

Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

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

Avril 2006

Etude ANRS-EN16-KABP-DFA

Cette étude a été réalisée sous la responsabilité de Sandrine HALFEN, socio-démographe,
avec Karine FENIES et Bun UNG, chargés d'études
et Isabelle GREMY, directrice de l'ORS Ile-de-France

REMERCIEMENTS

Notre reconnaissance va tout d'abord à l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) ainsi qu'à la Fondation de France, dont les contributions financières ont rendu possible ce travail.

Nous tenons ensuite à remercier toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à cette enquête en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane ainsi que l'équipe et les enquêteurs d'Ipsos DOM.

Nos remerciements s'adressent également aux membres des trois groupes de pilotage de cette enquête, notamment à leur présidente, Madame Roberte Hamousin-Métregistre en Guadeloupe, Madame Danièle Cales-Quist en Martinique et Madame Dominique Huguet en Guyane ainsi qu'aux membres du comité scientifique de cette enquête.

Enfin, nous remercions Monsieur Olivier Aguer de l'INSEE Antilles-Guyane qui nous a permis de disposer des données de l'Enquête Emploi 2004 ainsi que Madame Josiane Warszawski de l'Unité associée 569 de l'INSERM / INED pour l'aide apportée.

SOMMAIRE

Introduction	5
1. Les connaissances des modes de transmission du VIH/sida et des moyens de s'en protéger	27
2. La connaissance des traitements face au VIH/sida	49
3. Les opinions sur les campagnes de prévention et sur les préservatifs	65
4. La perception du risque lié au VIH/sida	87
5. Les attitudes face au VIH/sida et aux personnes touchées par le VIH	109
6. Les caractéristiques générales de l'activité sexuelle	127
7. L'utilisation des préservatifs	153
8. Le dépistage du VIH : connaissances, opinions et recours	181
9. Les indicateurs de risques face au VIH/sida : les infections sexuellement transmissibles et les interruptions volontaires de grossesses	215
Synthèse et conclusions	229
Annexes	267

Introduction

Les départements français d'Amérique (Guadeloupe¹, Martinique et Guyane), ou DFA, constituent une cible prioritaire dans la stratégie de prévention de l'infection à VIH/sida en France, telle qu'elle a été définie pour les années 2005-2008 par la Direction générale de la santé dans le « Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST ».

Contexte épidémiologique relatif au VIH/sida dans les DFA

Ces départements connaissent en effet une situation épidémiologique « plus défavorable que la métropole »² et les données épidémiologiques les plus récentes montrent que l'épidémie reste particulièrement active dans cette région. On note en effet un accroissement de la proportion de cas de sida en France diagnostiqués chez des personnes résidant dans les DFA³ : en 1993, 3 % des cas de sida en France étaient diagnostiqués chez des personnes vivant dans les DFA, ce pourcentage est passé à 6 % en 1998, il est actuellement de 10 %, alors que la population de ces départements compose pour moins de 2 % celle de la France.

- Le nombre de nouveaux cas de sida rapportés à la population est six fois plus élevé qu'en métropole : entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2004, les départements français d'Amérique ont enregistré 24 cas de sida pour 100 000 habitants contre 4 pour 100 000 dans l'hexagone. De plus, au sein même de cet ensemble géographique, de grandes disparités existent : durant la même période, la Guyane a enregistré 62 cas pour 100 000 habitants (soit quinze fois le taux enregistré en moyenne en métropole), la Guadeloupe 20 cas pour 100 000 et la Martinique 13 cas pour 100 000 habitants (soit près de cinq fois moins que la situation observée en Guyane). En Guadeloupe, les données épidémiologiques disponibles les plus récentes sur Saint-Martin montrent que l'épidémie de sida y est particulièrement marquée : en 2004, Saint-Martin concentrait au moins 20 % de la file active des patients adultes séropositifs suivis dans les Centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) de Guadeloupe⁴, alors que Saint-Martin ne regroupe que moins de 7 % de la population de ce département⁵.

1 La Guadeloupe est un archipel qui comprend, outre la Guadeloupe, les îles de Marie-Galante, des Saintes, de la Désirade et, au nord, Saint-Barthélemy et la partie française de l'île franco-hollandaise de Saint-Martin.

2 DGS, *Stratégie de prévention de l'infection VIH/sida en France – 2001 / 2004*, août 2001, p. 18.

3 Les données relatives aux cas de sida sont calculées à partir de la base des cas de sida au 31 décembre 2004 (base de données de l'InVS, exploitation ORS Ile-de-France).

4 Cabié A. et al., « Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004 », *BEH*, n° 46-47/2005.

5 INSEE, recensement de la population, 1999.

- Le caractère fortement majoritaire de la transmission par voie hétérosexuelle constitue une autre particularité du sida dans les DFA, même si, là aussi, des différences existent entre les trois départements. En effet, depuis le début de l'épidémie, la proportion de personnes contaminées par voie hétérosexuelle parmi les cas de sida diagnostiqués a été de 70 % dans les DFA (62 % en Guadeloupe, 66 % en Martinique et 82 % en Guyane) contre 22 % en métropole. Il s'agit donc d'une épidémie qui touche massivement la population générale. Les femmes sont en conséquence nettement plus nombreuses qu'en métropole à être touchées par le sida (34 % contre 19 % des cas de sida dans l'hexagone) et elles constituent une part importante de la file active des patients adultes suivis dans les CISIH des Antilles et de Guyane. A Saint-Martin et en Guyane, les femmes sont même majoritaires parmi les patients.
- Les données disponibles attestent également d'un dépistage et d'un recours au système de soins relativement tardifs aux Antilles et en Guyane, ce qui contribue à ce que les patients intègrent la filière de soins à des stades avancés de l'infection. Dans l'enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH (VESPA) réalisée en 2003⁶, parmi les patients diagnostiqués entre 1996 et 2003 et dont le diagnostic date de plus de six mois, 50 % dans les DFA contre 33 % en métropole ont été diagnostiqués avec une infection avancée⁷.
- Les données relatives aux patients suivis dans les CISIH montrent un pourcentage d'échec thérapeutique⁸ deux à trois fois plus élevé dans les DFA qu'en métropole. Au premier trimestre 1999, 27 % des patients atteints du sida suivis dans les CISIH des DFA étaient dans ce cas contre 14 % au niveau national. Conséquences probables de ces échecs thérapeutiques, la mortalité causée par le sida est plus élevée aux Antilles et en Guyane qu'en métropole. Ainsi, dans les DFA, 30 % des personnes dont le diagnostic sida a été établi depuis 1997 étaient décédées fin décembre 2004 contre 20 % en métropole.

6 Enquête financée par l'ANRS et menée dans les DFA sous la responsabilité de France Lert, Inserm U687-IFR69.

7 Une infection avancée a été définie lorsque, dans l'année (ou l'année n+1) du diagnostic sida, un patient avait un taux de lymphocytes CD4 (indicateur d'atteinte immunitaire de l'organisme) inférieur à 200/ml ou une maladie définissant le stade sida. Source : Lert F., communication personnelle.

8 Une personne est considérée en échec thérapeutique lorsqu'elle est traitée par antirétroviraux depuis plus de six mois et qu'elle présente un taux de CD4 < 200/ml et une charge virale > 30 000 copies/ml. Source : Bourdillon F. et al., « Personnes infectées par le VIH en situation d'échec thérapeutique au 1er trimestre 1999 », *BEH*, n° 8/2000.

- Les personnes touchées par le VIH/sida présentent aussi des caractéristiques particulières sur le plan de la nationalité, très variables dans les trois départements. Parmi les cas de sida diagnostiqués entre 2000 et 2004, si en Martinique, la proportion d'étrangers est de 9 %, elle est de 36 % en Guadeloupe et de 67 % en Guyane. A titre de comparaison, cette proportion est de 34 % en métropole et de 51 % pour la région Ile-de-France qui regroupe le plus grand nombre de cas de sida parmi des personnes étrangères. L'importance des étrangers dans l'épidémie de sida en Guyane et en Guadeloupe (principalement à Saint-Martin) se retrouve parmi la file active des patients adultes séropositifs suivis au CISIH en 2004⁹ : 80 % d'entre eux sont de nationalité étrangère en Guyane, 76 % à Saint-Martin, 31 % dans le reste de la Guadeloupe et 11 % en Martinique. La grande majorité de ces étrangers sont originaires d'Haïti.
- Enfin, la dynamique actuelle de l'épidémie de sida dans les départements français d'Amérique, et plus particulièrement en Guyane, est loin d'être stabilisée, comme en témoigne le fait que, dans cette région, le nombre annuel de cas de sida augmente de nouveau depuis 1999 (après une baisse entre 1996 et 1998) alors que, dans l'hexagone, la diminution, amorcée en 1995, se poursuit. Ainsi entre 1998 et 2001¹⁰, le nombre de nouveaux cas de sida a augmenté de 30 % dans les DFA (117 nouveaux cas en 1998 contre 152 en 2001) alors qu'en métropole, ce nombre a diminué de 18 % (passant de 1 810 à 1 493 cas). C'est en Guyane que la situation est la plus préoccupante puisque le nombre de nouveaux cas de sida enregistrés en 2001 est une fois et demie plus élevé que celui des cas enregistrés en 1998 (respectivement 63 et 40 cas). La persistance des infections sexuellement transmissibles dans les DFA ainsi que la survenue d'une épidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001¹¹ puis en Martinique en 2004-2005¹² indiquent que les comportements à risque perdurent et que de nouvelles contaminations à VIH surviennent actuellement.

9 Cabié A. et al., *op. cit.*

10 Les données pour les années suivantes sont encore provisoires, du fait des délais de déclaration.

11 Muller Ph. et al., « Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack », *BEH*, n° 48/2002.

12 Entre février 2004 et juin 2005, 10 cas ont été diagnostiqués au centre hospitalier de Fort-de-France (dont 6 cas en juin 2005). Source : Cabié A. et al., *Syphilis en Martinique : Épidémie débutante survenant après celles de Métropole et de Guadeloupe*, 2005.

Situation du sujet

L'enquête *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane* (ACSAG)¹³, réalisée en 1992 sous la responsabilité de Michel Giraud et Augustin Gilloire, auprès de 2 634 personnes âgées de 18 à 69 ans¹⁴, a constitué la première recherche menée en population générale permettant de fournir des hypothèses sur la dynamique de l'épidémie, déjà préoccupante au début des années quatre-vingt-dix, dans les trois départements français d'Amérique. Fin 1992, le nombre de cas cumulés de sida rapportés à la population était déjà une fois et demie en Martinique, plus de deux fois en Guadeloupe et sept fois en Guyane plus élevé que dans la France entière¹⁵. L'enquête ACSAG a permis de produire des informations sur les comportements sexuels des populations, sur leurs connaissances et leurs attitudes face au VIH, ainsi que sur leurs comportements de prévention pour faire face au risque lié au VIH. Elle a également permis de mieux identifier les différences de comportements face au VIH/sida entre les trois départements.

Les données de l'enquête ACSAG relatives aux caractéristiques de l'activité sexuelle ont permis de montrer que le multipartenariat est un phénomène nettement plus répandu dans la population masculine des DFA que dans celle de métropole ; l'écart en question est du simple au double dans le cas de la Martinique et du simple au triple dans celui de la Guyane, la Guadeloupe occupant une position intermédiaire. Au-delà de cette spécificité en nombre, le multipartenariat dans les DFA présente plusieurs caractéristiques. C'est un comportement qui persiste avec l'âge chez les hommes, même si son importance tend, comme en métropole, à diminuer avec l'âge. De plus, ce multipartenariat concerne un nombre important d'hommes en couple et, était décrit par les auteurs comme s'apparentant à « des formes de polygamie » impliquant des relations sexuelles et affectives relativement durables. En Guyane, en revanche, le multipartenariat masculin apparaissait nettement moins « stable » et l'importance du *turn over* partenarial était à rapprocher de la fréquence élevée du recours à la prostitution dans ce département.

13 Cette enquête financée par l'ANRS constituait un des trois volets des enquêtes sur les comportements sexuels (en France, parmi les jeunes et aux Antilles et en Guyane) conduites au début des années quatre-vingt dix.

14 1 007 en Guadeloupe, 1 006 en Martinique, et 621 en Guyane.

15 Soit 63 cas pour 100 000 habitants en Martinique, 87 en Guadeloupe, 273 en Guyane contre 39 en France (mais 281 pour 100 000 habitants à Paris). Source : « Surveillance du sida en France, situation au 31 décembre 1992 », *BEH*, n° 7/1993.

Le niveau de connaissances des modes de transmission était en 1992 relativement bon parmi les personnes interrogées aux Antilles et en Guyane, même si les risques de transmission du VIH associés à certaines pratiques sexuelles n'étaient pas toujours correctement évalués ou si l'efficacité de certaines stratégies de prévention apparaissait sur-estimée par rapport à leur efficacité réelle. Ce bon niveau général de connaissances, voisin de celui observé en métropole, était corrélé à une proportion relativement élevée d'utilisateurs de préservatifs. Les données de l'enquête ACSAG ont ainsi montré que les hommes des DFA, mais également les femmes, bien que dans une moindre mesure, étaient plus nombreux qu'en métropole à déclarer avoir utilisé des préservatifs et que ce niveau d'utilisation était d'autant plus élevé que l'activité sexuelle des personnes comportait des risques de contamination. Comme en métropole, les multipartenaires, hommes ou femmes, et quel que soit leur âge, étaient en effet, deux à trois fois plus nombreux à avoir utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête que les monopartenaires. De plus, chez les seuls multipartenaires, la proportion d'utilisateurs de préservatifs augmentait avec le nombre de partenaires déclarés. Des analyses plus précises montraient néanmoins une utilisation quelque peu irrégulière des préservatifs : non-utilisation de préservatifs au cours des douze derniers mois chez près des deux tiers des multipartenaires mariés et vivant en couple, proportion relativement élevée de personnes ne s'étant pas protégées au cours du dernier rapport sexuel, alors même qu'il s'était déroulé avec une personne décrite comme n'étant pas le partenaire principal.

Si en métropole, des enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida de la population générale sont répétées tous les trois ans depuis 1992, aux Antilles et en Guyane, aucune nouvelle enquête en population générale n'avait été conduite depuis l'enquête ACSAG de 1992.

Or, les enquêtes en métropole, permettant de mesurer régulièrement les évolutions et de mieux adapter les politiques de préventions, ont pu apporter des éléments objectifs attestant, dès 1998¹⁶ d'une modification de la représentation sociale du sida, avec une tendance à la banalisation de l'infection, qui apparaissait dans l'enquête conduite en 2001 comme s'étant renforcée¹⁷. Les modes de transmission du VIH apparaissaient en effet moins bien connus qu'en 1998, le risque de contamination était plus faiblement perçu, le sida apparaissait comme moins dangereux qu'auparavant. De plus, la modification de la représentation sociale du sida était associée, pour la première fois en 2001, à un relâchement des comportements de prévention, notamment parmi les personnes ayant des partenaires multiples.

16 Grémy I. et al., *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, Evolutions 1992-1994-1998*, ORS Ile-de-France, avril 1999

17 Grémy I. et al., *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, Evolutions 1992-1994-1998-2001*, ORS Ile-de-France, décembre 2001.

Une étude réalisée en septembre 2001 aux Antilles et en Guyane pour l'instance nationale d'évaluation de la politique de lutte contre le sida, et citée dans le rapport de cette instance¹⁸, semblait montrer que la représentation sociale du sida avait faiblement évolué dans ces départements depuis les post-tests effectués en 1995 pour les campagnes de communication : d'une part, les populations semblaient se sentir concernées par les campagnes de communication (avec des intentions déclarées de changements de comportements) et faisaient état d'une demande d'informations sur le VIH/sida, d'autre part, des freins persistants à la prévention étaient soulignés (problème du respect de la confidentialité, tabou autour du sida, perception négative de l'homosexualité, etc.). Autant d'éléments qui suggéraient que les dimensions de perceptions sociales et les phénomènes de rejet restaient marqués dans ces départements.

C'est dans ce contexte de relâchement des comportements de prévention en métropole, d'incertitudes sur l'évolution de la représentation sociale du sida et des comportements de prévention aux Antilles et en Guyane et au regard de données épidémiologiques sur le VIH/sida particulièrement préoccupantes dans les DFA que s'est inscrit le projet de mener une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida (enquêtes dites KABP pour *Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) dans les départements français d'Amérique, quelque dix années après la réalisation de l'enquête ACSAG.

Ce projet a été mené sous la responsabilité de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, qui, depuis 1992, a réalisé l'ensemble des enquêtes KABP VIH/sida en France métropolitaine.

18 Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, Commissariat général du Plan, novembre 2002, p 161.

Les objectifs de l'enquête

L'objectif principal d'une enquête KABP en population générale est, vingt ans après l'apparition des premiers cas de sida dans les DFA¹⁹, de caractériser les représentations sociales que les populations résidant dans les départements français d'Amérique ont du VIH/sida, leurs connaissances des modes de transmission et des traitements, les attitudes qu'elles ont à l'égard des personnes touchées par le VIH, la perception qu'elles ont du risque de contamination par le VIH et leurs modes d'adaptation face à ce risque.

Une problématique centrale : la vulnérabilité sociale face au VIH/sida

L'analyse des données de l'enquête KABP Antilles-Guyane a été orientée autour d'une problématique principale : celle de la vulnérabilité sociale face au VIH/sida.

Les données nationales relatives à l'épidémie de sida indiquent que celle-ci touche de plus en plus des populations précarisées, vulnérables et en situation d'exclusion sociale. Or, les principaux indicateurs caractérisant le contexte socio-économique des Antilles et de la Guyane montrent que la précarité s'y manifeste de façon plus importante qu'en métropole, avec des disparités sociales particulièrement marquées.

Tout d'abord, le nombre de chômeurs rapporté à la population active est environ trois fois plus élevé qu'en métropole²⁰ et les emplois sont plus fréquemment précaires et constitués de travail à temps partiel. Les femmes ainsi que les jeunes actifs se trouvent en situation plus difficile que le reste de la population : ils sont à la fois plus touchés par le chômage et, lorsqu'ils travaillent, occupent les emplois les plus précaires. Chez les femmes actives de moins de 25 ans, par exemple, le taux de chômage est de 65 % aux Antilles comme en Guyane contre 29 % en métropole²¹. Cette situation de fort chômage est associée à une proportion d'allocataires du Revenu minimum d'insertion en moyenne quatre fois supérieure dans les DFA par rapport à la métropole²². La proportion de personnes affiliées à la Couverture médicale universelle (CMU) est, elle aussi, nettement plus élevée dans les départements d'outre-mer qu'en métropole : 17 % de la population bénéficie de la CMU de base et 34 % de la CMU complémentaire contre respectivement 2 % et 7 % de la population résidant en métropole²³.

19 Le premier cas de sida a été diagnostiqué en 1981 en Guyane, en 1982 en Guadeloupe et en 1984 en Martinique (InVs).

20 Le chômage touche 22 % de la population active de la Martinique, 26 % de celle de la Guadeloupe comme de la Guyane contre moins de 10 % de celle de métropole. INSEE, Enquête emploi de 2005 en Guadeloupe, Martinique et Guyane, *Premiers résultats*, janvier 2006.

21 Source : Insee, recensement de 1999, exploitation Score-Santé, FNORS.

22 Source : Score-Santé, FNORS, année 1999.

23 DREES, « La CMU au 31 décembre 2004 », *Etudes et résultats*, n° 433, décembre 2005.

Cette plus grande précarité dans les DFA se manifeste sur fond de fortes migrations, vers la France métropolitaine et en provenance de celle-ci, mais également, en provenance des pays voisins. En effet, malgré une législation migratoire peu hospitalière, les départements français constituent, dans la région Caraïbe, des pôles attractifs importants (niveau de vie généralement plus élevé, protection sociale relativement assurée, accès aux soins globalement favorisé, etc.). En Guyane, sa géographie composée de frontières naturelles avec le Surinam et le Brésil, et, à Saint-Martin, la loi fiscale « d'exception » associée à celle de défiscalisation²⁴, ont contribué à cet apport migratoire, concentré presque exclusivement dans ces deux espaces. En Guyane, 30 % de la population est de nationalité étrangère (44 % dans la commune de Saint-Laurent du Maroni) et ce pourcentage est de 36 % pour la partie française de Saint-Martin, île qui concentre 50 % de la population étrangère de l'archipel guadeloupéen²⁵. En Guyane, comme à Saint-Martin, les lois migratoires ont pour conséquence de placer une proportion élevée d'étrangers en situation irrégulière. Une étude déjà ancienne, réalisée pour le Ministère des départements et territoires d'outre-mer dans la partie française de Saint-Martin en 1991, indiquait que plus de trois étrangers sur quatre étaient en situation irrégulière²⁶.

Jusqu'à présent, la plupart des recherches traitant de la précarité et du VIH/sida (et plus généralement de la santé) ont porté leur attention sur la question du recours au dépistage et aux soins (la précarité comme frein aux soins), ainsi que sur la problématique de la fragilisation sociale entraînée par la séropositivité (la précarité comme conséquence du VIH/sida)²⁷. Des travaux menés dans l'île de Saint-Martin ainsi qu'en Guyane auprès de personnes séropositives ont bien montré combien la prise en compte des déterminants sociaux, en particulier la régularité ou non du séjour des étrangers, avait un rôle essentiel dans la compréhension des itinéraires thérapeutiques des populations, au-delà d'une approche simplement culturaliste et réductrice²⁸.

24 Depuis 1850, Saint-Martin bénéficie d'un statut douanier d'exception et les marchandises y sont dispensées de droits, de taxes et des restrictions normalement applicables. De plus, les contribuables y sont exonérés de l'impôt indirect. La loi de défiscalisation de 1986 (dite loi Pons) a entraîné un fort développement des activités touristiques dans l'île, avec un apport migratoire important. Entre le recensement de 1982 et celui de 1990, la population est en effet passée de 8 072 à 28 518. Source : Marie C.-V., *Travail illégal et immigration irrégulière dans les départements d'Outre-mer, le cas : Saint-Martin*, Ministère des départements et territoires d'outre-mer, octobre 1991.

25 Le pourcentage d'étrangers dans la population est de 1 % en Martinique et de 3 % en Guadeloupe si on exclut Saint-Martin. Source : Insee, recensement de 1999.

26 Marie C.-V., *op. cit.*

27 Phénomènes décrits en particulier dans les différents articles regroupés dans l'ouvrage dirigé par J. Lebas et P. Chauvin, *Précarité et santé*, Flammarion, 1998.

28 Benoît C., « Sida et itinéraires thérapeutiques à Saint-Martin/Sint-Marteen : représentations culturelles ou pratiques sociales ? », *Dérades*, n° 1, 1997, pp. 79-88, Bourdier F., « Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, n° 3, septembre 2002, pp. 5-27.

L'enquête KABP Antilles-Guyane s'est articulée autour d'une hypothèse principale selon laquelle la précarité (et surtout les cumuls de facteurs de précarité), les situations de ruptures (notamment migratoires mais aussi familiales) et l'absence d'intégration sociale constitueraient des freins à la prévention. En effet, ces situations de vulnérabilité réduiraient, chez les personnes confrontées à ces situations, la prise en compte des problématiques sanitaires, limiteraient la perception qu'elles auraient des risques liés à la santé, la santé serait alors « renvoyée [...] au rang de préoccupation secondaire »²⁹, ce qui constituerait autant de facteurs freinant l'adoption de comportements de prévention.

Si ces aspects ont été peu mis en évidence en ce qui concerne les comportements de prévention face au VIH/sida³⁰, les enquêtes KABP réalisées en France ont néanmoins pu montrer que les personnes qui ont eu le moins accès à l'éducation avaient un niveau de connaissance sur le VIH plus faible, que ce soit sur les modes de contamination, sur les moyens de prévention ou sur les traitements disponibles et que les comportements de prévention décrits étaient moins fréquents chez les personnes les moins diplômées³¹.

L'enquête KABP Antilles-Guyane cherche donc à mesurer les liens entre « précarité³² » et connaissances face au VIH/sida, attitudes vis-à-vis des personnes touchées et comportements de prévention, autrement dit à mieux comprendre les éléments qui, dans la situation de vie des personnes, peuvent conduire à une plus grande exposition au risque et donc une plus grande vulnérabilité face au VIH. Ce sont également ces préoccupations qui nous ont conduits, parallèlement à l'enquête, à interroger 420 personnes non-équipées d'un téléphone filaire mais exclusivement d'un téléphone mobile (voir annexe 6), personnes dont nous faisons l'hypothèse (qui est confirmée) qu'elles présentaient des caractéristiques de plus grande précarité. Les données présentées dans le présent rapport (bien que n'intégrant pas les résultats de l'enquête complémentaire des personnes interrogées par téléphone mobile et dont quelques résultats sont présentés en annexe 7) prennent en compte cette dimension de la vulnérabilité sociale, et des analyses secondaires plus fines seront conduites dans les mois à venir, notamment par la comparaison des données de l'enquête par téléphone mobile et par téléphone fixe.

29 Berthod-Wurmser M., présidente de l'intercommission n° 6 de l'Inserm, « Analyse et évaluation des systèmes de soins, de prise en charge, de prévention et de protection sociale », citée dans Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *op. cit.*, p 224.

30 Calvez M., « Risques du sida et précarité sociale », in Joubert M. et al., *Précarisation, risque et santé*, Ed. Inserm, 2001, pp. 451-466.

31 Grémy I. et al. (2001), *op. cit.* et Calvez M., « Le sida », in Leclerc A. et al., *Les inégalités sociales de santé*, Ed. Inserm, La Découverte, 2000, pp. 283-294.

32 La précarité a été mesurée au moyen d'un score dont la construction est explicitée dans l'annexe 1.

Enfin, dans ce rapport, les analyses ont été conduites dans leur ensemble avec une approche de genre. Cette approche paraît essentielle, notamment dans le cadre de sociétés comme celles des Antilles et de la Guyane, où la différenciation sexuelle est particulièrement marquée³³ et dans lesquelles les femmes semblent se trouver plus fragilisées que les hommes dans leur gestion de la sexualité et des risques. La fréquence d'interruptions volontaires de grossesse ou de grossesses intervenant chez des jeunes filles mineures ne vivant pas en couple est par exemple nettement plus élevée aux Antilles et en Guyane qu'en métropole. La fréquence plus élevée d'exposition des femmes à des situations de précarité (chômage, temps partiel, etc.) peut contribuer à les placer dans des conditions de dépendance, notamment vis-à-vis de leur partenaire, leur laissant alors peu de possibilités de mettre en place des stratégies de prévention pour faire face aux risques sexuels (grossesses non-désirées et infections sexuellement transmissibles dont le VIH).

Une présentation du principe de construction de différentes variables utilisées dans ce rapport figure dans l'annexe 1.

Une triple approche : comparaison dans le temps, dans l'espace et entre les populations

Dans cette enquête, trois axes d'analyse ont été privilégiés : une comparaison dans le temps, une comparaison dans l'espace et une comparaison des populations au sein de chacun des départements.

- La comparaison dans le temps a été conduite en confrontant les données de l'enquête de 2004 aux résultats de l'enquête ACSAG de 1992, pour les indicateurs communs aux deux enquêtes. Seules les données publiées de l'enquête ACSAG ont été utilisées pour les comparaisons³⁴.
- Pour ce qui est de la comparaison dans l'espace, elle s'est déclinée en deux parties : d'une part, une comparaison entre les DFA et l'espace hexagonal et, d'autre part, au sein des DFA, une comparaison des trois départements. La comparaison avec la métropole a été conduite à partir des données de l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida de la population résidant en France métropolitaine également réalisée en 2004 par l'Observatoire régional de santé

33 Cottias M. et al., *Enquête sur les violences envers les femmes dans les DFA*, rapport de l'enquête pilote, décembre 2002, p. 13-14.

34 Les données de l'enquête ACSAG citées dans ce rapport sont issues de deux documents réalisés par Giraud M., Gilloire A. et al., *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*, rapport intermédiaire, 1994 et *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*, dossier de presse, 1995.

d'Ile-de-France³⁵. Les données présentées dans ce rapport ont été produites par l'équipe en charge de l'enquête KABP Antilles-Guyane, à partir de la base des données métropolitaines³⁶.

- Enfin, dans chacun des espaces, une approche populationnelle a été privilégiée, cherchant à identifier les différences de connaissances, d'attitudes et de comportements face au VIH/sida qui peuvent se manifester entre les différentes composantes des populations résidant au sein de chaque département.

L'objectif de cette triple approche est de contribuer à apporter des éléments de connaissances complémentaires à d'autres données afin d'aider à mieux adapter les politiques de prévention dans ces départements, en ayant une meilleure compréhension des phénomènes associés au VIH.

Le questionnaire de l'enquête KABP Antilles-Guyane a été construit de telle manière à pouvoir assurer au maximum la comparaison dans le temps (enquête ACSAG) et dans l'espace, avec la métropole, (enquête KABP Métropole), tout en privilégiant également les questionnements plus spécifiques aux Antilles et à la Guyane ainsi qu'à la situation de 2004.

Méthodologie de l'enquête aux Antilles et en Guyane

Étendue géographique de l'enquête

L'enquête a été conduite dans l'ensemble de l'archipel de la Guadeloupe, en Martinique et dans le littoral de la Guyane, avec des échantillons indépendants, composés dans chaque espace.

En Guyane, en raison des fortes spécificités socioculturelles des populations des Noirs Marrons et des Amérindiens résidant dans les communes « isolées » (fleuve et forêt), l'enquête n'a été réalisée que parmi les personnes résidant dans les neuf communes du littoral guyanais³⁷ qui

35 Beltzer N. et al., *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004*, ORS Ile-de-France, novembre 2005.

36 Les données de la métropole présentées dans le rapport KABP France métropolitaine (Beltzer et al., *op. cit.*) et celles présentées dans ce rapport peuvent présenter quelques différences liées à deux éléments. En métropole, pour des soucis de comparabilité avec les précédentes vagues d'enquête, les données présentées portent sur les personnes âgées de 18 à 54 ans (et non 18 à 69 ans comme c'est le cas dans ce rapport), les données d'évolution ne portent également que sur les personnes inscrites sur liste publique, la liste rouge n'ayant été intégrée dans les échantillons qu'à partir de l'enquête de 2001 (dans ce rapport l'ensemble de l'échantillon de la métropole, listes publique et rouge, a été pris en compte).

37 C'est également ce choix qui avait été fait pour l'enquête ACSAG.

regroupent 87 % de la population du département³⁸. Il a semblé en effet que des enquêtes de type qualitatif, ciblées en direction des populations des Noirs Marrons et des Amérindiens, seraient plus appropriées qu'un dispositif quantitatif, dont nous souhaitons que la méthode et le questionnaire soient communs aux trois départements.

Les abonnés au téléphone comme base de sondage

L'enquête KABP Antilles-Guyane est une enquête quantitative en population générale qui a été réalisée selon la méthode aléatoire. Le choix de cette méthodologie nécessite que soient sélectionnés de façon aléatoire des individus dans une base de sondage, de telle sorte que l'échantillon d'individus résultant soit représentatif de la population totale dont il est censé être l'image.

Si en métropole la liste des abonnés au téléphone constitue la base de sondage la plus fréquemment utilisée dans les enquêtes en population générale, l'inégale couverture téléphonique dans les DFA avait conduit l'équipe chargée de la mise en œuvre de l'enquête ACSAG à choisir, pour la Martinique et la Guadeloupe, la liste des abonnés au téléphone comme base de sondage et, pour le littoral de la Guyane, les plans de cadastres complétés par des photos aériennes et des mises à jour sur le terrain.

Les deux derniers recensements réalisés aux Antilles et en Guyane indiquent que le taux d'équipement téléphonique des ménages a fortement augmenté dans ces trois départements entre le recensement de 1990 et celui de 1999 et il est fort probable que depuis 1999, le taux d'équipement se soit encore amélioré. La liste des abonnés au téléphone a semblé constituer une base de sondage suffisamment exhaustive et à jour pour être utilisée en Martinique, dans l'archipel de la Guadeloupe ainsi que dans les communes du littoral de la Guyane.

³⁸ La population est celle recensée en mars 1999 dans les neuf communes suivantes : Cayenne, Iracoubo, Kourou, Macouria, Mana, Matoury, Rémire-Montjoly, Saint-Laurent du Maroni et Sinnamary.

Pourcentages de résidences principales équipées du téléphone (population en 1999)

	1990	1999
Archipel de la Guadeloupe (419 050)	71,3	87,0
Guadeloupe « continentale » (366 014)	75,2	87,6
Saint-Martin (29 112)	25,7	79,1
Saint-Barthélemy (6 854)	69,7	88,6
La Désirade (1 621)	78,6	85,5
Les Saintes (Terre de Haut, Terre de Bas) (2 996)	75,5	83,1
Marie-Galante (Capesterre, Grand-Bourg, Saint-Louis) (12 453)	72,1	86,3
Martinique (381 325)	83,0	91,5
Guyane (157 213)	57,7	74,4
Communes du littoral (137 211)	62,7	81,1
Communes hors littoral (20 002)	17,9	26,4

source : INSEE, Recensements de la population de 1990 et de 1999

L'inclusion des abonnés inscrits sur liste rouge

Compte tenu de la fréquence des abonnés inscrits sur liste rouge aux Antilles et en Guyane³⁹, une procédure particulière a permis d'inclure dans la base de sondage les abonnés inscrits sur liste rouge, afin d'assurer au maximum la représentativité des échantillons. Cette procédure consiste à ajouter une valeur numérique constante à chaque numéro de téléphone tiré au sort par France Télécom. Ces nouveaux numéros sont ensuite vérifiés à partir de l'annuaire inversé afin d'éliminer les numéros correspondants à des adresses professionnelles ou à des télécopieurs. Les numéros identifiables sur l'annuaire inversé correspondent à des abonnés inscrits sur liste publique et les numéros non-identifiables correspondent soit à des numéros non-attribués, soit à des abonnés inscrits sur liste rouge. C'est sur cette nouvelle base de numéros qu'a été réalisée l'enquête. Ainsi, parmi les 3 014 personnes constituant l'échantillon total, 2 209 individus sont des abonnés sur liste publique (73 %) et 805 sont inscrits sur liste rouge (27 %) (voir la comparaison des échantillons « liste publique » et « liste rouge » en annexe 5).

³⁹ En 2000, il a été estimé que, en Guadeloupe, 14 % des abonnés à France Télécom étaient inscrits sur liste rouge, en Martinique, 22 % et en Guyane, 20 %. Source : Cottias M. et al., op. cit.

Le téléphone comme mode de passation du questionnaire

La réalisation d'une enquête par téléphone présente de nombreux avantages par rapport à une enquête réalisée en face-à-face⁴⁰ : réduction des coûts, rapidité de réalisation, centralisation de l'enquête (permettant un meilleur contrôle de la qualité de passation du questionnaire), nature particulière de la relation de conversation au téléphone (favorisant une sensation plus grande d'anonymat chez la personne interrogée), saisie instantanée des données avec absence d'étapes intermédiaires comme le codage, contrôle de la qualité des données plus facile et limitation du nombre de questions restant sans réponse. Ces qualités ont été optimisées par l'apport des systèmes informatiques CATI (Computer assisted telephone interview) d'aide à l'enquête (gestion automatique de la base de sondage, filtrage automatique des questions lors de la passation du questionnaire, gestion des rendez-vous, etc.).

C'est l'ensemble de ces aspects qui ont conduit à choisir de mener l'enquête par téléphone, à la différence des choix qui avaient été faits pour l'enquête ACSAG. En effet, en 1992, les résultats de l'enquête-pilote conduite en Guadeloupe avaient montré que le face-à-face contribuait à limiter les taux de refus et d'abandon comparé à une procédure par téléphone⁴¹. Néanmoins au regard des difficultés du recueil des données de l'enquête ACSAG (phase longue de recueil des données, faible possibilité de contrôler les enquêteurs, durée importante de mise à disposition de la base de données, etc.), il a semblé que la conduite de l'enquête par téléphone en 2004 constituait la méthode la plus appropriée, en s'assurant de limiter au maximum le nombre de refus.

Définition de la population enquêtée

- **Taille des échantillons**

Il a été choisi de composer des échantillons de 1 000 personnes dans chaque département afin de pouvoir disposer d'échantillons de taille « suffisante » pour avoir assez de puissance statistique pour permettre des analyses fines, notamment sur le multipartenariat ainsi que des comparaisons entre les trois départements.

Au total, la fraction de sondage de la population a été particulièrement élevée puisque, aux Antilles et en Guyane, 1 personne sur 300 a été interrogée (1 sur 419 en Guadeloupe, 1 sur 379 en Martinique et 1 sur 137 dans le littoral de la Guyane) alors que, pour l'enquête conduite en métropole, cette fraction est de 1 sur 11 500 personnes.

40 Beck F. et al., « L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications », in Dreesbeke J. J. et Lebart L. (dir.), *Enquêtes, modèles et applications*, Dunod, Paris, 2001, pp 285-293.

41 Giraud M., L'enquête-pilote en Guadeloupe : I. Présentation générale et premiers résultats, décembre 1991.

- **Étendue d'âges**

La persistance à des âges élevés du multipartenariat dans les DFA a conduit à maintenir l'étendue d'âges de 18 à 69 ans qui avait été choisie dans l'enquête ACSAG et dans l'ensemble des enquêtes KABP réalisées en métropole (à l'exception de 2001⁴²).

- **Langue parlée par les personnes éligibles pour l'enquête**

Les Antilles et la Guyane sont des sociétés où le bilinguisme français-créole est largement répandu dans la population. L'utilisation de l'une ou l'autre langue varie selon l'origine sociale des personnes, leur âge, les situations de communication, certaines circonstances impliquant l'usage de l'une des langues à l'exclusion de l'autre et inversement⁴³. Le français est ainsi plus souvent utilisé dans la sphère publique, alors que le créole est généralement utilisé dans la sphère privée. Ainsi, la communication autour des relations amoureuses et sexuelles se fait de façon privilégiée en langue créole.

Compte tenu du thème de l'enquête KABP Antilles-Guyane, qui relève de cette sphère privée, le bilinguisme a été pris en compte dans le questionnaire, afin de favoriser une plus grande aisance dans la communication de la part des personnes interrogées. Pour permettre aux enquêteurs de passer d'un registre de langue à l'autre, lorsqu'ils l'estimaient nécessaire, à côté de la formulation de la question en français, une version en créole apparaissait simultanément sur le questionnaire (à l'écran de l'ordinateur). Cette traduction a été réalisée par Monsieur Pierre Pinalie, linguiste spécialiste du créole.

Le choix d'un questionnaire bilingue français-créole a également eu pour objectif d'inclure dans l'enquête des personnes non-francophones mais créolophones, c'est-à-dire essentiellement des migrants originaires des pays voisins des DFA. Cette question des migrants qui ne maîtrisent pas toujours le français se pose particulièrement pour l'île de Saint-Martin qui, au recensement de 1999, comptait 36 % d'étrangers (principalement d'Haïti) dans sa partie française. En Guyane, la question de la langue est plus complexe qu'aux Antilles, du fait de la composition pluriethnique de la population : Amérindiens, Noirs Marrons, Créoles, Haïtiens, Brésiliens, Hmongs (originaire du Laos), Guyaniens (ex-Guyane anglaise), Surinamiens (ex-Guyane hollandaise), Chinois, etc. Aussi, le créole, comme le français, constituent dans ce département un moyen de communication entre les différentes populations. La traduction du questionnaire en créole nous a semblé pouvoir permettre d'interroger également des populations dont la langue maternelle n'est ni le créole ni le français.

42 Afin de sur-représenter les jeunes de 18-24 ans, sans considérablement accroître la taille de l'échantillon, l'étendue d'âges a été réduite aux personnes âgées de 18-54 ans dans l'enquête KABP métropole de 2001.

43 Cours de linguistique créole du Groupe Européen de Recherches en Langues Créole, Université de Provence.

Les personnes éligibles pour l'enquête pouvaient donc être tant francophones que créolophones. La passation du questionnaire a pu se faire en français comme en créole, autorisant des passages de l'une à l'autre langue comme il est courant dans les pratiques langagières en usage aux Antilles et en Guyane.

Ce souci d'inclusion des populations non-francophones a été d'autant plus motivé que l'une des problématiques de l'enquête s'orientait sur les questions de la vulnérabilité sociale, des liens avec le VIH/sida et de la prévention en direction de ses populations. Ce choix du bilinguisme a probablement contribué à ce que, au total, en Guyane, près d'une personne sur quatre interrogée dans l'enquête soit née à l'étranger (dont 43 % en Haïti, 11 % au Surinam, 9 % au Guyana et 8 % au Brésil). Au total, dans les trois départements, parmi les personnes interrogées nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, 63 % ont été interrogées exclusivement en français, 23 % exclusivement en créole et 13 % dans les deux langues (pour les personnes nées dans les DFA, ces proportions sont respectivement de 95 %, 2 % et 3 %).

Des procédures d'enquête pour limiter les non-réponses

Pour limiter les refus, une lettre-annonce a été adressée aux ménages inscrits sur liste publique⁴⁴. Pour ce qui est des ménages inscrits sur liste rouge, l'envoi de la lettre-annonce pouvait être proposé par l'enquêteur, lors de son premier contact avec un membre du ménage. Un numéro de téléphone gratuit (numéro vert) a été mis à la disposition des personnes contactées durant toute la durée de l'enquête afin qu'elles puissent, si elles le souhaitent, obtenir des renseignements complémentaires sur l'enquête.

Au total le nombre de refus a été relativement modéré, si on compare les taux à ceux généralement relevés dans ce type d'enquête : il est en moyenne de 12 % dans les DFA, avec peu de différences entre les trois départements (13 % en Guadeloupe, 11 % en Martinique et 12 % en Guyane). En 2004, en métropole, ce taux a été de 18 % (voir annexe 2).

Le questionnaire, d'une durée de passation de 45 minutes, pouvait être interrompu à tout moment, si la personne interrogée le souhaitait, puis poursuivi par la suite. Néanmoins, pour un certain nombre de ces questionnaires interrompus, les enquêteurs n'ont pas pu reprendre contact avec la personne interrogée pour poursuivre l'entretien. Cette procédure qui a été nettement plus utilisée dans les DFA qu'en métropole a ainsi entraîné davantage de questionnaires interrompus (7,8 % contre 2,4 %, voir annexe 2).

44 ACSF group, « Analysis of sexual behavior in France (ACSF) : what kind of advance letter increases the acceptance rate in a telephone survey behavior ? », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 1992, 35, pp. 45-54.

Pour limiter le nombre de non-réponses, chaque numéro de téléphone devait être appelé au maximum quinze fois, à des jours et des heures variables. Une fois le ménage joint, il était procédé à la sélection de l'individu qui serait interrogé. Si le ménage était composé d'une seule personne, c'est elle qui était sélectionnée pour participer à l'enquête. Si le ménage était composé de plusieurs personnes, c'est la personne dont l'anniversaire était fêté en premier qui était sélectionnée pour participer à l'enquête.

La mise en œuvre du recueil des données a été confiée à l'Institut de sondages Ipsos DOM. Un pôle d'enquêteurs se trouvait en Martinique et un second pôle en Guadeloupe, dans lequel, en parallèle, deux équipes avaient en charge le recueil des questionnaires en Guadeloupe et en Guyane. Un effort particulier a été apporté à la formation des enquêteurs (avec, au moment de la formation, le déplacement dans les DFA d'une partie de l'équipe de l'ORS en charge de l'enquête KABP), et des chefs d'équipes (avec le déplacement, toujours au moment de la formation, d'un des chefs d'équipe qui était intervenu quelques mois auparavant sur l'enquête KABP métropole. Après deux phases d'enquête-pilote permettant de nous assurer de la compréhension du questionnaire et de la faisabilité de la mise en œuvre de l'enquête (mai 2004 puis août 2004), le recueil des données a été réalisé entre septembre et décembre 2004.

