une différence significative ($p < 0,05$) entre les DFA et la métropole.

* Un partenaire est nouveau s'il est connu depuis au maximum un an.

prostitution au cours des cinq dernières années (parmi les 25-34 ans, 12 % contre 3 %). Les hommes des DFA sont donc plus nombreux qu'en métropole à être potentiellement exposés au risque du VIH.

Large diffusion de l'utilisation des préservatifs masculins dans les DFA

Les personnes sont plus nombreuses qu'en 1992 à utiliser des préservatifs...

Dans les DFA, la proportion de personnes indiquant avoir déjà utilisé un préservatif masculin au cours de leur vie a nettement augmenté entre 1992 et 2004, passant de 70 % à 85 % chez les hommes et de 50 % à 72 % chez les femmes. Au premier rapport sexuel, le préservatif est désormais largement utilisé. Si seuls 7 % des hommes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 1985 ont utilisé un préservatif à cette occasion, ils sont 80 % parmi ceux l'ayant eu depuis 1996 (respectivement 11 % et 71 % chez les femmes).

L'utilisation des préservatifs est très corrélée aux caractéristiques de l'activité sexuelle des individus. Ainsi, dans l'année précédant l'enquête, parmi les hommes des DFA, 27 % des monopartenaires disent avoir utilisé au moins une fois des préservatifs contre 75 % des multipartenaires (23 % et 64 % chez les femmes). Néanmoins, parmi les multipartenaires

(hommes ou femmes), une moindre protection peut être notée chez ceux engagés dans des relations simultanées et durables (seul un sur deux a utilisé des préservatifs). De même, dans des situations comparables, les femmes, les personnes les moins diplômées ou les plus âgées se protègent moins. Enfin, si 85 % des personnes disent connaître le préservatif féminin, seules 4 % en ont déjà utilisé.

...mais la protection est moindre qu'en métropole parmi certaines populations

Quel que soit le sexe ou la date du premier rapport sexuel, l'utilisation déclarée du préservatif au premier rapport est moins fréquente dans les DFA qu'en métropole. De même, la protection est moindre parmi les personnes qui déclarent que le seul partenaire qu'elles ont eu dans l'année était un nouveau partenaire : 56 % ont utilisé des préservatifs dans l'année dans les DFA contre 73 % en métropole..

Un recours au dépistage du VIH plus élevé dans les DFA qu'en métropole mais moins étroitement lié aux caractéristiques de l'activité sexuelle

Les habitants des DFA, surtout de Guyane, sont nettement plus nombreux que ceux de métropole à avoir effectué un test de dépistage : 18 % contre 9 % y ont eu recours dans l'année précédant l'enquête.

Le taux de recours au dépistage dans les DFA est peu affecté par l'âge, le diplôme, la situation matrimoniale ou l'activité sexuelle, à la différence de la métropole. Ainsi, alors que les multipartenaires des DFA sont aussi nombreux que ceux de métropole à avoir fait un test dans l'année, les abstinentes et les monopartenaires sont bien plus nombreux qu'en métropole à être dans ce cas. De plus, la proportion de tests effectués dans le cadre d'un bilan sanguin y est bien plus élevée qu'en métropole (17 % contre 7 %). Dans les DFA, le recours au dépistage semble donc moins s'inscrire dans une stratégie de prévention qu'en métropole.

Entre 1992 et 2004, tendance à l'homogénéisation des connaissances et des comportements entre les départements mais des différences persistent

Malgré une tendance à l'homogénéisation des connaissances, attitudes et comportements entre les populations des trois départements, les habitants de Guyane se distinguent de ceux des Antilles sur de nombreuses caractéristiques. En effet, bien qu'ils semblent être plus sensibilisés au VIH/sida avec, souvent, de meilleures connaissances des modes de transmission qu'aux Antilles, c'est en Guyane que les indicateurs de risques sont les plus élevés.

Parmi les hommes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996, l'utilisation du préservatif à cette occasion est plus faible en Guyane qu'aux Antilles (64 % contre 80 % aux Antilles ou 90 % en métropole). La proportion de personnes ayant déjà eu dans leur vie une infection sexuellement transmissible est aussi plus élevée (25 % contre 17 % aux Antilles et 15 % en métropole), de même que celles des femmes

% de personnes ayant fait au moins un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois

	Hommes		Femmes	
	DFA	Métropole	DFA	Métropole
Abstinent(e)s	14	5	7	3
Monopartenaires	16	5	19	10
Multipartenaires	22	22	35	31
Ensemble	17	8	18	10

Les chiffres en gras indiquent une différence significative ($p < 0,05$) entre les DFA et la métropole.

Néanmoins, lorsque les personnes effectuent leur test dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), celui-ci est nettement orienté vers une démarche de prévention, avec une population plus exposée au risque de contamination (davantage d'hommes, de multipartenaires, de jeunes, etc.).

indiquant avoir eu une interruption volontaire de grossesse dans les cinq ans (11 % en Guyane contre 6 % en Guadeloupe, 4 % en Martinique et 2 % en métropole). Chez les femmes, la fréquence des violences sexuelles déclarées y est aussi plus élevée : 12 % des femmes indiquent avoir déjà été forcées à avoir un rapport sexuel contre leur volonté contre 7 % aux Antilles comme en métropole.

Néanmoins, il convient de souligner que, au-delà de ces différences entre les espaces géographiques, c'est au sein de chaque département que les écarts de connaissances, d'attitudes et de comportements face au VIH/sida sont les plus importants, notamment selon le niveau d'éducation des individus et leur lieu de naissance. Et c'est en Guyane, où la population est la plus diversifiée sur le plan socio-démographique, que ces différences sont les plus notables.