Des procédures d'analyse pour limiter les biais

Compte tenu du principe de tirage au sort des individus au sein du ménage, une personne vivant seule avait davantage de probabilités d'être interrogée qu'une personne vivant dans un ménage composé de plusieurs personnes (par exemple, 25 % de chance d'être interrogé dans un ménage de quatre personnes contre 100 % dans un ménage d'une personne). Cette inégalité des chances d'être sélectionné a été prise en compte dans l'analyse des données, en pondérant les réponses de chaque individu par un « poids » égal à l'inverse de la probabilité qu'il avait d'être interrogé, c'est-à-dire par l'inverse du nombre d'individus appartenant au ménage susceptibles d'être interrogés (voir annexe 3).

Les échantillons ainsi « pondérés » ont été comparés aux données de l'enquête Emploi 2004 de l'INSEE⁴⁵ et afin de corriger l'inégale représentation (sur ou sous-représentation) de certaines catégories (voir annexe 3), il a été procédé à un redressement des échantillons, afin que les données de l'enquête soient plus représentatives de la population des DFA (voir annexe 4).

Les analyses statistiques ont été menées avec le logiciel Stata® qui permet de prendre en compte les plans de sondage complexes et calcule avec précision la variance des indicateurs. Toutes les données présentées dans ce rapport sont pondérées et redressées. Les effectifs bruts sont présentés dans les tableaux.

45 Pour la Guyane, uniquement les communes du littoral.

Des groupes de travail mis en place pour mieux orienter l'enquête

- **Un comité scientifique d'orientation**

Un comité scientifique pluridisciplinaire d'orientation de l'enquête a été mis en place conjointement par l'ORS Ile-de-France et l'ANRS et a été consulté notamment dans les phases préparatoires de l'enquête. Les membres étaient : Nathalie Beltzer (économiste de la santé, ORS Ile-de-France), Catherine Benoît (anthropologue de la santé, Connecticut College), Véronique Doré (Responsable du Service santé publique, sciences de l'homme et de la société, ANRS), Augustin Gilloire (sociologue, CNRS), Benoît Ferry (démographe, IRD), Jean-Marie Firdion (démographe, INED), France Lert (chercheur en sciences sociales, Inserm U687-IFR69), Nathalie Lydié (démographe, INPES), Alain Sobel (immunologue, hôpital Henri Mondor), Nadine Job-Spira (Service santé publique, sciences de l'homme et de la société, ANRS). Des personnes représentant la Direction générale de la santé ont été associées à ce comité scientifique.

- **Des groupes de pilotage dans chaque département des Antilles et de la Guyane**

Afin que le questionnaire s'inscrive au plus près des problématiques des Antilles et de la Guyane, des groupes de pilotage ont été mis en place dans chaque département, composés principalement de personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida (prévention, dépistage, soins). Ces groupes, constitués dès l'initiation du projet en février 2003, ont été communs à l'enquête KABP Antilles-Guyane et à l'enquête VESPA aux Antilles et en Guyane. Les membres des trois groupes de pilotage ont été associés à l'enquête KABP Antilles-Guyane lors de la finalisation du projet puis consultés lors de l'élaboration du questionnaire et enfin associés à la remise des résultats de l'enquête.

Les personnes ayant participé aux groupes de pilotage sont :

- **en Guadeloupe** : le groupe était présidé par Madame Roberte HAMOUSIN-METREGISTRE (COGES) avec Franck BARDINET (CHU Pointe à Pitre), François BISSUEL (CH Saint Martin), Gaëlle BOMBÉREAU (COGES), Fabrice BOULARD (CH de Basse Terre), Murielle BRISSAC (Entraide Gwadeloupe), Henri BRUN (DSDS), Anne DANIERE (COGES), Marie-Thérèse GOERGER-SOW (CISIH), Ketty KARAM (Association Sida Les liaisons dangereuses), Georges LARIFLA (Conseil Général), Maryse LEVY (Conseil Général, ODESSA), Jacques MINATCHY (Entraide Gwadeloupe), Florence TANTIN (DSDS), Véronique WALTER (CH Saint Martin) ;

- **en Martinique** : le groupe était présidé par Madame Danielle CALES-QUIST (CHU, dispensaire Vernes) avec Pierre BAZELY (DSDS), André CABIE (CISIH), Aimé CHARLES NICOLAS (CHU), Vanessa CORNELY (ORS Martinique), Simone DE THORE (dispensaire Vernes), Nadine LEFAUCHEUR (CNRS), Marie-Agnès MARIE-LUCE (Action Sida Martinique), Sylvie MERLE (ORS Martinique), Viviane PETIT JEAN ROGET (DSDS), Michel RIPERT (DSDS), Daniel VIGEE (Conseil Général) ;

- **en Guyane** : le groupe était présidé par Dominique HUGUET (DSDS) avec Marie-Josiane CASTOR (ORSG), Sandrine CHANTILLY (ORSG), Bruno CHAUTEMPS (Sida Info Service Guyane), Pierre COUPPIE (CH de Cayenne), Jérémy CLAUSSE (Entr'Aides Guyane), Myriam EL GUEDJ (HDJA, CH de Cayenne), Michèle GASPARD (GRID), Laurence LANGELY (DSDS), Nicolas MARSAUD (Entr'Aides Guyane), Christian MARTY (Dispensaire anti-vénérien), Shannon MASON (CH de Saint-Laurent du Maroni), Valery NASSER (CH de Saint-Laurent du Maroni), Michel OHAYON (CISIH, CH de Cayenne), Ramon RENAUFERRER (CISIH, CH de Cayenne), Milko SOBESKY (CISIH), Diane VERNON (CH de Saint-Laurent du Maroni).

Que toutes ces personnes soient ici vivement remerciées pour leur soutien et l'aide précieuse apportée à ce projet.

1. Les connaissances des modes de transmission du VIH/sida et des moyens de s'en protéger

La grande majorité de la population des départements français d'Amérique, sans différence entre les hommes et les femmes, connaît les modes de transmission du VIH mais dans une moindre proportion qu'en métropole. De plus, un certain nombre de connaissances erronées persistent parmi la population des DFA, et le plus souvent dans des proportions supérieures à celles enregistrées en métropole. C'est en Martinique que les mécanismes de transmission du VIH sont moins bien connus, se manifestant par une proportion plus élevée qu'en Guadeloupe et en Guyane de personnes indiquant qu'il existe un risque de transmission du VIH dans des circonstances qui n'en présentent aucun. C'est aussi en Martinique que l'efficacité des moyens de protection contre le VIH est moins bien connue, avec une tendance à valoriser des stratégies de prévention peu fiables, comme le fait de poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée.

Outre cette différence entre les trois départements, la connaissance des modes de transmission ainsi que de l'efficacité des moyens de protection diffère selon les principales caractéristiques socio-démographiques : elle est d'autant moins élevée que les personnes sont âgées, peu diplômées ou nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud.

L'analyse des connaissances du VIH/sida

L'analyse des connaissances du VIH/sida comprend, à la fois, la connaissance des modes de transmission du VIH, celle des risques de transmission du VIH associés aux pratiques sexuelles et, enfin, celle des moyens de protection du VIH/sida.

Les circonstances citées de transmission du VIH seront distinguées en trois catégories : les modes de transmission scientifiquement avérés, comme avoir des rapports sexuels sans préservatif, se faire une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée ou recevoir du sang¹ ; les modes incertains de transmission, lorsque les risques sont réels mais extrêmement faibles, comme lors d'un tatouage ou d'un piercing, lors d'une séance d'acupuncture ou lors de soins dentaires. Et enfin, les circonstances qui ne présentent aucun risque par rapport au VIH comme la piqûre de moustique, avoir des rapports sexuels avec préservatif, fréquenter les toilettes publiques, donner son sang, se faire une piqûre de drogue avec une seringue neuve, être hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée, serrer la main d'une personne contaminée ou respirer l'air dans la même pièce qu'une personne contaminée.

De plus, il était demandé aux personnes interrogées d'indiquer le niveau de risque de transmission du VIH pour chacune des pratiques sexuelles : « s'embrasser sur la bouche » qui ne présente aucun risque de transmission du VIH, la fellation et le cunnilingus, pratiques à faible risque de transmission, et enfin la pénétration vaginale et la pénétration anale, qui a été distinguée selon qu'elle se pratiquait entre un homme et une femme ou entre deux hommes pour mesurer si le risque était attribué à la pratique ou à ses circonstances, sont des pratiques qui présentent un fort ou très fort risque de transmission du sida.

Concernant les connaissances relatives à l'efficacité des moyens de se protéger du VIH, les circonstances citées dans le questionnaire ont été classées en trois catégories : les moyens sûrs qui sont l'utilisation des préservatifs masculins ou féminins, les stratégies « alternatives » basées sur le dialogue, c'est-à-dire le fait de « demander un test de dépistage à son partenaire » ou de « poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée » ou basées sur la sélection du partenaire comme « choisir correctement son partenaire » ou « avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires sexuels différents ». Et enfin, la troisième catégorie, les moyens inefficaces comme le fait de se laver après l'acte sexuel, de pratiquer le retrait ou de faire régulièrement un test de dépistage.

1 Dans la suite de l'analyse, l'expression « transfusion sanguine » sera utilisée pour parler du fait de recevoir du sang.

Pourcentages de personnes déclarant que le VIH peut se transmettre dans chacune des circonstances suivantes

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
Circonstances certaines de transmission						
Lors de rapports sexuels sans préservatif	96,3	96,3	98,1	NS	96,6	99,3
En recevant du sang (transfusion sanguine)	78,5	81,7	73,5	≠	79,3	84,3
Lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée	96,7	95,8	96,3	NS	96,2	99,1
Circonstances incertaines de transmission						
Au cours de soins dentaires	50,3	51,2	37,0	≠	48,5	51,3
Lors de séances d'acupuncture	42,6	48,6	32,8	≠	43,7	49,9
Lors d'un tatouage ou d'un piercing	67,5	71,3	61,6	≠	68,0	72,7
Circonstances sans transmission						
Lors de rapports sexuels avec préservatifs	24,0	26,0	18,1	≠	24,3	15,9
Dans les toilettes publiques	19,7	22,6	13,6	≠	19,8	20,2
En buvant dans le verre d'une personne contaminée	10,6	19,1	8,1	≠	13,7	11,2
Par une piqûre de moustique	18,3	22,1	15,7	≠	19,3	22,7
En donnant son sang	47,4	51,0	36,5	≠	47,1	41,9
Lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve	19,7	27,4	16,2	≠	22,3	16,9
En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	15,8	21,7	11,8	≠	17,7	19,9
En serrant la main d'une personne contaminée	4,2	4,2	2,6	NS	3,9	2,1
En respirant l'air dans la même pièce qu'une personne contaminée	4,5	6,9	4,1	≠	5,5	-

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La connaissance des modes de transmission

Il était demandé aux personnes interrogées d'indiquer si oui ou non le virus du sida peut se transmettre dans quinze circonstances citées par l'enquêteur. L'ordre de citation des items était aléatoire (variant d'une personne interrogée à l'autre) pour éviter les biais.

La grande majorité de la population connaît les modes de transmission scientifiquement avérés mais moins qu'en métropole

Que ce soit dans les DFA ou en métropole, les modes de transmission scientifiquement avérés du VIH sont très bien connus. Plus de 96 % des habitants savent qu'un rapport sexuel sans préservatif ou qu'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée est susceptible de transmettre ce virus (proportion néanmoins moindre qu'en métropole où elle est de 99 %). En revanche, la proportion de personnes déclarant que la transfusion sanguine peut transmettre le sida est moins importante (elle est de 79 % dans les DFA, variant de 73 % en Guyane à 82 % en Martinique) ; ce qui peut s'expliquer par la sécurité actuelle des transfusions rendant improbable une contamination. Cette proportion est toutefois moins élevée qu'en métropole où elle est de 84 %. En ce qui concerne les circonstances incertaines de transmission, les risques semblent plus faiblement perçus dans les DFA qu'en métropole, et plus particulièrement en Guyane. Néanmoins, il apparaît difficile d'interpréter cela comme un indicateur lié à la connaissance.

Des mécanismes de transmission encore mal compris

Si les modes de transmission scientifiquement avérés sont bien connus, un certain nombre de croyances erronées sur le VIH persistent parmi la population des DFA, et le plus souvent dans des proportions plus élevées qu'en métropole montrant que les mécanismes de la transmission du VIH ne sont pas suffisamment connus. Ainsi, comparée à la métropole, une plus forte proportion de personnes, dans les DFA, indique que le VIH peut être transmis en donnant son sang (47 % contre 42 %), lors de rapports sexuels avec préservatif (24 % contre 16 %), lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve (22 % contre 17 %). En revanche, que ce soit dans les DFA ou en métropole, environ 20 % des personnes pensent que le sida peut se transmettre en fréquentant les toilettes publiques, ou en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée. Enfin, dans les DFA, une personne sur cinq pense encore que la piqûre de moustique, vecteur de transmission d'autres maladies sévissant dans la région Caraïbe (dengue, fièvre jaune, paludisme,...) peut transmettre le VIH (près d'une personne sur quatre en métropole). Environ 5 % des habitants des DFA déclarent que le VIH peut être transmis en serrant la main d'une personne contaminée ou en respirant l'air dans la même pièce qu'elle.

Les modes de transmission du VIH sont moins bien connus de la population résidant en Martinique

La Martinique se distingue de la Guadeloupe et de la Guyane par un niveau de connaissances plus faible sur les modes de transmission du VIH. Cette moindre connaissance se manifeste notamment par une proportion plus élevée de personnes indiquant qu'il existe un risque de transmission du VIH dans des circonstances qui, en réalité, n'en présentent aucun. Par exemple, 19 % des habitants de la Martinique ont déclaré que le fait de boire dans le verre d'une personne contaminée pouvait transmettre le sida (11 % en Guadeloupe et 8 % en Guyane).

Scores de connaissances des modes de transmission
(de 0 = faible niveau de connaissances à 10 = niveau élevé de connaissances)

	Guad (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	7,9	7,6	8,3	≠	7,9	8,4
Femmes	7,9	7,7	8,2	≠	7,9	8,3
p**	NS	NS	NS		NS	NS
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	7,7	7,9	7,9	NS	7,8	8,4
25-34 ans	8,4	8,5	8,8	NS	8,4	8,7
35-44 ans	8,1	7,9	8,5	≠	8,1	8,6
45-54 ans	7,9	7,5	8,2	≠	7,8	8,4
55-69 ans	7,2	6,7	7,6	≠	7,0	7,8
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dipl., arrêt des études avant 16 ans	6,3	5,7	7,1	≠	6,2	7,2
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	7,5	7,0	7,5	NS	7,3	7,7
CAP/BEP/BEPC	8,1	7,8	8,2	≠	8,0	8,1
Baccalauréat ou équivalent	8,3	8,3	8,6	≠	8,3	8,6
Etudes supérieures	8,6	8,5	9,0	≠	8,6	8,8
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le score de précarité en 3 classes (2)</i>						
Situation la plus précaire	7,2	7,0	7,5	NS	7,2	7,8
Situation intermédiaire	7,9	7,5	8,1	≠	7,7	8,0
Situation la moins précaire	8,5	8,4	8,9	≠	8,5	8,6
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>						
Dans le département d'enquête	7,8	7,5	8,1	≠	7,7	-
En métropole	8,6	8,7	9,0	≠	8,8	-
Dans un autre DOM	8,3	8,1	8,4	NS	8,2	-
Dans la Caraïbe et Amérique du Sud	7,0	-	7,7	-	7,4	-
Autres	-	-	8,5	-	7,6	-
p**	≠	≠	≠		≠	-
Ensemble	7,9	7,7	8,3	≠	7,9	8,3
	[7,8 - 8,0]	[7,5 - 7,8]	[8,2 - 8,4]		[7,8 - 8,0]	[8,3 - 8,4]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois DFA. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable, (selon le sexe, l'âge, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

(2) Le principe de construction du score est décrit en annexe 1.

Les facteurs associés à une moindre connaissance à partir d'un score de connaissances des modes de transmission

Afin de mieux caractériser les individus selon leur niveau de connaissances, un score a été construit à partir des réponses données aux questions concernant les circonstances de transmission. Sur les quatorze circonstances proposées, communes à tous les espaces géographiques, le score ne prend pas en compte les trois circonstances pour lesquelles il existe un risque uniquement dans certains cas (soins dentaires, acupuncture et tatouage/piercing).

Ce score synthétise les réponses données par chaque personne interrogée : un point a été attribué lors d'une réponse exacte et aucun point lors d'une réponse erronée. La valeur du score peut varier entre 0 et 10 où 0 indique la plus mauvaise connaissance et 10 la meilleure.

La Martinique se distingue par des scores de connaissances moins élevés que ceux de la Guadeloupe et de la Guyane

La habitants de Martinique, surtout les plus âgés, se distingue par un score de connaissances inférieur à celui de la Guadeloupe et de la Guyane, qui, quant à elle, possède le meilleur score (7,7 contre respectivement 7,9 et 8,3). En effet, à caractéristiques comparables (sexe, diplôme, niveau de précarité et lieu de naissance), la Martinique se distingue quasiment toujours par des scores de connaissances moins élevés que dans les deux autres départements. Par ailleurs, on notera que les DFA ont un score de connaissances inférieur à celui de la métropole, quelle que soit la caractéristique considérée.

Plus les personnes sont âgées moins leur score de connaissances est élevé

Si les scores de connaissances ne diffèrent pas chez les hommes et les femmes, en revanche, dans les trois départements, le score de connaissances des modes de transmission décroît avec l'âge sauf chez les individus de 18-24 ans qui possèdent un score de connaissances plus faibles que ceux âgés de 25-34 ans. Par exemple en Guyane, le score de connaissances des individus de 25-34 ans s'élève à 8,8 alors qu'à 18-24 ans ce même score est de 7,9. Il en ressort que les 18-24 ans des DFA ont le même score de connaissance que les 55-69 ans de métropole. Ce résultat montre donc l'effort de sensibilisation à produire au sein des populations jeunes sur la connaissance des modes de transmission du VIH.

Le diplôme, un facteur déterminant dans la connaissance des modes de transmission

Quelle que soit la classe d'âges, le niveau de connaissances des individus est d'autant plus faible que ceux-ci ont un niveau d'éducation peu élevé. Ainsi, dans les DFA, le score de connaissances des personnes ayant quitté le système scolaire sans diplôme avant 16 ans est de 6,2 alors que le score de connaissances de celles diplômées de l'enseignement supérieur est de 8,6. Ces écarts sont nettement plus marqués qu'en métropole. Quand on distingue les individus selon leur lieu de naissance, les personnes nées à hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud ou, dans une moindre mesure, nées dans le département d'enquête ont un niveau de connaissance des modes de transmission inférieur à ceux des personnes vivant dans les DFA nées en métropole.

Régression linéaire : déterminants, dans les DFA, de la connaissance des modes de transmission du VIH, mesurée à partir du score de connaissances

N=3014	Coefficient (1)	Intervalles de confiance à 95 %
Hommes		
Femmes	0,07	[-0,11-0,24]
Interrogé(e)s en Martinique		
En Guadeloupe	0,16	[0,003-0,33]
En Guyane	0,34	[0,17-0,51]
18-24 ans	0,41	[0,09-0,72]
25-34 ans	0,80	[0,53-1,07]
35-44 ans	0,58	[0,31-0,86]
45-54 ans	0,44	[0,15-0,72]
55-69 ans		
Sans diplôme		
CAP/BEP/BEPC	0,92	[0,70-1,15]
Baccalauréat ou études supérieures	1,26	[1,04-1,48]
Né(e)s dans la Caraïbe / Amérique du Sud		
Dans le département d'enquête	0,02	[- 0,30-0,34]
En métropole	0,38	[0,03-0,73]
Autre	0,24	[- 0,14-0,62]
Place accordée à la religion très importante		
Importante	0,31	[0,13-0,49]
Pas importante	0,52	[0,29-0,76]
Autre cohabitant(e)s		
Marié(e)s cohabitant(e)s	0,25	[0,02-0,49]
Non-cohabitant(e)s	0,05	[- 0,21-0,30]
Ne pas connaître une personne séropositive		
Connaître personnellement une personne séropositive	0,17	[- 0,01-0,36]
Ne pas se sentir concerné(e)s par campagnes d'info.		
Se sentir un peu concerné(e)s	0,35	[0,11-0,59]
Se sentir très concerné(e)s	0,40	[0,17-0,63]
Ne jamais avoir eu d'IST		
Avoir eu une IST dans les cinq ans	0,20	[- 0,01-0,42]
Avoir eu une IST il y a plus de cinq ans	0,09	[- 0,11-0,29]
Abstinents au cours des cinq dernières années		
Monopartenaires	0,13	[- 0,18-0,44]
Multipartenaires	0,05	[- 0,26-0,37]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les personnes interrogées en Guyane ont en moyenne un score de connaissances des modes de transmission du VIH plus élevé que celles interrogées en Martinique, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

La connaissance des modes de transmission est fortement liée au diplôme

Un modèle de régression a été construit afin d'identifier les déterminants du score de connaissances des modes de transmission du VIH, en fonction des résultats des analyses précédentes.

Les variables suivantes ont été intégrées au modèle : le sexe, le lieu où les personnes ont été interrogées, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, la place accordée à la religion, le statut matrimonial, la connaissance d'une personne séropositive, le fait de se sentir concerné par les campagnes d'informations sur le sida et les préservatifs, les antécédents d'infections sexuellement transmissibles et les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq années précédant l'enquête.

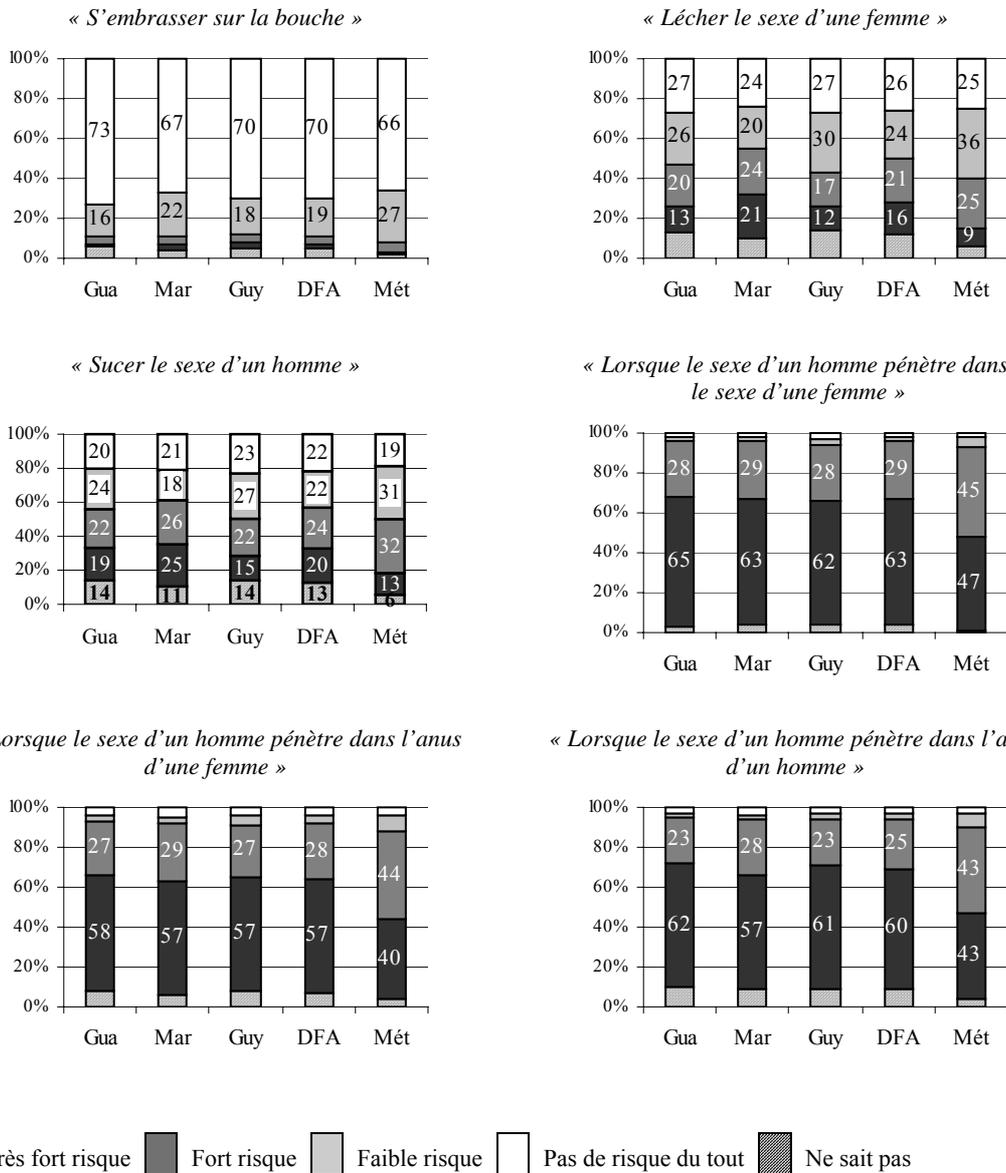
Quand on tient compte des autres variables, celles qui demeurent associées au fait d'avoir une probabilité supérieure d'avoir un score de connaissances plus élevé sont : être titulaire du baccalauréat ou d'un diplôme d'études supérieures et, dans une moindre mesure, d'un CAP/BEP/BEPC, être âgé de 18-54 ans, et plus particulièrement de 25-34 ans, accorder une place pas du tout importante à la religion, et dans une moindre mesure une place importante, être très concerné ou un peu concerné par les campagnes d'informations sur le sida et les préservatifs, être né en métropole, résider en Guyane, être marié et vivre en couple.

Dans les DFA comme en métropole, les autres variables présentées dans le modèle de régression ne sont pas significativement associées au score de connaissances des modes de transmission du VIH, en particulier les variables d'activité sexuelle, d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles, etc.

Ces différents éléments confirment donc le fait que la connaissance des modes de transmission du VIH est plus étroitement liée aux caractéristiques socio-démographiques des individus qu'à celles de leur activité sexuelle.

Répartition des personnes indiquant un niveau de risque de transmission du VIH par les pratiques sexuelles

« Pouvez-vous me dire pour chacune [des pratiques sexuelles] si il existe un risque de transmission du virus du sida ? »



La perception des risques du VIH associés aux pratiques sexuelles

Il était demandé aux personnes interrogées d'indiquer, pour chacune des pratiques sexuelles citées, le niveau de risque de transmission du VIH sur une échelle allant de « très fort risque » à « pas de risque du tout ». Les pratiques étaient citées dans cet ordre : « s'embrasser sur la bouche », « lécher le sexe d'une femme », « sucer le sexe d'un homme », « lorsque le sexe d'un homme pénètre dans le sexe d'une femme », « lorsque le sexe d'un homme pénètre dans l'anus d'une femme », « lorsque le sexe d'un homme pénètre dans l'anus d'un homme ».

Les populations distinguent les niveaux de risques associés aux pratiques

Globalement, la grande majorité des enquêtés, quel que soit l'espace géographique, déclare qu'embrasser sur la bouche est une pratique qui ne comporte pas de risque de transmission du virus du sida, que les pratiques bucco-génitales présentent davantage de risque et enfin, le risque de transmission du VIH associé aux pratiques sexuelles avec pénétration est largement connu. En effet, environ 90 % des individus déclarent qu'il existe un « très fort » ou un « fort » risque de transmission du VIH lors d'une pénétration vaginale. Seuls 2 % des enquêtés indiquent qu'il n'existe aucun risque ou indiquent ne pas le savoir. Si une large majorité déclare qu'il existe un « très fort » ou un « fort » risque de transmission du VIH lors d'une pénétration anale (entre un homme et une femme ou entre deux hommes), on note que près d'une personne sur dix déclare ne pas connaître l'existence d'un risque. De plus, comme dans l'enquête ACSAG, la pénétration anale ne semble pas être reconnue comme présentant davantage de risque par rapport au VIH que la pénétration vaginale. La pénétration anale entre un homme et une femme ou entre deux hommes semble pareillement considérée en termes de risque.

Maintien de connaissances erronées

Il convient néanmoins de souligner qu'une partie non négligeable de la population estime qu'il existe un « faible risque » en embrassant quelqu'un sur la bouche, variant de 16 % à 22 % selon les trois départements (atteignant 27 % en métropole) et une proportion relativement importante de personnes dans les DFA sur-estiment les risques associés aux pratiques bucco-génitales : 20 % attribuent un « très fort » risque de contamination lors d'une fellation (et 24 % un « fort » risque). Les personnes qui ont les moins bonnes connaissances des risques associés aux pratiques sexuelles ont des caractéristiques proches de celles méconnaissant le plus les modes de transmission : ce sont plus souvent des personnes âgées (15 % des 55-69 ans indiquent un « faible risque » ou « pas de risque du tout » lors d'une pénétration vaginale), pas diplômées (19 %), les personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (11 %).

Une homogénéisation des connaissances dans les trois départements

Bien que les intitulés des questions entre l'enquête de 1992 (ACSAG) et celle de 2004 ne soient pas identiques, les résultats observés en 2004 permettent de noter une homogénéisation des connaissances entre les trois départements. En effet, alors que l'enquête ACSAG montrait que la Guyane se distinguait de la Guadeloupe et de la Martinique par une moindre connaissance des risques de transmission par la pénétration vaginale, on note, en 2004, que les proportions des trois départements d'outre-mer ne présentent que peu de différences statistiques.

Pourcentages des personnes déclarant que l'on peut reconnaître une personne atteinte du virus du sida par des signes extérieurs (% de oui)

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	13,9	15,8	11,9	NS	14,3	10,4
Femmes	9,3	11,3	8,9	NS	10,1	7,9
p**	≠	NS	NS		≠	≠
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	12,9	15,6	9,6	NS	13,5	14,0
25-34 ans	11,0	15,9	8,7	NS	12,5	9,2
35-44 ans	12,6	11,6	10,6	NS	11,9	6,9
45-54 ans	12,1	18,0	11,9	NS	14,4	7,3
55-69 ans	8,9	7,5	12,4	NS	8,3	9,4
p**	NS	≠	NS		NS	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dipl., arrêt des études avant 16 ans	7,9	15,2	8,1	NS	10,7	12,6
Sans dipl., arrêt des études à 16 ans ou plus	11,8	15,0	11,1	NS	12,5	13,3
CAP/BEP/BEPC	12,9	11,7	13,2	NS	12,6	9,7
Baccalauréat ou équivalent	12,7	13,8	9,3	NS	12,7	8,4
Etudes supérieures	10,2	13,5	8,2	NS	11,4	7,1
p**	NS	NS	NS		NS	≠
<i>Selon le fait de connaître personnellement une personne séropositive</i>						
Connait une ou plusieurs personnes	13,3	14,2	11,3	NS	12,7	9,4
Ne connaît pas	11,2	13,3	10,1	NS	12,0	9,1
p**	NS	NS	NS		NS	NS
Ensemble	11,5 [9,4-13,9]	13,4 [11,2-16,1]	10,3 [8,3-12,8]	NS	12,1 [10,7-13,6]	9,1 [8,2-10,5]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable, (selon le sexe, l'âge, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

L'existence de signes extérieurs chez une personne contaminée par le virus du sida

Les personnes qui pensent qu'on peut reconnaître une personne séropositive peuvent avoir tendance à moins adopter de stratégies de prévention que les autres. C'est dans cette perspective qu'il était demandé aux personnes interrogées si, selon elles, on pouvait reconnaître par des signes extérieurs une personne contaminée par le virus du sida. Les réponses proposées étaient « oui », « peut-être », « non » ou « ne sait pas ». Il a été considéré que la réponse « oui » révélait probablement une méconnaissance des caractéristiques de l'infection à VIH.

Une croyance plus importante en des signes extérieurs de la maladie dans les DFA qu'en métropole

Si aucune différence statistique significative entre les trois départements n'apparaît, en revanche les écarts entre les DFA et la métropole sont plus marqués. En effet, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les habitants des Antilles-Guyane sont plus nombreux que ceux de métropole à déclarer qu'on peut reconnaître une personne atteinte du virus du sida par des signes extérieurs (12 % contre 9 %). En revanche, il convient de souligner que 20 % de la population de métropole n'est pas certaine (peut-être) de cette affirmation contre seulement 12 % de celle des DFA.

Alors qu'en métropole, les 18-24 ans sont les plus nombreux à déclarer qu'on peut reconnaître une personne atteinte du sida par des signes extérieurs (14 % contre environ 8 % pour le reste des classes d'âges), dans les DFA, ce sont les 55-69 ans qui sont significativement moins nombreux que les autres à affirmer l'existence de signes extérieurs de la maladie (environ 8 % contre 13 %). Et à la différence de ce qui est observé en métropole, dans les DFA, que les personnes soient diplômées ou non, elles sont autant (environ 12 %) à indiquer que l'on peut reconnaître une personne contaminée par le virus du sida par des signes extérieurs.

Par ailleurs, quel que soit l'espace géographique considéré, les personnes qui déclarent ne pas savoir si l'on peut reconnaître une personne atteinte du virus du sida ont un score de connaissances moins élevé que celles déclarant que « oui » on peut reconnaître une personne atteinte du sida, qui elles-mêmes ont un score moins élevé que celles déclarant « peut-être ». Enfin, ce sont les personnes indiquant que l'on ne peut pas reconnaître une personne atteinte du sida qui ont le score de connaissances le plus élevé. Par exemple, dans les DFA, les scores varient entre 6,6 et 8,0 (en métropole, entre 6,6 et 8,4).

Enfin, les personnes qui connaissent une personne séropositive sont aussi nombreuses que celles qui n'en connaissent pas à déclarer que l'on peut reconnaître une personne contaminée par le virus du sida par des signes extérieurs (respectivement 13 % et 12 %, dans les DFA).

Répartition des personnes selon leur niveau de connaissance du préservatif féminin

« Avez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin ? »²

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
Oui	82,6	81,7	85,2	82,6	72,0
Peut-être	1,3	2,0	1,6	1,7	6,3
Non	16,0	16,3	13,2	15,7	21,7
p*		NS			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes déclarant ne pas connaître le préservatif féminin

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	13,9	16,4	12,1	NS	14,8	18,8
Femmes	17,9	16,2	14,2	NS	16,5	24,4
p**	NS	NS	NS		NS	≠
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	9,4	5,3	6,9	NS	7,0	3,0
25-34 ans	7,2	9,5	8,5	NS	8,6	14,4
35-44 ans	16,3	13,9	12,6	NS	14,8	24,6
45-54 ans	16,6	20,2	16,3	NS	17,9	25,9
55-59 ans	30,1	27,9	30,9	NS	29,0	31,6
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	38,2	43,4	30,6	NS	38,8	43,5
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	23,3	18,9	19,9	NS	21,3	38,5
CAP/BEP/BEPC	11,2	10,5	10,5	NS	10,7	25,0
Baccalauréat ou équivalent	9,3	9,2	10,2	NS	9,6	14,0
Etudes supérieures	9,0	13,3	7,2	NS	10,7	12,7
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle</i>						
Abstinent	25,0	34,1	14,2	≠	28,6	31,0
Monopartenaire	18,5	17,5	17,0	NS	17,9	24,2
Multipartenaires avec part. successifs	11,0	10,7	7,9	NS	10,0	12,3
Multipartenaires avec part. simultanés	9,6	8,1	6,4	NS	9,0	13,3
p**	≠	≠	≠	NS	≠	≠
Ensemble	16,0	16,3	13,2		15,7	21,7
	[13,5 – 18,9]	[13,7 – 19,3]	[10,8 – 16,0]	NS	[14,1 – 17,5]	[20,4 – 23,0]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable, (selon le sexe, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

2 L'enquêteur avait pour consigne d'indiquer, uniquement si cela était nécessaire ou si la personne demandait une précision, le nom de deux marques de préservatifs féminins (Fémidon® ou Présinette®).

La connaissance du préservatif féminin

Il était demandé aux personnes interrogées si elles avaient déjà entendu parler du préservatif féminin. Les réponses proposées étaient : « oui », « peut-être », « non » ou « ne sait pas »³.

Les personnes les plus âgées sont plus nombreuses à ignorer l'existence du préservatif féminin

Dans les DFA, l'existence du préservatif féminin est largement connue puisque plus de 80 % des habitants ont déclaré le connaître, sans différence entre les trois départements. Cette proportion est supérieure à celle de la métropole où elle est de 72 %. Aux Antilles et en Guyane, les hommes et les femmes sont aussi nombreux à déclarer ne pas connaître le préservatif féminin, à la différence de la métropole où les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer ignorer l'existence du préservatif féminin (24 % contre 19 %). En revanche, les personnes les plus âgées sont les plus nombreuses à déclarer ne pas avoir entendu parler du préservatif féminin (29 % contre 7 % des 18-24 ans dans les DFA). De même que ce sont les personnes abstinentes ou monopartenaires qui connaissent le moins le préservatif féminin ou celles qui se déclarent « peu concernées » par les campagnes d'informations sur le sida.

Les personnes sans diplôme sont nettement plus nombreuses que les autres à déclarer ne pas connaître le préservatif féminin

Quel que soit l'espace géographique, les personnes sont d'autant plus nombreuses à ignorer l'existence du préservatif féminin que leur niveau d'études est faible. Ainsi, dans les DFA, parmi les personnes âgées de moins de 35 ans, près de 22 % des personnes sans diplôme ayant arrêté leur cursus scolaire avant 16 ans déclarent ne pas connaître le préservatif féminin alors que celles diplômées de l'enseignement supérieur sont trois fois moins nombreuses à être dans ce cas (près de 7 %).

Par ailleurs, c'est en Guyane que les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont nettement plus nombreuses que celles nées dans le département d'enquête et en métropole à déclarer ignorer l'existence du préservatif féminin (25 % contre respectivement 11 % et 9 %).

3 Les réponses « ne sait pas » sont incluses dans les réponses « non ».

Régression logistique : déterminants de la méconnaissance du préservatif féminin dans les DFA

N=3014	Odds-ratio (1)	Intervalles de confiance à 95 %
Hommes	1	
Femmes	1,06	[-0,08-0,21]
Interrogé(e)s en Martinique	1	
En Guadeloupe	1,09	[0,77-1,55]
En Guyane	1,07	[0,77-1,50]
18-24 ans	1	
25-34 ans	1,24	[0,70-2,21]
35-44 ans	2,02	[1,21-3,38]
45-54 ans	2,09	[1,23-3,57]
55-69 ans	2,89	[1,71-4,86]
Baccalauréat ou études supérieures	1	
CAP/BEP/BEPC	0,93	[0,64-1,36]
Sans diplôme	2,11	[1,48-3,01]
Né(e)s en métropole	1	
Dans le département d'enquête	1,22	[0,73-2,03]
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	1,72	[0,90-3,28]
Autre	0,81	[0,41-1,61]
Place accordée à la religion pas importante	1	
Importante	0,88	[0,59-1,30]
Très importante	0,85	[0,56-1,30]
Non-cohabitant(e)s	1	
Non-marié(e)s cohabitant(e)s	1,36	[0,92-2,03]
Marié(e)s cohabitant(e)s	1,36	[0,98-1,89]
Connaître personnellement une personne séropositive	1	
Ne pas connaître une personne séropositive	1,82	[1,15-2,88]
Se sentir très concerné(e)s par les campagnes d'info.	1	
Se sentir un peu concerné(e)s	1,57	[1,13-2,20]
Ne pas du tout se sentir concerné(e)s	2,50	[1,75-3,55]
Multipartenaires au cours des cinq dernières années	1	
Monopartenaires	1,27	[0,87-1,84]
Abstinents	2,50	[1,59-3,92]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les personnes interrogées âgées de 35-44 ans ont une probabilité supérieure à celles âgées de 18-24 ans de méconnaître le préservatif féminin, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

La méconnaissance du préservatif féminin est fortement associée au rapport lointain que les personnes ont avec la question du VIH/sida

Un modèle de régression a été construit afin d'identifier les déterminants de la méconnaissance du préservatif féminin, en fonction des résultats des analyses précédentes.

Les variables suivantes ont été intégrées au modèle : le sexe, le lieu où les personnes ont été interrogées, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, la place accordée à la religion, le statut matrimonial, la connaissance d'une personne séropositive, le fait de se sentir concerné par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs et les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq dernières années.

Quand on tient compte des autres variables, celles associées à la méconnaissance du préservatif féminin sont : être âgé de 35-69 ans, et plus particulièrement de 55-69 ans, ne pas avoir eu de rapports sexuels au cours des cinq dernières années, ne pas du tout se sentir concerné par les campagnes d'informations sur le sida et les préservatifs, et dans une moindre mesure se sentir un peu concerné, être sans diplôme et ne pas connaître une personne séropositive.

Les autres variables présentées dans le modèle de régression logistique ne sont pas significativement associées à la méconnaissance du préservatif féminin.

Pourcentages de personnes considérant les moyens efficaces (« tout à fait » ou « plutôt ») pour se protéger du VIH

« Je vais vous citer un certain nombre de moyens éventuels pour se protéger 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 »

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
Stratégies efficaces de protection du VIH						
Utiliser un préservatif masculin	87,2	87,0	92,3	≠	87,9	92,8
Utiliser un préservatif féminin	63,3	56,5	70,8	≠	61,8	51,3
Stratégies inefficaces de protection du VIH						
Se retirer avant la fin du rapport sexuel	13,3	13,6	10,1	NS	12,8	12,3
Se laver après l'acte sexuel	16,0	24,1	15,3	≠	19,2	19,1
Stratégies « complémentaires » ou « alternatives » de protection du VIH						
Faire régulièrement un test de dépistage	55,9	69,6	59,4	≠	62,2	63,5
Demander un test à son partenaire	67,9	79,3	69,3	≠	72,8	80,1
Poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée	44,8	58,8	40,8	≠	50,0	51,3
Choisir correctement ses partenaires	37,7	49,1	34,5	≠	42,2	54,5
Avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents	29,6	40,2	27,2	≠	33,9	43,6

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les connaissances sur l'efficacité des moyens de se protéger du VIH/sida

Il était demandé aux personnes interrogées d'évaluer l'efficacité éventuelle de différents moyens proposés pour se protéger du VIH selon une échelle allant de « tout à fait efficace » à « pas du tout efficace ». Les différents moyens étaient proposés dans un ordre aléatoire pour éviter les biais dans les déclarations.

Le préservatif masculin recueille la plus forte proportion de personnes déclarant qu'il est « tout à fait efficace » d'utiliser ce moyen pour se protéger du VIH

Parmi les moyens éventuels de protection proposés, 76 % des habitants de la Guyane, 69 % de ceux de la Guadeloupe et 65 % de ceux de la Martinique considèrent le préservatif masculin comme étant « tout à fait efficace ». Mais il faut noter qu'environ 12 % des personnes dans les DFA (et 7 % en métropole) considèrent que le préservatif masculin est un moyen « peu » ou « pas du tout » efficace ou n'ont pas su donner un avis sur son efficacité. Au total, 88 % des habitants des DFA jugent le préservatifs masculins efficace, soit une proportion significativement moindre que celle enregistrée en métropole (93 %). En revanche, l'efficacité du préservatif féminin est davantage reconnue dans les DFA qu'en métropole mais encore insuffisamment. En effet, alors que 80 % de la population des DFA connaît le préservatif féminin (72 % en métropole), 62 % déclarent qu'il s'agit d'un moyen efficace (51 % en métropole) mais environ une sur dix déclare ignorer l'efficacité de ce moyen pour se protéger du sida.

Les personnes connaissent dans leur majorité l'inefficacité de la toilette intime ou du retrait comme moyen de protection du VIH

Globalement, la population des DFA sait dans une large proportion que le fait de se retirer avant la fin de l'acte sexuel ou de se laver après l'acte sexuel n'est pas efficace pour se protéger du sida. Toutefois, malgré le niveau élevé de connaissances, entre 15 % et 20 % des personnes attribuent à ces deux moyens une certaine efficacité ou déclarent ignorer s'il s'agit de moyens de protection efficaces contre le VIH. Ces proportions sont élevées puisque loin de protéger du VIH, le fait de se laver après l'acte sexuel peut accroître les risques de transmission du VIH, en fragilisant les muqueuses.

Le recours régulier au test de dépistage : une stratégie qui recueille une forte adhésion de la population des DFA comme de celles de métropole

Parmi les moyens éventuels de protection du VIH qui étaient proposés dans le questionnaire, certains peuvent être considérés comme des stratégies « alternatives » ou « complémentaires » à l'utilisation du préservatif car elles peuvent présenter une certaine efficacité en termes de réduction des risques. Leur efficacité est néanmoins peu avérée car répondant à des critères assez subjectifs, comme par exemple le fait de « faire régulièrement un test », « de choisir correctement son partenaire ». Force est de constater que ces stratégies recueillent une proportion relativement élevée de personnes les estimant efficaces mais plutôt de façon moindre qu'en métropole.

Le fait de faire régulièrement un test de dépistage est considéré comme étant efficace pour se protéger du VIH par près de six personnes sur dix aux Antilles et en Guyane comme en métropole, soit une proportion comparable à celle des personnes qui déclarent que le préservatif féminin est efficace pour se protéger du VIH. C'est en Martinique que l'efficacité perçue du recours régulier au test de dépistage est la plus importante, au point d'être supérieure à celle des personnes estimant le préservatif féminin comme étant efficace (70 % contre 57 %). Même si les pourcentages sont relativement élevés et qu'ils nous amènent à nous interroger sur les risques que cette démarche peut engendrer pour l'individu, il est important de préciser que ces résultats sont nettement inférieurs à ceux issus de l'enquête ACSAG. Par exemple, en Guadeloupe, en 1993, 90 % des personnes interrogées ont estimé que la démarche de faire régulièrement un test de dépistage était efficace alors que dans l'enquête KABP, dans ce même département, la proportion est de 56 %.

Enfin, il convient de souligner que le test de dépistage ne peut être considéré comme un moyen de se protéger du sida s'il constitue pour l'individu uniquement un facteur de réassurance dans le cas de comportements à risque. Il est donc important de comprendre la valeur que lui accordent les individus et les motivations qui les incitent à y recourir. Néanmoins, même si la perception de l'efficacité de faire régulièrement un test de dépistage est largement partagée dans les DFA comme en métropole, les données des cas de sida comme de séropositivités montrent un recours tardif au dépistage dans les DFA.

La Martinique se distingue de la Guadeloupe et de la Guyane par une moindre connaissance de l'efficacité des moyens de se protéger du VIH/sida

La Martinique se distingue des deux autres départements par une proportion plus faible de personnes attribuant aux préservatifs (masculins ou féminins) une efficacité et inversement par une proportion assez élevée de personnes attribuant à des stratégies peu ou pas fiables une grande efficacité. De même, la population de la Martinique se distingue, là encore, de celle de la Guadeloupe ou de la Guyane, par une proportion plus élevée de personnes attribuant à des moyens inefficaces (toilette intime ou retrait) une certaine efficacité.

Les personnes sans diplôme ont une moins bonne connaissance de l'efficacité des moyens de se protéger du VIH

Quels que soient les moyens proposés et la classe d'âges considérés, les personnes non-diplômées, notamment celles ayant quitté le système scolaire avant 16 ans, sont nettement plus nombreuses que les autres à indiquer ne pas savoir si le moyen proposé est efficace pour se protéger du VIH. Par exemple, en Guadeloupe, parmi les personnes âgées de plus de 35 ans, 11 % de celles ayant arrêté leur cursus scolaire avant 16 ans déclarent ignorer si le préservatif masculin est efficace ou pas contre moins de 2 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur (10 % contre 1 % en Martinique, 6 % contre 0 % en Guyane). En ce qui concerne le préservatif féminin, les proportions sont respectivement de 23 % et 11 % en Guadeloupe, de 22 % et 9 % en Martinique et de 20 % et 10 % en Guyane.

De plus, la proportion de personnes attribuant une grande efficacité à des moyens peu ou pas fiables est nettement plus importante chez les personnes non-diplômées ayant quitté le système scolaire avant 16 ans que chez celles diplômées de l'enseignement supérieur. Ainsi, la proportion de personnes indiquant qu'il est « tout à fait » efficace de choisir correctement son partenaire pour se protéger du VIH passe du simple au double entre ces deux populations (de 18 % à 35 % en Guadeloupe, de 25 % à 51 % en Martinique, et 16 % à 31 % en Guyane).

Les personnes nées dans la Caraïbe ou dans le département d'enquête ont tendance à davantage valoriser les moyens de se protéger du VIH peu ou pas fiables que celles nées en métropole

Alors que le préservatif masculin et le préservatif féminin sont considérés comme des moyens « tout à fait » efficaces quel que soit le lieu de naissance des personnes interrogées, les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud ou dans le département d'enquête sont en revanche nettement plus nombreuses que celles nées en métropole à attribuer une grande efficacité à des moyens tels que le fait de se retirer avant la fin de l'acte sexuel, de se laver après l'acte sexuel ou encore de faire régulièrement un test de dépistage, ou à indiquer ne pas savoir si le moyen proposé est efficace pour se protéger du VIH. Par exemple, en Guyane, 16 % des personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud estiment le fait de se laver après l'acte sexuel comme « tout à fait efficace » (11 % parmi celles nées dans le département d'enquête) contre 5 % de celles nées en métropole. Ou encore, en Guadeloupe comme en Guyane, la proportion de personnes estimant qu'il est « tout à fait efficace » de choisir correctement son partenaire passe pratiquement du simple au double entre les deux sous-populations de ces deux départements (de 15 % à 29 % en Guadeloupe, de 19 % à 35 % en Guyane).

2. La connaissance des traitements face au VIH/sida

Les Antilles et la Guyane se distinguent très nettement de la métropole, sans différence selon le sexe, par une relative méconnaissance concernant l'existence des traitements contre le virus du sida. En effet, plus de la moitié des personnes y ont indiqué ne pas avoir « entendu parler » des traitements contre le virus du sida, soit une proportion près de deux fois supérieure à celle enregistrée en métropole. Cette méconnaissance est plus marquée parmi les hommes et les femmes de Martinique, et inversement c'est en Guyane qu'elle l'est le moins. Par ailleurs, quel que soit le département, ce sont les personnes des classes d'âges extrêmes, les personnes sans diplôme, ou encore celles qui ont les connaissances des modes de transmission les plus faibles qui sont les plus nombreuses à déclarer ne pas connaître les traitements contre le sida. Parmi les personnes qui ont déclaré avoir entendu parler des traitements contre le sida, l'efficacité de ceux-ci est largement connue ainsi que le fait que ces traitements ne permettent pas de guérir définitivement du sida.

Cinq ans après la mise en place des traitements d'urgence, ceux-ci ne sont connus que par une faible proportion de personnes dans les DFA, comme c'est aussi le cas en métropole.

Bien que les habitants des DFA aient des opinions très contrastées sur un éventuel relâchement des comportements de prévention « des gens » depuis l'arrivée des traitements, ils sont moins nombreux qu'en métropole à indiquer que « les gens » ont relâché leurs comportements de prévention. Et, ils sont aussi significativement moins nombreux qu'en métropole à penser qu'ils font, eux-mêmes, moins attention à la prévention du sida qu'avant du fait des traitements.

Répartition des personnes selon leur connaissance de l'existence de traitements contre le sida

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

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
Oui	45,7	42,7	52,6	45,5	65,5
Peut-être	3,8	2,1	2,1	2,8	6,1
Non	50,5	55,2	45,3	51,7	28,4
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes déclarant méconnaître les traitements contre le sida (% de non) selon le sexe ou le diplôme

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	47,4	54,2	44,0	≠	49,6	29,4
Femmes	53,1	56,1	46,5	≠	53,6	27,5
p**	NS	NS	NS		NS	NS
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	70,3	77,3	78,9	NS	73,9	50,3
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	65,3	75,6	65,8	NS	69,5	47,5
CAP/BEP/BEPC	57,1	59,0	48,9	NS	56,9	37,4
Baccalauréat	40,5	43,7	35,6	NS	41,3	22,5
Supérieur	25,1	30,6	22,1	NS	27,1	12,0
p**	≠	≠	≠		≠	≠
Ensemble	50,5	55,2	45,3	NS	51,7	28,4
	[46,8-54,1]	[51,6-58,7]	[41,6-49,0]		[49,4-53,9]	[26,9-30,0]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable, (selon le sexe, le diplôme). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La connaissance des trithérapies ou multithérapies

Il était demandé aux personnes interrogées d'indiquer si elles avaient entendu parler des traitements contre le virus du sida, appelés aussi trithérapies ou multithérapies.

Aux Antilles et en Guyane, plus d'une personne sur deux déclare ne pas connaître les traitements contre le sida contre moins du tiers en métropole

Dans les DFA, 52 % des personnes ont indiqué ne pas avoir « entendu parler » des traitements contre le virus du sida, soit une proportion près de deux fois supérieure à celle enregistrée en métropole où c'est le cas de 28 % des personnes. Les Antilles et la Guyane se caractérisent donc par une relative méconnaissance concernant l'existence de traitements contre le sida, sans différence significative selon le sexe. C'est chez les hommes comme chez les femmes de Martinique que cette méconnaissance est la plus marquée et inversement chez ceux et celles de Guyane qu'elle l'est la moins, avec 55 % de personnes en Martinique indiquant ne pas avoir entendu parlé des traitements contre 45 % en Guyane. Par ailleurs, quel que soit le département, la proportion de personnes ayant indiqué ne pas connaître l'existence des traitements est la plus élevée aux classes d'âges extrêmes (chez les plus jeunes et chez les plus âgés), comme c'est également le cas en métropole, avec, dans les DFA, des proportions de 58 % chez les 18-24 ans et de 55 % chez les 55-69 ans contre 49 % entre 25 et 55 ans

Les personnes sans diplôme sont nettement plus nombreuses à déclarer ne pas connaître les traitements contre le sida

Quels que soient l'espace géographique et la classe d'âges considérés, moins les personnes sont diplômées plus elles sont nombreuses à avoir déclaré ne pas connaître les traitements contre le virus du sida. En Guyane, par exemple où les différences selon le niveau d'études sont les plus marquées, 79 % des individus sans diplôme et ayant arrêté leur cursus scolaire avant l'âge de 16 ans ont déclaré ne pas connaître l'existence des traitements contre le sida contre 22 % des individus ayant un niveau d'études supérieures. A niveau d'études comparable, il ne semble pas exister de différence entre les trois départements, en revanche, les écarts entre les DFA et la métropole sont très marqués, manifestant une moindre connaissance dans les départements d'outre-mer, et cela à tous les niveaux d'études. Ainsi, parmi les personnes ayant quitté le système scolaire sans diplôme avant 16 ans, 74 % dans les DFA ont déclaré méconnaître l'existence des traitements contre le sida contre 50 % en métropole. Les proportions sont respectivement de 27 % et 12 % chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur.

On peut noter aussi que, à niveau de diplôme comparable, les personnes ayant été dans des situations de précarité au cours des cinq dernières années sont systématiquement plus nombreuses à ignorer l'existence des traitements. Par exemple, parmi les personnes faiblement diplômées (CAP, BEP ou BEPC), celles n'ayant pas été dans des situations de précarité au cours des cinq dernières années sont 52 % dans les DFA à ignorer l'existence des traitements contre 63 % parmi celles ayant vécu différentes situations de précarité (parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur, les proportions sont respectivement de 26 % et 38 %).

Pourcentages de personnes déclarant méconnaître les traitements contre le sida (% de non) selon le niveau perçu d'information sur le sida, le niveau de connaissance des modes de transmission ou le fait de connaître une personne séropositive

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (N=5071)
<i>Selon le sentiment d'être suffisamment informé sur le sida</i>						
Tout à fait suffisamment informé sur le sida	40,7	51,0	29,6	≠	44,5	-
Plutôt suffisamment informé sur le sida	53,1	49,1	48,8	NS	50,7	-
Pas assez / pas du tout suffisamment informé	54,9	66,0	54,0	≠	59,0	-
p**	≠	≠	≠		≠	
<i>Selon le niveau de connaissance sur les modes de transmission du virus du sida (2)</i>						
Niveau le plus élevé de connaissance	47,9	39,4	35,4	≠	41,6	17,0
Niveau intermédiaire de connaissance	47,0	55,0	52,8	NS	51,6	31,8
Niveau le plus faible de connaissance	55,8	69,7	58,7	≠	63,2	46,5
p**	NS	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le fait de connaître une personne séropositive</i>						
Connaît au moins une personne	36,1	35,4	33,9	NS	35,0	15,6
Ne connaît pas de personne séropositive	53,9	58,1	49,9	≠	55,3	32,0
p**	≠	≠	≠		≠	≠
Ensemble	50,5	55,2	45,3	NS	51,7	28,4
	[46,8-54,1]	[51,6-58,7]	[41,6-49,0]		[49,4-53,9]	[26,9-30,0]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable, (selon le sentiment d'être suffisamment informé sur le sida, selon le fait de connaître une personne séropositive, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

(2) Cette typologie est construite à partir du score de connaissance des modes de transmission (cf. chapitre 1)

L'existence des traitements est principalement méconnue des personnes peu concernées par la question du VIH/sida

La méconnaissance de l'existence des traitements contre le sida peut principalement être observée parmi les personnes pour lesquelles la question du VIH/sida apparaît relativement lointaine ou floue : notamment parmi celles qui ont les connaissances les plus faibles des modes de transmission du sida, parmi les personnes qui déclarent ne pas se sentir suffisamment informées sur le VIH/sida, parmi celles indiquant ne connaître aucune personne séropositive, parmi les personnes n'ayant jamais fait de test de dépistage au cours de leur vie ou encore parmi celles n'ayant pu évaluer leur risque d'être contaminées par le virus du sida par rapport à la moyenne des gens ¹.

Ces différentes tendances peuvent être observées dans toutes les classes d'âges : ainsi, par exemple, parmi les personnes âgées de 25 à 34 ans, celles qui n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH sont 56 % à avoir indiqué ignorer l'existence des traitements contre 41 % parmi les personnes du même âge ayant fait un test durant les douze mois précédant l'enquête. Toujours dans cette même classe d'âges, les traitements sont méconnus par 57 % des personnes ayant le niveau de connaissances le plus faible sur les modes de transmission du sida contre 39 % parmi celles ayant le niveau le plus élevé.

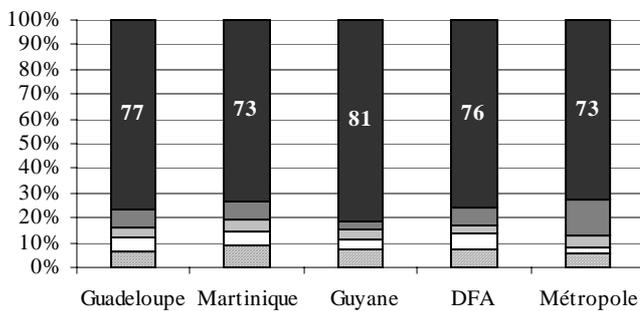
A caractéristiques comparables (même niveau perçu d'information, même niveau de connaissance, même recours au test de dépistage du VIH, etc.), la Martinique se distingue quasiment toujours par des proportions de personnes ignorant l'existence des traitements contre le sida plus élevées que dans les deux autres départements. Ainsi, par exemple, parmi les personnes ayant effectué un test de dépistage dans les douze derniers mois, 33 % en Guadeloupe et 39 % en Guyane ont indiqué méconnaître l'existence des traitements contre 52 % en Martinique.

1 Proportion de personnes ayant répondu « ne sait pas » à la question : « 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 ? »

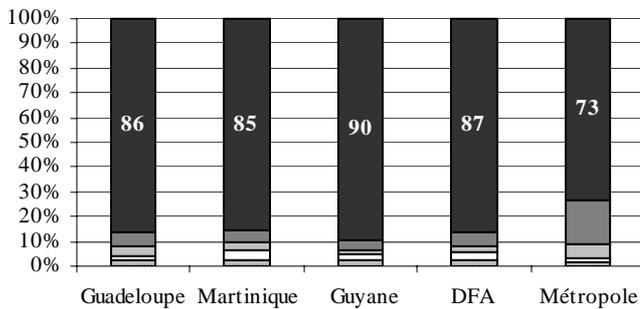
Connaissance sur l'efficacité des traitements contre le sida (parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà entendu parler des traitements ou en avoir *peut-être* entendu parler)

« A propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les phrases suivantes» (phrases citées dans un ordre aléatoire) :

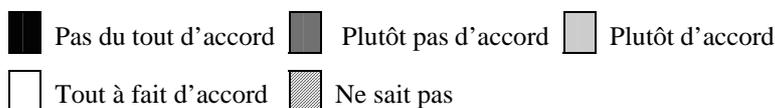
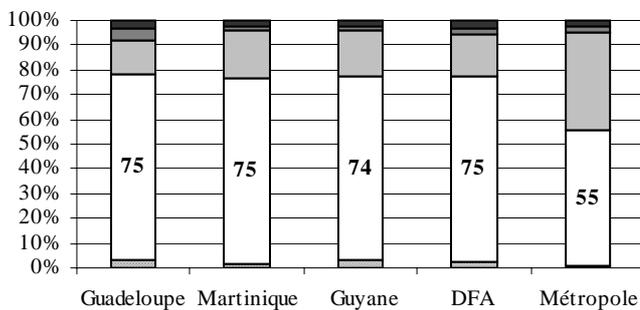
Grâce à ces traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida



Grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida



Grâce à ces traitements, les malades du sida vivent plus longtemps



Les connaissances sur l'efficacité des traitements contre le sida

Il était demandé aux personnes ayant déclaré avoir déjà entendu parler des traitements contre le virus du sida (ou en avoir peut-être entendu parler) d'indiquer si elles étaient d'accord ou pas avec trois affirmations. Pour éviter les biais de déclarations, celles-ci leur étaient proposées dans un ordre aléatoire : « les séropositifs traités ne transmettent plus le sida », « on guérit définitivement du sida » et « les malades du sida vivent plus longtemps ».

Les personnes ayant entendu parler des traitements contre le sida connaissent bien, dans leur majorité, le degré d'efficacité de ces traitements

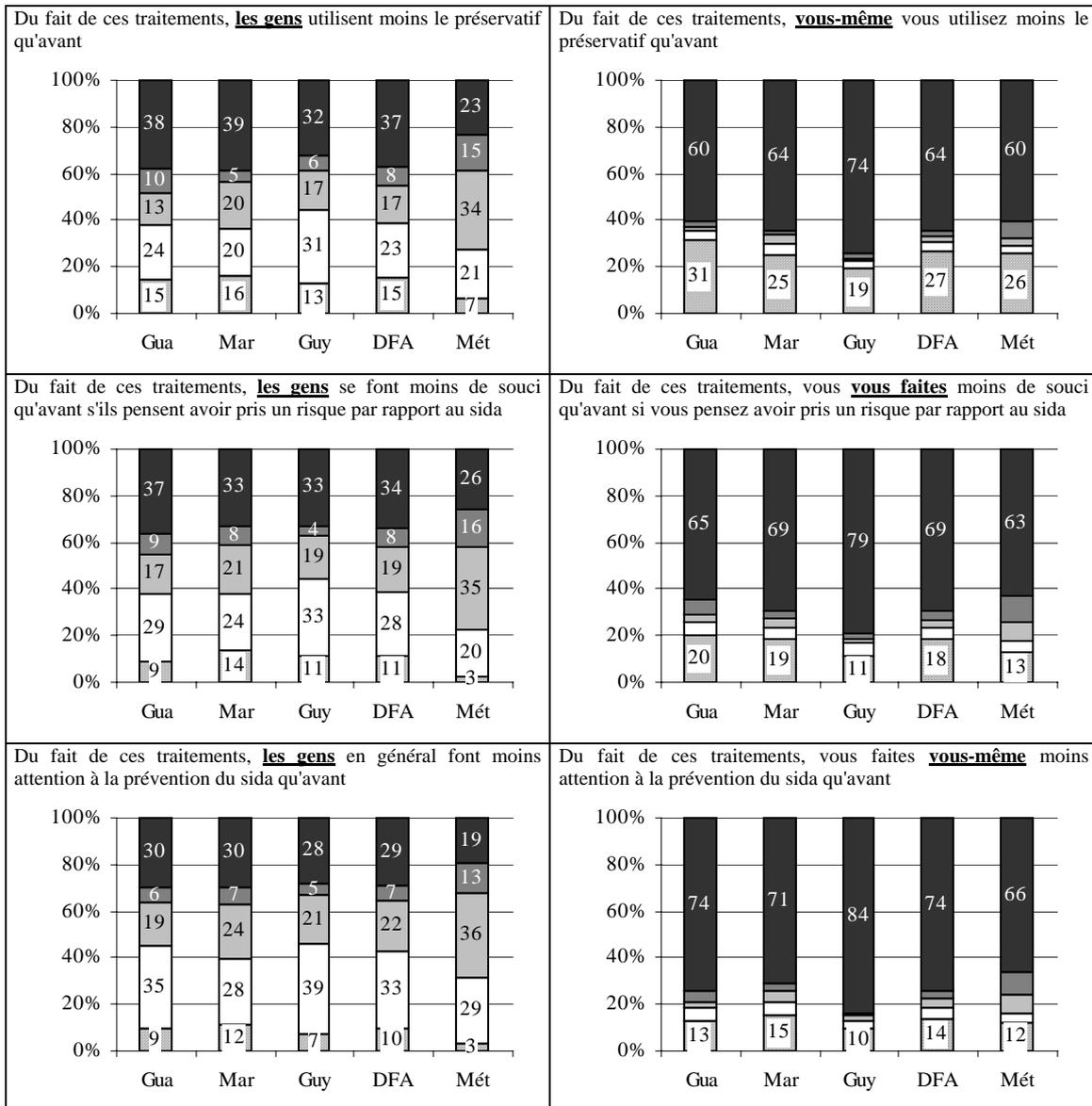
Les personnes ayant entendu parler des traitements contre le sida ont, quel que soit l'espace géographique considéré, une bonne connaissance de l'efficacité de ceux-ci. En effet, plus de quatre individus sur cinq, sans différence entre les hommes et les femmes, ont déclaré ne pas être d'accord (« plutôt pas » ou « pas du tout ») avec l'affirmation selon laquelle grâce aux traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida ou que, grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida. Et ils sont autant à déclarer être d'accord (« tout à fait » ou « plutôt ») avec l'affirmation selon laquelle grâce aux traitements, les malades du sida vivent plus longtemps. Il n'existe pas de différence entre les trois départements. En revanche, comparés à la métropole, les DFA se caractérisent par des avis nettement moins nuancés sur les affirmations : 87 % indiquent n'être « pas du tout d'accord » avec l'affirmation selon laquelle grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida (et 5 % « plutôt pas d'accord ») contre 73 % en métropole (et 18 % « plutôt pas d'accord »). Ils sont aussi 75 % à se dire « tout à fait d'accord » avec le fait que grâce à ces traitements, les malades du sida vivent plus longtemps contre 55 % en métropole (respectivement 17 % et 40 % de personnes « plutôt d'accord »).

Parmi les personnes qui ont entendu parler des traitements contre le sida, près de 90 % d'entre elles savent que les individus atteints de cette maladie doivent suivre un traitement durant toute leur vie. Moins de 3 % indiquent que ce traitement doit être suivi quelques mois, 7 % disent qu'il doit être suivi quelques années et seules 3 % déclarent ignorer sa durée.

Si peu de différences par âge peuvent être notées, en revanche, que ce soit pour indiquer la durée des traitements ou évaluer leur efficacité, les personnes ont d'autant moins su répondre à ces questions qu'elles étaient faiblement diplômées. Ainsi, 22 % des personnes sans diplôme ayant quitté le système scolaire avant 16 ans pensent que « les séropositifs traités ne transmettent plus le sida » contre 7 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Elles sont aussi 17 % à penser que « grâce aux traitements, on guérit définitivement du sida » (contre 3 % des personnes diplômées du supérieur). Enfin, 14 % déclarent ignorer la durée des traitements (contre 3 % des personnes diplômées du supérieur). Les personnes faiblement ou pas diplômées sont donc moins nombreuses à connaître l'existence des traitements contre le sida et lorsque c'est le cas, ignorent davantage que les autres l'efficacité de ceux-ci.

Changements perçus de comportements des autres et de soi-même du fait de l'existence des traitements contre le sida (parmi les personnes ayant entendu parler des traitements)

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



Pas du tout d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord
 NSP (+ Non concerné quand il s'agit de « vous-même »)

Impact perçu sur les comportements de prévention de l'existence des traitements contre le sida

L'arrivée des multithérapies antirétrovirales a eu un impact majeur sur la vie des personnes séropositives ou malades du sida, en retardant la survenue de la phase sida de l'infection, en diminuant la mortalité liée au sida et, de façon plus générale, en permettant aux personnes touchées d'avoir une meilleure qualité de vie qu'auparavant. Du fait de ce contexte plus favorable, l'existence de ces traitements a également pu contribuer à favoriser une moindre crainte du VIH/sida dans la population générale, et de ce fait, une prévention moins soutenue, notamment par un relâchement des comportements sexuels de prévention.

C'est dans cette perspective qu'il était demandé aux personnes ayant connaissance de l'existence des traitements contre le sida si elles pensaient que du fait de ces traitements, les gens utilisaient moins le préservatif qu'avant, s'ils se faisaient moins de souci quand ils pensaient avoir pris un risque et si, toujours du fait de ces traitements, les gens faisaient moins attention à la prévention du sida qu'avant. Ces questions étaient posées, non pas seulement en ce qui concerne le comportement perçu des autres mais également celui de la personne interrogée (*vous-même*, du fait de ces traitements, vous faites moins attention à la prévention du sida qu'avant, etc.).

Les habitants des DFA ont des opinions très contrastées sur le comportement de prévention « des gens »

Aux Antilles et en Guyane, environ un tiers des personnes indiquent être « tout à fait d'accord » avec le fait qu'il existerait « chez les gens » un relâchement des comportements de prévention (moindre utilisation du préservatif, moindre attention portée à la prévention du sida, moindre inquiétude en cas de prise de risque), un autre tiers des personnes indiquent, au contraire, n'être « pas du tout d'accord » avec cette affirmation et le dernier tiers des personnes adoptent une position plus nuancée (« plutôt d'accord » ou « plutôt pas d'accord ») ou indiquent ne pas le savoir. Au total, pour la moindre utilisation du préservatif et la moindre inquiétude en cas de prise de risque, la proportion de personnes ayant déclaré être d'accord (« tout à fait » ou « plutôt ») avec le fait qu'il y aurait un relâchement des comportements de prévention chez « les gens » est à peu près équivalente à celles des personnes ayant déclaré n'être pas d'accord (« pas du tout » ou « plutôt pas »). En revanche, il y a davantage de personnes d'accord avec l'idée selon laquelle les gens, du fait des traitements, font en général moins attention à la prévention du sida qu'avant (54 % et 36 %).

Les habitants des DFA sont moins nombreux qu'en métropole à indiquer que « les gens » ont relâché leurs comportements de prévention

Que ce soit lorsqu'il est question de la moindre utilisation du préservatif, de la moindre attention portée à la prévention du sida ou de la moindre inquiétude en cas de prise de risque, les habitants des DFA sont nettement moins nombreux que ceux de métropole à percevoir chez « les gens » un relâchement des comportements de prévention depuis l'existence des traitements. En effet, si 55 % des habitants de métropole ont indiqué être d'accord avec le fait que les gens utilisent moins le préservatif qu'avant, ce n'est le cas que de 40 % des personnes dans les DFA. De même que 55 % des personnes en métropole ont indiqué que, du fait des traitements, les gens se font moins de souci qu'avant s'ils pensent avoir pris un risque par rapport au sida contre 47 % aux Antilles et en Guyane. La Guyane se distingue des deux départements antillais par des proportions plus importantes de personnes percevant un relâchement des comportements de prévention chez « les gens », proportions proches de celles observées en métropole.

Aux Antilles et en Guyane, environ 70 % des personnes indiquent ne pas avoir « du tout » relâché leurs propres comportements de prévention

Si les habitants des DFA sont moins nombreux qu'en métropole à indiquer que « les gens » ont relâché leurs comportements de prévention, ils sont aussi significativement moins nombreux qu'en métropole à penser qu'ils font « eux-mêmes » moins attention à la prévention du sida qu'avant, qu'ils se font moins de souci s'ils pensent avoir pris un risque par rapport au sida ou encore qu'ils utilisent moins le préservatif qu'avant, du fait des traitements. Dans les DFA, ils sont, par exemple, 74 % à se dire « tout à fait » en désaccord avec l'idée qu'ils feraient moins attention à la prévention qu'avant contre 66 % en métropole.

Les écarts entre ce que les personnes interrogées perçoivent des comportements des gens et de ce qu'ils indiquent de leurs propres comportements sont donc relativement importants. C'est en Guyane que les personnes interrogées sont les plus nombreuses à percevoir un relâchement des comportements de prévention chez « les gens » alors qu'elles sont aussi les plus nombreuses à dire que leurs propres comportements de prévention n'a pas changé du fait des traitements. Elles sont en effet 84 % à se dire « tout à fait » en désaccord avec le fait qu'elles feraient moins attention à la prévention du sida qu'avant contre 72 % des personnes aux Antilles.

Les personnes faiblement diplômées déclarent davantage que les autres avoir relâché leurs propres comportements de prévention du fait des traitements

S'il n'existe pas de différence notable d'appréciation sur les changements de comportements de prévention entraînés par l'existence des traitements contre le sida selon le sexe des individus, ou les caractéristiques de leur activité sexuelle ou encore les éléments relatifs à leur proximité ou pas au VIH/sida (perception du risque, connaissance d'une personne séropositive, perception d'être suffisamment informée, etc.), en revanche, les déclarations varient sensiblement selon l'âge et le diplôme des personnes interrogées. Ainsi, plus celles-ci sont âgées plus elles sont nombreuses à déclarer un relâchement des comportements : à 55-69 ans, les habitants des DFA sont par exemple 55 % à penser que, du fait des traitements, « les gens » se font moins de souci qu'avant s'ils pensent avoir pris un risque alors que cette proportion est de 40 % parmi les personnes de 18-24 ans (62 % contre 44 % en métropole). Les personnes faiblement diplômées sont aussi les plus nombreuses à déclarer une baisse de vigilance de leur part : parmi les individus non-diplômés, près de 20 % indiquent qu'ils se font eux-mêmes moins de souci qu'avant alors que cette proportion est de moins de 5 % parmi les individus diplômés de l'enseignement supérieur (30 % contre 3 % à 35-44 ans). Cette même tendance est observée en métropole : tous âges confondus, les proportions sont respectivement de 25 % et 9 %.

Répartition des personnes selon la connaissance de l'existence d'un traitement d'urgence

« 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 %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
Oui	15,0	13,4	19,6	15,0	13,8
Peut-être	2,0	1,7	2,1	1,9	6,3
Non	83,0	84,9	78,3	83,1	79,9
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes déclarant connaître l'existence d'un traitement d'urgence (% de oui)

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)	p*
<i>Selon le sexe</i>							
Hommes	17,6	15,0	19,0	NS	16,9	14,7	NS
Femmes	12,6	11,9	20,1	≠	13,3	12,9	NS
p**	NS	NS	NS		≠	NS	
<i>Selon le diplôme</i>							
Sans diplôme	12,3	8,8	10,1	NS	10,7	12,0	NS
CAP/BEP/BEPC	14,0	12,5	20,7	NS	14,2	12,3	NS
Baccalauréat	15,4	12,8	18,2	NS	14,7	11,9	NS
Supérieur au bac.	19,9	21,1	28,4	NS	22,1	17,5	≠
p**	NS	≠	≠		≠	≠	
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle des 12 derniers mois</i>							
Abstinentes	13,6	11,8	16,4	NS	13,2	16,1	NS
Monopartenaires	14,1	13,8	17,5	NS	14,5	13,3	NS
Multipartenaires	20,0	12,9	33,2	≠	18,9	15,2	NS
p**	NS	NS	NS		NS	NS	
Ensemble	15,0 [12,5-17,8]	13,4 [11,1-16,0]	19,6 [16,9-22,6]	≠	15,0 [13,5-16,6]	13,8 [12,7-15,0]	NS

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, le diplôme, etc.). NS : écart non significatif.

La connaissance de l'existence d'un traitement d'urgence

En 1998, les recommandations françaises en matière de prophylaxie antirétrovirale après exposition professionnelle au VIH chez le personnel de santé ont été étendues à travers une circulaire à l'ensemble des accidents d'exposition au VIH, que ce soit une exposition sexuelle ou une exposition accidentelle au sang ou à des liquides biologiques susceptibles d'être contaminants (partages de matériel d'injection chez les usagers de drogues, piqûres par seringue abandonnée, morsures lors de bagarres, etc.). L'association de trois antirétroviraux pendant quatre semaines est préconisée *le plus tôt possible* et au plus tard dans les 48 heures suivants l'exposition au VIH. Ces recommandations générales sont toujours en vigueur actuellement même si certains aspects ont été révisés en avril 2003 (modalités thérapeutiques, limitation des prescriptions dans certains cas) ².

Dans l'enquête KABP, il était demandé aux personnes interrogées si elles avaient 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* ».

Le traitement d'urgence, un dispositif très peu connu par la population

Plus de cinq années après la mise en place de ces recommandations, seuls 15 % de la population des DFA connaît l'existence du traitement d'urgence, soit une proportion comparable à celle enregistrée en métropole. La Guyane se distingue des deux autres départements par une proportion plus importante d'habitants ayant déjà entendu parler de ce traitement d'urgence (20 % contre 14 % aux Antilles).

S'il n'existe pas de différences selon l'âge, en revanche, les femmes des Antilles sont moins nombreuses que les hommes à connaître l'existence d'un traitement d'urgence (12 % contre 16 %) ainsi que les personnes des DFA non-diplômées (seuls 11 % des individus sans diplôme ont déclaré connaître le traitement contre 22 % de ceux diplômés de l'enseignement supérieur). Les liens entre connaissance et caractéristiques de l'activité sexuelle des individus sont peu marqués et il n'y a qu'en Guyane que les personnes ayant eu des partenaires multiples au cours des douze mois précédant l'enquête (multipartenaires) sont significativement plus nombreuses que les autres (abstinentes ou monopartenaires) à connaître ce traitement (33 % contre 17 %).

2 Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH, Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n° 2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH, F. Lot et al. « Evaluation nationale de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH : impact des recommandations d'avril 2003 », *BEH*, n°48/2004, pp.225-227.

Répartition des personnes selon la connaissance du délai avant le début du traitement d'urgence (parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà entendu parler des traitements)

« Savez-vous dans quel délai il faut prendre ce traitement après le rapport sexuel non protégé ? »

En %	Gua (N=166)	Mar (N=151)	Guy (N=227)	DFA (N=544)	Mét (N=1003)
Il ne faut pas attendre pour prendre le traitement	79,9	72,0	79,1	76,6	74,5
Il faut attendre (1)	4,1	11,0	6,5	7,4	15,0
Ne sait pas	16,0	17,0	14,4	16,0	10,5
p*		NS			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Quatre items de réponse ont été regroupés du fait de leur faible effectif : « une semaine », « quelques semaines mais moins de trois mois », « entre trois et quatre mois », « encore plus longtemps ».

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

Répartition des personnes selon la connaissance de la durée du traitement d'urgence

(parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà entendu parler des traitements)

« En quoi consiste exactement ce traitement d'urgence ? » (choix des réponses aléatoire)

En %	Gua (N=166)	Mar (N=151)	Guy (N=227)	DFA (N=544)	Mét (N=1003)
Une seule prise de médicaments	16,0	7,8	12,4	12,1	16,6
Prise de médicaments pendant un mois environ	41,7	46,6	47,0	45,0	50,4
Prise de médicaments durant toute sa vie	22,6	24,7	15,3	21,8	14,4
Ne sait pas	19,7	20,9	25,2	21,1	18,6
p*		NS			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

Les personnes connaissant l'existence des traitements d'urgence savent dans leur majorité qu'il n'y a pas de délai à attendre pour prendre ce traitement

Parmi les personnes qui ont déclaré avoir entendu parler du traitement d'urgence (ou en avoir peut-être entendu parler), le délai de prise du traitement est largement connu puisque les trois-quarts des personnes interrogées ont déclaré qu'il ne fallait pas attendre pour prendre le traitement. Néanmoins, il convient de souligner qu'environ 15 % des enquêtés n'ont pas su répondre à la question et moins les individus sont diplômés, plus ils sont nombreux à ne pas savoir qu'il ne faut pas attendre pour prendre le traitement d'urgence.

En ce qui concerne la durée du traitement, si la plupart des personnes (45 %) savent que le traitement d'urgence doit être pris durant quatre semaines, les réponses montrent une certaine confusion : environ 22 % des personnes dans les DFA ont déclaré que les médicaments doivent être pris durant toute la vie et ils sont autant à n'avoir pas su quoi répondre à la question.

On notera également que les personnes les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgées (55-69 ans), les moins diplômées, celles dont la religion occupe une place peu importante, les personnes qui ne se sentent pas assez informées sur le sida, celles qui n'ont pas entendu parler des traitements antirétroviraux contre le sida et celles qui n'ont jamais fait de test de dépistage sont moins nombreuses que les autres à savoir que les médicaments doivent être pris pendant un mois environ.

Les données relatives aux traitements d'urgence montrent donc, que, en l'absence de campagne publique de communication sur l'accès à ces traitements, ce n'est qu'une faible proportion de personnes qui, aux Antilles et en Guyane, comme en métropole pourraient, en cas de besoin, accéder à ce dispositif, quelque cinq années après sa mise en place.

3. Les opinions sur les campagnes de prévention et sur les préservatifs

Parmi les personnes interrogées aux Antilles et en Guyane, 33 % se disent insuffisamment informées sur le sida et parmi elles, environ 80 % souhaiteraient avoir des informations les modes de transmission du VIH, sur le test de dépistage ou sur les traitements face au VIH. De plus, 43 % des habitants des DFA (contre 29 % de ceux de métropole) se sentent personnellement « très concernés » par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs. Ces chiffres montrent que le VIH/sida est un sujet de préoccupation majeure pour les habitants des DFA et qu'ils restent sensibles aux campagnes de prévention.

Pour les informer sur le VIH/sida, les personnes interrogées dans les DFA font principalement confiance aux sources qui font autorité en matière de sida (les médecins, les associations qui font de la prévention, les chercheurs et le ministère de la santé). De plus, comparée à la métropole, la population des DFA fait systématiquement davantage confiance aux sources d'information qui leur étaient proposées.

Si les opinions relatives aux préservatifs montrent que, dans l'ensemble aux Antilles et en Guyane, ils bénéficient d'une image plutôt positive, on note que leur appréciation est moins bonne dans les DFA (notamment en Martinique) que parmi la population de métropole. A caractéristiques comparables, le niveau d'appréciation générale des préservatifs est d'autant plus faible que les personnes sont âgées, qu'elles sont peu diplômées, qu'elles accordent de l'importance à la religion ou qu'elles se perçoivent comme ayant peu de risque (ou aucun risque) d'être contaminée par le VIH.

L'analyse des opinions sur les campagnes de prévention et sur les préservatifs

Ce chapitre a pour objet, d'une part, de décrire la perception que les personnes des Antilles et de Guyane ont du niveau d'information dont elles disposent sur le VIH/sida et l'intérêt qu'elles portent aux campagnes de prévention et, d'autre part, de mesurer la confiance qu'elles accordent aux différentes sources d'information sur le sida et l'appréciation générale qu'elles ont des préservatifs.

L'analyse des opinions sur les campagnes de prévention et sur les préservatifs a été menée en trois parties :

- La perception que les personnes ont de leur niveau d'information sur le VIH/sida et les préservatifs (le fait de se sentir suffisamment ou pas informé sur le VIH/sida, et, le cas échéant, les thèmes sur lesquels des informations seraient nécessaires, le fait de se sentir concerné par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs) ;
- Le degré de confiance accordé par les personnes interrogées à des sources éventuelles d'information sur le sida (les médecins, les associations, les journalistes, les amis, les autorités religieuses, etc.)
- Les opinions sur le préservatif. A partir des déclarations des personnes sur leurs opinions sur les préservatifs, un score d'appréciation générale des préservatifs a été établi.

Répartition des personnes selon leur perception d'être suffisamment informées sur le sida

« Pensez-vous être suffisamment informé sur le sida ? »¹

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)
Oui, tout à fait	26,1	32,3	27,6	29,0
Oui, plutôt	40,4	35,3	38,2	37,9
Non, pas assez	27,9	29,2	28,9	28,7
Non, pas du tout	3,6	2,8	4,6	3,3
Non-réponse / ne sait pas	2,0	0,4	0,7	1,1
p*		≠		-
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes déclarant ne pas être suffisamment informées sur le sida (ayant répondu « Non, pas assez », « Non, pas du tout » ou « ne pas savoir »)

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (N=3014)
<i>Selon le sexe</i>					
Hommes	31,4	29,7	31,5	NS	30,6
Femmes	35,3	34,8	36,7	NS	35,4
p**	NS	NS	NS		≠
<i>Selon l'âge</i>					
18-24 ans	39,6	41,3	42,3	NS	41,3
25-34 ans	33,8	30,4	32,5	NS	32,2
35-44 ans	29,2	34,7	34,3	NS	32,1
45-54 ans	31,5	30,6	32,5	NS	31,2
55-69 ans	35,4	27,9	27,0	NS	31,1
p**	NS	NS	NS		≠
Ensemble	33,5	32,4	34,2	NS	33,1
	[30,1-37,0]	[29,1-35,9]	[30,7-37,8]		[31,1-35,3]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, l'âge). NS : écart non significatif.

1 La question n'a pas été posée en métropole.

La perception d'être suffisamment informé sur le sida

Un tiers des habitants des Antilles et de la Guyane se dit insuffisamment informé sur le sida

Il était demandé aux personnes interrogées dans les DFA (question non posée en métropole) si elles pensaient être suffisamment informées sur le sida avec quatre réponses possibles : « oui, tout à fait », « oui, plutôt », « non, plutôt pas » et « non, pas du tout » suffisamment informées.