Dans les DFA, des populations plus vulnérables que les autres face au VIH/sida

Des populations qui se démarquent toujours défavorablement : les moins diplômées, les plus âgées ou celles nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud

Les déclarations de ces populations mettent en relief une moins bonne connaissance des modes de transmission du VIH, une tendance à davantage valoriser des stratégies de prévention peu ou pas fiables et des attitudes stigmatisantes plus fréquentes envers les personnes séropositives. Ces différentes populations témoignent aussi d'un moindre intérêt pour les campagnes d'information sur le sida et leurs opinions sur les préservatifs sont plus négatives. A caractéristiques sexuelles comparables, l'utilisation déclarée des préservatifs est toujours moins élevée par rapport aux autres populations. Ainsi, dans les DFA, parmi les multipartenaires, seules 50 % des personnes non-diplômées ont indiqué avoir utilisé des préservatifs dans les douze mois précédant l'enquête contre 86 % de celles ayant au moins le baccalauréat.

Des situations plus contrastées : les femmes...

Les hommes et les femmes présentent peu de différences en termes de connaissances et de perception des risques liés au VIH/sida. Toutefois, malgré une amélioration depuis 1992, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à déclarer avoir utilisé des préservatifs et elles le sont d'autant moins qu'elles se trouvent dans des situations présentant des risques (par exemple, avec un nouveau partenaire ou lorsqu'elles ignorent le statut sérologique du partenaire). Dans des situations comparables, les

femmes semblent donc avoir moins la maîtrise de la prévention que les hommes. Parmi les multipartenaires par exemple, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à indiquer avoir été confrontées à des refus d'utilisation d'un préservatif de la part de leur(s) partenaire(s) (22 % contre 13 %).

...et les plus jeunes

Dans les DFA comme en métropole, l'utilisation des préservatifs s'est généralisée chez les 18-24 ans, montrant que les pratiques de prévention face au VIH/sida ont été assimilées. Les jeunes sont aussi nombreux que les classes d'âges intermédiaires à se sentir concernés par les campagnes d'information sur le sida et ont une image du préservatif plus favorable que les autres. Cependant, leurs connaissances des modes de transmission du VIH ainsi que leur niveau d'acceptation déclarée des personnes séropositives sont inférieurs à ceux de leurs aînés âgés de 25 à 54 ans. De même, leur recours au dépistage du VIH est relativement faible et les 18-24 ans des DFA sont les moins nombreux à connaître l'existence des CDAG alors que, en métropole, ce dispositif est connu de façon privilégiée par les plus jeunes. De plus, comparée à la métropole, la protection des plus jeunes lors de leur premier rapport sexuel, est plus faible. Enfin, si la fréquence du multipartenariat n'est pas plus élevée parmi les 18-24 ans des DFA, comparés à ceux de métropole (contrairement aux autres classes d'âges), les multipartenaires de cet âge déclarent en moyenne près de deux fois plus de partenaires dans l'année que ceux de métropole (4,8 contre 2,6).

Comparées à l'enquête ACSAG conduite en 1992, les données recueillies fin 2004 révèlent de la part des populations résidant aux Antilles et en Guyane une amélioration des connaissances des modes de transmission du VIH et des moyens de protection contre le VIH, une diminution des déclarations d'attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes séropositives ainsi qu'une large diffusion de l'utilisation du préservatif masculin parmi la population.

Toutefois, si les habitants des DFA, y compris les plus âgés, manifestent une plus grande préoccupation à l'égard du VIH/sida que ceux de métropole, les mécanismes de transmission du VIH et l'existence des traitements contre le sida sont moins bien connus qu'en métropole et la stigmatisation envers les personnes séropositives y est également plus élevée. De plus, les caractéristiques générales de l'activité sexuelle de la population masculine résidant dans les DFA présentent potentiellement davantage de risques de contamination que celles des hommes de métropole : début de vie sexuelle plus précoce, importance du recours à la prostitution, multipartenariat plus fréquent, persistant aux âges élevés et engageant davantage des relations simultanées, etc. Les données sur les préservatifs masculins montrent que leur utilisation est relativement comparable à ce qui est observé en métropole, néanmoins d'autres indicateurs témoignent d'une utilisation probablement plus irrégulière. Les infections sexuellement transmissibles (IST) ou les interruptions volontaires de grossesse sont en effet plus fréquemment rapportées dans les DFA, notamment en Guyane. Enfin, bien que le recours au dépistage du VIH soit plus élevé qu'en métropole, ce comportement, dans les DFA, s'inscrit moins fréquemment qu'en métropole dans une logique de prévention du VIH/sida.

Les personnes peu diplômées et celles nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud apparaissent particulièrement vulnérables face au VIH, et plus généralement aux IST, et devraient pouvoir constituer des cibles prioritaires pour les campagnes de prévention à venir. Par ailleurs, il apparaît nettement que, malgré un niveau de connaissances comparable entre les hommes et les femmes, celles-ci se trouvent plus souvent dans des situations où elles peuvent moins maîtriser la prévention. Ce constat devrait donc inciter à davantage prendre en compte, dans le contenu des messages, les rapports sociaux de sexe et un contexte dans lequel la différenciation sexuelle apparaît particulièrement marquée. Enfin, les données relatives aux jeunes montrent que cette population doit rester une cible privilégiée, notamment du fait de son renouvellement, sans que ne soit pour autant écartée la population plus âgée, dont les conduites révèlent des prises de risque non négligeables.