Environ un tiers des personnes dans les DFA déclare n'être « pas assez » ou « pas du tout » suffisamment informées sur le sida, sans différences notables entre les trois départements. Les personnes qui se déclarent insuffisamment informées sur le sida sont celles qui ont les moins bon niveau de connaissances sur les modes de transmission du VIH/sida.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se dire insuffisamment informées sur le sida

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer insuffisamment informées sur le sida (35 % contre 31 %), ceci quel que soit l'âge, alors que, dans l'ensemble, il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes concernant les connaissances des modes de transmission du VIH et des traitements face au VIH/sida (cf. chapitres 1 et 2).

Si la proportion de personnes se déclarant insuffisamment informées est relativement homogène selon la classe d'âge, on note cependant que, chez les hommes comme chez les femmes, cette proportion est supérieure chez les personnes âgées de 18 à 24 ans comparée à l'ensemble des autres classes d'âges (41 % contre 32 %). Si les 18-24 ans semblent bien avoir de moins bonnes connaissances des modes de transmission du VIH et de l'existence des traitements face au VIH/sida que les classes d'âges intermédiaires, il est à noter que parmi les 55-69 ans, qui ont des niveaux de connaissances proches de ceux observés chez les 18-24 ans, le pourcentage de personnes qui se perçoivent suffisamment informées sur le sida ne diffère pas de celui des personnes de 25 à 54 ans. Il y a donc chez les jeunes des Antilles et de Guyane à la fois un niveau de connaissances plus faible et une demande d'information plus importante.

**Pourcentages de personnes déclarant ne pas être suffisamment informées sur le sida
(ayant répondu « Non, pas assez », « Non, pas du tout » ou « ne pas savoir »)**

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (N=3014)
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	53,2	41,2	44,8	NS	46,8
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	37,3	41,1	34,0	NS	38,6
CAP/BEP/BEPC	32,8	35,6	37,8	NS	34,7
Baccalauréat ou équivalent	30,9	25,0	35,1	NS	29,3
Etudes supérieures	21,0	22,0	25,3	NS	22,4
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>					
Dans le département d'enquête	36,6	33,8	36,8	NS	35,3
En métropole	18,4	22,4	23,1	NS	21,2
Dans les autres DOM	15,8	34,6	34,0	NS	27,8
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	31,2	-	44,4	-	38,2
Autres	-	-	17,7	-	25,9
p**	≠	NS	≠		≠
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête</i>					
Aucun partenaire	40,2	43,7	31,0	NS	41,7
Monopartenaires	31,8	30,6	35,1	NS	31,8
Multipartenaires	35,7	28,5	31,5	NS	31,8
p**	NS	≠	NS		≠
<i>Selon la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens</i>					
Plus de risque ou le même risque	36,5	38,3	38,9	NS	37,5
Moins de risque	30,9	26,6	30,1	NS	29,2
Aucun risque	29,0	30,3	24,9	NS	29,0
Non-réponse / ne sait pas	41,7	28,1	53,3	NS	38,5
p**	NS	≠	≠		≠
Ensemble	33,5	32,4	34,2	NS	33,1
	[30,1-37,0]	[29,1-35,9]	[30,7-37,8]		[31,1-35,3]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le diplôme, lieu de naissance, etc.). NS : écart non significatif.

Les personnes sans diplôme sont plus nombreuses que les autres à se déclarer insuffisamment informées sur le sida

Dans les DFA, quel que soit l'âge ou le département, la perception d'être insuffisamment informé sur le sida est très corrélée au niveau d'études : si parmi les personnes sans diplôme ayant arrêté leurs études avant l'âge de 16 ans, 47 % se perçoivent insuffisamment informées sur le sida, cette proportion n'est plus que de 22 % chez celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

De plus, on constate que, chez les personnes sans diplôme, celles qui se déclarent insuffisamment informées sur le sida ont effectivement des niveaux de connaissances des modes de transmission plus faibles. Leur score de connaissance est de 5,8 alors qu'il s'élève à 6,6 chez celles qui, au contraire, se perçoivent suffisamment informées. En revanche, chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur, le niveau de connaissance est comparable chez les personnes qui se déclarent insuffisamment informées et chez celles qui se disent suffisamment informées (8,5), montrant que, chez ces dernières, le niveau perçu d'information est probablement davantage lié à l'intérêt porté au VIH/sida.

Cette perception d'être ou non suffisamment informé est également très variable selon l'origine géographique des individus. Dans les trois départements, ce sont les personnes nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud qui sont les plus nombreuses à s'estimer insuffisamment informées (38 %) et, à l'inverse, celles nées en métropole qui sont les moins nombreuses dans ce cas (21 %). Les personnes nées dans le département d'enquête occupent une position intermédiaire, se rapprochant le plus souvent des personnes nées à l'étranger (35 %).

Peu de différences selon les caractéristiques de l'activité sexuelle

Si la perception de se sentir suffisamment informées sur le sida varie nettement selon les caractéristiques socio-démographiques des individus, en revanche, cette perception est relativement comparable quand on distingue les individus selon leur activité sexuelle (aucun partenaire, un partenaire, plusieurs partenaires dans l'année) ou selon la perception qu'ils ont de leur propre risque par rapport à la moyenne des gens.

Pourcentage de personnes déclarant vouloir des informations sur les thèmes suivants

(parmi celles qui ont indiqué ne pas être suffisamment informées sur le sida)

« Sur quels thèmes aimeriez-vous avoir des informations ? » (non posée en métropole)

<i>En %</i>	Gua (N=345)	Mar (N=337)	Guy (N=326)	p*	DFA (N=1008)
« sur les modes de transmission du virus du sida »					
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans diplôme	76,5	94,5	86,2	≠	85,2
CAP/BEP/BEPC	78,3	82,3	79,4	NS	79,8
Baccalauréat ou études supérieures	62,9	63,8	75,9	NS	65,9
p**	NS	≠	NS		≠
Ensemble	72,8	81,6	80,1	NS	77,5
	[66,4-78,4]	[76,6-85-7]	[74,0-85,0]		[73,9-80,6]
« sur le test de dépistage du virus du sida »					
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans diplôme	75,1	91,2	88,3	≠	83,8
CAP/BEP/BEPC	82,9	85,5	87,0	NS	84,6
Baccalauréat ou études supérieures	77,4	81,1	78,1	NS	78,9
p**	NS	NS	NS		NS
Ensemble	78,1	86,3	84,1	≠	82,5
	[72,0-83,1]	[81,6-90,0]	[78,8-88,2]		[79,3-85,4]
« sur les traitements face au VIH/sida »					
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans diplôme	76,0	94,0	86,7	≠	84,7
CAP/BEP/BEPC	89,7	91,8	91,0	NS	91,3
Baccalauréat ou études supérieures	86,3	91,8	94,8	NS	90,8
p**	NS	NS	NS		NS
Ensemble	83,1	92,6	91,1	≠	88,7
	[77,0-87,9]	[88,7-95,3]	[86,2-94,4]		[85,7-91,2]
« sur les préservatifs »					
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans diplôme	55,2	70,4	77,8	≠	63,9
CAP/BEP/BEPC	63,4	57,6	66,7	NS	61,0
Baccalauréat ou études supérieures	34,1	29,9	55,2	≠	35,9
p**	≠	≠	NS		≠
Ensemble	51,0	54,5	64,5	≠	54,3
	[44,7-57,4]	[48,2-60,6]	[58,0-70,5]		[50,4-58,1]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le diplôme). NS : écart non significatif.

La demande d'informations sur le VIH et les préservatifs

Il était demandé aux personnes qui indiquaient ne pas être suffisamment informées sur le sida ou qui n'arrivaient pas à le déterminer si elles souhaiteraient avoir des informations sur chacun des quatre thèmes qui leur étaient proposés (voir tableau ci-contre).

C'est au sujet du préservatif que les personnes souhaitent le moins être informées

Globalement les personnes, notamment les plus jeunes, qui pensent ne pas être suffisamment informées sur le sida sont demandeuses d'information puisque seules 6 % d'entre elles ont indiqué ne souhaiter d'informations sur aucun des quatre thèmes qui leur étaient proposés. Cette proportion qui est de 3 % parmi les 18-24 ans est de 13 % chez les 55-69 ans. En ce qui concerne les thèmes proposés, alors qu'une très large proportion des personnes (entre 80 et 90 %) déclarent souhaiter des informations sur les modes de transmission du VIH, le dépistage ou les traitements, et ce quel que soit le sexe ou l'âge, en revanche, seule une personne sur deux souhaiterait avoir des informations sur les préservatifs.

Le type d'information souhaitée varie selon le niveau d'éducation

Si la demande d'information sur le test de dépistage du VIH ou les traitements face au VIH/sida n'est pas différente selon le niveau de diplôme des individus, en revanche, quel que soit l'âge, les personnes peu ou pas diplômées sont bien plus nombreuses que celles ayant au moins le baccalauréat à souhaiter avoir des informations sur les préservatifs et, dans une moindre mesure, sur les modes de transmission du VIH. De même, les personnes nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud et celles nées dans le département d'enquête sont plus nombreuses que celles nées en métropole à souhaiter avoir des informations sur les préservatifs : les proportions sont respectivement de 75 %, 55 % et 39 %.

Si les traitements face au VIH/sida paraissent susciter un intérêt égal quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des personnes, des sujets abordés depuis longtemps par les campagnes de prévention comme les préservatifs semblent engendrer des demandes d'informations essentiellement parmi les personnes ayant un faible niveau d'éducation formelle.

Les femmes de Guadeloupe semblent moins nombreuses que celles de Martinique et de Guyane à déclarer souhaiter avoir des informations

Alors qu'il n'existe pas de différences chez les hommes, on note que les femmes de Guadeloupe semblent manifester moins d'intérêt que celles des deux autres départements pour chacun des thèmes proposés et ce globalement à tout âge. Par exemple, parmi les femmes de Guadeloupe, 73 % souhaiteraient avoir des informations sur les modes de transmission du VIH alors que cette proportion s'élève à 82 % chez celles de Martinique et 80 % chez celles de Guyane. Au total, la proportion de femmes de Guadeloupe qui ne souhaitent pas d'information sur ces quatre thèmes est de 11 % alors qu'en Martinique et en Guyane, ce chiffre n'est que de 2 % à 3 %.

Répartition des personnes selon le fait de se sentir concernée ou pas par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

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

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
Très concerné	41,4	44,7	44,7	43,3	28,6
Un peu concerné	35,2	34,8	31,3	34,3	44,1
Pas du tout concerné	22,6	19,8	23,6	21,7	27,2
Non-réponse / ne sait pas	0,8	0,7	0,4	0,6	0,1
p*		NS			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentage de personnes déclarant ne pas être du tout concernées par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	21,7	23,0	23,1	NS	23,4	27,6
Femmes	23,4	17,0	24,0	≠	20,3	26,9
p**	NS	≠	NS		≠	NS
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	17,2	14,3	23,6	NS	16,6	14,7
25-34 ans	15,6	17,1	20,0	NS	17,6	22,7
35-44 ans	21,1	16,0	20,4	NS	19,2	24,7
45-54 ans	24,6	17,5	26,4	NS	22,0	25,5
55-69 ans	34,3	31,4	34,9	NS	32,9	40,2
p**	≠	≠	NS		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dip., arrêt études < 16 ans	34,1	32,7	30,7	NS	33,1	42,2
Sans dip., arrêt études >= 16 ans	26,7	26,7	25,8	NS	26,6	34,6
CAP/BEP/BEPC	18,3	18,5	21,2	NS	18,8	28,3
Baccalauréat ou équivalent	17,4	11,1	19,7	NS	15,4	21,1
Etudes supérieures	23,0	16,2	24,6	≠	21,2	23,8
p**	≠	≠	NS		≠	≠
Ensemble	22,6	19,8	23,6	NS	21,7	27,2
	[19,7-25,8]	[17,0-22,9]	[20,6-26,9]		[20,0-23,6]	[25,8-28,7]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, l'âge). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

Les habitants des DFA sont plus nombreux à se déclarer « très concernés » par les campagnes d'information sur le sida que ceux de métropole

Il était demandé aux personnes interrogées si elles se sentaient personnellement concernées par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs. Aux Antilles et en Guyane, 43 % d'entre elles ont déclaré se sentir « très concernées » par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs, sans différence entre les trois départements, proportion nettement supérieure à celle relevée en métropole où c'est le cas de 29 % des personnes.

L'intérêt pour les campagnes semble moins lié à l'âge qu'en métropole

Si peu de différences de déclarations peuvent être observées entre les hommes et les femmes, à l'exception des femmes de la Martinique, moins nombreuses que celles de Guadeloupe ou de Guyane à indiquer ne pas être du tout concernées, des différences sont plus notables selon l'âge. Dans les DFA, comme en métropole, la proportion de personnes se déclarant « pas du tout » concernées par les campagnes est d'autant plus importante que les âges sont élevés : dans les DFA, si seuls 17 % des personnes âgées de 18 à 24 ans se déclarent « pas du tout » concernées par les campagnes, c'est le cas de près d'un tiers des personnes âgées de 55 à 69 ans. Néanmoins, il convient de noter que les écarts de déclaration entre les plus jeunes et les plus âgés sont moins marqués dans les DFA qu'en métropole, montrant que l'intérêt pour le VIH/sida dans les DFA concerne moins spécifiquement les plus jeunes adultes.

Outre l'âge, on constate que, aux Antilles et en Guyane comme en métropole, les personnes qui se déclarent les moins concernées par les campagnes d'information sont les personnes les moins diplômées, les personnes n'ayant pas eu de partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête, et dans une moindre mesure, celles en ayant eu un seul, et enfin, celles qui disent n'avoir aucun risque d'être contaminées par le VIH.

Régression logistique : déterminants dans les DFA du fait de ne pas se sentir concerné par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs

N=3014	Odds ratio (1)	Intervalle de confiance à 95%
Femmes	1	
Hommes	1,20	[0,94-1,53]
Interrogé(e)s en Guadeloupe	1	
En Martinique	0,81	[0,62-1,05]
En Guyane	1,09	[0,82-1,44]
18-34 ans	1	
35-44 ans	0,86	[0,62-1,18]
44-69 ans	1,08	[0,81-1,45]
Baccalauréat ou études supérieures	1	
CAP/BEP/BEPC	1,20	[0,91-1,60]
Sans diplôme	1,69	[1,24-2,29]
Né(e)s dans la Caraïbe / Amérique du Sud	1	
Dans le département d'enquête	0,80	[0,49-1,32]
En métropole	1,65	[0,93-2,91]
Autres	0,84	[0,46-1,56]
Place de la religion très importante	1	
Importante	1,11	[0,84-1,45]
Pas importante	1,44	[1,01-2,06]
Non-cohabitant(e)s	1	
Non-marié(e)s cohabitant(e)s	1,06	[0,74-1,52]
Marié(e)s cohabitant(e)s	1,67	[1,25-2,24]
Multipartenaires au cours des douze derniers mois	1	
Monopartenaires	1,43	[0,95-2,17]
Abstinents	2,50	[1,55-4,04]
Perception du risque d'être contaminé par le sida égal ou supérieur à la moyenne des gens	1	
Risque inférieur à la moyenne des gens	1,96	[1,50-2,56]
Aucun risque par rapport à la moyenne des gens	3,94	[2,86-5,43]
Ne sait pas	4,39	[2,42-7,94]
Connaître personnellement une personne séropositive	1	
Ne pas connaître	1,52	[1,05-2,21]
Ne pas croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée	1	
Croire à une transmission possible	1,34	[0,96-1,90]
Ne sait pas	1,93	[1,25-2,98]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les personnes sans diplôme ont une probabilité supérieure aux personnes diplômées du baccalauréat ou de l'enseignement supérieur de déclarer ne pas se sentir concerné par les campagnes sur le sida et les préservatifs, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

Se percevoir comme n'ayant aucun risque d'être contaminé par le VIH semble être le facteur le plus corrélé au fait de ne pas se sentir concerné par les campagnes d'information sur le sida²

Un modèle de régression logistique a été construit afin d'identifier les déterminants aux Antilles et en Guyane du fait de ne pas se sentir concerné par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs en fonction des analyses précédentes.

Les variables incluses dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, la place de la religion, la situation matrimoniale, les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois, la perception du risque d'être contaminé par le sida par rapport à la moyenne des gens, le fait de connaître personnellement ou pas une personne séropositive, et le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée.

Dans les DFA, toutes choses égales par ailleurs, il apparaît que la variable la plus corrélée au fait de ne pas se sentir concerné par les campagnes d'information est la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens : les personnes qui se perçoivent comme ayant un risque inférieur ou nul par rapport à la moyenne des gens ou qui ne peuvent pas le déterminer ont une probabilité plus élevée que les autres de ne pas se sentir concernées par les campagnes d'information. De même, la probabilité de déclarer ne pas être concerné par les campagnes d'information est d'autant plus importante que la personne est sans diplôme, que la place de la religion n'est pas importante, qu'elle est mariée cohabitante, qu'elle a été abstinente au cours des douze derniers mois, qu'elle ne connaît pas personnellement une personne séropositive et qu'elle a des connaissances erronées sur les modes de transmission du VIH.

En revanche, en contrôlant selon les modalités des autres variables, le fait de ne pas se sentir concerné par les campagnes d'information dans les DFA ne dépend pas du sexe, du département d'enquête, de la classe d'âges et du lieu de naissance.

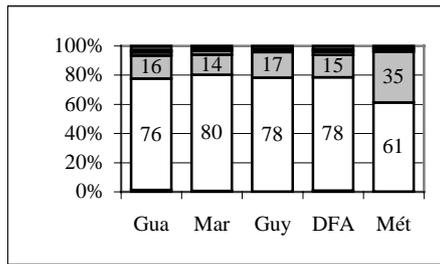
A caractéristiques égales, il n'y a pas de différences notables entre le modèle de régression logistique dans les DFA et celui en métropole.

² Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, les odds ratio seront commentés en termes de « risques », « chances » ou « probabilités », même si, en toute rigueur, le terme d'odds ratio devrait être utilisé.

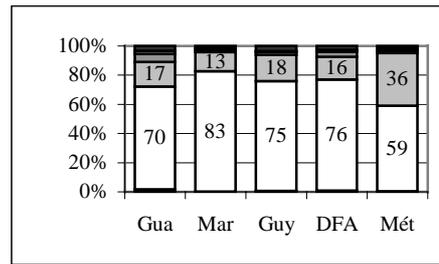
Répartition des personnes selon leur confiance aux sources d'information sur le sida

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

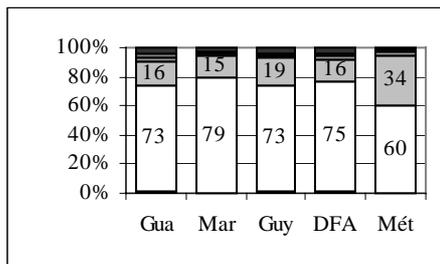
...aux médecins »



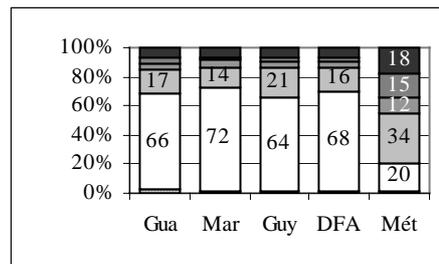
...aux associations »



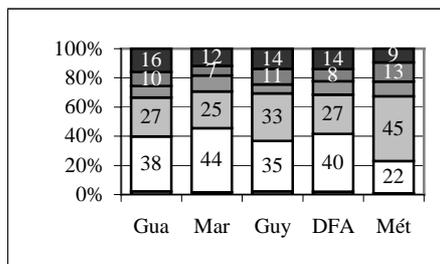
...aux chercheurs »



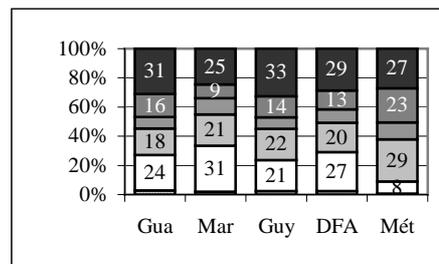
**...au ministère de la santé [DFA] /
...au ministre de la santé [Mét.] »**



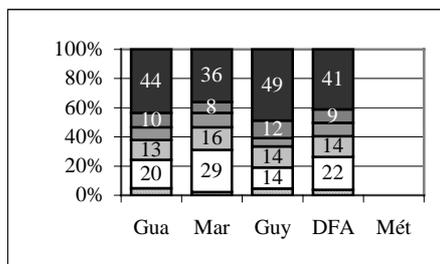
...aux enseignants »



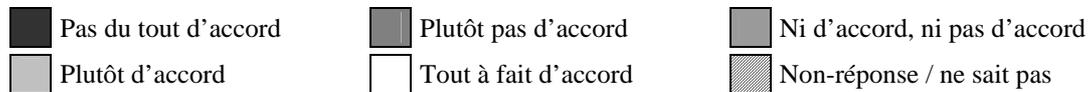
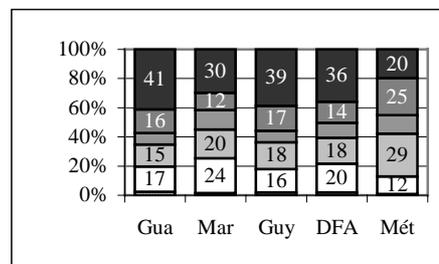
...aux journalistes »



...aux autorités religieuses »



...à l'entourage et aux amis »



La confiance accordée aux sources d'information sur le sida

Les personnes devaient indiquer quel degré de confiance elles accordaient aux huit sources éventuelles d'information sur le sida présentées ci-contre³ sur une échelle allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ».

La confiance va aux sources qui font autorité en matière de sida

Dans les DFA comme en métropole, les sources qui font autorité dans le domaine de la santé engrangent une large confiance auprès des personnes interrogées. Dans les DFA, sur les huit proposées, quatre sources d'information sur le sida recueillent une très large confiance : environ les trois quarts des personnes déclarent leur faire « tout à fait » confiance pour les informer sur le sida. Il s'agit des médecins (78 % des personnes leur font « tout à fait » confiance), des associations qui font de la prévention (76 %), des chercheurs (75 %) et du ministère de la santé (68 %).

Deux sources rassemblent une confiance plus mitigée : environ la moitié des personnes affirment leur faire « tout à fait » ou « plutôt » confiance. Ce sont les enseignants (67 %⁴) et les journalistes (47 %).

Quant aux deux dernières sources proposées, elles recueillent une large défiance : près de quatre personnes sur dix disent ne pas être du tout d'accord pour leur faire confiance pour les informer sur le sida. Il s'agit de l'entourage et des amis (36 %) et des autorités religieuses (41 %).

Les habitants des DFA sont toujours plus nombreux qu'en métropole à faire « tout à fait » confiance aux sources d'information sur le sida

Quelle que soit la source d'information sur le sida proposée, la proportion de personnes affirmant leur faire « tout à fait » confiance pour les informer sur le sida est toujours plus importante dans les DFA qu'en métropole. Par exemple, les personnes dans les DFA sont 78 % à faire « tout à fait » confiance aux médecins alors que cette proportion n'est que de 61 % en métropole. On note toutefois que, dans l'ensemble, lorsque l'on compare la proportion des personnes faisant « tout à fait » ou « plutôt » confiance aux sources proposées entre les DFA et la métropole, il subsiste peu de différences.

Même si la formulation de la question concernant le ministère de la santé différait quelque peu (« *On peut faire confiance au ministère de la santé* » dans les DFA, « *au ministre de la santé* » en métropole), l'écart très important de personnes indiquant faire « tout à fait » confiance à cette source d'information (68 % dans les DFA et 20 % en métropole) traduit probablement une plus grande confiance vis-à-vis de cette institution aux Antilles et en Guyane.

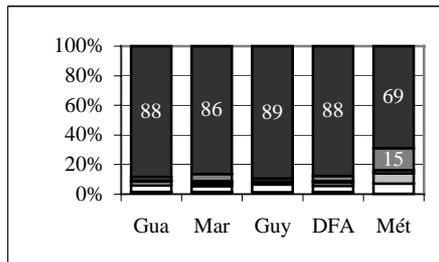
3 La question concernant les autorités religieuses n'est pas posée en métropole.

4 Les habitants des DFA sont néanmoins 76 % à se déclarer « tout à fait d'accord » avec l'opinion selon laquelle « *Il faut développer les programmes d'éducation sexuelle dans les écoles* » (70 % en métropole).

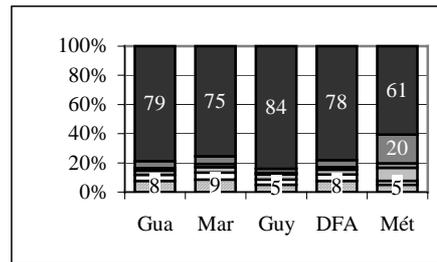
Répartition des personnes selon leurs opinions sur le préservatif

« Voici quelques opinions sur les préservatifs. Pour chacune d'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 d'accord, pas du tout d'accord ? »

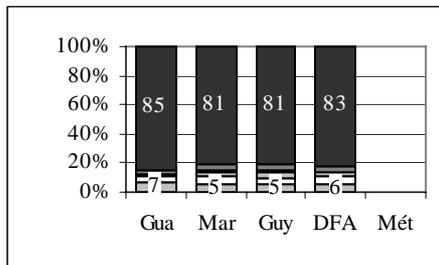
« Le préservatif, c'est pour les jeunes »



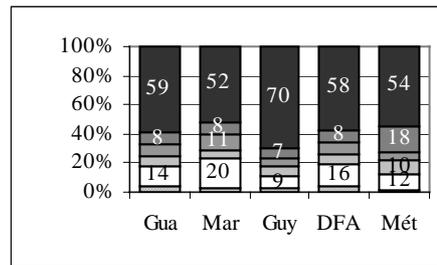
« Le préservatif, c'est compliqué à utiliser »



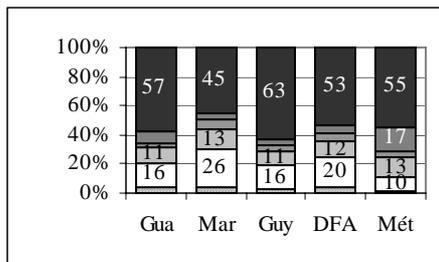
« Il est diff. de se procurer des prés. dans le dép. »



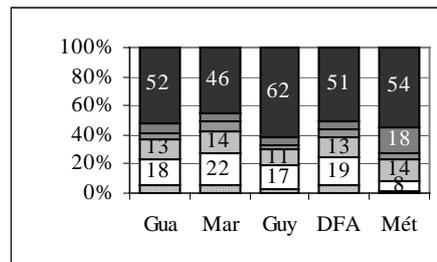
« Quand on s'aime, on n'a pas besoin de prés. »



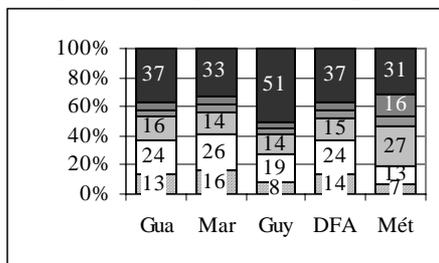
« Le prés., ça incite à avoir plusieurs part. »



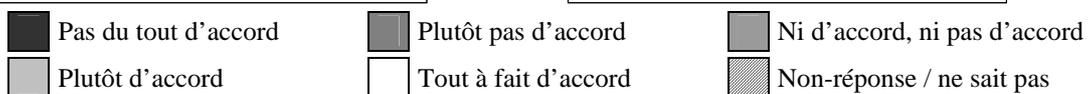
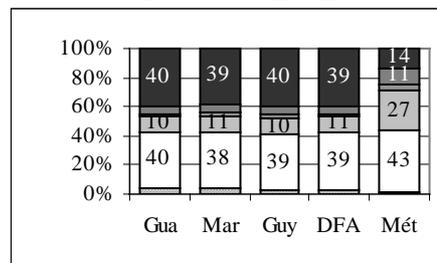
« Le préservatif, ça crée des doutes sur le part. »



« Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel »



« Utiliser un prés., c'est quelque chose de banal »



Les opinions sur le préservatif

Les personnes ont des opinions globalement favorables sur le préservatif

Huit opinions sur le préservatif, présentées ci-contre, étaient soumises à l'avis des personnes. Dans l'ensemble, dans les DFA comme en métropole, les personnes ont des opinions plutôt favorables sur les préservatifs.

Tout d'abord, parmi les huit affirmations qui étaient proposées, trois d'entre elles, reflétant une opinion plutôt « négative » sur les préservatifs sont largement rejetées par la population des DFA, et dans des proportions plus importantes qu'en métropole. Environ 80 % des personnes se déclarent « pas du tout d'accord » avec le fait que « *Le préservatif, c'est pour les jeunes* » ou qu' « *Il est difficile de se procurer des préservatifs dans le département*⁵ » ou encore que « *Le préservatif, c'est compliqué à utiliser* ». Comparée à la métropole, la population des DFA semble beaucoup moins adhérer à l'idée que les préservatifs seraient pour les jeunes (88 % sont tout à fait en désaccord avec cette idée contre 69 % en métropole), ce qui peut s'expliquer par le fait que le multipartenariat dans les DFA concerne beaucoup moins spécifiquement qu'en métropole les plus jeunes. La population des DFA est aussi beaucoup plus nombreuse à indiquer que le préservatif n'est pas compliqué à utiliser (78 % contre 61 % en métropole).

A l'inverse, d'autres opinions plutôt « négatives » sur le préservatif (qui recueillent des réponses plus partagées entre les personnes « d'accord » et celles « pas d'accord ») expriment une image plus négative dans les DFA qu'en métropole. En effet, aux Antilles et en Guyane, la population est plus nombreuse qu'en métropole à adhérer à l'idée selon laquelle « *Le préservatif, ça incite à avoir plusieurs partenaires* » (la proportion de personnes « tout à fait d'accord » avec cette affirmation est deux fois plus élevée dans les DFA), ou que « *Le préservatif, ça crée des doutes sur le partenaire* » (19 % de personnes « tout à fait d'accord » dans les DFA contre 8 % en métropole) ou encore que « *Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel* » (24 % contre 13 %).

Afin de mieux mesurer l'appréciation générale des préservatifs et les facteurs associés à celle-ci, un score a été créé, en utilisant sept opinions proposées sur les préservatifs⁶ dans l'enquête aux Antilles et Guyane ainsi qu'en métropole. Plus le score est élevé, meilleure est l'appréciation générale des préservatifs.

5 La question « *Il est difficile de se procurer des préservatifs dans le département d'enquête* » (le nom du département d'enquête était cité) n'a pas été posée en métropole.

6 Il a été considéré qu'un préjugé sur le préservatif (par exemple, « *c'est pour les jeunes* ») constituait une opinion négative. Dans cette logique, un point a été attribué pour les opinions « pas du tout » favorables jusqu'à cinq points pour les opinions « tout à fait » favorables. Trois points ont été attribués pour les non-réponses, les « ne sait pas » ou pour les opinions « ni d'accord, ni pas d'accord ». La moyenne des points a été ramenée à une échelle allant de 0 à 10 où 0 indique une opinion négative des préservatifs et 10 une bonne appréciation. L'opinion « *Il est difficile de se procurer des préservatifs dans le département* », n'ayant pas été posée en métropole, n'a pas été utilisée dans le score.

Score d'appréciation générale des préservatifs

(de 0 = opinion négative à 10 = opinion positive)

	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	6,9	6,4	7,3	≠	6,8	7,2
Femmes	7,1	6,8	7,5	≠	7,1	7,4
p**	NS	≠	NS		≠	≠
<i>Selon l'âge</i>						
18-34 ans	7,3	6,9	7,6	≠	7,2	7,8
35-44 ans	7,0	6,5	7,5	≠	6,9	7,5
45-69 ans	6,8	6,4	7,1	≠	6,7	6,9
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans diplôme	6,5	5,8	6,8	≠	6,3	6,2
CAP/BEP/BEPC	6,9	6,7	7,3	≠	6,9	7,1
Baccalauréat ou études sup.	7,5	7,2	7,9	≠	7,4	7,8
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>						
Dans le département d'enquête	7,0	6,5	7,3	≠	6,8	-
En métropole	7,9	7,7	8,1	NS	7,9	-
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	6,6	-	6,9	-	6,7	-
p**	≠	≠	≠		≠	-
<i>Selon le fait de croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée</i>						
Transmission possible	5,9	5,9	6,8	≠	6,0	6,3
Transmission impossible	7,3	6,9	7,5	≠	7,2	7,5
Non-réponse / ne sait pas	6,1	6,0	6,4	NS	6,1	6,2
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête</i>						
Abstinent	6,6	6,3	7,3	≠	6,6	7,0
Monopartenaires	7,1	6,6	7,4	≠	7,0	7,3
Multipartenaires	7,1	6,9	7,5	≠	7,1	7,5
p**	NS	≠	NS		≠	≠
<i>Selon l'utilisation déclarée des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête (2)</i>						
Oui	7,6	7,3	7,6	NS	7,5	8,0
Non	6,9	6,4	7,3	≠	6,7	7,1
p**	≠	≠	NS		≠	≠
Ensemble	7,0	6,6	7,4	≠	6,9	7,3
	[6,9-7,2]	[6,5-6,8]	[7,3-7,6]		[6,8-7,0]	[7,2-7,4]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, l'âge, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

(2) Parmi les personnes ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête et n'ayant pas eu de partenaire du même sexe.

Le score d'appréciation générale des préservatifs

Une image plus négative des préservatifs dans les DFA (notamment en Martinique) qu'en métropole

Quelles que soient les variables considérées (le sexe, l'âge, le diplôme, etc.), les habitants des DFA ont une moins bonne image des préservatifs que ceux de métropole (score de 6,9 contre 7,3). Mais au sein des DFA, des différences apparaissent montrant que les habitants de Martinique ont une appréciation plus négative des préservatifs, et inversement ceux de Guyane une appréciation plus positive ; la population de Guadeloupe occupant une position intermédiaire. Ainsi, le score d'appréciation générale des préservatifs des individus est de 6,6 en Martinique et s'élève à 7,4 en Guyane (7,0 en Guadeloupe).

Le niveau d'appréciation générale des préservatifs est très variable selon les caractéristiques des individus

Aux Antilles ou en Guyane (comme en métropole), l'image des préservatifs semble d'autant plus négative que les personnes sont du sexe masculin, qu'elles sont âgées, qu'elles sont peu ou pas diplômées, qu'elles sont nées hors des DFA, dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, qu'elles accordent une place importante à la religion, ou qu'elles ont des connaissances erronées sur les modes de transmission du VIH. On notera également que l'image des préservatifs est plus mauvaise parmi les personnes qui n'ont pas utilisé de préservatifs dans les douze derniers mois que parmi ceux qui en ont utilisé. Les scores sont respectivement de 6,7 et 7,5 dans les DFA (7,1 et 8,0 en métropole).

Régression linéaire : déterminants dans les DFA du score d'appréciation générale des préservatifs (parmi les personnes sexuellement actives n'ayant pas eu de partenaire du même sexe au cours des douze mois précédant l'enquête)

N=2427	Coefficients (1)	Intervalles de confiance à 95%
Hommes		
Femmes	0,47	[0,30-0,64]
Interrogé(e)s en Guadeloupe		
En Martinique	-0,29	[-0,49/-0,11]
En Guyane	0,17	[-0,02-0,37]
18-34 ans		
35-44 ans	-0,13	[-0,35-0,09]
44-69 ans	0,13	[-0,08-0,34]
Sans diplôme		
CAP/BEP/BEPC	0,37	[0,13-0,60]
Baccalauréat ou études supérieures	0,61	[0,36-0,85]
Né(e)s dans la Caraïbe / Amérique du Sud		
Dans le département d'enquête	0,23	[-0,15-0,60]
En métropole	0,71	[0,29-1,12]
Autres	0,32	[-0,14-0,78]
Place de la religion très importante		
Importante	0,19	[-0,01-0,39]
Pas importante	0,44	[0,18-0,71]
Non-cohabitant(e)s		
Non-marié(e)s cohabitant(e)s	0,31	[0,07-0,55]
Marié(e)s cohabitant(e)s	0,30	[0,09-0,51]
Etre multipartenaires au cours des douze derniers mois		
Monopartenaires	0,22	[-0,01-0,45]
Ne pas avoir utilisé de préservatifs au cours des douze derniers mois		
En avoir utilisé	0,82	[0,62-1,01]
Perception d'avoir aucun risque d'être contaminé par le VIH		
Risque inférieur à la moyenne des gens	0,47	[0,19-0,75]
Risque égal ou supérieur à la moyenne des gens	0,51	[0,23-0,79]
Ne sait pas	-0,48	[-1,02-0,06]
Ne pas connaître personnellement une personne séropositive		
En connaître une	0,17	[-0,07-0,41]
Croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée		
Ne pas croire à une transmission possible	0,75	[0,47-1,02]
Ne sait pas	0,15	[-0,28-0,59]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les femmes ont en moyenne un score d'appréciation générale des préservatifs plus élevé que celui des hommes, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

A caractéristiques égales, les opinions sur les préservatifs varient nettement selon la perception que les personnes ont du risque d'être contaminées

Un modèle de régression linéaire a été établi afin de mieux comprendre les déterminants dans les DFA du score d'appréciation générale des préservatifs en fonction des analyses précédentes.

Les variables incluses dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, la place de la religion, la situation matrimoniale, les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois, le fait d'avoir utilisé ou pas des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête, la perception du risque d'être contaminé par le sida par rapport à la moyenne des gens, le fait de connaître personnellement ou pas une personne séropositive, et le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée.

Aux Antilles et en Guyane, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'avoir une image positive des préservatifs est d'autant plus élevée que la personne est une femme, qu'elle est diplômée (par contraste avec les personnes non-diplômées), qu'elle est née en métropole, que la religion n'occupe pas une place importante dans sa vie, que la personne vit en couple (en étant mariée ou pas), qu'elle a utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête, qu'elle se perçoit comme ayant un risque d'être contaminée par le VIH (par contraste avec les personnes qui pensent n'avoir aucun risque), qu'elle rejette l'idée d'une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée et enfin qu'elle n'a pas été interrogée en Martinique.

En revanche, en contrôlant selon les modalités des autres variables, la classe d'âges, les caractéristiques de l'activité sexuelle et le fait de connaître personnellement ou pas une personne séropositive n'influent pas sur l'appréciation générale des préservatifs.

En comparant les modèles des hommes et des femmes dans les DFA, on constate que certaines corrélations constatées ci-dessus sont le fait d'un seul des deux sexes. Chez les hommes contrairement aux femmes, la probabilité d'avoir une image positive des préservatifs diminue lorsqu'ils ont été interrogés en Martinique et augmente lorsqu'ils sont nés en métropole, que la religion ne tient pas une place importante et qu'ils vivent en couple. Inversement, chez les femmes, mais pas chez les hommes, la probabilité d'avoir une image positive des préservatifs augmente avec le niveau de diplôme.

A caractéristiques égales, on note que, dans les DFA, le modèle fait ressortir la variable de perception du risque d'être contaminé par le sida alors que ce n'est pas le cas en métropole. En revanche, en métropole, la probabilité d'avoir une image positive des préservatifs diminue avec l'âge et augmente avec le fait d'avoir été multipartenaires au cours des douze mois précédant l'enquête tandis que ces variables n'ont pas d'influence sur l'appréciation générale des préservatifs dans les DFA, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

4. La perception du risque lié au VIH/sida

La perception du risque lié au VIH/sida est beaucoup plus forte aux Antilles et en Guyane qu'en métropole : 47 % des personnes dans les DFA déclarent craindre « beaucoup » le sida pour eux-mêmes contre 13 % en métropole. Dans les DFA, la hiérarchisation des craintes des risques et maladies proposés place le sida en tête au même niveau que le cancer et les accidents de la route alors qu'en métropole, le sida n'est au final que faiblement craint par rapport aux autres risques et maladies.

Si la différence de perception du risque lié au VIH/sida entre les DFA et la métropole semble correspondre à la situation épidémiologique de ces deux ensembles géographiques, on note qu'il y a dans l'ensemble, une crainte des autres risques et maladies supérieure dans les DFA par rapport à la métropole. Ainsi, globalement, quel que soient les caractéristiques socio-démographiques des personnes (leur sexe, leur âge, leur diplôme, etc.), les risques et maladies communes aux deux enquêtes sont systématiquement davantage craints dans les DFA qu'en métropole. De même, les personnes dans les DFA sont plus nombreuses qu'en métropole à penser que « le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe » : 26 % contre 13 %.

Dans l'ensemble, le VIH/ sida apparaît comme une préoccupation majeure aux Antilles et en Guyane mais la perception du risque lié au VIH/sida est très corrélée selon les caractéristiques des individus notamment leur niveau d'éducation. Par exemple, parmi les multipartenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, 41 % des personnes sans diplôme considèrent que, par rapport à la moyenne des gens, elles ont plus ou autant de risque d'être contaminées par le VIH alors que le même pourcentage est de 67 % chez les personnes ayant au moins le baccalauréat.

L'analyse de la perception du risque lié au VIH/sida

Ce chapitre permet de mesurer la perception que les populations des Antilles et de la Guyane ont du risque du VIH/sida et de comparer ces données à l'espace métropolitain. Il a également pour objectif de tenter de comprendre les facteurs qui, chez un individu, favorisent ou freinent sa perception du risque de contamination et pourraient ainsi le conduire à adopter des comportements de prévention.

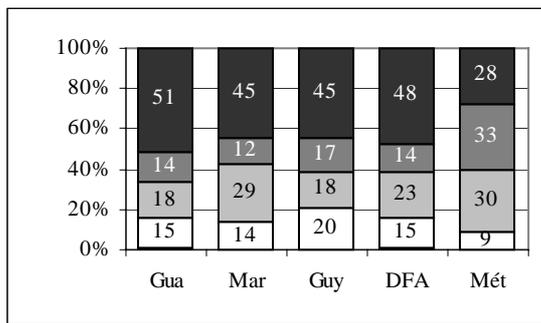
La notion de perception du risque du VIH/sida a été abordée à travers différentes questions :

- la crainte du VIH/sida par rapport à d'autres risques et maladies (un score de crainte a été construit à partir de onze questions portant sur ces différents risques craints) ;
- la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe (il s'agissait de savoir si les individus pensent que « le sida peut s'attraper plus ou moins facilement que la grippe ») ;
- la perception que les individus ont de leur propre risque de contamination par rapport à la moyenne des gens (il s'agit de comprendre comment les individus se situent par rapport à la moyenne des gens, compte tenu de leurs comportements) ;
- et enfin, la crainte d'avoir été contaminé par le VIH (il s'agit de savoir si les personnes ont déjà craint d'avoir été contaminées par le VIH).

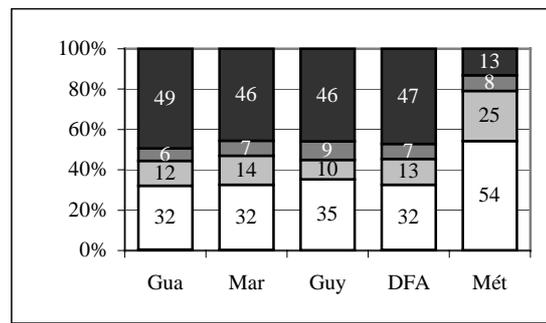
Répartition des personnes selon la crainte de différents risques et maladies : les risques et maladies que les personnes craignent fortement ou moyennement pour eux-mêmes

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

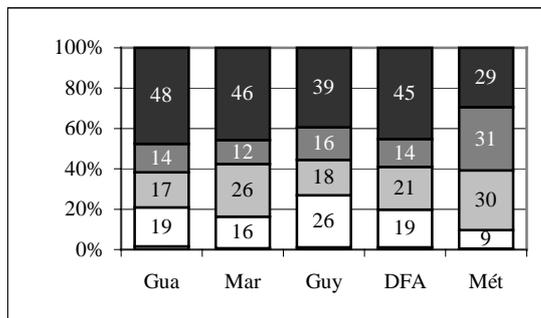
Les accidents de la circulation



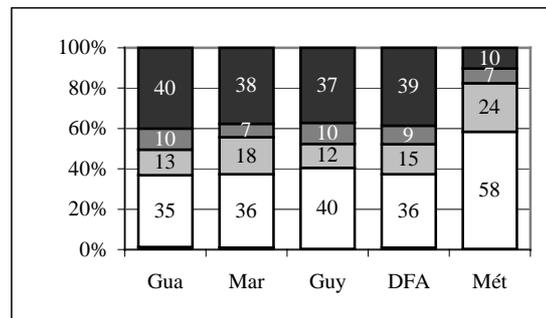
Le sida



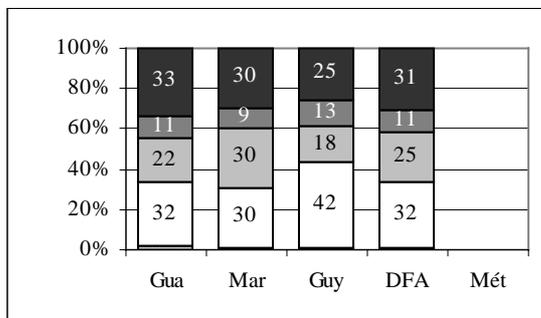
Le cancer



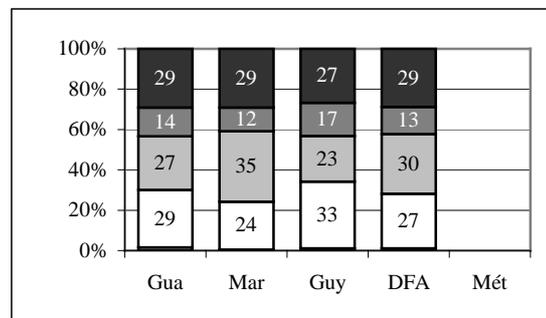
Les IST à l'exception du sida



L'hypertension artérielle



La dengue



Beaucoup
 Pas mal
 Peu
 Pas du tout
 Non-réponse / ne sait pas

La crainte pour soi-même de différents risques et maladies

Pour chacun des onze risques et maladies proposés dans le questionnaire¹, il était demandé aux personnes d'indiquer si elles les craignaient pour elles-mêmes, selon une échelle allant de « beaucoup » à « pas du tout ».

Une hiérarchisation des niveaux de crainte des différents risques et maladies proposés

Aux Antilles et en Guyane, les accidents de la circulation, le sida, le cancer et, dans une moindre mesure, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont les risques les plus craints par la population : près de 50 % des personnes disent les craindre « beaucoup ». La possible issue mortelle de ces risques et maladies demeure probablement largement ancrée dans l'imaginaire collectif. Il s'agit également de risques et maladies qui ont bénéficié ces dernières années d'une large couverture médiatique : la lutte contre le cancer dans le cadre du Plan national de lutte contre le cancer, le sida qui demeure une priorité de santé publique, notamment dans les DFA et la lutte contre la violence et l'insécurité routière.

Ensuite, quatre risques et maladies apparaissent moyennement craints (environ 40 % des personnes disent les craindre « pas mal » ou « peu »). Il s'agit de l'hypertension artérielle, de la dengue, des hépatites virales et des risques liés aux pesticides. L'hypertension artérielle constitue en effet un problème majeur de santé publique dans les trois départements puisqu'elle serait, en Martinique par exemple, la cause d'un quart des admissions en affection de longue durée². La dengue, virus endémique dans les zones tropicales transmis par les moustiques est généralement bénigne mais sa forme hémorragique rare peut être mortelle, ce qui peut expliquer qu'une proportion relativement équivalente de personnes déclarent la craindre « beaucoup » (29 %) et ne « pas du tout » la craindre (27 %). Quant aux risques liés aux pesticides, ils constituent un thème sensible aux Antilles, du fait de l'utilisation intensive de produits chimiques dans la culture bananière. La Guyane, moins concernée par l'utilisation des pesticides, enregistre moins de crainte à ce sujet.

Enfin, trois risques et maladies apparaissent peu craints par les personnes dans les DFA : la tuberculose, les maladies dues à l'alcool et la sorcellerie pour lesquels environ 60 % des personnes déclarent ne « pas du tout » les craindre.

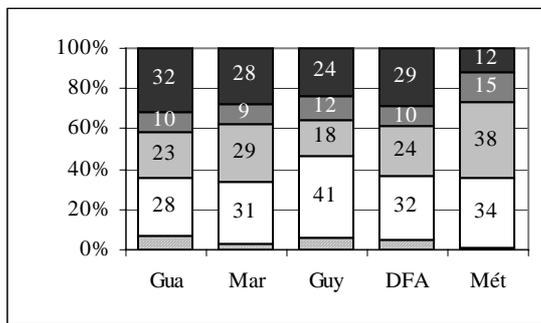
1 Les propositions, présentées dans un ordre aléatoire, étaient les suivantes : les accidents de la circulation, la tuberculose, les maladies dues à l'alcool, le cancer, les hépatites virales, le sida, les infections sexuellement transmissibles à l'exception du sida, la dengue, les risques liés aux pesticides, l'hypertension artérielle et la sorcellerie. Les quatre dernières propositions sont spécifiques à l'enquête aux Antilles et en Guyane et n'ont pas été posées en métropole.

2 Merle S., *Priorités de santé de la Martinique*, Observatoire de la Santé de la Martinique, 2003

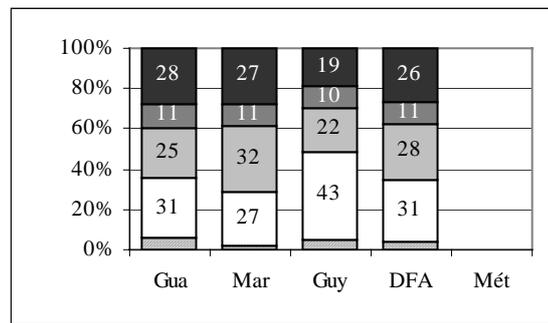
Répartition des personnes selon la crainte de différents risques et maladies : les risques et maladies que les personnes craignent moyennement ou faiblement pour eux-mêmes

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

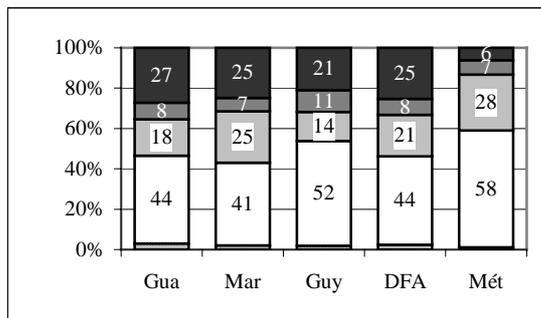
Les hépatites virales



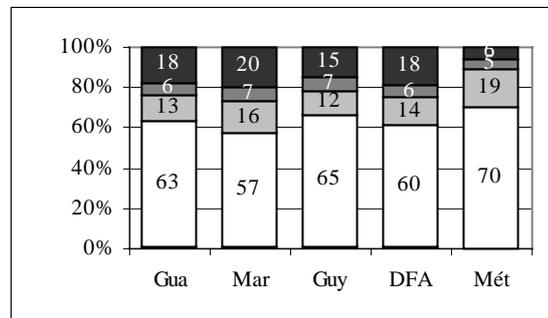
Les risques liés aux pesticides



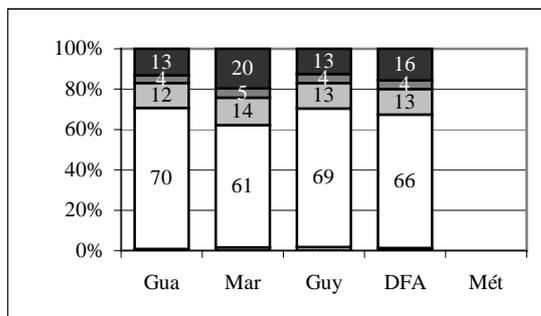
La tuberculose



Les maladies dues à l'alcool



La sorcellerie



Beaucoup
 Pas mal
 Peu
 Pas du tout
 Non-réponse / ne sait pas

Le niveau de crainte des risques et maladies, particulièrement celui du sida et des autres IST, est systématiquement plus élevé dans les DFA qu'en métropole

Quels que soient les risques et maladies proposés, les habitants des DFA sont plus nombreux que ceux de la France métropolitaine à déclarer les craindre. Lorsqu'on considère uniquement la proportion de personnes déclarant craindre « beaucoup » le risque ou la maladie, les écarts entre les DFA et la métropole varient de 12 points pour les maladies dues à l'alcool à 34 points pour le sida. L'écart reste significativement important même lorsque l'on compare la proportion d'individus déclarant craindre « beaucoup » et « pas mal » les risques ou les maladies, à l'exception des accidents de la circulation et du cancer qui recueillent des réponses comparables dans les deux ensembles géographiques.

Lorsque l'on compare les écarts entre les DFA et la métropole, c'est pour le sida ou pour les autres IST que les différences sont les plus importantes : ainsi, dans les DFA (sans différence entre les trois départements), 47 % des personnes déclarent craindre « beaucoup » le sida contre seulement 13 % en métropole. Ces mêmes proportions sont respectivement de 39 % et 10 % pour les autres IST. Ces différences soulignent la plus grande préoccupation du VIH/sida et des autres IST chez la population des Antilles et de la Guyane par rapport à celle de la métropole.

Cette crainte plus élevée peut notamment s'expliquer par le fait que les DFA enregistrent les taux de prévalence de personnes touchées par le sida les plus élevés de France. Néanmoins, alors que les données épidémiologiques diffèrent nettement entre les trois départements, on n'observe pas de différences en termes de crainte.

Si les personnes dans les DFA ont une perception globalement réaliste des risques (on le voit dans la hiérarchisation des niveaux de crainte des risques et maladies proposés), leurs déclarations indiquent aussi une certaine exacerbation de la crainte de ces risques par rapport à la métropole (puisque le niveau de crainte est à chaque fois supérieur dans les DFA par rapport à la métropole).

Une moindre différenciation des risques et maladies dans les DFA qu'en métropole

Si les résultats montrent que les personnes interrogées dans les DFA craignent de façon différenciée les risques et maladies qui leur étaient proposées, cette différence apparaît plus faiblement qu'en métropole. En effet, dans les DFA, entre le risque le plus craint (les accidents de la circulation) et le moins craint (la sorcellerie), la proportion de personnes indiquant les craindre « beaucoup » passe de 48 % à 16 % (divisée par trois) alors qu'en métropole, entre le risque le plus craint (le cancer) et le moins craint (les maladies dues à l'alcool), cette proportion passe de 29 % à 6 % (divisée par près de cinq). Les risques perçus semblent donc plus diffus dans les DFA qu'en métropole.

Score de crainte de différents risques (de 0 = aucune crainte à 10 = très forte crainte)

Le score de crainte ci-dessous est calculé à partir des onze risques et maladies présents dans le questionnaire KABP Antilles-Guyane (voir pages précédentes)

	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (N=3014)
<i>Selon le sexe</i>					
Hommes	4,4	4,4	4,0	NS	4,3
Femmes	5,0	4,9	4,3	≠	4,9
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	5,1	5,3	4,1	≠	5,1
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	5,3	5,0	4,6	NS	5,0
CAP/BEP/BEPC	4,9	5,0	4,6	NS	4,9
Baccalauréat ou équivalent	4,8	4,4	4,3	NS	4,6
Etudes supérieures	3,6	3,6	3,5	NS	3,6
p**	≠	≠	≠		≠
Ensemble	4,7 [4,5-4,9]	4,7 [4,4-4,9]	4,2 [4,0-4,4]	≠	4,6 [4,5-4,7]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, le diplôme, etc.). NS : écart non significatif.

Les facteurs associés à la crainte des différents risques et maladies

Afin de synthétiser la crainte pour soi-même des différents risques, un score a été construit intégrant l'ensemble des onze risques proposés dans le questionnaire KABP Antilles-Guyane³.

Les femmes ont un niveau de crainte supérieur à celui des hommes

Si les habitants des Antilles ont davantage déclaré craindre les risques et maladies que ceux de Guyane et, les personnes dans les DFA davantage que celles de métropole⁴, on note aussi que le score de crainte des risques enregistré chez les femmes est supérieur à celui des hommes, que ce soit aux Antilles, en Guyane ou en métropole, quelle que soit la classe d'âges considérée (dans les DFA, 4,9 chez les femmes contre 4,3 chez les hommes). Le score de crainte des risques apparaît aussi d'autant plus élevé que les personnes sont faiblement ou pas diplômées. Le score de crainte est de 5,1 parmi les habitants des Antilles et de la Guyane qui ont quitté le système scolaire sans diplôme avant 16 ans contre 3,6 parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Compte tenu de cela, ce sont les personnes qui ont les plus faibles connaissances sur les modes de transmission du VIH/sida qui déclarent le plus de craintes des différents risques. En revanche, il existe peu de différence selon l'âge, selon les caractéristiques de l'activité sexuelle ou selon le fait d'utiliser ou pas des préservatifs.

Les niveaux de crainte des différents risques et maladies sont dans l'ensemble plus faibles en Guyane qu'aux Antilles

Au niveau des trois départements, si les tendances sont relativement comparables, il est à noter que la Guyane présente un niveau global de crainte des différents risques ou maladies généralement inférieur à celui observé dans les départements antillais (proportion de personnes ayant déclaré craindre « beaucoup » le risque ou la maladie plus faible en Guyane), à l'exception du sida, des autres IST et de la dengue pour lesquels les déclarations sont comparables entre les Antilles et la Guyane.

3 Pour chacun des risques, les valeurs suivantes ont été appliquées : 0 point pour la réponse « pas du tout », 1 point pour « un peu », « non-réponse » ou « ne sait pas », 2 points pour « pas mal » et 3 points pour « beaucoup ». La moyenne des points a été ramenée à une échelle allant de 0 pour une crainte nulle à 10 pour une très forte crainte.

4 Lorsqu'on ne tient compte que des questions communes aux deux espaces géographiques, le score (sur 10) est de 3,4 pour la métropole et de 4,9 pour les DFA. On notera aussi que, dans l'enquête KABP DFA, les personnes nées en métropole ont des scores de craintes nettement plus faibles que les autres personnes (3,2 contre 4,9 parmi les personnes nées dans le département d'enquête).

Régression logistique : déterminants de la crainte du sida dans les DFA (personnes ayant déclaré craindre « pas mal » ou « beaucoup » le sida pour eux-mêmes)

N=3014	Odds ratio (1)	Intervalles de confiance à 95%
Hommes	1	
Femmes	1,09	[0,89-1,35]
Interrogé(e)s en Guadeloupe	1	
En Martinique	0,85	[0,68-1,07]
En Guyane	1,08	[0,86-1,37]
18-34 ans	1	
35-44 ans	1,06	[0,82-1,37]
44-69 ans	0,91	[0,71-1,16]
Baccalauréat ou études supérieures	1	
CAP/BEP/BEPC	1,57	[1,25-1,99]
Sans diplôme	1,66	[1,26-2,17]
Né(e)s en métropole	1	
Dans le département d'enquête	2,89	[2,13-3,93]
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	2,39	[1,48-3,83]
Autres	2,20	[1,44-3,37]
Place de la religion pas importante	1	
Importante	1,40	[1,07-1,85]
Très importante	1,20	[0,87-1,64]
Marié(e)s cohabitant(e)s	1	
Non-marié(e)s cohabitant(e)s	1,21	[0,91-1,60]
Non-cohabitant(e)s	1,49	[1,17-1,90]
Etre abstinent(s) au cours des douze mois précédant l'enquête	1	
Monopartenaires	1,37	[1,02-1,84]
Multipartenaires	2,04	[1,37-3,06]
N'avoir jamais fait de test de dépistage du VIH	1	
En avoir déjà fait mais pas dans les cinq dernières années	1,04	[0,78-1,37]
En avoir fait un dans les cinq dernières années	1,01	[0,78-1,33]
En avoir fait plusieurs dans les cinq dernières années	1,34	[1,02-1,74]
Perception du risque d'être contaminé par le sida inférieur à la moyenne des gens	1	
Risque égal ou supérieur à la moyenne des gens	1,89	[1,55-2,32]
Ne pas connaître personnellement une personne séropositive	1	
En connaître une	1,15	[0,87-1,53]
Déclarer que le sida s'attrape moins facilement que la grippe	1	
Aussi facilement que la grippe	1,32	[1,06-1,66]
Plus facilement que la grippe	1,55	[1,21-2,00]
Ne pas croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée	1	
Croire à une transmission possible	1,14	[0,84-1,53]
Ne sait pas	1,11	[0,69-1,77]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : par exemple, les personnes sans diplôme ont une probabilité supérieure aux personnes diplômées du baccalauréat ou de l'enseignement supérieur de déclarer craindre « pas mal » ou « beaucoup » le sida pour eux-mêmes, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

La crainte du sida pour soi-même est conditionnée par de nombreux facteurs⁵

Un modèle de régression logistique a été construit afin d'identifier, aux Antilles et en Guyane, les déterminants de la crainte du sida en fonction des analyses précédentes.

Les variables incluses dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, la place de la religion, la situation matrimoniale, le multipartenariat au cours des douze mois précédant l'enquête, les antécédents de recours au dépistage du VIH au cours des cinq années précédant l'enquête, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, le fait de connaître personnellement une personne séropositive, la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe et le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée.

Dans les DFA, toutes choses égales par ailleurs, huit des variables incluses dans le modèle de régression logistique sont corrélées au fait de craindre le sida pour soi-même. Par rapport aux autres catégories de personnes, la probabilité de craindre le sida est plus importante chez les personnes sans diplôme, chez celles nées hors de métropole (que ce soit dans le département d'enquête ou hors des DFA, dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud), chez celles qui accordent une place importante à la religion, chez les personnes qui ne vivent pas en couple, chez celles qui ont eu une activité sexuelle au cours des douze derniers mois (plus particulièrement les personnes ayant eu plusieurs partenaires), chez celles qui ont fait plusieurs tests dans les cinq dernières années, chez celles qui pensent avoir un risque d'être contaminées par le VIH égal ou supérieur à la moyenne des gens et chez celles qui pensent que le sida s'attrape aussi ou plus facilement que la grippe.

En revanche, en contrôlant selon les modalités des autres variables, le sexe, le département d'enquête, l'âge, le fait de connaître personnellement ou pas une personne séropositive et le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée n'influent pas sur la crainte du sida pour soi-même.

En France métropolitaine, à la différence des DFA, les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête n'influent pas sur la crainte du sida pour soi-même : les personnes ayant déclaré n'avoir eu aucun partenaire dans les douze derniers mois n'ont pas une probabilité plus grande que celles ayant indiqué en avoir eu au moins un de craindre le sida pour elles-mêmes.

Si, dans l'ensemble, le niveau de crainte du sida est plus élevé dans les DFA qu'en métropole, quelles que soient les caractéristiques des personnes, il est à noter qu'au sein des DFA, le niveau de crainte du sida est plus important dans certaines catégories de la population, notamment celles qui sont les plus exposées au risque.

5 Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, les odds ratio seront commentés en termes de « risques », « chances » ou « probabilités », même si, en toute rigueur, le terme d'odds ratio devrait être utilisé.

Répartition des personnes selon la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe

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

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
Plus facilement que la grippe	24,8	30,2	21,3	26,4	13,8
Aussi facilement que la grippe	29,3	33,3	27,5	31,0	35,6
Moins facilement que la grippe	39,1	32,8	44,6	37,2	48,4
Non-réponse / ne sait pas	6,8	3,7	6,6	5,4	2,2
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes déclarant que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe »

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	24,4	31,3	20,4	≠	26,4	13,2
Femmes	25,1	29,3	22,1	≠	26,4	14,4
p**	NS	NS	NS		NS	NS
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	31,6	32,0	25,0	NS	30,7	11,8
25-34 ans	19,5	23,1	20,7	NS	21,0	10,7
35-44 ans	23,1	26,5	18,8	NS	23,7	13,0
45-54 ans	21,7	36,9	18,9	≠	27,5	14,5
55-69 ans	31,0	32,5	26,1	NS	31,1	17,3
p**	NS	NS	NS		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	29,3	42,6	22,8	≠	33,5	25,7
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	35,5	46,2	37,4	NS	40,7	28,7
CAP/BEP/BEPC	30,2	32,6	23,8	NS	30,0	13,9
Baccalauréat ou équivalent	18,3	20,6	14,3	NS	18,6	11,0
Etudes supérieures	11,1	15,0	12,9	NS	13,2	8,7
p**	≠	≠	≠		≠	≠
Ensemble	24,8	30,2	21,3	≠	26,4	13,8
	[21,8-27,9]	[26,9-33,7]	[18,5-24,4]		[24,5-28,4]	[12,7-14,9]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, l'âge, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe

Plus d'un quart des habitants aux Antilles et en Guyane pense que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe »

Dans les DFA, il n'y a pas de tendance claire qui se dégage des déclarations des personnes, quel que soit leur sexe, concernant la question portant sur la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe. Si 26 % des habitants des Antilles et de la Guyane pensent que le sida « s'attrape plus facilement que la grippe », ils sont 37 % à penser le contraire, que le sida « s'attrape moins facilement que la grippe », et un peu moins d'un tiers à dire que le sida « s'attrape aussi facilement que la grippe ».

On note deux différences significatives entre les lieux d'enquête. D'une part, dans les DFA, les personnes sont près de deux fois plus nombreuses qu'en métropole à penser que le sida « s'attrape plus facilement que la grippe » : respectivement 26 % et 14 %. Ces écarts entre les deux espaces géographiques se retrouvent chez les hommes comme chez les femmes et pour toutes les classes d'âges. A 18-24 ans par exemple, seules 12 % des personnes en métropole déclarent que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe » alors que la proportion est de 31 % dans les DFA. Ceci confirme la perception plus diffuse des risques. D'autre part, au niveau des trois départements, la Martinique se distingue le plus souvent de la Guadeloupe et de la Guyane par une proportion plus élevée de personnes attribuant au sida une contagiosité supérieure à la grippe.

Le diplôme importe plus que l'âge dans la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe

S'il n'existe pas de différences entre les déclarations des hommes et celles des femmes, on observe que les personnes les plus nombreuses à penser que le sida est davantage contagieux que la grippe sont les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgées (55-69 ans), comme cette tendance a déjà été notée pour ce qui est des connaissances des modes de transmission. Mais surtout, les différences de perception sont particulièrement marquées en ce qui concerne le niveau de diplôme : quels que soient le lieu d'enquête et l'âge, plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes pensent que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe ». Dans les DFA, parmi les personnes sorties du système scolaire sans diplôme à 16 ans ou plus, 41 % pensent que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe » alors que ce n'est le cas que de 13 % des personnes qui ont fait des études supérieures (29 % contre 9 % en métropole). La Martinique se démarque, là également, par une proportion nettement plus élevée de personnes adhérant à l'idée d'une contagiosité du sida supérieure à celle de la grippe parmi celles faiblement diplômées : en Martinique, 45 % des personnes sans diplôme pensent que le sida « s'attrape plus facilement que la grippe » contre 33 % en Guadeloupe et 31 % en Guyane.

Pourcentages de personnes qui déclarent que le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le fait de croire en une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée</i>						
Transmission possible en buvant dans le verre	35,0	42,7	34,9	NS	39,6	23,7
Transmission impossible	23,5	26,4	20,5	NS	24,0	12,4
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon la crainte du sida pour soi-même</i>						
Je crains beaucoup le sida	30,0	34,6	26,7	NS	31,3	21,0
Je crains pas mal le sida	22,0	36,0	20,0	NS	27,5	13,8
Je crains peu le sida	20,1	22,2	17,0	NS	20,7	8,7
Je ne crains pas du tout le sida	19,2	26,6	15,8	≠	21,5	14,4
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le fait de connaître personnellement une personne séropositive</i>						
Connaît une ou plusieurs personnes	17,9	20,0	21,0	NS	19,6	11,2
Ne connaît pas	25,8	31,2	21,4	≠	27,4	14,3
p**	NS	≠	NS		≠	≠
<i>Selon le fait d'accepter ou pas d'aller manger chez une personne séropositive</i>						
Accepterait	22,8	26,1	21,1	NS	23,8	12,6
Accepterait peut-être	19,9	31,0	18,6	NS	25,5	18,2
N'accepterait pas	35,5	46,2	25,2	≠	38,5	21,7
p**	≠	≠	NS		≠	≠
Ensemble	24,8	30,2	21,3	≠	26,4	13,8
	[21,8-27,9]	[26,9-33,7]	[18,5-24,4]		[24,5-28,4]	[12,7-14,9]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le fait de connaître une personne séropositive, selon le fait d'accepter d'aller manger avec une personne séropositive, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La perception de la plus grande contagiosité du VIH par rapport à la grippe est plus souvent partagée par les personnes qui ont les moins bonnes connaissances des modes de transmission du VIH

Dans les DFA, les personnes qui pensent que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe » ont une moins bonne connaissance des modes de transmission du VIH que les autres. Cette liaison se retrouve à toutes les classes d'âges (sauf à 18 à 24 ans), chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le département d'enquête, comme c'est également le cas en métropole. Ainsi, les personnes qui pensent que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe » ont un score de connaissance des modes de transmission de 7,4 (sur 10 qui indique la meilleure connaissance) contre 8,2 parmi les personnes qui pensent que le sida peut s'attraper aussi ou moins facilement que la grippe (7,8 et 8,4 en métropole). L'idée de la plus grande contagiosité du VIH par rapport à la grippe est surtout partagée par les personnes qui croient en la transmission du VIH par simple contact, par exemple en buvant dans le verre d'une personne séropositive ou celles qui craignent « beaucoup » le sida (cf. tableau).

La crainte de la contagiosité du sida pourrait constituer un facteur favorisant les attitudes discriminatoires

Si le fait de connaître une personne séropositive n'est que peu associé à une moindre perception de la forte contagiosité du sida par rapport à la grippe, en revanche, aux Antilles, les personnes qui pensent que le sida peut « s'attraper plus facilement que la grippe » sont les plus nombreuses à déclarer des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes séropositives. Par exemple, dans les DFA, les personnes qui ont indiqué qu'elles ne laisseraient pas leur(s) enfant(s) ou petit(s) enfant(s) en compagnie d'une personne séropositive sont 39 % à croire que « le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe » alors que cette proportion est de 24 % parmi les personnes ayant déclaré qu'elles accepteraient de confier leur(s) enfant(s) ou petit(s) enfant(s) à une personne séropositive (respectivement 22 % et 13 % en métropole).

On peut ainsi faire l'hypothèse que la crainte de la contagiosité du sida constitue un facteur favorisant des attitudes discriminatoires.

Répartition des personnes selon leur perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens

« 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 ? »

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
Plus de risque	4,1	4,2	7,5	4,7	3,7
Le même risque	36,4	39,1	38,3	38,0	33,6
Moins de risque	38,6	34,5	38,5	36,7	42,5
Aucun risque	15,4	18,3	12,7	16,4	19,7
Non-réponse / ne sait pas	5,5	3,9	3,0	4,2	0,5
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes considérant avoir moins de risque d'être contaminées par le virus du sida par rapport à la moyenne des gens ou n'avoir aucun risque

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	50,6	55,2	50,8	NS	52,8	61,2
Femmes	57,0	50,6	51,5	NS	53,2	63,2
p**	NS	NS	NS		NS	NS
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	42,0	47,7	39,1	NS	43,9	35,8
25-34 ans	47,8	46,4	51,0	NS	47,6	49,9
35-44 ans	58,5	54,0	54,1	NS	55,9	63,4
45-54 ans	58,4	55,9	53,4	NS	56,6	70,4
55-69 ans	60,2	57,3	61,4	NS	59,1	78,6
p**	≠	NS	≠		≠	≠
Ensemble	54,0	52,7	51,2	NS	53,0	62,2
	[50,3-57,6]	[49,1-56,3]	[47,5-54,9]		[50,8-55,2]	[60,6-63,8]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, l'âge). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La perception du risque de contamination par le VIH

La perception du risque dans les DFA est plus élevée qu'en métropole

Les habitants des Antilles et de la Guyane estiment majoritairement avoir moins de risque d'être contaminés par le sida que la moyenne des gens ou n'avoir aucun risque. Toutefois, cette tendance reste moins forte qu'en métropole : parmi les personnes dans les DFA, 53 % se perçoivent comme ayant moins de risque d'être contaminées par le sida par rapport à la moyenne des gens ou n'avoir aucun risque tandis qu'elles sont 62 % dans ce cas en France métropolitaine, sans différence entre les hommes et les femmes. Dans les DFA, les personnes sont en revanche significativement plus nombreuses à considérer avoir le même risque que la moyenne des gens (38 % contre 34 %) ou avoir davantage de risque (5 % contre 4 %). On note aussi que le pourcentage de non-réponses et de « ne sait pas » à la question de la perception individuelle du risque de contamination par le sida est beaucoup plus élevé aux Antilles et en Guyane qu'en métropole : 4 % contre moins de 1 %. Ce pourcentage est d'autant plus élevé que les personnes sont faiblement diplômées : elles sont 13 % dans les DFA à ne pas avoir su comment situer leur risque parmi les personnes non-diplômées ayant quitté avant 16 ans le système scolaire contre 1 % parmi celles diplômées de l'enseignement supérieur (en métropole 2 % contre 0,1 %).

Au niveau des trois départements, on observe que la proportion de personnes qui estiment avoir plus de risque que la moyenne des gens est significativement plus élevée en Guyane qu'aux Antilles (8 % contre 4 %) et que celle des personnes indiquant ne pas avoir du tout de risque d'être contaminées est la plus élevée en Martinique (18 % contre 13 % en Guyane et 15 % Guadeloupe).

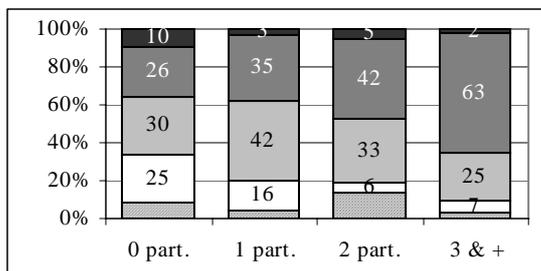
Une perception du risque qui diffère moins selon l'âge qu'en métropole

Dans les DFA, la proportion de personnes qui estiment n'avoir aucun risque ou avoir moins de risque d'être contaminées par le VIH que la moyenne des gens augmente avec l'âge : parmi les personnes âgées de 18 à 24 ans, 44 % se perçoivent comme n'ayant aucun risque ou comme ayant moins de risque que la moyenne des gens d'être infectées par le VIH alors que le pourcentage s'élève à 59 % chez les personnes âgées de 55 à 69 ans. Aux Antilles et en Guyane, la perception individuelle du risque de contamination par le sida varie néanmoins beaucoup moins selon l'âge qu'en métropole où ces proportions sont respectivement de 36 % et 79 % (43 points d'écart contre 15 dans les DFA). La perception individuelle d'avoir un risque de contamination paraît donc être plus importante dans les DFA qu'en métropole et se maintenir à un niveau élevé aux âges avancés alors qu'en métropole la perception d'avoir un risque par rapport au VIH concerne beaucoup plus spécifiquement les plus jeunes.

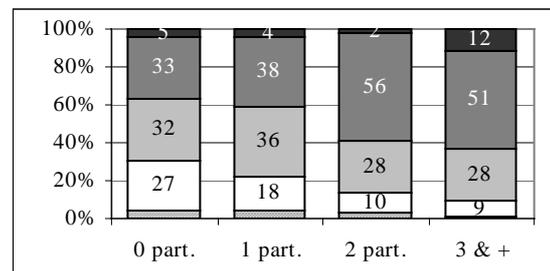
Répartition des personnes selon leur perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens et le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois

Selon le lieu d'enquête

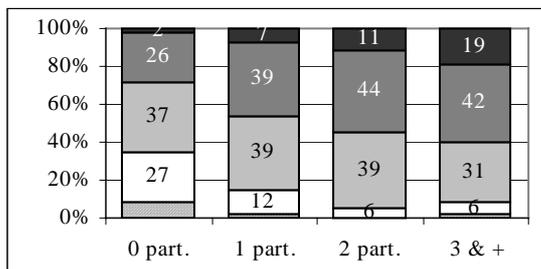
Guadeloupe



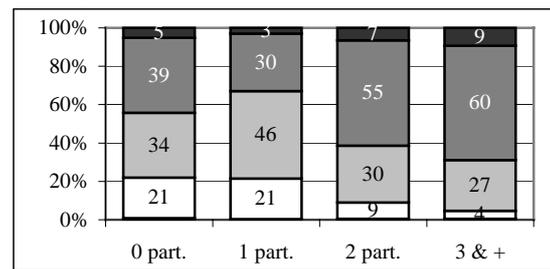
Martinique



Guyane

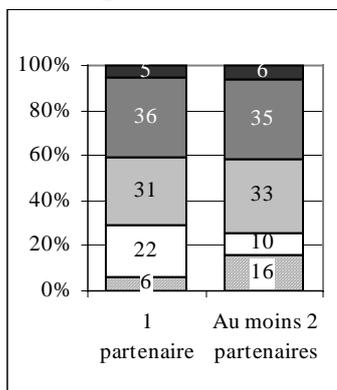


Métropole

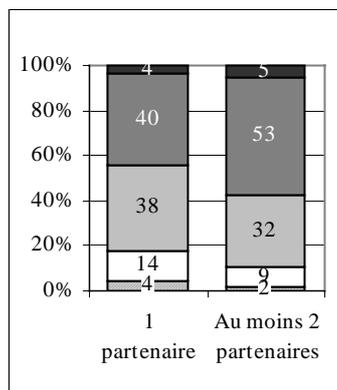


Selon le diplôme (ensemble DFA)

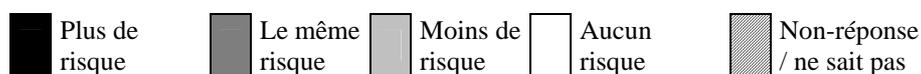
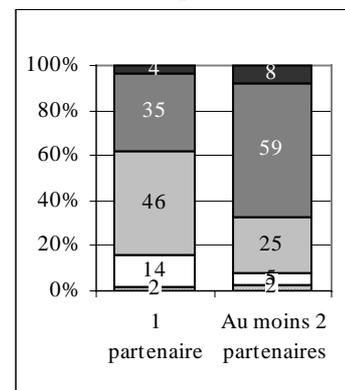
Aucun diplôme



CAP / BEP / BEPC



Baccalauréat et plus



La perception individuelle du risque de contamination varie selon les caractéristiques de l'activité sexuelle

Les premiers graphiques ci-contre permettent d'observer que la perception individuelle du risque est étroitement liée aux caractéristiques de l'activité sexuelle des individus, et plus précisément, aux nombres de partenaires déclarés. Si la proportion de personnes indiquant avoir « plus de risque » que la moyenne des gens varie peu selon le nombre de partenaires (sauf en Guyane où cette proportion est d'autant plus élevée que le nombre de partenaires augmente), en revanche, la proportion de personnes indiquant avoir « le même risque » que la moyenne des gens augmente sensiblement. Les personnes ayant davantage de risques ont donc plutôt tendance à indiquer avoir « le même risque » que la moyenne des gens. Ainsi, dans les trois départements, la proportion de personnes ayant déclaré avoir « le même risque » est de 29 % parmi les personnes n'ayant pas eu de partenaire, de 37 % parmi celles en ayant un, de 48 % quand elles en ont déclaré deux et enfin de 56 % pour celles ayant eu trois partenaires et plus au cours des douze mois précédant l'enquête.

La perception du risque est très liée au niveau d'éducation des individus

On notera, cependant, que les liens entre perception du risque de contamination et caractéristiques de l'activité sexuelle varient nettement selon le niveau d'éducation des individus. Ces liens sont très marqués parmi les personnes ayant le baccalauréat ou un diplôme de l'enseignement supérieur : 39 % des personnes ayant eu un partenaire dans l'année (monopartenaires) ont indiqué avoir plus ou autant de risque que la moyenne des gens alors que cette proportion est de 67 % parmi les personnes ayant eu au moins deux partenaires (multipartenaires). Parmi les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (CAP, BEP, BEPC), la perception du risque semble moins sensiblement corrélée aux caractéristiques de l'activité sexuelle et la proportion de personnes ayant déclaré avoir plus ou autant de risque que la moyenne des gens est de 44 % chez les monopartenaires et de 58 % chez les multipartenaires. En revanche, les personnes non-diplômées ne semblent pas percevoir différemment leur risque de contamination selon les caractéristiques de leur activité sexuelle et la proportion de personnes estimant avoir plus ou autant de risque que la moyenne des gens est identique chez les monopartenaires et chez les multipartenaires (41 %), contrairement à la métropole où les chiffres sont respectivement de 29 % et 53 %. De plus, parmi les personnes non-diplômées, on soulignera la proportion importante de multipartenaires, dans les DFA, ayant indiqué ne pas savoir comment situer leur risque (16 %).

Compte tenu du fait que les personnes nées hors des DFA, dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, sont très faiblement diplômées, on retrouve, dans cette population, cette absence de lien entre perception du risque et caractéristiques de l'activité sexuelle.

La faible perception du risque de contamination s'observe parmi les personnes n'ayant pas utilisé de préservatifs. Ainsi, chez les seules personnes ayant eu au moins un nouveau partenaire dans les douze mois, 63 % indiquent avoir plus ou autant de risque parmi celles ayant utilisé des préservatifs pendant cette période alors que cette proportion n'est que de 45 % parmi les personnes n'ayant jamais utilisé de préservatifs durant les douze derniers mois (respectivement 72 % et 53 % en métropole).

Répartition des personnes selon la crainte d'avoir été contaminé par le VIH

« Vous-même, avez-vous déjà craint d'avoir été contaminé par le virus du sida ? »

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
Oui	29,1	32,2	34,6	31,3	23,0
Non	70,1	66,9	65,0	68,0	77,0
Non-réponse / ne sait pas	0,8	0,9	0,4	0,7	0,0
p*		NS			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pourcentages de personnes déclarant avoir déjà craint d'avoir été contaminées par le virus du sida

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (1) (N=3014)	Mét (1) (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>						
Hommes	32,8	33,5	34,5	NS	33,1	21,7
Femmes	25,8	31,0	34,7	≠	29,6	24,2
p**	≠	NS	NS		NS	NS
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	23,1	33,1	31,2	NS	28,5	24,6
25-34 ans	35,9	34,6	45,7	NS	37,7	34,2
35-44 ans	29,7	40,5	37,8	NS	35,3	26,8
45-54 ans	33,1	33,6	25,7	NS	32,3	21,8
55-69 ans	20,8	19,9	20,4	NS	20,4	11,7
p**	≠	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	20,2	21,3	20,3	NS	20,8	9,0
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	26,8	37,6	25,9	NS	30,9	12,7
CAP/BEP/BEPC	27,3	29,1	32,7	NS	29,3	19,6
Baccalauréat ou équivalent	34,7	28,1	37,8	NS	32,1	25,8
Etudes supérieures	34,0	41,9	45,4	NS	39,5	31,2
p**	NS	≠	≠		≠	≠
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq années précédant l'enquête</i>						
Abstinentes	7,7	15,7	13,7	NS	12,7	10,6
Monopartenaires	27,1	26,9	27,6	NS	27,2	16,9
Multipartenaires avec partenaires successifs	34,2	41,8	41,0	NS	38,2	35,1
Multipartenaires avec partenaires simultanés	39,1	48,6	56,2	≠	45,4	54,1
p**	≠	≠	≠		≠	≠
Ensemble	29,1	32,2	34,6	NS	31,3	23,0
	[25,9-32,5]	[28,9-35,6]	[31,2-38,2]		[29,2-33,3]	[21,7-24,3]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, l'âge). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

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

La proportion de personnes ayant déjà craint d'avoir été contaminées par le VIH est plus importante aux Antilles et en Guyane qu'en métropole

Parmi les personnes dans les DFA, 31 % déclarent avoir déjà craint d'avoir été contaminées par le virus du sida, sans différence significative entre les trois départements, alors que cette proportion est de 23 % en métropole. Cet écart entre les DFA et la métropole est présent quel que soit le sexe mais plus marqué dans la population masculine où la proportion est de 33 % parmi les hommes des DFA contre 22 % parmi ceux de métropole (respectivement de 30 % et 24 % dans la population féminine). De plus, la crainte d'avoir été contaminé par le VIH semble, dans les DFA, moins corrélé au niveau d'études qu'en métropole. Si en métropole, la proportion de personnes indiquant avoir déjà craint une contamination par le VIH est d'autant plus importante que le niveau de diplôme est élevé (allant de 9 % parmi les non-diplômés à 31 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur), dans les DFA, cette liaison apparaît moins nettement, même si on peut noter que les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat sont plus nombreuses que les autres (notamment que les non-diplômées) à indiquer avoir déjà éprouvé une crainte quant à une éventuelle contamination. Les différences se retrouvent surtout quand on raisonne selon le lieu de naissance des individus. Ainsi, en Guyane, si 46 % des personnes nées en métropole indiquent avoir déjà craint une contamination, ce n'est le cas que de 34 % des personnes nées en Guyane et 24 % des personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud.

Dans les DFA, la crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH concerne beaucoup moins spécifiquement les plus jeunes qu'en métropole

Si, parmi les personnes de moins de 35 ans, la proportion de celles déclarant avoir déjà craint d'être contaminées par le VIH est comparable en métropole et dans les DFA (environ un quart d'entre elles à 18-24 ans et un peu plus d'un tiers à 25-34 ans), en revanche, elle est très supérieure dans les DFA au-delà de cet âge ce qui contribue à expliquer la proportion plus importante dans les DFA qu'en métropole de personnes ayant déjà craint une contamination. Par exemple, à 45-54 ans, cette proportion est de 32 % dans les DFA contre 22 % en métropole. De même, dans les DFA (et particulièrement aux Antilles), les personnes des classes d'âges intermédiaires (25-34 ans, 35-44 ans et 45-54 ans) sont plus nombreuses à avoir déjà craint d'avoir été contaminées par le VIH que les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgées (55-69 ans) : les proportions sont respectivement de 35 % contre 29 % et 20 %. En revanche, en métropole, la tendance montre davantage une diminution avec l'âge (à partir de 25 ans) de la proportion de personnes ayant déjà craint une contamination, comme c'est aussi le cas en Guyane.

De plus, même si les périodes ne sont pas comparables, la crainte d'une possible contamination par le VIH semble varier selon les caractéristiques de l'activité sexuelle. Ainsi, que ce soit au cours des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête et quel que soit l'âge, le sexe ou le lieu d'enquête, les personnes qui ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires sont plus nombreuses que celles n'en ayant eu qu'un qui sont plus nombreuses que celles qui n'en ont eu aucun à déclarer avoir déjà craint d'avoir été contaminées par le VIH.

Si le risque perçu par rapport au VIH/sida est plus important dans les DFA qu'en métropole (craintes des différents risques et maladies, perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe, perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens, crainte d'avoir été déjà contaminé par le sida), il semble aussi plus généralisé dans la population qu'en métropole.

5. Les attitudes face au VIH/sida et aux personnes touchées par le VIH

Dans les DFA, même si les personnes se positionnent majoritairement contre des mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives, néanmoins elles les rejettent moins que ce qui peut être observé parmi la population de métropole : ainsi, si parmi les habitants des Antilles et de la Guyane, 85 % se disent en désaccord avec l'opinion selon laquelle « il faut isoler les malades du sida du reste de la population », cette proportion s'élève à 94 % chez ceux de métropole.

Lorsque l'on demande aux personnes de se prononcer sur leurs attitudes face à des situations qui les impliqueraient personnellement avec des personnes séropositives, on constate que plus le degré de proximité avec des personnes séropositives, suggéré par la situation, est élevé, plus la proportion de personnes indiquant des attitudes stigmatisantes est importante. Bien que cette stigmatisation soit moins forte dans les DFA en 2004 qu'en 1992, date de l'enquête ACSAG, on note qu'à âge ou diplôme égal, elle est systématiquement plus forte qu'en métropole. Par exemple, dans les DFA, 48 % des personnes déclarent qu'elles accepteraient de laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive alors qu'en métropole, 64 % des personnes indiquent la même chose.

Le niveau de croyance en des modes erronés de transmission du VIH (d'autant plus élevé que le niveau éducatif des personnes est faible), apparaît comme l'un des facteurs les plus corrélés à la stigmatisation des personnes séropositives.

L'analyse des attitudes face au VIH/sida et aux personnes touchées par le VIH

Ce chapitre a pour but de décrire les attitudes des populations des Antilles et de Guyane face aux personnes touchées par le VIH/sida et de comparer leurs niveaux de stigmatisation dans ces régions à ceux observés en métropole. Il sera tenté également d'analyser les facteurs associés à une plus grande acceptation des personnes séropositives ou, au contraire, ceux favorisant leur stigmatisation (connaissances des modes de transmission, niveau de diplôme, etc.).

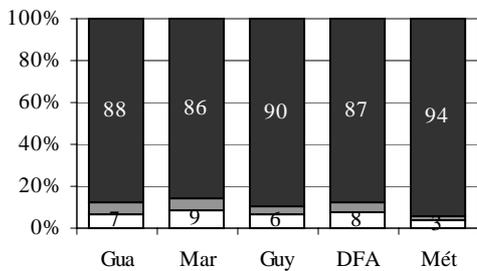
L'analyse des attitudes face au VIH/sida et aux personnes séropositives a été développée selon deux axes principaux :

- les opinions générales des personnes sur des mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives (interdire à un enfant atteint du VIH d'aller à l'école, isoler les malades du sida du reste de la population, isoler dans les hôpitaux les malades du sida des autres patients, etc.) ou sur des thèmes relatifs au VIH/sida ;
- les attitudes que les personnes interrogées auraient personnellement dans des situations impliquant des personnes séropositives (accepter d'aller manger chez une personne séropositive, accepter de travailler en sa compagnie, continuer à consulter un médecin soignant de nombreux malades du sida, etc.). A partir des réponses aux différentes questions, un score d'acceptation personnelle des personnes séropositives a été créé afin d'identifier les facteurs associés à une plus grande acceptation des personnes touchées par le VIH/sida.

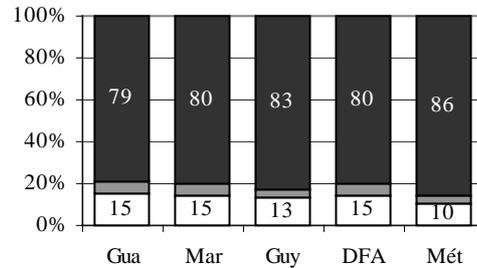
Répartition des personnes selon leur opinion sur des mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives (en %)

« Je vais vous demander votre avis sur un certain nombre de thèmes de débat qui traversent la société. Pour chacun d'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, pas du tout d'accord ? »
(questions posées dans un ordre aléatoire)

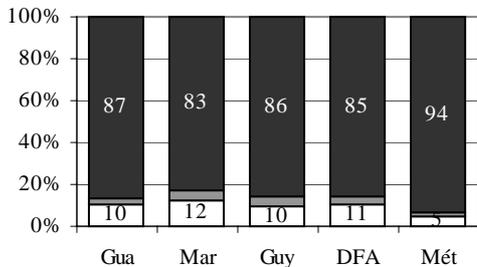
« Il faut interdire à un enfant atteint du virus du sida d'aller à l'école »



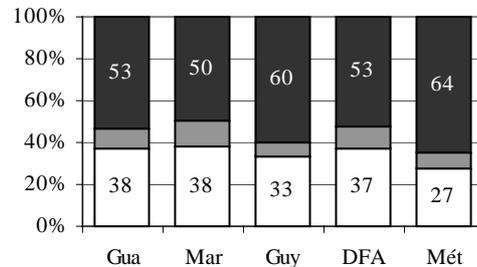
« On peut comprendre les médecins qui refusent de prendre en charge des patients contaminés par le virus du sida »



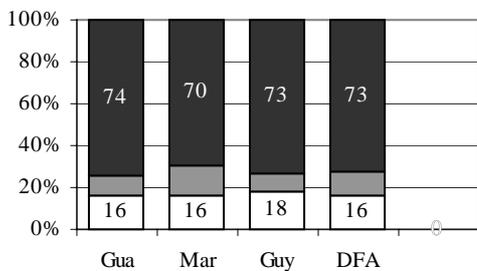
« Il faut isoler les malades du sida du reste de la population »



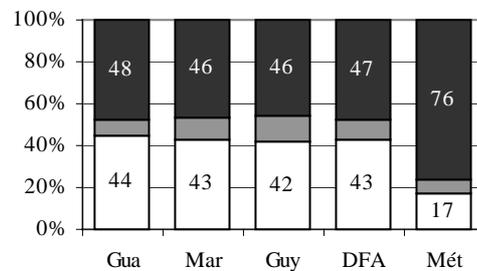
« Dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients »



« Le sida est un châtement de Dieu, une malédiction, un mauvais sort »



« les consommateurs de crack [DFA] / toxicomanes [Mét.] doivent être traités comme des délinquants »



Pas du tout ou plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord ou ne sait pas
 Tout à fait ou plutôt d'accord

Les opinions sur des mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives

La grande majorité des personnes se positionnent contre des mesures discriminatoires

Même si, aux Antilles et en Guyane, près d'une personne sur deux a indiqué être d'accord avec l'affirmation selon laquelle « les consommateurs de crack doivent être traités comme des délinquants »¹, dans l'ensemble, dans les DFA comme en métropole, les personnes se prononcent très majoritairement contre des mesures ou des attitudes discriminatoires qui pourraient être prises envers les personnes séropositives. En effet, dans les DFA, 87 % des personnes se déclarent en désaccord avec l'affirmation selon laquelle « il faut interdire à un enfant atteint du sida d'aller à l'école ». Elles sont aussi nombreuses à rejeter l'idée qu'« il faut isoler les malades du sida du reste de la population » (85 %) ou qu'« on peut comprendre les médecins qui refusent de prendre en charge des patients contaminés par le virus du sida » (80 %). Les populations des DFA rejettent aussi dans leur majorité (73 %) l'idée selon laquelle le sida serait « un châtement de Dieu ».

En revanche, l'affirmation selon laquelle « dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients », recueille des opinions nettement plus nuancées (dans les DFA comme en métropole) puisque seules 53 % des personnes dans les DFA rejettent cette mesure. Ceci peut probablement s'expliquer par le fait que l'isolement des patients touchés par le VIH dans les hôpitaux peut être perçu par certains comme une mesure de protection des patients contaminés (éviter que des patients immuno-déprimés soient en contact avec d'autres patients) mais aussi de protection des patients non contaminés (risque perçu de contact avec le sang présent sur du matériel, promiscuité perçue comme pouvant favoriser des contacts, etc.).

La population des DFA rejettent moins que celle de métropole les mesures discriminatoires envers les personnes séropositives

Bien que les mesures discriminatoires à l'encontre des personnes séropositives soient largement rejetées, les personnes des DFA sont systématiquement moins nombreuses que celles de métropole à les condamner. Par exemple, si 94 % des personnes de métropole indiquent être en désaccord avec l'idée d'isoler les malades du sida du reste de la population, cette proportion est de 85 % dans les DFA.

1 En métropole, où la question ne spécifiait pas « les consommateurs de crack » mais « les toxicomanes », la proportion ne s'élève qu'à 17 % des personnes interrogées.

Régression logistique : déterminants de l'opinion dans les DFA selon laquelle « il faut isoler les malades du sida du reste de la population » (personnes ayant déclaré être tout à fait ou plutôt d'accord, ni d'accord, ni pas d'accord ou ne pas savoir)

N=3014	Odds ratio (1)	Intervalles de confiance à 95%
Femmes	1	
Hommes	1,24	[0,92-1,65]
Interrogé(e)s en Guadeloupe	1	
En Martinique	1,16	[0,84-1,61]
En Guyane	1,24	[0,86-1,79]
18-34 ans	1	
35-44 ans	0,89	[0,61-1,32]
44-69 ans	1,13	[0,79-1,61]
Baccalauréat ou études supérieures	1	
CAP/BEP/BEPC	1,45	[0,98-2,17]
Sans diplôme	2,46	[1,68-3,61]
Né(e)s en métropole	1	
Dans le département d'enquête	3,31	[1,72-6,37]
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	4,84	[2,11-11,11]
Autres	2,19	[0,87-5,53]
Place de la religion très importante	1	
Importante	1,15	[0,83-1,58]
Pas importante	1,25	[0,77-2,03]
Non-cohabitant(e)s	1	
Non-marié(e)s cohabitant(e)s	1,02	[0,69-1,51]
Marié(e)s cohabitant(e)s	0,98	[0,72-1,34]
Perception du risque d'être contaminé par le VIH égal ou supérieur à la moyenne des gens	1	
Risque inférieur à la moyenne des gens ou aucun risque	1,16	[0,87-1,56]
Connaître personnellement une personne séropositive	1	
Ne pas connaître une personne séropositive	1,74	[1,07-2,82]
Déclarer que le sida s'attrape moins facilement que la grippe	1	
Aussi facilement que la grippe	0,97	[0,69-1,37]
Plus facilement que la grippe	1,19	[0,83-1,71]
Ne pas croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée	1	
Croire à une transmission possible	4,56	[3,26-6,40]
Ne pas savoir	3,27	[2,04-5,24]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les personnes sans diplôme ont une probabilité supérieure aux personnes diplômées du baccalauréat ou de l'enseignement supérieur de ne pas avoir rejeté l'affirmation selon laquelle « il faut isoler les malades du sida du reste de la population », en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

L'absence de diplôme et la méconnaissance des modes de transmission du VIH ont une nette influence sur les attitudes discriminatoires²

Un modèle de régression logistique a été construit afin d'identifier, aux Antilles et en Guyane, les facteurs associés au fait d'être d'accord avec l'affirmation selon laquelle « il faut isoler les malades du sida du reste de la population » (ou de ne pas la rejeter).

Les variables incluses dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le niveau de diplôme, le lieu de naissance, la place de la religion, la situation matrimoniale, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, le fait de connaître personnellement ou pas une personne séropositive, la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe et le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée.

Dans les DFA, toutes choses égales par ailleurs, les variables les plus corrélées au fait de ne pas rejeter cette mesure discriminatoire visant à isoler les malades du sida du reste de la population sont le fait d'être né dans le département où s'est déroulée l'enquête ou d'être né dans un pays de la Caraïbe ou d'Amérique du Sud et d'avoir des connaissances erronées sur les modes de transmission du VIH (ici, le fait de croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée ou d'ignorer si la contamination est possible). La probabilité de ne pas rejeter cette mesure discriminatoire est aussi d'autant plus importante que la personne n'a aucun diplôme et qu'elle ne connaît personnellement aucune personne séropositive.

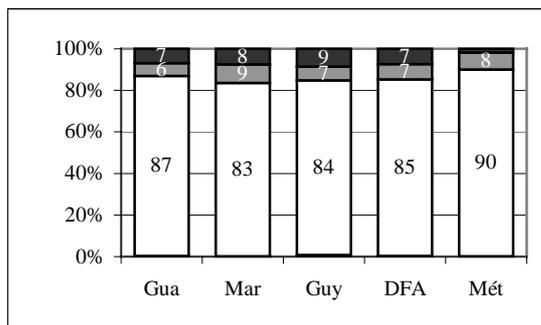
En revanche, en contrôlant selon les modalités des autres variables, le fait d'adhérer à cette mesure discriminatoire ne dépend pas du sexe, de l'âge, du département d'enquête, de la place accordée à la religion, de la situation matrimoniale ou de la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens.

2 Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, les odds ratio seront commentés en termes de « risques », « chances » ou « probabilités », même si, en toute rigueur, le terme d'odds ratio devrait être utilisé.

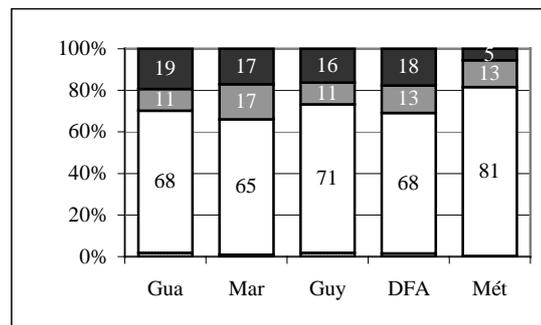
Répartition des personnes selon leurs attitudes déclarées lorsqu'elles se trouvent face à des situations impliquant des personnes séropositives

« Si vous saviez qu'une personne est séropositive (c'est-à-dire qui est contaminée par le virus du sida), accepteriez-vous... »

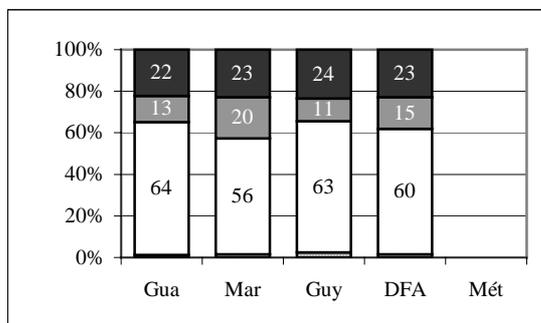
...de travailler en sa compagnie »



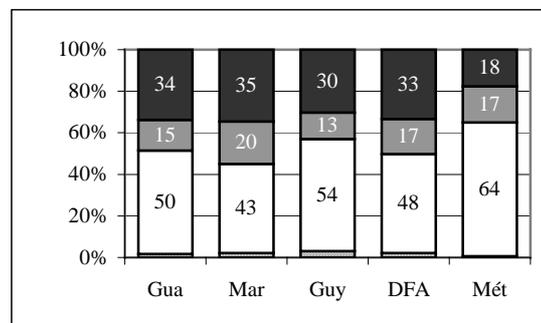
...d'aller manger chez elle »



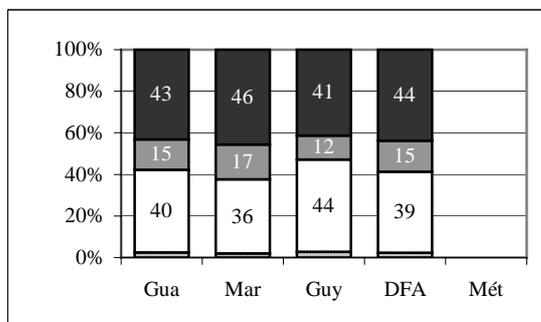
...d'habiter avec elle »



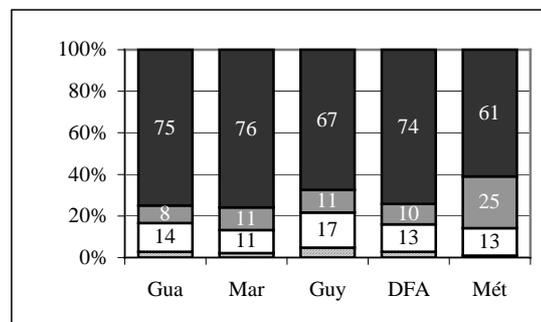
...de laisser vos enfants ou petits-enfants en sa compagnie »



...d'embaucher cette personne chez vous pour faire votre cuisine »



...d'avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant des préservatifs »



Oui
 Peut-être
 Non
 Non-réponse / ne sait pas

Les attitudes déclarées face aux personnes séropositives

Il était demandé aux personnes interrogées quelles attitudes elles auraient dans des situations impliquant des personnes séropositives, par exemple, si elles accepteraient de travailler en compagnie d'une personne séropositive, d'aller manger chez elle, de laisser leurs enfants ou petits enfants en sa compagnie, etc. Signalons que, dans les DFA, 13 % des personnes interrogées (9 % en Martinique, 13 % en Guadeloupe et 21 % en Guyane) ont déclaré connaître personnellement au moins une personne séropositive et 17 % en métropole.

Plus la situation avec une personne séropositive suppose une proximité, plus les personnes déclarent des attitudes stigmatisantes envers elle

Le pourcentage de personnes indiquant qu'elles refuseraient d'avoir des contacts avec une personne séropositive est d'autant plus élevé que ce contact suppose une proximité croissante. Ainsi, dans les DFA, si 7 % des personnes déclarent qu'elles refuseraient de travailler avec une personne séropositive, elles sont 18 % à dire qu'elles refuseraient de manger chez elle, puis 33 % à indiquer qu'elles refuseraient de laisser leurs enfants ou petits-enfants en sa compagnie et enfin, dans la situation impliquant le plus d'intimité, elles sont 74 % à indiquer qu'elles refuseraient d'avoir un rapport sexuel avec cette personne en utilisant un préservatif.

De même, si 80 % des personnes dans les DFA déclarent qu'elles accepteraient de continuer à consulter leur médecin si elles apprenaient qu'il soigne de nombreux malades du sida, elles ne sont plus que 47 % à indiquer qu'elles continueraient à le consulter si elles apprenaient qu'il était lui-même contaminé par le VIH. Enfin, près des trois-quarts des personnes indiquent que, si une association organisait des réunions ou des activités avec des malades du sida, elles seraient « tout à fait d'accord » pour que cela se passe dans leur immeuble ou dans une maison voisine de la leur. Les relations avec les personnes séropositives sont donc acceptées dès lors qu'elles restent à un niveau relativement distant, n'impliquant pas ou que peu de contacts.

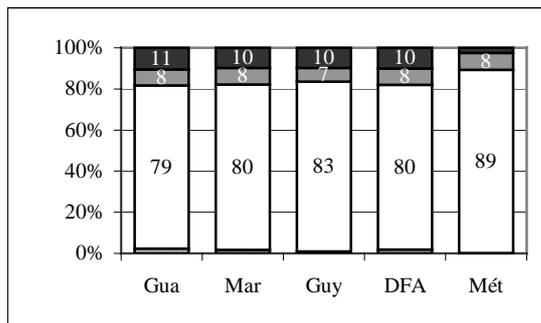
La stigmatisation envers les personnes séropositives a nettement diminué dans les DFA entre 1992 et 2004

Entre les résultats de l'enquête ACSAG en 1992 et ceux de KABP en 2004, une diminution de la stigmatisation envers les personnes séropositives dans les DFA peut être observée, quel que soit le degré d'intimité suggéré par la situation. Sur les trois questions communes aux deux enquêtes³, la proportion de personnes acceptant d'avoir un contact avec une personne séropositive a augmenté d'environ 15-20 points entre 1992 et 2004. Par exemple, si seul un tiers des personnes en 1992 indiquaient qu'elles accepteraient de laisser leurs enfants ou petits enfants en compagnie d'une personne séropositive, elles sont désormais 48 % dans ce cas.

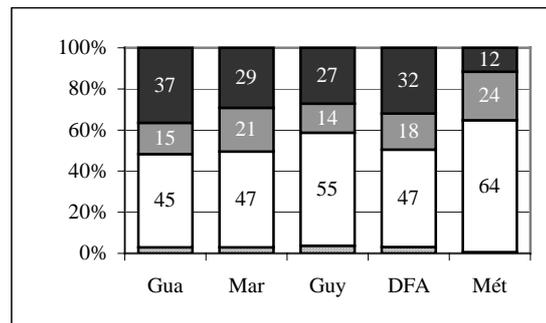
3 Accepter de « travailler en compagnie d'une personne séropositive », « d'aller manger chez elle » et « de laisser vos enfants ou petits-enfants en sa compagnie ».

Répartition des personnes selon leurs attitudes déclarées lorsqu'elles se trouvent face à des situations impliquant des personnes séropositives

« Si vous appreniez que votre médecin soigne de nombreux malades du sida, est-ce que vous continueriez à le consulter ? »

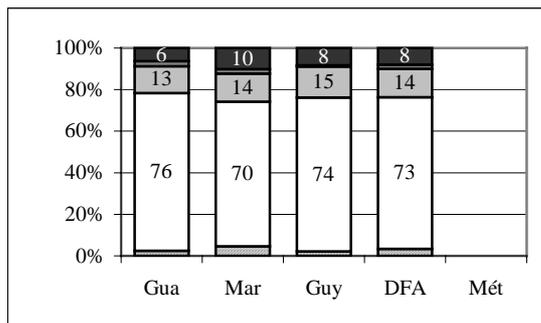


« Si vous appreniez que votre médecin est lui-même contaminé par le virus du sida, est-ce que vous continueriez à le consulter ? »



Oui
 Peut-être
 Non
 Non-réponse / ne sait pas

« Si une association organisait des réunions ou des activités avec des malades du sida, seriez-vous d'accord pour que cela se passe dans votre immeuble ou dans une maison voisine de la vôtre ? »⁴



Pas du tout d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord
 Non-réponse / ne sait pas

4 Cette question n'a été posée qu'à la moitié des personnes de l'échantillon, choisies aléatoirement.

La stigmatisation reste à un niveau plus élevé qu'en métropole

Malgré une meilleure acceptation des personnes séropositives dans les DFA en 2004, les déclarations d'attitudes stigmatisantes sont toujours plus importantes qu'en métropole même si les écarts entre les deux espaces géographiques sont moindres qu'en 1992. Ainsi, sur les six questions posées à la fois dans les DFA et en métropole, les personnes aux Antilles et en Guyane sont toujours davantage que celles en métropole à avoir des opinions stigmatisantes envers les personnes séropositives, à âge ou diplôme égal. Si 68 % des personnes dans les DFA accepteraient d'aller manger chez une personne séropositive, 81 % seraient dans le même cas en France métropolitaine.

Les données permettent aussi d'observer que les attitudes personnelles stigmatisantes sont plus importantes dans les DFA qu'en métropole, y compris parmi les personnes qui, d'un point de vue général, se sont déclarées contre des mesures discriminatoires. Par exemple, parmi les personnes qui ont rejeté l'opinion selon laquelle « dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients », 21 % des personnes dans les DFA déclarent qu'elles n'accepteraient pas de laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive alors qu'elles ne sont que 9 % à l'indiquer en métropole.

Cette stigmatisation plus fréquente dans les DFA se révèle aussi sur le fait que les personnes interrogées sont deux fois plus nombreuses qu'en métropole à déclarer être en désaccord avec l'affirmation selon laquelle « les homosexuels sont des gens comme les autres » (voir chapitre 6 sur les caractéristiques de l'activité sexuelle).

Si les écarts restent importants entre les DFA et la métropole, en revanche, peu de différences significatives peuvent être notées entre les trois départements, si ce n'est que, lorsqu'il y a des différences, elles vont le plus souvent dans le sens d'une moindre acceptation des personnes séropositives en Martinique.

Score d'acceptation personnelle des personnes séropositives selon les caractéristiques socio-démographiques

(de 0 = acceptation très faible à 10 = acceptation très forte)

	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (N=3014)
<i>Selon le sexe</i>					
Hommes	6,2	6,1	6,6	NS	6,2
Femmes	6,3	6,1	6,5	NS	6,2
p**	NS	NS	NS		NS
<i>Selon l'âge</i>					
18-24 ans	5,9	5,9	6,5	NS	6,0
25-34 ans	6,8	6,9	6,9	NS	6,9
35-44 ans	6,5	6,5	6,9	NS	6,6
45-54 ans	6,3	6,0	6,1	NS	6,1
55-69 ans	5,6	5,4	5,8	NS	5,5
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	4,6	4,4	4,7	NS	4,5
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	5,2	5,0	4,5	NS	5,0
CAP/BEP/BEPC	6,4	6,4	6,6	NS	6,4
Baccalauréat ou équivalent	6,8	6,7	7,2	NS	6,8
Etudes supérieures	7,5	7,1	7,9	≠	7,4
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon la couverture sociale</i>					
Sécurité sociale avec mutuelle	6,7	6,5	7,0	≠	6,6
Sécurité sociale sans mutuelle	5,5	5,5	6,3	NS	5,6
CMU ou aucune couverture sociale	5,6	5,7	5,5	NS	5,7
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>					
Dans le département d'enquête	6,0	5,9	6,4	≠	6,0
En métropole	8,0	7,8	8,2	NS	8,0
Dans les autres DOM	6,8	6,7	7,0	NS	6,8
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	4,6	-	4,5	NS	4,5
Autres	-	-	7,9	-	8,0
p**	≠	≠	≠		≠
Ensemble	6,2 [6,1-6,4]	6,1 [5,9-6,3]	6,5 [6,3-6,8]	≠	6,2 [6,1-6,4]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sexe, la classe d'âges, etc.). NS : écart non significatif.

Les facteurs associés à une meilleure acceptation personnelle des personnes séropositives

Afin de mieux comprendre les facteurs qui favorisent une meilleure acceptation des personnes séropositives, un score a été créé en utilisant les questions décrivant des situations impliquant personnellement les personnes interrogées face à des personnes séropositives. Ce score d'acceptation personnelle des personnes séropositives intègre huit des neuf variables concernées présentes dans le questionnaire KABP Antilles-Guyane⁵ : plus le score est élevé, meilleure est l'acceptation personnelle des personnes séropositives.

Le niveau d'éducation formelle constitue un facteur important favorisant des attitudes solidaires

Dans les DFA, le score moyen d'acceptation personnelle des personnes séropositives est de 6,2 sur 10⁶ avec un niveau en Guyane, montrant une meilleure acceptation que dans les deux départements des Antilles. Si aucune différence n'est notable entre les hommes et les femmes, et ceci dans les trois départements, en revanche, l'acceptation personnelle des personnes séropositives (mesurée avec le score) diffère très nettement selon le lieu de naissance des individus, leur niveau d'éducation formelle et leur niveau de vulnérabilité sociale (mesurée ici par la couverture sociale). Ce sont en effet trois des caractéristiques où les écarts entre les individus sont les plus importants. Si les personnes nées en métropole ont un score moyen de 8,0, celui des personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud n'est que de 4,5 et celui des personnes nées dans le département d'enquête de 6,0. De même, si les personnes diplômées de l'enseignement supérieur ont un score moyen de 7,4, celui des personnes sans diplôme ayant quitté le système scolaire avant 16 ans n'est que de 4,5 (et respectivement 6,6 et 5,7 parmi les personnes ayant la sécurité sociale avec mutuelle et celles ayant la CMU ou aucune couverture sociale). Le fait d'avoir ou pas un diplôme est un facteur particulièrement déterminant puisque, à lieu de naissance comparable, les personnes sans diplôme ont des scores d'acceptation plus faibles. Par exemple, parmi les personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, le score est de 3,8 parmi les personnes sans diplôme contre 5,9 parmi celles ayant au moins un diplôme (respectivement 4,9 et 6,5 parmi les personnes nées dans le département d'enquête).

5 Dans les DFA, ce score prend en compte les différentes questions représentées dans les graphiques des deux doubles pages précédentes. Seule la question « Si une association organisait des réunions ou des activités avec des malades du sida, seriez-vous d'accord pour que cela se passe dans votre immeuble ou dans une maison voisine de la vôtre ? » n'a pas été intégrée dans le score, dans la mesure où elle n'a été posée qu'à une moitié de l'échantillon. Aucun point n'a été attribué pour la réponse « non », un seul pour « peut-être », non-réponse ou « ne sait pas » et deux points pour « oui ». La moyenne des points a été ramenée à une échelle de 0 à 10.

6 Lorsque le score ne prend en compte que les six questions communes aux enquêtes KABP DFA et KABP métropole, il est de 6,4 sur 10 dans les DFA contre 7,5 sur 10 en métropole (écarts significatifs).

Score d'acceptation personnelle des personnes séropositives selon la place accordée à la religion ou selon les caractéristiques de l'environnement lié au VIH/sida

(de 0 = acceptation très faible à 10 = acceptation très forte)

	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	p*	DFA (N=3014)
<i>Selon la place de la religion</i>					
Très importante	6,1	5,7	5,7	NS	5,9
Importante	5,9	5,8	6,0	NS	5,8
Peu importante	6,4	6,6	6,9	NS	6,6
Pas importante	6,8	7,1	7,4	NS	7,1
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le fait de connaître personnellement une personne séropositive</i>					
Connaît une ou plusieurs personnes	7,5	7,3	7,3	NS	7,4
Ne connaît pas	6,1	6,0	6,3	NS	6,1
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le fait de croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée</i>					
Transmission possible	3,8	4,1	3,7	NS	3,9
Transmission impossible	6,7	6,8	6,9	NS	6,8
Ne sait pas	4,6	4,4	4,3	NS	4,6
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe</i>					
Plus contagieux que la grippe	5,6	5,4	6,4	≠	5,6
Aussi contagieux que la grippe	6,5	6,3	6,8	NS	6,4
Moins contagieux que la grippe	6,7	6,7	6,7	NS	6,7
Ne sait pas	5,1	5,4	4,7	NS	5,1
p**	≠	≠	≠		≠
<i>Selon le fait de se sentir concerné par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs</i>					
Pas du tout concerné	5,6	5,3	5,8	NS	5,6
Un peu concerné	5,9	6,1	6,5	NS	6,1
Très concerné	6,9	6,5	7,0	≠	6,7
p**	≠	≠	≠		≠
Ensemble	6,2 [6,1-6,4]	6,1 [5,9-6,3]	6,5 [6,3-6,8]	≠	6,2 [6,1-6,4]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le fait de connaître une personne séropositive, selon la perception de la contagiosité du VIH, etc.). NS : écart non significatif.

Stigmatisation et connaissances erronées sur les modes de transmission du VIH sont étroitement liées

Outre les caractéristiques socio-démographiques des individus, l'acceptation d'avoir des contacts personnels ou professionnels avec des personnes séropositives est très étroitement liée au niveau de connaissances des modes de transmission du VIH (comme semble aussi le montrer le fait que les évolutions selon la classe d'âges du score d'acceptation des personnes séropositives et des connaissances des modes de transmission du VIH sont superposables), et en particulier au fait de croire que la transmission du VIH est possible par simple contact. En effet, même si les personnes qui déclarent connaître personnellement au moins une personne séropositive ont un meilleur score d'acceptation que celles n'en connaissant pas, la connaissance des modes de transmission du VIH semble jouer de façon beaucoup plus notable. Ainsi, quelle que soit la classe d'âges, les personnes ayant des croyances erronées sur les modes de transmission du VIH ont des scores d'acceptation personnelle des personnes séropositives plus faibles que celles ayant des connaissances exactes. Parmi celles qui pensent qu'une transmission du VIH est possible en buvant dans le verre d'une personne contaminée ont un score de 3,9 alors qu'il est de 6,8 parmi les personnes qui savent que la transmission du VIH est impossible dans cette circonstance. De même, les personnes qui croient que le sida est plus contagieux que la grippe ou qui indiquent ne pas le savoir sont moins favorables à avoir des contacts avec des personnes séropositives que celles qui pensent que le sida est moins contagieux que la grippe. Enfin, les personnes qui indiquent ne « pas du tout » être concernées par les campagnes d'information sur le sida déclarent des comportements moins solidaires que celles qui se sentent « très concernées » (score de 5,6 contre 6,7).

Lien supposé entre stigmatisation et moindre adoption de comportements de prévention

S'il est difficile d'établir un lien entre stigmatisation et perception du risque lié au VIH ou comportements de prévention, on peut néanmoins indiquer que, à caractéristiques d'activité sexuelle comparables, le niveau de stigmatisation des personnes séropositives semble plus faible parmi les personnes ayant des conduites préventives.

En effet, lorsque l'on raisonne parmi les personnes potentiellement plus exposées au risque de contamination par le VIH (celles ayant indiqué avoir eu un nouveau partenaire dans l'année précédant l'enquête ou parmi les multipartenaires), on constate que les personnes qui n'ont pas utilisé de préservatifs ont un niveau de stigmatisation à l'encontre des personnes séropositives plus élevé que celles qui en ont utilisé (que ce soit au cours des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête). Ainsi, parmi les personnes dans les DFA qui ont déclaré avoir eu au moins un nouveau partenaire dans l'année, le score d'acceptation des personnes séropositives est de 6,4 parmi celles qui ont indiqué avoir utilisé des préservatifs au cours des douze derniers mois contre 5,7 parmi celles qui n'en ont pas utilisé. Il en est de même pour les personnes n'ayant jamais fait de test de dépistage par rapport à celles qui en ont déjà fait.

Il semble donc que le rejet des personnes séropositives pourrait constituer un frein aux pratiques de prévention. Chez les personnes associant le sida à la « maladie de l'autre », la stigmatisation des personnes séropositives pourrait être associée à un plus grand déni du risque pour soi-même entraînant ainsi une moindre adoption de comportements de prévention.

Régression linéaire : déterminants dans les DFA de l'acceptation personnelle des personnes séropositives mesurée à partir du score d'acceptation

N=3014	Coefficients (1)	Intervalles de confiance à 95%
Hommes		
Femmes	0,03	[-0,18-0,25]
Interrogé(e)s en Guadeloupe		
En Martinique	0,09	[-0,15-0,32]
En Guyane	-0,03	[-0,28-0,22]
18-24 ans		
25-34 ans	0,41	[0,03-0,79]
35-44 ans	0,51	[0,15-0,88]
45-54 ans	0,31	[-0,09-0,71]
55-69 ans	0,35	[-0,05-0,75]
Sans diplôme		
CAP/BEP/BEPC	0,92	[0,62-1,22]
Baccalauréat ou études supérieures	1,15	[0,84-1,46]
Avoir la CMU ou aucune couverture sociale		
Avoir la sécurité sociale sans mutuelle	-0,05	[-0,43-0,34]
Avoir la sécurité sociale avec mutuelle	0,35	[0,07-0,62]
Né(e)s dans la Caraïbe / Amérique du Sud		
Dans le département d'enquête	1,10	[0,64-1,57]
En métropole	2,21	[1,70-2,71]
Autres	1,85	[1,28-2,43]
Place de la religion très importante		
Importante	0,00	[-0,24-0,25]
Pas importante	0,10	[-0,24-0,44]
Marié(e)s cohabitant(e)s		
Non-marié(e)s cohabitant(e)s	0,27	[-0,04-0,57]
Non-cohabitant(e)s	0,15	[-0,10-0,40]
Perception du risque d'être contaminé par le VIH inférieur à la moyenne des gens ou aucun risque		
Risque égal ou supérieur à la moyenne des gens	0,28	[0,07-0,49]
Ne pas connaître personnellement une personne séropositive		
Connaître une personne séropositive	0,73	[0,47-0,98]
Déclarer que le sida s'attrape plus facilement que la grippe		
Aussi facilement que la grippe	0,18	[-0,10-0,45]
Moins facilement que la grippe	0,36	[0,09-0,64]
Croire à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée		
Ne pas croire à une transmission possible	2,24	[1,90-2,58]
Ne pas savoir si la transmission est possible	0,80	[0,23-1,38]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les 25-34 ans ont en moyenne un score d'acceptation personnelle des personnes séropositives plus élevé que les 18-24 ans, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

L'acceptation des personnes séropositives est fortement associée au lieu de naissance des individus et à leurs connaissances sur le VIH/sida

Afin d'identifier les déterminants de l'acceptation personnelle des personnes séropositives, un modèle de régression linéaire a été établi, permettant de prendre en compte les variables associées à cette acceptation et de déterminer leur rôle spécifique, indépendamment les unes des autres.

Les variables intégrées dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, la couverture sociale, le lieu de naissance, la place de la religion, la situation matrimoniale, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, le fait de connaître personnellement ou pas une personne séropositive, la perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe et le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée.

Dans les DFA, toutes choses égales par ailleurs, les variables les plus corrélées au score d'acceptation personnelle des personnes séropositives sont le lieu de naissance, le fait d'avoir ou pas des connaissances erronées des modes de transmission du VIH (ici, le fait de croire ou pas à une transmission possible du VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée ou à une plus forte contagiosité du VIH par rapport à la grippe) et le niveau d'éducation formelle. Parmi les personnes vivant aux Antilles et en Guyane, la probabilité d'avoir déclaré accepter personnellement les personnes séropositives est plus élevée parmi les personnes nées en métropole (en comparaison à celles nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud), parmi celles qui indiquent que le sida ne peut pas se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée (comparées à celles qui pensent le contraire) et parmi celles qui ont le baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures (comparées à celles qui n'ont aucun diplôme). Les autres variables associées à une meilleure acceptation des personnes séropositives, indépendamment les unes des autres, sont le fait d'être âgé de 25 à 44 ans, d'avoir la sécurité sociale avec une mutuelle, le fait de se percevoir comme ayant un risque égal ou supérieur à la moyenne des gens d'être contaminé par le VIH ou de connaître personnellement une personne séropositive.

En revanche, lorsque l'on tient compte des autres variables, l'acceptation personnelle des personnes séropositives dans les DFA ne dépend pas du sexe, du département d'enquête, de la place de la religion ou de la situation matrimoniale.

6. Les caractéristiques générales de l'activité sexuelle

L'activité sexuelle aux Antilles et en Guyane présente des spécificités importantes par rapport à la métropole. Tout d'abord, si les femmes débutent leur vie sexuelle à peu près au même âge que celles de métropole, en revanche, les hommes des DFA ont une entrée plus précoce dans la sexualité qu'en métropole. De plus, les jeunes femmes ont débuté plus tôt leur vie sexuelle que les plus âgées alors que, chez les hommes, le calendrier de l'âge au premier rapport varie peu selon les générations. Les écarts d'âges au premier rapport entre les hommes et les femmes tendent donc à s'amenuiser parmi les plus jeunes générations, même s'ils restent plus importants qu'en métropole.

Dans les DFA comme en métropole, la fréquence du multipartenariat est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Néanmoins, alors que, dans les DFA, la proportion de femmes multipartenaires est assez proche de celles de métropole, la proportion d'hommes multipartenaires est deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole. D'autre part, alors qu'en métropole le multipartenariat concerne principalement les plus jeunes, dans les DFA, c'est un comportement qui persiste avec l'âge et qui implique beaucoup plus souvent qu'en métropole des personnes mariées engagées dans des relations simultanées et durables.

Par ailleurs, le recours des hommes à la prostitution en Guadeloupe et en Guyane est nettement plus important qu'en Martinique ou en métropole.

L'analyse de l'activité sexuelle

Ce chapitre a pour objectif de décrire l'activité sexuelle de la population des Antilles et de la Guyane, au travers de différentes analyses portant sur l'âge au premier rapport sexuel, sur la fréquence de l'activité sexuelle, sur l'orientation sexuelle, sur le recours à la prostitution, sur les violences sexuelles et enfin sur la fréquence et les caractéristiques du multipartenariat.

Au-delà de la description de l'activité sexuelle, les analyses menées dans ce chapitre permettent d'identifier les situations qui peuvent davantage exposer les individus au VIH/sida et plus généralement aux infections sexuellement transmissibles. L'analyse des comportements de prévention sera abordée dans les chapitres suivants relatifs à l'utilisation des préservatifs et au recours au dépistage du VIH, en prenant en compte les caractéristiques de l'activité sexuelle des individus.

L'analyse de l'activité sexuelle portera sur les personnes interrogées ayant eu au moins un partenaire sexuel au cours de la vie (personnes sexuellement actives au cours de la vie) parmi lesquelles il pourra être étudié des sous-groupes de personnes, comme par exemple celles ayant eu au moins deux partenaires sexuels au cours d'une période déterminée (les multipartenaires).

De plus, il a semblé souhaitable de distinguer, dans les analyses sur l'activité sexuelle, les personnes qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles exclusivement avec des partenaires du sexe opposé (relations hétérosexuelles) de celles ayant eu exclusivement des partenaires du même sexe (relations homosexuelles). Néanmoins, le faible nombre de personnes déclarant avoir eu exclusivement des relations homosexuelles, tant chez les hommes que chez les femmes empêche toute analyse spécifique parmi elles. Les analyses sur l'activité sexuelle porteront donc uniquement sur les personnes n'ayant pas eu, au cours de la période étudiée (la vie, les cinq ans précédant l'enquête, les douze mois précédant l'enquête) de partenaire du même sexe.

Pourcentages de personnes ayant indiqué avoir eu au moins un partenaire au cours des cinq années et des douze mois précédant l'enquête (parmi celles ayant eu au moins un partenaire au cours de la vie et n'ayant pas eu, sur la période considérée, de partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		DFA (1)		Métropole (1)	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	(N=407)	(N=554)	(N=328)	(N=602)	(N=386)	(N=570)	(N=1121)	(N=1726)	(N=2094)	(N=2689)
Au cours des 5 dernières années p* Hommes : NS / p** Femmes : NS	97,4	94,4	96,4	93,1	97,0	94,4	97,1	93,9	98,5	93,9
Au cours des 12 derniers mois p* Hommes : NS / p** Femmes : ≠	93,0	87,9	92,1	84,3	93,4	90,2	92,8	86,7	95,6	89,3

Pourcentages de personnes ayant indiqué avoir eu au moins un partenaire au cours de l'année précédant l'enquête selon l'âge (parmi celles ayant eu au moins un partenaire au cours de la vie et n'ayant pas eu, sur la période, de partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**
	H (N=407)	F (N=554)	H (N=328)	F (N=602)	H (N=386)	F (N=570)		
18-24 ans	88,2	93,2	91,4	79,1	90,0	94,7	NS	≠
25-34 ans	91,3	90,5	88,3	94,6	95,9	97,7	NS	NS
35-44 ans	97,9	92,1	96,7	91,9	97,0	94,5	NS	NS
45-54 ans	96,1	86,4	98,7	83,7	97,0	87,3	NS	NS
55-69 ans	90,6	77,0	86,1	71,2	82,1	53,5	NS	≠
p***	NS	≠	≠	≠	≠	≠		

En %	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=1121)	F (N=1726)	H (N=2094)	F (N=2689)		
18-24 ans	89,8	86,9	94,3	96,9	NS	≠
25-34 ans	91,2	94,0	95,9	96,5	NS	NS
35-44 ans	97,3	92,4	97,3	95,7	NS	≠
45-54 ans	97,1	85,4	97,4	90,0	NS	≠
55-69 ans	87,9	72,4	93,2	77,3	≠	NS
p***	≠	≠	≠	≠		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La population sexuellement active

Les personnes ont été définies comme étant « sexuellement actives » dès lors qu'elles avaient déclaré avoir eu au moins un(e) partenaire sexuel(le) au cours de la période considérée (au cours des cinq ans précédant l'enquête ou au cours des douze mois précédant l'enquête).

Des écarts entre les hommes et les femmes principalement marqués aux âges élevés

Que ce soit dans les DFA ou en métropole, en prenant comme période de référence l'activité sexuelle au cours des cinq dernières années ou celle au cours des douze derniers mois, la fréquence de l'activité sexuelle déclarée des hommes est, tous âges confondus, supérieure à celles des femmes. Ainsi, par exemple, parmi les personnes ayant déjà eu un rapport sexuel, 93 % des hommes dans les DFA ont indiqué avoir eu au moins une partenaire sexuelle au cours des douze derniers mois contre 87 % des femmes ayant déclaré au moins un partenaire sexuel (respectivement 96 % et 89 % en métropole). Si cette tendance est comparable dans les deux départements antillais, en revanche, la Guyane se démarque par le fait que la proportion de personnes sexuellement actives au cours des douze derniers mois (et dans une moindre mesure, au cours des cinq dernières années) ne diffère pas significativement selon le sexe, avec une proportion de femmes « sexuellement actives » plus élevée qu'aux Antilles (notamment en Martinique). Dans la population masculine, aucune différence entre les trois départements n'est à signaler concernant la proportion d'hommes « sexuellement actifs ».

En raisonnant par âge, on observe que, parmi les jeunes adultes, la proportion de personnes sexuellement actives ne diffère pas entre les hommes et les femmes mais qu'au-delà de 45 ans, que ce soit aux Antilles, en Guyane ou en métropole, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à avoir une activité sexuelle. A 55-69 ans par exemple, près de neuf hommes sur dix dans les DFA ont été « sexuellement actifs » au cours des douze mois précédant l'enquête contre un peu plus de sept femmes sur dix.

Une proportion de personnes « sexuellement actives » moins élevée aux Antilles et en Guyane qu'en métropole, chez les hommes et les femmes

Si peu de différences entre les trois départements sont à signaler (à l'exception d'une activité sexuelle plus importante chez les jeunes femmes de Guyane que chez celles des Antilles et inversement moins importante chez les femmes les plus âgées de ce département), en revanche, les écarts entre les DFA et la métropole sont plus notables. En effet, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, la proportion de personnes « sexuellement actives » est significativement supérieure en métropole qu'aux Antilles et en Guyane.

Répartition des personnes selon leur orientation sexuelle

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)	
	H (N=416)	F (N=564)	H (N=339)	F (N=618)	H (N=400)	F (N=580)
<i>Au cours de la vie</i>						
Exclusivement des partenaires du sexe opposé	98,4	97,9	97,0	97,0	97,0	98,2
Exclusivement des partenaires du même sexe	1,0	0,2	1,9	0,9	1,2	0,3
Des partenaires du sexe opposé et du même sexe	0,6	1,9	1,1	2,1	1,8	1,5
p* Hommes : NS / p** Femmes : NS						
<i>Au cours des cinq années précédant l'enquête</i>						
Exclusivement des partenaires du sexe opposé	98,7	99,0	97,2	97,1	97,4	98,6
Exclusivement des partenaires du même sexe	1,0	0,2	2,3	1,1	1,3	0,6
Des partenaires du sexe opposé et du même sexe	0,2	0,7	0,6	1,8	1,3	0,8
p* Hommes : NS / p** Femmes : NS						
<i>Au cours des douze mois précédant l'enquête</i>						
Exclusivement des partenaires du sexe opposé	98,7	99,0	97,7	96,8	97,4	98,6
Exclusivement des partenaires du même sexe	1,0	0,2	1,7	1,2	1,3	0,6
Des partenaires du sexe opposé et du même sexe	0,3	0,8	0,6	2,0	1,3	0,8
p* Hommes : NS / p** Femmes : NS						
<i>Au cours du premier rapport sexuel</i>						
Partenaire du même sexe	1,6	1,0	2,8	1,3	2,3	0,4
p* Hommes : NS / p** Femmes : NS						

En %	DFA (1)		Métropole (1)	
	H (N=1155)	F (N=1762)	H (N=2165)	F (N=2773)
<i>Au cours de la vie</i>				
Exclusivement des partenaires du sexe opposé	97,6	97,4	97,3	97,9
Exclusivement des partenaires du même sexe	1,3	0,6	0,4	0,1
Des partenaires du sexe opposé et du même sexe	1,1	2,0	2,3	2,0
p* Hommes : ≠ / p** Femmes : NS				
<i>Au cours des cinq années précédant l'enquête</i>				
Exclusivement des partenaires du sexe opposé	97,9	98,0	98,2	98,9
Exclusivement des partenaires du même sexe	1,6	0,7	0,5	0,3
Des partenaires du sexe opposé et du même sexe	0,5	1,3	1,3	0,8
p* Hommes : ≠ / p** Femmes : NS				
<i>Au cours des douze mois précédant l'enquête</i>				
Exclusivement des partenaires du sexe opposé	98,1	97,8	98,2	99,0
Exclusivement des partenaires du même sexe	1,4	0,7	0,5	0,3
Des partenaires du sexe opposé et du même sexe	0,5	1,4	1,3	0,7
p* Hommes : ≠ / p** Femmes : ≠				
<i>Au cours du premier rapport sexuel</i>				
Partenaire du même sexe	2,3	1,1	0,7	0,3
p* Hommes : ≠ / p** Femmes : ≠				

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Écart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

L'orientation sexuelle

Il était demandé aux personnes d'indiquer si elles avaient déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe et/ou des partenaires du sexe opposé, puis de préciser le nombre de partenaires sexuels, hommes et/ou femmes, qu'elles avaient eu au cours des cinq années et des douze mois précédant l'enquête.

La proportion de personnes ayant déjà eu au moins un partenaire du même sexe est comparable quels que soient les espaces géographiques

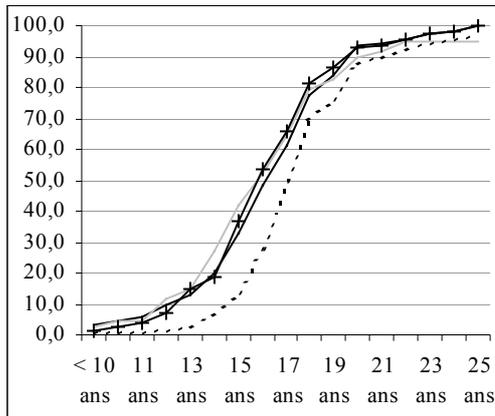
Chez les hommes comme chez les femmes, environ 2 à 3 % des personnes interrogées ont indiqué avoir déjà eu, au cours de leur vie, au cours des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête, des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe qu'elles. Il n'existe pas de différence notable selon les espaces géographiques, contrairement à ce qui avait été observé dans l'enquête ACSAG en 1992 où on notait, dans les DFA, une proportion nettement plus faible qu'en métropole de personnes déclarant avoir déjà eu des rapports homosexuels au cours de leur vie, des cinq ans ou des douze mois précédant l'enquête. L'hypothèse d'une sous-déclaration avait alors été avancée du fait, dans les DFA (notamment aux Antilles), d'une forte stigmatisation à l'égard des personnes ayant des pratiques homosexuelles. En effet, aux Antilles, seulement 6 % des hommes et 11 % des femmes jugeaient « tout à fait » ou « plutôt » acceptable un rapport sexuel entre deux hommes et respectivement 14 % et 11 % un rapport sexuel entre deux femmes. Les résultats observés dans l'enquête KABP 2004 pourraient donc indiquer une meilleure acceptation des pratiques homosexuelles, favorisant une parole plus ouverte à ce sujet.

L'homosexualité mieux acceptée qu'auparavant mais encore très stigmatisée, surtout par les hommes

Bien que les intitulés des questions ne soient pas identiques entre les deux enquêtes, les données recueillies en 2004 permettent en effet de noter une meilleure « acceptation » de l'homosexualité qu'il y a douze ans : 56 % des hommes et 65 % des femmes des DFA indiquent désormais être « tout à fait d'accord » avec l'affirmation selon laquelle « les homosexuels sont des gens comme les autres ». Pour autant, il reste 26 % des hommes et 16 % des femmes à indiquer n'être « pas du tout d'accord » avec une telle affirmation (contre 8 % et 5 % en métropole). Ce sont les personnes les moins diplômées qui sont les plus nombreuses à déclarer n'être « pas du tout d'accord » avec cette affirmation. Par exemple, en Guyane, 30 % des individus sans diplôme ayant arrêté leur cursus scolaire avant l'âge de 16 ans contre 8 % de ceux ayant un niveau d'études supérieures. On note donc le maintien d'une forte stigmatisation des habitants des DFA à l'égard des personnes homosexuelles.

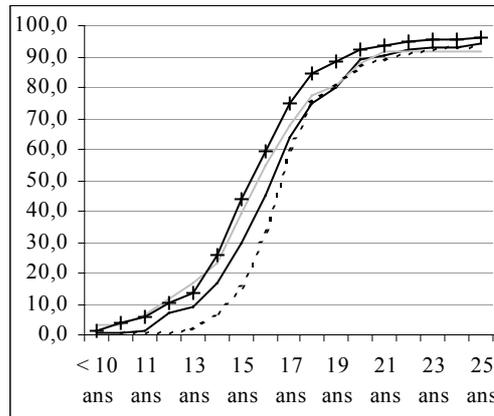
Pourcentages de personnes ayant déjà eu un rapport sexuel selon leur âge au moment du premier rapport (parmi les personnes n'ayant jamais eu de partenaire du même sexe)

Hommes âgés de 40 ans et plus au moment de l'enquête



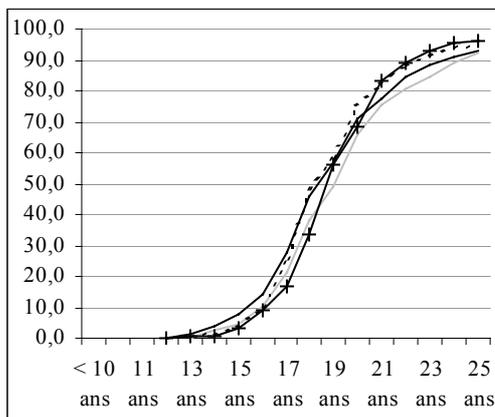
Age médian au 1^{er} rapport sexuel (1)
 Guadeloupe = 16,1 ans Guyane = 15,8 ans
 Martinique = 15,9 ans Métropole = 17,0 ans

Hommes âgés de moins de 40 ans au moment de l'enquête



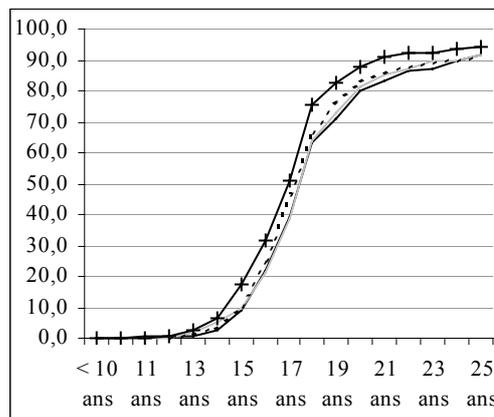
Age médian au 1^{er} rapport sexuel (1)
 Guadeloupe = 16,3 ans Guyane = 15,4 ans
 Martinique = 15,8 ans Métropole = 16,6 ans

Femmes âgées de 40 ans et plus au moment de l'enquête

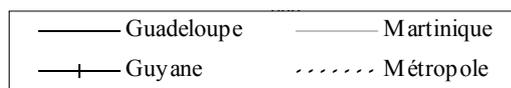


Age médian au 1^{er} rapport sexuel (1)
 Guadeloupe = 18,4 ans Guyane = 18,7 ans
 Martinique = 19,1 ans Métropole = 18,2 ans

Femmes âgées de moins de 40 ans au moment de l'enquête



Age médian au 1^{er} rapport sexuel (1)
 Guadeloupe = 17,4 ans Guyane = 16,9 ans
 Martinique = 17,5 ans Métropole = 17,2 ans



(1) 50 % des individus avaient déjà eu un rapport sexuel à cet âge.

Le premier rapport sexuel

Aux Antilles et en Guyane, comme en métropole, la proportion de personnes âgées de 18 à 69 ans indiquant avoir déjà eu un rapport sexuel (être « sexuellement actives au cours de la vie ») est comparable chez les hommes et chez les femmes (aux environs de 97-98 %), sans différence notable entre les différents espaces géographiques.

Il était demandé aux personnes sexuellement actives au cours de la vie d'indiquer l'âge qu'elles avaient lors de leur premier rapport sexuel. Deux générations ont été définies : les personnes ayant commencé leur vie sexuelle avant le début de la médiatisation autour du sida (âgées de 40 ans et plus au moment de l'enquête, c'est-à-dire pour la plupart d'entre elles ayant eu leur premier rapport sexuel avant 1985) et celles l'ayant débuté après (âgées de moins de 40 ans au moment de l'enquête ayant généralement eu leur premier rapport sexuel en 1985 ou après). Ainsi, les courbes représentent, pour chaque génération et chaque sexe, les pourcentages cumulés des personnes de chaque département ayant eu leur premier rapport sexuel selon l'âge au moment du rapport. Enfin, l'âge médian indiqué au bas des graphiques permet de préciser l'âge auquel la moitié des personnes d'une génération ont déjà eu leur premier rapport sexuel.

Des différences entre les hommes et les femmes plus marquées aux Antilles et en Guyane qu'en métropole

Que ce soit parmi les personnes âgées de 40 ans ou plus ou parmi celles âgées de moins de 40 ans, les femmes ont, quel que soit l'espace géographique considéré, un début de vie sexuelle plus tardif que les hommes. Chez les personnes les plus jeunes, la moitié des hommes des Antilles et de Guyane ont déjà eu leur premier rapport sexuel à environ 16 ans contre 17,5 ans chez les femmes. Chez les personnes les plus âgées, les âges médians au premier rapport sexuel sont d'environ 16 ans chez les hommes et 18,5 ans chez les femmes. Les écarts d'âge au premier rapport entre les hommes et les femmes sont plus marqués aux Antilles et en Guyane qu'en métropole mais ils tendent à s'amenuiser parmi les personnes les plus jeunes, du fait d'une baisse de l'âge au premier rapport sexuel chez les femmes (âge médian environ un an inférieur parmi celles âgées de moins de 40 ans comparées à celles de 40 ans et plus).

Les hommes des Antilles et de Guyane ont leur premier rapport sexuel plus tôt que ceux de métropole

Les courbes représentées ci-contre permettent d'observer que chez les hommes, le calendrier de l'âge au premier rapport sexuel est plus précoce aux Antilles et en Guyane qu'en métropole, quelle que soit la génération considérée. Ainsi, chez les hommes âgés de moins de 40 ans au moment de l'enquête, à 15 ans, 40 % d'entre eux en Guyane ou en Martinique et 30 % en Guadeloupe avaient déjà eu leur premier rapport sexuel alors que cette proportion était de 15 % en métropole au même âge. Chez les femmes en revanche, peu de différences peuvent être soulignées selon les espaces géographiques, si ce n'est un calendrier légèrement plus précoce en Guyane que dans les deux départements des Antilles et en métropole.

Pourcentages de personnes ayant déclaré vivre actuellement en couple selon l'âge

« Actuellement est-ce que vous vivez en couple ? »

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=424)	F (N=583)	H (N=358)	F (N=648)	H (N=406)	F (N=595)			H (N=1188)	F (N=1826)	H (N=2219)	F (N=2852)		
18-24 ans	7,1	20,3	12,3	7,1	8,9	24,6	NS	≠	9,6	14,2	8,3	20,1	NS	NS
25-34 ans	50,7	62,2	52,2	51,1	73,9	74,7	≠	≠	54,2	60,1	61,2	71,7	NS	≠
35-44 ans	86,1	72,6	76,3	65,1	90,3	82,6	≠	≠	83,7	71,3	89,2	84,9	≠	≠
45-54 ans	83,4	74,8	85,0	65,2	94,2	75,5	≠	NS	86,0	70,7	90,5	81,8	≠	≠
55-69 ans	87,6	69,8	80,1	69,9	83,5	58,6	NS	NS	84,5	69,5	90,6	75,5	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	65,7	63,1	64,1	55,7	70,9	66,0	NS	≠	66,0	60,1	72,5	70,2	≠	≠
	[60,3-70,7]	[58,5-67,4]	[58,7-69,2]	[51,3-60,0]	[65,5-75,8]	[61,7-70,1]			[62,8-69,1]	[57,4-62,8]	[70,1-74,8]	[68,1-72,2]		

Pourcentages de personnes vivant dans une situation de monoparentalité selon l'âge

Une personne a été considérée comme vivant dans une situation de monoparentalité dès lors qu'elle a déclaré :

- ne pas vivre en couple et vivre avec au moins un de ses enfants qui n'a jamais été marié (ou n'a jamais vécu maritalement) et qui n'a aucun enfant
- OU ne pas vivre en couple et vivre avec l'un de ses parents qui ne vit pas en couple et n'avoir aucun enfant

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=424)	F (N=583)	H (N=358)	F (N=648)	H (N=406)	F (N=595)			H (N=1188)	F (N=1826)	H (N=2219)	F (N=2852)		
18-24 ans	31,8	27,9	30,4	19,9	28,4	27,0	NS	NS	30,8	24,0	9,8	11,3	≠	≠
25-34 ans	13,4	15,3	19,7	17,4	5,1	11,7	≠	NS	14,7	15,2	5,5	8,9	≠	≠
35-44 ans	8,6	13,5	6,0	16,3	1,5	14,0	≠	NS	6,0	14,8	2,7	9,7	≠	≠
45-54 ans	3,1	14,7	6,2	18,1	0,3	9,8	≠	NS	3,5	15,5	2,9	10,1	NS	≠
55-69 ans	2,8	6,8	3,1	6,5	1,0	5,5	NS	NS	2,6	6,4	1,9	3,3	NS	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	10,8	14,9	11,9	15,1	7,1	14,2	NS	NS	10,7	14,8	4,1	7,9	≠	≠
	[7,8-14,8]	[12,3-18,1]	[8,9-15,7]	[12,6-18,1]	[4,7-10,5]	[11,7-17,1]			[8,8-12,9]	[13,2-16,6]	[3,3-5,2]	[6,9-9,1]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La situation conjugale des personnes

Une proportion de personnes vivant en couple inférieure dans les DFA qu'en métropole

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, quelle que soit la classe d'âges considérée, la proportion de personnes ayant déclaré vivre en couple au moment de l'enquête est inférieure dans les DFA à ce qui est observé en métropole. Ainsi, tous âges confondus, 66 % des hommes des DFA ont indiqué vivre en couple contre 73 % de ceux de métropole et chez les femmes, les proportions sont respectivement de 60 % et 70 %. Cette moindre proportion de personnes vivant en couple s'explique principalement par le fait que les habitants des Antilles et de la Guyane sont nettement moins nombreux à être mariés qu'en métropole. A 35-45 ans par exemple, 56 % des hommes des DFA sont mariés contre 70 % de ceux de métropole et dans la population féminine, 50 % des femmes des Antilles et de Guyane sont dans ce cas contre 68 % de celles de métropole. Or, si près de la quasi-totalité des personnes ayant déclaré être actuellement mariées ou « pacsées » vivent en couple (98-99 %), ce n'est le cas que d'un tiers des personnes ayant un autre statut matrimonial, sans différence entre les DFA et la métropole.

Les habitants de la Guyane sont plus nombreux à vivre en couple et moins nombreux à se marier

Il existe néanmoins des différences entre les trois départements, notamment entre la Guyane et les deux départements des Antilles. Les femmes comme les hommes de Guyane se distinguent de leurs homologues des Antilles par les proportions les plus élevées de personnes vivant en couple : à 25-34 ans par exemple, les trois-quarts des hommes comme des femmes de Guyane ont indiqué vivre en couple contre 51 % des hommes et 57 % des femmes des Antilles. Les hommes de Guyane sont également les moins nombreux à être mariés (moins de 40 % contre 50 % aux Antilles) mais, dans ce département, la proportion d'hommes comme de femmes célibataires vivant en couple est nettement plus élevée qu'aux Antilles (respectivement 50 % contre 30 % chez les hommes et 49 % et 29 % chez les femmes).

Une proportion importante de personnes, aux Antilles et en Guyane, qui vivent dans une situation de monoparentalité

Dans les DFA, une proportion deux fois plus importante de personnes qu'en métropole vivent dans des situations de monoparentalité (enfant vivant chez un de ses parents ou parent seul vivant avec au moins un de ses enfants, voir la définition, page ci-contre). Chez les hommes, c'est le cas de 11 % d'entre eux dans les DFA et 4 % en métropole. Chez les femmes, les proportions sont respectivement de 15 % et 8 %. Les situations de monoparentalité sont plus souvent vécues par les femmes que par les hommes, comme c'est également le cas en métropole : dans les DFA, une femme sur six âgée entre 25 et 54 ans est dans une telle situation contre une proportion deux fois moindre chez les hommes. Compte tenu de la proportion plus importante d'hommes vivant en couple en Guyane, celle d'hommes étant dans une situation de monoparentalité est plus faible que dans les deux départements des Antilles.

Pourcentages d'hommes indiquant avoir eu au moins une fois des rapports sexuels en payant ou en étant payé au cours des cinq dernières années (parmi les hommes n'ayant pas eu, sur la période considérée, de partenaire du même sexe)

«Au cours des cinq dernière années, avez-vous eu au moins une fois des rapports sexuels en payant ou en étant payé ? »

En %	Guadeloupe (N=410)	Martinique (N=329)	Guyane (N=388)	p*	DFA (1) (N=1127)	Métropole (N=2119)
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	4,3	1,6	7,8	NS	3,5	3,8
25-34 ans	19,1	2,7	12,3	≠	11,5	3,2
35-44 ans	3,1	5,8	8,4	NS	5,2	2,1
45-54 ans	2,3	1,7	2,4	NS	2,2	1,7
55-69 ans	5,3	0,5	0,9	≠	2,9	2,2
p**	≠	NS	NS		≠	NS
<i>Selon la situation matrimoniale</i>						
Mariés / Pacsés	3,1	1,0	4,7	NS	2,5	1,3
Célibataires	12,3	4,4	8,5	NS	7,9	4,4
p**	≠	≠	NS		≠	≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>						
Dans département d'enquête	7,9	2,1	5,6	≠	4,9	
En métropole	4,4	4,7	10,5	NS	5,9	
Dans les autres DOM	-	-	10,4		6,3	
Dans la Caraïbe / Amér. Sud	-	-	4,7		5,6	
Autres	-	-	-		5,7	
p**	NS	NS	NS		NS	
<i>Selon le type de multipartenariat au cours des cinq années précédant l'enquête</i>						
Partenaires successifs	9,2	4,4	6,8	NS	5,8	4,4
Partenaires simultanés	16,9	5,1	18,5	≠	12,6	12,7
p**	NS	NS	≠		≠	≠
Ensemble	7,3 [4,6-11,2]	2,6 [1,4-4,5]	7,1 [4,7-10,7]	≠	5,2 [3,8-6,9]	2,5 [1,9-3,3]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon l'âge, selon la situation matrimoniale, selon le lieu de naissance, selon le type de multipartenariat). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Le recours à la prostitution

Un recours des hommes à la prostitution plus important en Guadeloupe et en Guyane qu'en Martinique et en métropole

Il était demandé aux personnes interrogées si, au cours des cinq dernières années, elles avaient eu des rapports sexuels en payant ou en étant payées. Seules deux femmes sur les 1738 interrogées ont indiqué avoir été dans ce cas au cours des cinq dernières années (sept n'ont pas souhaité répondre à cette question). Elles sont néanmoins 2 % à avoir indiqué que, au cours de leur vie, il leur était déjà *arrivé qu'on leur « donne des cadeaux, des avantages matériels, de la drogue ou bien de l'argent en échange de rapports sexuels »*.

Dans les DFA, 2 % des hommes ont déclaré avoir payé une personne lors de leur premier rapport sexuel, sans différence significative selon les départements ou selon la classe d'âges. Parmi les hommes ayant eu exclusivement des partenaires du sexe opposé au cours de leur vie, environ 7 % de ceux habitant en Guadeloupe et en Guyane ont indiqué avoir eu, au cours des cinq années précédant l'enquête, au moins une fois des rapports sexuels en payant ou en étant payé contre 2 % des hommes de Martinique (soit une proportion comparable à celle observée en métropole). Ces résultats suivent la tendance qui avait été notée dans l'enquête ACSAG où le recours à la prostitution féminine se manifestait de manière inégale entre les trois départements (la Martinique se distinguait aussi très nettement de la Guadeloupe et surtout de la Guyane) mais le recours restait, en moyenne dans les DFA, supérieur à celui de la métropole. En 2004, la proportion d'hommes ayant recours à la prostitution reste deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole (5,2 % contre 2,5 %). Les écarts sont particulièrement marqués chez les hommes âgés de 25 à 34 ans parmi lesquels ceux des DFA sont près de quatre fois plus nombreux que leurs homologues de métropole à avoir eu des rapports payants (12 % contre 3 %). On notera aussi que dans les DFA comme en métropole, ce sont les célibataires qui ont davantage déclaré avoir eu recours à la prostitution et les personnes qui, au cours des cinq années précédant l'enquête, ont indiqué avoir eu simultanément plusieurs partenaires.

Baisse probable du recours à la prostitution en Guyane entre 1992 et 2004

Même si les différences entre les trois départements et la métropole persistent, avec des proportions aux Antilles relativement voisines de celles observées en 1992 (9 % des hommes de la Guadeloupe et 5 % de ceux de la Martinique avaient indiqué avoir eu un rapport sexuel payant ou payé au cours des cinq années précédant l'enquête), en Guyane en revanche, on note en 2004 une proportion relative au recours à la prostitution très nettement inférieure (7 %) à celle observée dans ACSAG. En effet, dans cette enquête, 23 % des hommes de Guyane avaient indiqué avoir eu un rapport sexuel payant ou payé au cours des cinq dernières années.

Même si on ne peut exclure qu'une partie de cette baisse puisse être attribuée aux conditions différentes de mise en œuvre de l'enquête (enquête en face à face en 1992 et par téléphone en 2004), on ne peut raisonnablement penser que la différence de déclaration des hommes de Guyane entre 1992 et 2004 ne soit pas fondée, au moins en partie, sur un changement réel caractérisé par une diminution du recours à la prostitution dans ce département.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir été forcées, au cours de leur vie, à des attouchements sexuels ou à des rapports sexuels contre leur volonté (parmi celles n'ayant jamais eu de partenaire du même sexe)

« Au cours de la vie, quelqu'un vous a-t-il forcé(e) à des attouchements sexuels ? »

« Et au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté »

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		DFA		Métropole	
	(1)		(1)		(1)		(1)		(1)	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	(N=407)	(N=554)	(N=328)	(N=602)	(N=386)	(N=570)	(N=1121)	(N=1726)	(N=2094)	(N=2689)
Attouchements sexuels	3,7	8,2	2,5	9,7	3,3	12,1	3,1	9,5	4,2	12,0
p* Hommes : NS / p** Femmes : NS							p* H. : NS / p** F. : ≠			
Rapports sexuels	3,1	7,3	1,9	7,7	1,1	11,8	2,4	8,1	0,9	7,1
p* Hommes : NS / p** Femmes : ≠							p* H. : ≠ / p** F. : NS			

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Pourcentages de femmes ayant déclaré avoir subi des rapports sexuels contre leur volonté selon leur âge au moment de l'enquête

En %	Guadeloupe	Martinique	Guyane	p**	DFA (1)	Métropole
	(N=554)	(N=602)	(N=570)		(N=1726)	(N=2689)
18-34 ans	6,8	9,7	18,3	≠	10,0	9,8
35-44 ans	8,4	3,6	9,7	NS	6,7	6,5
55-69 ans	7,3	8,5	3,8	NS	7,5	5,6
Ensemble	7,3	7,7	11,8	≠	8,1	7,1
Age moyen au moment du rapport sexuel subi*	19,2 ans	19,6 ans	17,3 ans	NS	19,0 ans	19,5 ans

* Si plusieurs rapports sexuels subis : âge au moment du premier d'entre eux

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les trois départements. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les violences sexuelles subies

Dans le questionnaire, un module a été consacré au thème des violences sexuelles¹, intégrant des questions sur les attouchements sexuels subis ainsi que les rapports sexuels forcés.

Les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir subi des violences sexuelles

Quel que soit l'espace géographique, les femmes sont environ trois fois plus nombreuses que les hommes à déclarer qu'au cours de leur vie, quelqu'un les a forcées à des attouchements sexuels. Elles sont aussi plus nombreuses à indiquer avoir été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté : 8 % contre 2 % dans les DFA et 7 % contre 1 % en métropole. Enfin, si 92 % des hommes des DFA indiquent que leur premier rapport sexuel était « quelque chose qu'[ils] souhaitaient à ce moment là », les femmes ne sont que 69 % à être dans ce cas, 28 % indiquant qu'elles avaient accepté ce premier rapport sexuel mais qu'elles ne le souhaitaient pas vraiment (7 % des hommes) et 4 % déclarent qu'elles ont été forcées à avoir ce rapport, contre leur volonté (1 % des hommes). Environ un quart des violences déclarées par les femmes des DFA ont été exercées par leur conjoint ou ex-conjoint (un tiers en métropole), 15 % l'ont été par un membre de leur famille (10 % en métropole), 45 % par quelqu'un qui était connu de la victime (41 % en métropole) et 13 % par une personne inconnue (16 % en métropole).

Parmi les femmes, celles de Guyane, notamment les plus jeunes, sont plus nombreuses à déclarer avoir subi des rapports sexuels forcés

S'il n'existe pas de différences notables entre les trois départements, en ce qui concerne la proportion de femmes ou d'hommes déclarant avoir été forcés à des attouchements sexuels, en revanche, la proportion de femmes déclarant des rapports sexuels forcés est nettement plus élevée parmi celles interrogées en Guyane que parmi celles des deux départements antillais, dans lesquels les proportions sont comparables à ce qui est enregistré en métropole (12 % en Guyane contre 7 % aux Antilles ou en métropole). De plus, alors que la proportion de femmes déclarant avoir été victimes de rapports sexuels forcés varie peu selon la classe d'âges, en Guyane, on trouve des fréquences particulièrement élevées parmi celles âgées de 18 à 24 ans et de 25 à 34 ans (respectivement 15 % et 20 %). Enfin, dans ce département l'âge moyen au moment du rapport sexuel subi est de deux ans inférieur à celui déclaré dans les deux départements antillais et en métropole (17,3 ans contre 19,4 ans).

Pour autant, malgré ces spécificités, la proportion de femmes déclarant avoir été forcées d'avoir leur premier rapport sexuel est comparable dans les trois départements mais est deux fois supérieure à la proportion enregistrée chez les femmes de métropole (3,5 % contre 1,7 %).

1 Pour favoriser une plus grande sincérité à ces questions, l'introduction suivante était lue par l'enquêteur « *La presse et la télévision parlent régulièrement des abus sexuels sur les adultes et les enfants. Chaque année, des personnes sont victimes de tels abus. Afin de mieux connaître ce problème, je vous remercie de bien vouloir répondre sincèrement aux questions suivantes* ».

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir eu au moins deux partenaires (parmi celles n'ayant pas eu, sur la période, de partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**
	H (N=410)	F (N=559)	H (N=329)	F (N=605)	H (N=388)	F (N=574)		
Pourcentages de multipartenaires au cours des <u>cinq années</u> précédant l'enquête								
18-24 ans	82,9	55,3	77,3	70,9	78,9	51,4	NS	NS
25-34 ans	54,3	27,2	63,6	40,3	58,5	36,4	NS	NS
35-44 ans	41,0	22,2	48,4	17,1	37,8	14,6	NS	NS
45-54 ans	40,4	12,7	48,4	9,9	39,2	16,7	NS	NS
55-69 ans	45,3	10,8	26,5	8,8	28,1	6,0	≠	NS
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠		
Ensemble	50,8	23,2	50,4	24,0	49,0	26,3	NS	NS
	[45,1-56,4]	[19,2-27,8]	[44,3-56,5]	[20,3-28,1]	[43,2-54,8]	[22,2-30,8]		
Pourcentages de multipartenaires au cours des <u>douze mois</u> précédant l'enquête								
18-24 ans	44,0	19,0	42,3	24,7	40,9	18,6	NS	NS
25-34 ans	28,6	4,3	19,7	7,6	20,6	8,4	NS	NS
35-44 ans	19,3	5,0	27,8	1,8	12,9	1,2	≠	NS
45-54 ans	23,6	3,2	19,0	2,3	18,8	1,3	NS	NS
55-69 ans	22,4	7,0	7,5	1,8	14,5	3,3	≠	NS
p***	NS	NS	≠	≠	≠	≠		
Ensemble	26,5	6,5	22,1	5,5	21,1	6,2	NS	NS
	[21,7-31,9]	[4,1-10,2]	[17,7-27,1]	[3,9-7,9]	[16,7-26,2]	[4,3-8,9]		

En %	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=1127)	F (N=1738)	H (N=2119)	F (N=2736)		
Pourcentages de multipartenaires au cours des <u>cinq années</u> précédant l'enquête						
18-24 ans	79,9	62,0	81,3	59,3	NS	NS
25-34 ans	59,7	35,2	50,4	35,1	NS	NS
35-44 ans	42,8	19,0	20,6	14,0	≠	≠
45-54 ans	42,8	11,8	18,4	12,0	≠	NS
55-69 ans	35,9	9,4	16,4	7,8	≠	NS
p***	≠	≠	≠	≠		
Ensemble	50,6	24,4	33,0	20,9	≠	≠
	[47,0-54,1]	[21,9-27,1]	[30,7-35,4]	[19,1-22,8]		
Pourcentages de multipartenaires au cours des <u>douze mois</u> précédant l'enquête						
18-24 ans	42,8	21,7	37,6	19,1	NS	NS
25-34 ans	24,4	7,0	13,3	9,8	≠	NS
35-44 ans	20,9	3,2	6,6	3,8	≠	NS
45-54 ans	21,3	2,5	6,8	4,9	≠	NS
55-69 ans	15,7	4,0	7,9	1,6	≠	NS
p***	≠	≠	≠	≠		
Ensemble	24,0	6,3	12,3	6,2	≠	NS
	[21,1-27,1]	[4,8-8,1]	[10,7-14,1]	[5,2-7,5]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Fréquence du multipartenariat

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir eu des partenaires multiples au cours des cinq dernières années ou des douze derniers mois

Quels que soient le lieu d'enquête et l'âge des personnes interrogées, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à avoir déclaré plusieurs partenaires (c'est-à-dire être multipartenaires) au cours des cinq années comme des douze mois précédant l'enquête : dans les DFA, la proportion de multipartenaires au cours des douze derniers mois est de 24 % parmi les hommes contre 6 % parmi les femmes (51 % contre 24 % au cours des cinq dernières années). De plus, parmi les multipartenaires des DFA comme de métropole, à quasiment tous les âges, les hommes déclarent en moyenne un nombre de partenaires plus élevé que les femmes : dans l'année précédant l'enquête, chez les multipartenaires, le nombre moyen de partenaires des hommes est de 3,7 contre 2,7 chez les femmes (respectivement 3,3 et 2,4 en métropole).

Le pourcentage de multipartenaires diminue avec l'âge mais reste élevé, dans les DFA, aux âges les plus avancés

Que ce soit aux Antilles et en Guyane ou en France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes, le multipartenariat est fortement corrélé avec l'âge : la proportion de multipartenaires est d'autant plus élevée que les personnes sont jeunes. Dans les DFA, cette proportion au cours des cinq dernières années passe, chez les hommes, de 80 % parmi les 18-24 ans à 36 % chez les 55-69 ans (de 43 % à 16 % au cours des douze derniers mois) et, chez les femmes, de 62 % à 9 % (de 22 % à 4 % au cours des douze derniers mois). On notera néanmoins, comme cela avait été observé dans l'enquête ACSAG, que, dans la population masculine des DFA, même si le multipartenariat diminue avec l'âge, c'est un comportement qui demeure à des niveaux relativement élevés, y compris à des âges avancés : près d'un homme sur six, âgés de 55 à 69 ans, a indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans les douze mois, soit une proportion supérieure à celle observée chez les hommes de métropole âgés de 25 à 34 ans.

Homogénéisation des comportements dans les trois départements mais maintien d'un multipartenariat plus fréquent qu'en métropole

Contrairement à ce qui avait été observé dans l'enquête ACSAG, chez les hommes comme chez les femmes, il n'existe pas de différences significatives entre les trois départements concernant la proportion de multipartenaires, ce qui semble aller dans le sens d'une homogénéisation des comportements. En revanche, le multipartenariat est environ deux fois plus fréquent dans les DFA qu'en métropole, notamment chez les hommes où les écarts sont très marqués. En raisonnant sur la période des douze mois précédant l'enquête, la proportion de multipartenaires est de 24 % chez les hommes des DFA contre 12 % chez les hommes de métropole (51 % contre 33 % au cours des cinq dernières années). Dans la population féminine, si la proportion de femmes multipartenaires au cours des cinq dernières années est significativement supérieure dans les DFA qu'en métropole (24 % contre 21 %), en revanche, les pourcentages sont comparables pour ce qui est des douze derniers mois (6 % de multipartenaires). Dans la population masculine, les différences entre les deux espaces géographiques sont essentiellement liées au fait que le multipartenariat masculin est deux fois plus élevé à 35 ans ou plus dans les DFA qu'en métropole alors qu'avant 35 ans, aucune différence n'est notable.

Multipartenariat simultané ou successif au cours des cinq années précédant l'enquête

(parmi les personnes ayant eu au moins deux partenaires dans les cinq années précédant l'enquête et aucun du même sexe durant cette période)

Partenaires simultanés : au moins deux partenaires durant la même période (simultanément) au cours des cinq dernières années.

Une personne a été considérée comme ayant été engagée dans une relation simultanée au cours des cinq dernières années dès lors qu'elle a répondu à l'affirmative à cette question ou qu'elle a indiqué « avoir actuellement plusieurs partenaires » ou qu'elle a indiqué qu'elle avait « des rapports sexuels avec un ou plusieurs autres partenaires » lors de son dernier rapport sexuel avec son dernier partenaire (partenaire de moins de cinq ans) ou lors de son dernier rapport sexuel avec son avant dernier partenaire (partenaire de moins de cinq ans).

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		DFA		Métropole		p*	p**
	(1)		(1)		(1)		(1)		(1)			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
	(N=221)	(N=136)	(N=183)	(N=165)	(N=201)	(N=168)	(N=605)	(N=469)	(N=697)	(N=609)		

Répartition des multipartenaires selon le type de partenaires

Part. successifs	33,3	78,3	41,9	83,3	35,0	71,9	36,8	79,4	63,2	73,3		
Part. simultanés	66,6	21,7	58,1	16,7	65,0	28,1	63,2	20,6	36,8	26,7		
p* Hommes : NS / p** Femmes : NS							p* H : ≠ / p** F : NS					

Pourcentages de multipartenaires simultanés selon l'âge

18-24 ans	-	-	-	-	-	-	52,7	20,7	20,7	18,7	≠	NS
25-34 ans	-	-	-	-	-	-	56,2	20,2	31,9	23,7	≠	NS
35-44 ans	Effectifs trop faibles						73,3	22,2	50,9	30,9	≠	NS
45-54 ans	-	-	-	-	-	-	68,4	28,5	57,0	38,3	≠	NS
55-69 ans	-	-	-	-	-	-	73,1	6,1	56,6	41,6	≠	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Caractéristiques du multipartenariat

Outre le fait que le multipartenariat est plus fréquent dans la population masculine des DFA que dans celle de métropole et se maintienne à des âges avancés, c'est également un comportement qui présente des caractéristiques différentes dans les deux espaces géographiques.

Davantage de relations simultanées chez les hommes des DFA que chez ceux de métropole

Aux Antilles et en Guyane, parmi les hommes qui ont eu au moins deux partenaires au cours des cinq dernières années, la grande majorité d'entre eux ont déclaré que, durant cette période, certaines relations avaient été simultanées, autrement dit, selon la formulation de la question, qu'ils avaient « *eu plusieurs partenaires durant la même période, c'est-à-dire commencer à avoir des rapports sexuels avec une personne tout en continuant à avoir des rapports sexuels avec au moins un autre partenaire* ».

En effet, parmi les hommes multipartenaires, la proportion de ceux ayant déclaré avoir eu des partenaires simultanés durant les cinq dernières années est de 63 % dans les DFA (sans différence selon les départements) contre 37 % en métropole. Cette proportion est supérieure dans les DFA qu'en métropole, quelle que soit la classe d'âges considérée. A 18-24 ans par exemple, ce sont 53 % des hommes multipartenaires des DFA qui ont indiqué avoir été engagés dans des relations simultanées au cours des cinq dernières années (21 % en métropole) et à 55-69 ans, 73 % (57 % en métropole). Chez les femmes des Antilles et de Guyane, comme chez celles de métropole, environ un quart des multipartenaires ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires simultanément.

Le multipartenariat masculin dans les DFA se caractérise donc principalement par une proportion importante d'hommes engagés simultanément dans des relations différentes, contrairement à ce qui est observé dans la population féminine et chez les hommes de métropole où, la plupart des personnes ayant indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans les cinq ans précédant l'enquête, ont déclaré avoir eu ces partenaires successivement.

Parmi les hommes multipartenaires, le nombre moyen de partenaires chez les 18-24 ans et les célibataires est plus élevé dans les DFA qu'en métropole

Chez les multipartenaires, le nombre moyen de partenaires décrits est comparable dans les DFA et en métropole, chez les hommes comme chez les femmes : parmi les multipartenaires, les hommes des DFA (sans différence entre les trois départements) ont indiqué avoir eu en moyenne 3,7 partenaires dans l'année contre 3,3 pour ceux de métropole (respectivement 2,7 et 2,4 chez les femmes). Néanmoins, des différences apparaissent chez les jeunes. Si, comme nous l'avons vu, les jeunes des DFA ne sont pas plus nombreux à être multipartenaires qu'en métropole, ils ont en revanche davantage de partenaires. En effet, à 18-24 ans, ils indiquent en moyenne 4,8 partenaires dans l'année contre 2,6 en métropole.

D'autre part, une autre particularité doit être signalée. Si la proportion de personne ne vivant pas en couple est supérieure dans les DFA par rapport à la métropole, on constate aussi que, parmi eux, il y a aussi davantage de multipartenaires dans les DFA qu'en métropole, et enfin, que parmi ces multipartenaires, le nombre moyen de partenaires est supérieur dans les DFA à ce qui est rapporté en métropole (en moyenne, 4,3 contre 3,0). Au total, les personnes exposées au risque de contamination sont plus nombreuses dans les DFA qu'en métropole et les comportements décrits apparaissent potentiellement plus à risque.

Multipartenariat stable au cours des douze mois précédant l'enquête (parmi les personnes ayant eu au moins deux partenaires dans les douze mois précédant l'enquête et aucun du même sexe)

Multipartenariat stable : tous les partenaires au cours des 12 derniers mois sont des « anciens » partenaires (c'est-à-dire des partenaires connus depuis plus d'un an).

Multipartenariat instable : tous les partenaires au cours des 12 derniers mois sont des « nouveaux » partenaires (c'est-à-dire des partenaires connus depuis au maximum un an).

Multipartenariat mixte : certains des partenaires au cours des 12 derniers mois sont des « nouveaux » partenaires, d'autres des « anciens » partenaires.

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane			DFA		Métropole			
	(1)		(1)		(1)			(1)		(1)			
	H	F	H	F	H	F	p*	H	F	H	F	p*	p**
	(N=110)	(N=34)	(N=84)	(N=40)	(N=92)	(N=40)		(N=286)	(N=113)	(N=265)	(N=180)		

Répartition des multipartenaires selon le type de multipartenariat

Multi. stables	35,4	-	29,8	-	21,2	-	NS	32,8	30,0	21,8	18,5	≠	NS
Multi. mixtes	42,1	-	53,6	-	51,1	-	NS	46,2	55,8	43,6	44,5	NS	NS
Multi. instables	22,5	-	16,6	-	27,7	-	NS	21,0	14,2	34,6	37,0	≠	≠
p* Hommes : NS												p* H : ≠ / p** F : ≠	

Pourcentages de multipartenaires stables selon l'âge

Avant 35 ans	-	-	-	-	-	-	-	19,6	17,1	11,2	6,1	NS	NS
35 ans et plus			Effectifs trop faibles					45,2	55,9	38,3	41,8	NS	NS
p***								≠	≠	≠	≠		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les multipartenaires sont plus souvent qu'en métropole engagés dans des relations parallèles durables

Quand on raisonne, non plus sur les cinq ans précédant l'enquête, mais sur la période des douze derniers mois, on note que parmi les personnes ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires durant cette période, la proportion de celles qui indiquent n'avoir eu aucun « nouveau² » partenaire durant les douze mois (appelées les multipartenaires « stables ») est, quelle que soit la classe d'âges, plus fréquente dans les DFA qu'en métropole (33 % des hommes multipartenaires des DFA sont des multipartenaires « stables » contre 22 % de ceux de métropole, chez les femmes, respectivement 30 % contre 19 %³). La faiblesse des effectifs de personnes multipartenaires au cours des douze mois précédant l'enquête ne permet pas d'observer des tendances nettement différentes dans les trois départements, néanmoins, chez les hommes de Guyane, la proportion de multipartenaires « stables » est, au seuil de 10 % ($p = 6\%$), significativement plus faible qu'en Guadeloupe (21 % contre 35 %). Les tendances, qui avaient déjà été observées dans l'enquête ACSAG, semblent donc se maintenir en 2004, même si les différences entre les départements paraissent désormais plus faibles.

Ainsi, le multipartenariat aux Antilles engage plus souvent qu'en métropole des personnes ayant en parallèle plusieurs relations durables et inversement, en métropole, et dans une moindre mesure en Guyane, les hommes multipartenaires, ont plus souvent indiqué que leurs partenaires au cours des douze derniers mois étaient tous des nouveaux partenaires (multipartenariat dit « instable ») impliquant, plus souvent probablement, des relations occasionnelles. A la question « *En ce moment, combien avez-vous de partenaires sexuels ?* » posée à toutes les personnes ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel durant les douze derniers mois, plus d'un homme sur dix dans les DFA a indiqué avoir « *en ce moment* » plusieurs partenaires contre moins de 3 % en métropole. Là aussi, la Guyane se démarque significativement par une proportion plus faible qu'en Guadeloupe d'hommes engagés dans des relations simultanées (8 % contre 13 %).

Bien que le multipartenariat, dans les DFA comme en métropole, concerne davantage les personnes célibataires que celles mariées, il a été décrit par une proportion nettement plus importante, dans les DFA qu'en métropole, d'hommes mariés, ce qui s'explique par les caractéristiques de relative « stabilité » du multipartenariat. En effet, 14 % des hommes mariés des DFA (8 % en Guyane, 10 % en Martinique et 19 % en Guadeloupe) ont déclaré au moins deux partenaires dans l'année contre 5 % de ceux de métropole (chez les personnes vivant en couple mais n'étant pas mariées, les pourcentages sont respectivement de 20 % contre 7 %).

2 Un nouveau partenaire est un partenaire avec lequel la personne interrogée n'avait pas de rapports sexuels il y a plus d'un an.

3 Test de chi-2 chez les femmes à la limite de la non significativité ($p = 6\%$)

Pourcentages de personnes aux Antilles et en Guyane ayant déclaré trouver « tout à fait » ou « plutôt » acceptable qu'un homme / qu'une femme ait, au cours de son mariage, des rapports sexuels avec d'autres personnes que son épouse / que son mari

(cette question n'a pas été posée dans l'enquête conduite en métropole)

En %	Acceptable qu'un <u>homme</u> ait des rapports sexuels avec d'autres pers. que son épouse		Acceptable qu'une <u>femme</u> ait des rapports sexuels avec d'autres pers. que son mari	
	(1)		(1)	
	H (N=1188)	F (N=1826)	H (N=1188)	F (N=1826)
<i>Selon l'âge</i>				
18-24 ans	10,1	6,1	3,9	8,8
25-34 ans	11,3	3,9	10,3	4,0
35-44 ans	19,2	7,2	12,8	6,6
45-54 ans	27,8	6,3	21,7	4,3
55-69 ans	30,2	9,1	22,3	7,8
p*	≠	NS	≠	NS
<i>Selon la situation matrimoniale</i>				
Marié(e)s / pacsé(e)s cohabitants	23,9	6,8	17,9	6,3
Non-marié(e)s / pacsé(e)s cohabitants	21,2	7,5	16,1	7,6
Non-cohabitant(e)s	14,0	5,6	9,0	5,1
p*	≠	NS	≠	NS
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq dernières années</i>				
Abstinents	7,7	2,9	9,5	1,9
Monopartenaires	13,1	5,3	10,1	4,9
Multipartenaires avec part. successifs	13,5	6,6	8,7	6,0
Multipartenaires avec part. simultanés	36,3	25,6	25,4	27,0
p*	≠	≠	≠	≠
<i>Chez les <u>multipartenaires avec des partenaires simultanés</u> (N=384 hommes / 126 femmes)</i>				
<i>Selon la place de la religion</i>				
Très importante	13,5	10,2	10,4	10,2
Importante	34,2	28,3	20,3	18,1
Peu importante	31,5	22,7	21,7	28,4
Pas importante	59,0	45,6	45,5	56,7
p*	≠	NS	≠	≠
Ensemble	20,0	6,5	14,5	6,1
	[17,4-22,9]	[5,1-8,3]	[12,2-17,2]	[4,7-7,8]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (l'âge, la situation matrimoniale, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les déclarations des hommes et des femmes. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Une large majorité des individus ne juge pas « acceptable » les relations extra-conjugales

La plus grande fréquence du multipartenariat dans la population des Antilles et de la Guyane, le fait que ce comportement se maintienne chez les hommes à des âges relativement avancés et qu'il engage souvent des personnes ayant en parallèle plusieurs relations durables constituent autant d'éléments qui fait du multipartenariat une caractéristique importante de la vie conjugale dans ces départements. Si le rapport ACSAG évoquait le multipartenariat des Antilles et de la Guyane en indiquant « qu'on pourrait se risquer à y voir un 'art de vivre', culturellement valorisé (au moins dans la moitié masculine de la population) », les données de l'enquête KABP montrent que la grande majorité des personnes interrogées ne trouve pas « acceptable » qu'un homme (ou qu'une femme) ait au cours de son mariage des rapports sexuels avec d'autres personnes que son épouse (ou son mari). Ce sont même 63 % des hommes et 84 % des femmes qui jugent les relations extra-conjugales des hommes comme n'étant « *pas du tout* acceptables » et respectivement 70 % et 85 % quand il s'agit des relations extra-conjugales des femmes.

Les relations extra-conjugales : plus souvent jugées acceptables par les hommes, surtout quand il s'agit de relations extra-conjugales masculines

Que ce soit les opinions relatives aux relations extra-conjugales des hommes ou celles des femmes, la proportion de personnes jugeant qu'il s'agit d'un comportement « acceptable » est plus élevée dans la population masculine que dans la population féminine. De plus, si les femmes jugent de la même façon les relations extra-conjugales des hommes et celles des femmes, en revanche, les hommes sont moins nombreux à penser que c'est acceptable quand il s'agit de relations extra-conjugales chez des femmes. Les hommes sont en effet 20 % à juger acceptable les relations extra-conjugales des hommes contre 15 % lorsqu'il s'agit des relations extra-conjugales des femmes (dans la population féminine, les proportions sont respectivement de 7 % et 6 %). Autre différence entre hommes et femmes, alors que la proportion de personnes jugeant acceptables les relations extra-conjugales augmente avec l'âge chez les hommes et est plus élevée parmi les personnes mariées, chez les femmes, il n'existe pas de corrélation entre l'âge, la situation matrimoniale et le jugement porté sur les relations extra-conjugales.

Ce sont principalement les multipartenaires qui jugent acceptables les relations extra-conjugales

En revanche, que ce soit dans la population masculine ou féminine, ce sont les personnes qui ont été au cours des cinq dernières années dans une situation de multipartenariat avec des partenaires simultanés qui sont les plus nombreuses à juger « acceptables » les relations extra-conjugales, sans différence significative de jugement entre les hommes et les femmes. Parmi ces multipartenaires, il existe de grandes différences de jugement selon l'importance accordée à la religion : le jugement est d'autant plus « indulgent » que la personne accorde peu ou pas d'importance à la religion.

Nombre moyen de rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête chez les personnes sexuellement actives au cours de la vie (parmi les personnes ayant eu au moins un partenaire au cours de la vie et aucun partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		p*	p**	DFA		Métropole		p*	p**
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)			(1)	(1)	H	F		
	(N=407)	(N=554)	(N=328)	(N=602)	(N=386)	(N=570)			(N=1106)	(N=1702)	(N=2094)	(N=2689)		
18-24 ans	5,3	5,2	5,9	4,7	7,5	6,6	NS	NS	5,8	5,2	6,7	10,6	NS	≠
25-34 ans	7,2	7,0	8,2	5,2	10,0	8,3	NS	≠	8,1	6,5	8,1	7,9	NS	≠
35-44 ans	7,5	6,7	8,8	6,2	10,7	7,7	≠	NS	8,7	6,6	8,0	7,5	NS	NS
45-54 ans	7,0	5,1	7,5	4,3	9,1	5,1	NS	NS	7,5	4,8	6,8	5,9	NS	≠
55-69 ans	7,8	2,7	5,2	2,2	5,4	2,1	NS	NS	6,5	2,4	4,9	3,8	NS	≠
p***	NS	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	7,1	5,5	7,1	4,5	8,9	6,7	≠	≠	7,4	5,2	6,8	6,5	NS	≠
	[5,9-8,3]	[4,9-6,2]	[6,3-8,0]	[4,0-5,0]	[7,9-9,9]	[5,9-7,4]			[6,8-8,1]	[4,8-5,6]	[6,5-7,2]	[6,1-6,8]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Fréquence de l'activité sexuelle au cours du dernier mois

Dans les DFA, à la différence de la métropole, les hommes déclarent davantage de rapports sexuels que les femmes au cours du dernier mois

En moyenne, parmi les personnes qui ont déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, les hommes des Antilles et de la Guyane ont déclaré avoir eu 7,5 rapports sexuels au cours du dernier mois et les femmes en ont déclaré 5,3. Dans les DFA, quelle que soit la classe d'âges considérée (sauf 18-24 ans), le nombre moyen de rapports sexuels déclaré par les hommes est toujours supérieur à celui déclaré par les femmes, à la différence de la métropole où il n'existe pas d'écart significatif (7,1 contre 6,8), sauf, quand on raisonne par âge, aux âges les plus élevés où les hommes en déclarent davantage.

Au total, il n'existe pas de différence significative entre les déclarations des hommes des DFA et ceux de métropole, alors que les femmes de métropole ont déclaré une activité sexuelle plus fréquente que celles des DFA à quasiment tous les âges. Au niveau des trois départements, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes interrogées en Guyane ont, en moyenne, déclaré davantage de rapports sexuels au cours du dernier mois que celles des Antilles et ces différences sont notables à toutes les classes d'âges, sauf à 55-69 ans.

La fréquence de l'activité sexuelle semble peu corrélée avec le nombre de partenaires

Lorsqu'on distingue les personnes interrogées selon les caractéristiques de leur activité sexuelle (monopartenaire ou multipartenaire, multipartenaires ayant déclaré deux partenaires ou en ayant déclaré au moins trois, personnes ayant indiqué avoir un partenaire « actuel » ou plusieurs, etc.), on constate qu'il est difficile de faire apparaître une corrélation entre le nombre moyen de rapports sexuels et les différents indicateurs caractérisant l'activité sexuelle des personnes. Ainsi, par exemple, dans les DFA, les monopartenaires au cours des douze derniers mois, hommes ou femmes, ont indiqué en moyenne un nombre de rapports sexuels comparable à celui déclaré par les multipartenaires (7,8 contre 8,5 chez les hommes, écarts non significatifs au seuil de 23 % et 6,0 et 6,2 chez les femmes, écarts non significatifs au seuil de 84 %).

C'est probablement ce qui explique le fait que, bien que le multipartenariat masculin soit plus fréquent dans les DFA qu'en métropole, il n'existe pas d'écart entre le nombre moyen de rapports sexuels déclarés par les hommes des deux espaces géographiques. Inversement, alors que chez les femmes, le multipartenariat au cours des douze mois est comparable dans les DFA et en métropole, les femmes d'outre mer ont déclaré moins de rapports sexuels que leurs homologues de métropole.

Si la fréquence plus élevée du multipartenariat masculin expose, aux Antilles et en Guyane, davantage de personnes aux risques de transmission du VIH, les données relatives aux caractéristiques du multipartenariat dans les DFA permettent de penser, au moins dans un premier temps, que la relative « stabilité » du multipartenariat, particulièrement aux Antilles, peut contribuer à limiter quelque peu cette exposition.

Néanmoins, la « stabilité » du multipartenariat, comme facteur limitant le risque peut n'être qu'illusoire, dans la mesure où les personnes engagées dans ce type de multipartenariat peuvent se trouver exposées au risque de contamination, du fait du multipartenariat éventuel de leur(s) partenaire(s).

D'autre part, les analyses relatives aux comportements de prévention permettront de déterminer si cette plus grande « stabilité » du multipartenariat ne constitue pas un contexte peu propice à l'adoption de comportements préventifs, entraîné par le fait que le partenaire est connu depuis « longtemps » et que cela peut créer une certaine (ré)assurance.

7. L'utilisation des préservatifs

Alors que l'utilisation du préservatif féminin reste marginale (moins de 5 % ont déclaré en avoir déjà utilisé), l'utilisation du préservatif masculin s'est largement diffusée dans la population : en 2004, dans les DFA, sans grandes différences entre les départements, 85 % des hommes et 72 % des femmes ont déclaré en avoir déjà utilisé au cours de leur vie (contre respectivement 70 % et 50 % en 1992).

L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, très prédictive de l'utilisation future, semble moins élevée dans les DFA qu'en métropole quels que soient le sexe et la date du premier rapport. Néanmoins, plus la date du premier rapport est récente et plus l'utilisation du préservatif à cette occasion est fréquente, soulignant l'efficacité des campagnes de prévention.

Les caractéristiques de l'activité sexuelle influent fortement sur l'utilisation déclarée des préservatifs : la proportion de personnes ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs est d'autant plus élevée qu'elles déclarent avoir eu plusieurs partenaires sur une période donnée. Le profil socio-démographique des personnes intervient aussi : quelle que soit la période considérée (au cours de la vie, des cinq dernières années ou des douze derniers mois), les femmes des DFA sont moins nombreuses que les hommes à déclarer avoir utilisé des préservatifs et ce, dans toutes les classes d'âges. De même, les plus âgés et les moins diplômés sont moins nombreux que les autres à indiquer avoir utilisé des préservatifs.

Dans les DFA, l'un des faits importants à souligner est que, à caractéristiques égales, et particulièrement dans des situations à risque, la maîtrise de la prévention est moindre chez les femmes, conduisant à une plus faible protection et donc à une plus grande exposition au risque de contamination par le VIH que les hommes.

L'analyse de l'utilisation déclarée des préservatifs

Le préservatif, qu'il soit masculin ou féminin, apparaît comme étant le seul moyen pleinement efficace pour se protéger du VIH/sida (et plus généralement des infections sexuellement transmissibles), dès lors qu'il y a rapport sexuel avec pénétration. Pour améliorer la prévention, il est nécessaire de comprendre les mécanismes complexes, souvent corrélés entre eux, qui conditionnent, chez les individus, le fait d'utiliser ou pas un préservatif lors d'un rapport sexuel : leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs connaissances du VIH/sida, les caractéristiques de leur activité sexuelle, le contexte particulier du rapport sexuel, etc.

Ce chapitre a un double objectif :

- présenter les proportions de personnes ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs masculins et féminins aux Antilles et en Guyane au cours de différentes périodes (au cours de la vie, pour les préservatifs masculins et féminins, au cours des cinq années et des douze mois précédant l'enquête et au premier et au dernier rapport sexuel concernant le seul préservatif masculin), ainsi que les pourcentages de refus d'utilisation du préservatif masculin, que le refus provienne du partenaire ou de la personne, au cours des cinq années précédant l'enquête ;
- identifier les facteurs favorisant ou au contraire freinant l'adoption de comportements de prévention notamment par l'utilisation du préservatif masculin au cours du premier rapport sexuel, des douze mois précédant l'enquête et lors du dernier rapport sexuel.

Les analyses conduites dans ce chapitre sont faites pour identifier les logiques de prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles. Néanmoins, il faut souligner que les préservatifs peuvent être aussi utilisés comme moyens de contraception. Les données de l'enquête montrent que, parmi les personnes qui utilisent une méthode contraceptive (soit environ une personne sur deux), le préservatif est plus souvent cité dans les DFA qu'en métropole (35 % contre 25 %), dans des proportions comparables chez les hommes et chez les femmes. La différence venant principalement du fait que, dans les DFA, les personnes engagées dans une relation régulière et vivant en couple sont plus nombreuses que celles de métropole à avoir indiqué utiliser le préservatif comme mode contraceptif (16 % contre 10 %).

Pour chaque analyse, la population prise en compte est constituée des seules personnes ayant déclaré au moins un partenaire au cours de la période considérée et n'ayant eu que des partenaires du sexe opposé au cours de cette même période.

Il convient enfin de préciser que, si le terme de préservatif n'est pas suivi d'une mention particulière, il s'agira du préservatif masculin. Lorsqu'il est question du préservatif féminin, cela sera alors explicitement précisé.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir déjà utilisé des préservatifs féminins

(parmi celles sexuellement actives au cours de la vie et n'ayant pas eu de partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=407)	F (N=554)	H (N=328)	F (N=602)	H (N=386)	F (N=570)			H (N=1121)	F (N=1726)	H (N=2094)	F (N=2689)		
<i>Selon l'âge</i>														
18-24 ans	8,5	2,7	9,7	2,3	8,5	9,5	NS	NS	8,9	3,6	8,3	3,7	NS	NS
25-34 ans	7,4	8,0	8,9	4,1	10,5	4,1	NS	NS	8,4	5,4	3,5	1,7	≠	≠
35-44 ans	2,3	2,8	2,6	3,8	2,6	4,9	NS	NS	2,5	3,5	3,5	1,6	NS	NS
45-54 ans	0,0	3,5	0,0	3,5	0,7	1,6	NS	NS	0,1	3,2	3,2	1,8	≠	NS
55-69 ans	1,4	0,0	4,9	2,1	0,4	2,8	NS	NS	2,6	1,3	4,2	2,2	NS	NS
p***	≠	NS	NS	NS	≠	NS			≠	NS	≠	NS		
Ensemble	3,7	3,6	4,9	3,2	4,9	4,5	NS	NS	4,3	3,5	4,2	2,1	NS	≠
	[2,0-6,7]	[2,1-6,1]	[3,1-7,7]	[2,0-5,1]	[2,7-8,7]	[3,0-6,8]			[3,1-5,8]	[2,6-4,6]	[3,3-5,4]	[1,5-2,8]		

Répartition des personnes selon la fréquence d'utilisation déclarée des préservatifs

féminins (parmi celles ayant déclaré en avoir déjà utilisé au cours de la vie et n'ayant pas eu de partenaire du même sexe)

En %	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=58)	F (N=70)	H (N=90)	F (N=59)		
Juste pour essayer	66,1	67,8	38,1	42,9	≠	≠
De temps à autre	26,5	12,0	32,7	24,3	NS	NS
7Régulièrement	7,4	20,2	29,2	32,8	≠	NS
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon la classe d'âges). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

L'utilisation du préservatif féminin

Peu de personnes ont déclaré avoir déjà utilisé un préservatif féminin

Si, la proportion de personnes ayant déclaré connaître l'existence du préservatif féminin est supérieure dans les DFA à la métropole (85 % contre 78 %), en revanche, celle des personnes ayant déclaré avoir déjà utilisé un préservatif féminin est particulièrement faible, et comparable dans les deux espaces (respectivement 4 % et 3 %). Dans les DFA comme en métropole, les déclarations des hommes diffèrent selon la classe d'âges, contrairement à ce qui est observé chez les femmes : dans la population masculine, la proportion de ceux déclarant avoir utilisé des préservatifs féminins diminue avec l'âge, passant, dans les DFA, de 9 % des hommes âgés de 18 à 24 ans à 3 % de ceux de 55 à 69 ans.

Quels que soient la classe d'âges et le sexe, l'utilisation du préservatif féminin ne diffère pas selon les trois départements. En revanche, entre les DFA et la métropole, on note que, quel que soit le sexe, à 25-34 ans, la proportion des personnes ayant déclaré avoir déjà utilisé un préservatif féminin est plus importante dans les DFA qu'en métropole : 7 % contre 3 %. Il en résulte que les femmes des DFA sont légèrement plus nombreuses que les femmes de métropole à déclarer avoir déjà utilisé un préservatif féminin : 4 % contre 2 %.

On note aussi que, quelle que soit la classe d'âges, la proportion de personnes ayant déjà utilisé des préservatifs féminins est supérieure parmi les individus ayant déjà utilisé des préservatifs masculins. Par exemple, parmi celles âgées de moins de 35 ans ayant déjà utilisé un préservatif masculin, 7 % ont dit avoir déjà utilisé un préservatif féminin tandis que parmi celles qui ont déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif masculin, aucune n'a déclaré avoir déjà utilisé de préservatif féminin. Il semble donc que le préservatif féminin ne constitue pas une alternative à la non-utilisation de préservatif masculin.

Dans les DFA, le préservatif féminin a surtout été utilisé « juste pour essayer »

Chez les hommes comme chez les femmes, pour deux tiers des personnes ayant déclaré avoir déjà utilisé un préservatif féminin dans les DFA, il s'agissait d'une utilisation de l'ordre de l'expérimentation (« juste pour essayer ») alors qu'en France métropolitaine, pour celles et ceux qui ont déclaré avoir déjà utilisé un préservatif féminin, la proportion des personnes qui déclarent l'utiliser « de temps à autre » ou « régulièrement » atteint 60 %. Le préservatif féminin aux Antilles et en Guyane serait donc davantage resté dans la sphère de l'expérimentation qu'en métropole.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs (parmi celles sexuellement actives durant la période et n'ayant pas eu, sur la même période, de partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p* p**	DFA (1)		Métropole (1)		p* p**
	H	F	H	F	H	F		H	F	H	F	
Au cours de la <u>vie</u>												
	(N=407)	(N=554)	(N=328)	(N=602)	(N=386)	(N=570)		(N=1121)	(N=1726)	(N=2094)	(N=2689)	
18-24 ans	99,5	88,5	96,9	95,5	98,1	86,3	NS NS	98,2	91,5	99,3	97,8	NS ≠
25-34 ans	94,1	90,7	96,8	93,7	94,7	86,9	NS NS	95,7	91,1	95,7	92,4	NS NS
35-44 ans	92,2	80,7	92,0	78,5	88,1	82,0	NS NS	91,3	79,9	85,1	76,6	≠ NS
45-54 ans	86,4	59,0	76,3	66,1	77,0	76,6	NS ≠	81,5	64,3	77,3	67,0	NS NS
55-69 ans	59,9	32,4	69,1	33,8	59,6	36,8	NS NS	63,3	33,4	69,9	50,6	NS ≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠		≠	≠	≠	≠	
Ensemble	85,1	70,6	85,1	70,1	85,5	78,8	NS ≠	85,2	71,6	83,8	72,3	NS NS
	[80,6-88,6]	[65,9-74,9]	[79,8-89,3]	[65,6-74,2]	[81,0-89,1]	[74,6-82,4]		[82,4-87,6]	[68,8-74-2]	[81,9-85,4]	[70,3-74,2]	
Au cours des <u>cinq années</u> précédant l'enquête												
	(N=399)	(N=505)	(N=312)	(N=547)	(N=372)	(N=514)		(N=1083)	(N=1566)	(N=2070)	(N=2530)	
18-24 ans	93,3	83,8	85,7	85,5	90,3	74,3	NS NS	89,8	83,2	97,1	96,1	≠ ≠
25-34 ans	85,9	56,0	73,7	63,7	79,8	53,3	NS NS	79,9	59,2	74,4	63,9	NS NS
35-44 ans	57,2	43,2	64,0	47,7	56,9	43,7	NS NS	59,6	45,0	44,9	41,5	≠ NS
45-54 ans	48,0	29,0	41,2	29,7	43,5	38,1	NS NS	44,9	30,3	34,4	29,4	≠ NS
55-69 ans	28,5	7,5	34,2	8,7	23,5	11,9	NS NS	30,1	8,4	18,6	7,4	≠ NS
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠		≠	≠	≠	≠	
Ensemble	60,0	42,5	57,9	43,8	61,5	48,4	NS NS	59,1	44,1	49,1	41,0	≠ NS
	[54,4-65,4]	[37,6-47,5]	[51,5-64,0]	[39,1-48,6]	[55,7-67,0]	[43,3-53,5]		[55,5-62,6]	[41,0-47,1]	[46,7-51,6]	[38,8-43,3]	
Au cours des <u>douze mois</u> précédant l'enquête												
	(N=372)	(N=455)	(N=294)	(N=481)	(N=354)	(N=471)		(N=1020)	(N=1407)	(N=1998)	(N=2363)	
18-24 ans	79,8	61,6	72,6	65,3	79,3	55,5	NS NS	76,4	62,3	76,1	61,8	NS NS
25-34 ans	54,8	27,3	44,9	40,4	47,4	26,9	NS NS	49,6	33,6	40,8	30,8	NS NS
35-44 ans	37,2	21,0	40,9	27,1	32,6	23,8	NS NS	37,4	23,8	21,1	20,7	≠ NS
45-54 ans	35,6	15,9	27,9	13,7	19,0	18,9	NS NS	30,3	15,1	16,5	15,1	≠ NS
55-69 ans	12,1	4,1	16,5	5,0	16,1	7,2	NS NS	14,1	4,7	9,3	1,9	NS ≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠		≠	≠	≠	≠	
Ensemble	40,9	23,9	38,5	26,6	39,9	28,1	NS NS	39,5	25,9	28,2	21,7	≠ ≠
	[35,2-46,9]	[19,8-28,5]	[32,6-44,7]	[22,4-31,3]	[34,1-45,9]	[23,6-33,1]		[36,0-43,1]	[23,2-28,8]	[25,9-30,7]	[19,8-23,8]	

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon la classe d'âges). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

L'utilisation du préservatif masculin

Entre l'enquête ACSAG de 1992 et l'enquête KABP de 2004, une augmentation de la proportion de personnes ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs au cours de la vie peut être observée, quel que soit le sexe, la classe d'âges ou le lieu d'enquête. Ainsi, chez les hommes, elle passe de 70 % en 1992 à 85 % en 2004 et, chez les femmes, de moins de 50 % à 72 %.

Les hommes sont systématiquement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir déjà utilisé des préservatifs

Chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le lieu d'enquête, la proportion de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs décroît selon la classe d'âges. Néanmoins, quelle que soit cette classe et la période considérée (au cours de la vie, des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête), les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer avoir utilisé des préservatifs. Plus l'âge est élevé, plus l'écart entre les hommes et les femmes augmente, quelle que soit la période considérée. Ainsi, dans les DFA, si à 18-24 ans, la proportion de personnes ayant déclaré avoir déjà utilisé des préservatifs n'est que légèrement supérieure chez les hommes que les femmes (98 % contre 92 %), en revanche, l'écart est de trente points parmi les individus de 55-69 ans (63 % contre 33 %). Ces différences peuvent notamment s'expliquer par le fait que la proportion d'hommes ayant des partenaires multiples reste élevée aux âges avancés, contrairement à ce qui est observé dans la population féminine. Or, les analyses qui suivent montrent que c'est parmi les multipartenaires que l'utilisation des préservatifs est la plus fréquente.

Utilisation plus élevée chez les hommes des DFA au cours des périodes récentes

Si en 2004, il n'y a plus de différences entre les DFA et la métropole (environ 85 % chez les hommes et 72 % chez les femmes ont indiqué avoir déjà utilisé des préservatifs)¹, en revanche, chez les hommes, les proportions d'utilisateurs au cours des cinq dernières années ou des douze derniers mois sont plus élevées dans les DFA qu'en métropole. Ainsi, 40 % des hommes des DFA disent avoir utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête contre 28 % de ceux de métropole. Là également, la plus grande fréquence du multipartenariat dans les DFA peut être avancée pour expliquer cette différence entre les hommes des DFA et ceux de métropole (51 % des hommes des DFA ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires au cours des cinq années précédant l'enquête contre 33 % de ceux de métropole). D'autre part, le recours à la prostitution chez les hommes des DFA est plus important dans les DFA qu'en métropole, notamment à certains âges (à 25-34 ans, 12 % des hommes des DFA ont eu recours à la prostitution au cours des cinq dernières années contre 3 % de ceux de métropole). Or, parmi les hommes des DFA qui ont eu plusieurs partenaires dans les cinq ans, ceux qui ont eu recours à la prostitution ont été significativement plus nombreux à utiliser des préservatifs que les autres (96 % contre 78 %).

1 En 1992, les hommes des DFA étaient nettement plus nombreux que ceux de métropole à déclarer avoir déjà utilisé des préservatifs (70 % contre 57 %) alors que les proportions étaient proches chez les femmes (50 % aux Antilles, 40 % en Guyane et 44 % en métropole).

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport (parmi celles n'ayant pas eu de partenaire du même sexe au cours de la vie et ayant déclaré leur âge au moment du premier rapport sexuel)

En %	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=1050)	F (N=1648)	H (N=2092)	F (N=2687)		
<i>Selon la date du premier rapport</i>						
Avant 1985	7,4	10,5	12,3	13,3	≠	NS (≠ 7 %)
Entre 1985 et 1987	26,6	27,6	32,9	30,2	NS	NS
Entre 1988 et 1991	32,2	43,0	54,7	47,0	≠	NS
Entre 1992 et 1995	64,5	67,4	77,3	75,1	NS (≠ 8 %)	NS
Depuis 1996	80,3	71,4	87,0	81,1	NS (≠ 10 %)	≠
p***	≠	≠	≠	≠		
Ensemble	28,3	30,2	34,5	32,0	≠	NS
	[25,0-31,7]	[27,5-33,1]	[32,1-37,0]	[29,9-34,1]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des DFA et ceux de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des DFA et celles de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon la date du premier rapport). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Peu de différences d'utilisation des préservatifs entre les trois DFA

Quelle que soit la classe d'âges considérée, les proportions de personnes ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs au cours de la vie, des cinq dernières années ou des douze derniers mois, sont comparables chez les hommes des trois départements et présentent peu de différences chez les femmes. Si l'enquête ACSAG avait aussi montré qu'aucune différence quant à l'utilisation des préservatifs ne distinguait les hommes des trois départements, en revanche, les données de 1992 avaient mis en relief un pourcentage plus faible d'utilisation des préservatifs chez les femmes de Guyane en comparaison de celles des Antilles. Entre 1992 et 2004, la proportion des femmes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours de la vie en Guyane a doublé, passant de 39 % à 79 %, et dépassant même celle dans les Antilles (49 % en 1992 à 70 % en 2004). Désormais, aucune différence ne distingue les femmes des trois départements, à la seule exception près que les femmes de Guyane âgées de 45 à 54 ans sont significativement plus nombreuses que celles des Antilles à avoir déjà utilisé des préservatifs (77 % contre 63 %).

L'utilisation du préservatif au cours du premier rapport

Plus la date du premier rapport sexuel est récente, plus le niveau d'utilisation déclarée du préservatif lors de ce rapport est élevé

Dans les DFA comme en métropole, les hommes ou les femmes ont d'autant plus utilisé un préservatif au premier rapport que celui-ci a eu lieu récemment. Parmi les hommes des DFA qui ont eu leur premier rapport avant 1985, seuls 7 % déclarent avoir utilisé un préservatif lors de ce rapport alors que parmi ceux qui ont eu leur premier rapport depuis 1996, cette proportion s'élève à 80 % (chez les femmes, respectivement 11 % et 71 %). Ces résultats mettent en relief l'efficacité des campagnes d'information et de prévention contre le VIH/sida menées depuis 1985, entraînant une généralisation de l'utilisation du préservatif au premier rapport chez les hommes et les femmes, dans les DFA comme en métropole. Mais si la proportion de personnes ayant utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel continue d'augmenter chez les hommes, en revanche, dans la population féminine, il semble y avoir un ralentissement et, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, les femmes semblent moins nombreuses que les hommes à utiliser des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel (80 % contre 71 %, écarts significatifs au seuil de 7 %). Autre motif d'inquiétude, alors qu'aucune différence n'était notable entre les trois départements, le niveau d'utilisation du préservatif parmi les hommes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996 est désormais significativement plus faible en Guyane qu'aux Antilles (64 % contre 78 % en Guadeloupe et 88 % en Martinique).

L'utilisation déclarée du préservatif au premier rapport semble moins fréquente dans les DFA qu'en métropole

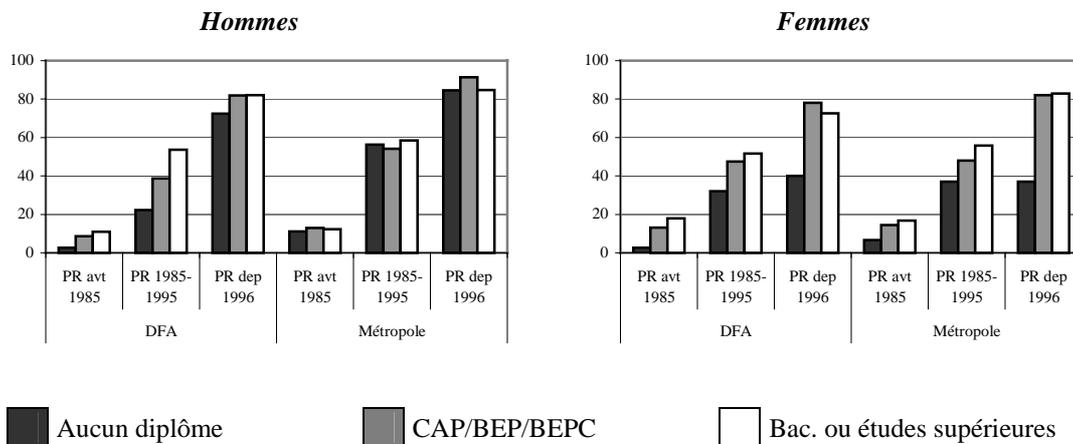
Quels que soient le sexe et la date du premier rapport, les personnes dans les DFA semblent moins nombreuses que celles de métropole à avoir utilisé un préservatif au premier rapport, même si, probablement en raison de la faiblesse des effectifs à chaque période d'entrée dans la sexualité, les différences n'apparaissent pas toujours significatives. Ainsi, parmi les femmes qui ont déclaré avoir eu leur premier rapport depuis 1996, 71 % d'entre elles dans les DFA indiquent avoir utilisé un préservatif lors de ce premier rapport tandis qu'elles sont 81 % en métropole dans ce cas (chez les hommes, 80 % et 87 %, écarts significatifs à 10 %).

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif au cours du premier rapport (parmi celles n'ayant pas eu de partenaire du même sexe au cours de la vie et ayant déclaré leur âge au moment du premier rapport sexuel)

En %	DFA		Métropole	
	PR avant 1985 (N=1473)	PR 1985-2004 (N=1015)	PR avant 1985 (N=2995)	PR 1985-2004 (N=1634)
<i>Selon le lieu de naissance</i>				
Dans le dép. d'enquête	8,2	58,0	-	-
En métropole	18,0	61,8	-	-
Caraïbe / Amérique du Sud	2,7	39,7	-	-
p*	≠	≠	-	-
<i>Selon l'écart d'âges avec le(la) partenaire au moment du premier rapport</i>				
Un an ou moins d'écart	9,1	64,4	13,4	71,6
Deux ou trois ans d'écart	11,9	54,5	13,7	64,4
Quatre ans ou plus d'écart	8,1	49,7	11,1	54,5
p*	NS	≠	NS	≠
<i>Selon l'âge de la personne interrogée au moment de son premier rapport sexuel</i>				
Moins de 17 ans	6,1	56,0	14,6	72,2
17 ou 18 ans	10,6	62,3	13,7	69,3
19 ans ou plus	10,7	51,9	10,8	56,2
p*	≠	NS (≠ 7 %)	NS (≠ 6 %)	≠
<i>Selon le fait que le premier rapport ait été souhaité ou pas par la personne interrogée</i>				
Rapport souhaité	9,5	59,1	13,4	67,7
Rapport non souhaité	7,6	49,3	10,4	59,0
p*	NS	≠	NS	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le lieu de naissance, etc.). NS : écart non significatif.

Selon la date du premier rapport sexuel et le diplôme



Note de lecture : PR avt 1985 = premier rapport avant 1985
 PR 1985 – 1995 = premier rapport entre 1985 et 1995 PR dep 1996 = premier rapport depuis 1996

Moindre utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel parmi les personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud

L'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel diffère principalement selon la date d'entrée dans la sexualité mais d'autres éléments interviennent. En particulier, les données montrent que les personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont moins nombreuses que celles nées ailleurs à avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Ainsi, parmi les personnes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1985, si environ 60 % de celles nées dans le département d'enquête ou en métropole ont utilisé un préservatif lors de ce premier rapport, ce n'est le cas que de 40 % des personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud. De même, si l'âge de la personne au moment du premier rapport sexuel semble également jouer dans le sens d'une moindre utilisation du préservatif lorsque ce rapport intervient à un âge plus tardif que la moyenne des personnes, c'est surtout l'écart d'âges entre les partenaires qui intervient. En effet, plus l'écart d'âges est marqué, moins le préservatif aura été utilisé. Parmi les personnes qui ont eu leur premier rapport sexuel depuis 1985, 64 % ont utilisé un préservatif lorsqu'il y avait moins d'un an d'écart d'âges entre les deux partenaires, ce pourcentage était de 55 % quand il y avait deux ou trois ans d'écart et de 50 % lorsqu'il y avait au moins quatre ans. Ces différences de niveau de protection selon l'écart d'âges entre les partenaires renvoient probablement à des enjeux de pouvoir et de domination qui peuvent régir les relations entre les hommes et les femmes et aux possibilités de négocier ou pas l'utilisation d'un préservatif. On soulignera aussi que le niveau de protection est plus élevé lorsque le premier rapport sexuel est décrit comme ayant été « quelque chose de souhaité à ce moment-là ».

Protection nettement moindre parmi les femmes non-diplômées

Aux Antilles et en Guyane, de façon générale, les personnes sans diplôme sont moins nombreuses que celles diplômées à avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Néanmoins des différences entre les hommes et les femmes et des évolutions selon la date du premier rapport sexuel peuvent être observées. Ainsi, dans la population masculine des DFA, le niveau de protection au premier rapport, lorsque celui-ci a eu lieu avant 1996, apparaît moins important parmi les hommes sans diplôme (22 % contre 54 % parmi les hommes ayant le baccalauréat ou un diplôme supérieur). Mais, pour ceux ayant déclaré avoir eu leur premier rapport depuis 1996, cette différence selon le diplôme est devenue non significative, manifestant une homogénéisation des comportements selon le niveau de diplôme, à l'instar des hommes de métropole dont le niveau d'utilisation déclarée du préservatif au premier rapport n'a jamais varié selon le diplôme, quelle que soit la date du premier rapport.

Chez les femmes, quels que soient la date du premier rapport sexuel et le lieu d'enquête, le niveau d'utilisation déclarée du préservatif au premier rapport est moins élevé parmi celles sans diplôme par rapport à celles qui en ont un, quel qu'il soit. Dans les DFA comme en métropole, et contrairement aux hommes, l'utilisation déclarée du préservatif au premier rapport chez les femmes sans diplôme est restée stable entre celles ayant déclaré avoir eu leur premier rapport entre 1985 et 1995 et celles ayant indiqué l'avoir eu depuis 1996 (respectivement 38 % et 40 % dans les DFA) alors que cette utilisation a fortement augmenté parmi les femmes qui ont un diplôme (de 48 % à 78 % parmi les femmes ayant le CAP, BEP ou BEPC et de 52 % à 73 % parmi les femmes ayant au moins le baccalauréat).

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours des douze derniers mois selon les caractéristiques de l'activité sexuelle (parmi celles sexuellement actives au cours de la période et n'ayant pas eu, sur la même période, de partenaire du même sexe)

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		p*	p**	DFA		Métropole		p*	p**
	(1)		(1)		(1)				(1)		(1)			
	H	F	H	F	H	F			H	F	H	F		
	(N=372)	(N=455)	(N=294)	(N=481)	(N=354)	(N=471)			(N=1020)	(N=1407)	(N=1998)	(N=2363)		

Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête

Monopartenaires	27,6	22,2	27,1	22,8	27,8	24,6	NS	NS	27,0	22,9	21,7	18,5	≠	≠
Multipartenaires	74,5	44,8	74,6	80,4	81,1	75,6	NS	≠	74,9	64,1	72,8	65,2	NS	NS
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		

Selon le fait d'avoir eu ou pas un nouveau partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête (2)

Pas de nouveau part.	26,4	20,0	26,2	20,7	26,0	21,3	NS	NS	26,0	20,6	17,6	14,9	≠	≠
Au moins un nouv. part.	75,7	52,7	73,7	60,8	80,3	78,2	NS	≠	75,3	60,5	80,3	72,6	NS	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		

Selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête (2)

Mono. sans nouv. part.	22,4	19,7	22,5	20,5	23,5	20,3	NS	NS	22,2	20,2	17,0	14,9	≠	≠
Mono. avec nouv. part.	56,1	50,2	63,3	44,2	67,4	78,5	NS	≠	59,5	51,1	76,2	69,1	≠	≠
Multi., aucun nouv. part.	50,7	-	60,2	-	63,1	-	NS		55,7	36,6	36,1	17,0	NS	NS
Multi. « mixtes »	86,1	-	77,9	-	83,6	-	NS		82,3	75,5	73,4	70,7	NS	NS
Multi., que des nouv. part.	89,2	-	89,6	-	96,9	-	NS		90,7	76,9	95,2	82,8	NS	NS
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq années précédant l'enquête, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

(2) Un partenaire est considéré comme « nouveau » s'il est connu depuis un an ou moins. Un multipartenaire est défini comme « mixte » si certains des partenaires au cours des douze derniers mois sont des nouveaux partenaires, d'autres des « anciens » partenaires (partenaires connus depuis plus d'un an).

L'utilisation des préservatifs selon l'activité sexuelle

L'utilisation des préservatifs est fortement corrélée à l'activité sexuelle

Quels que soient le sexe, l'âge, le lieu d'enquête et la période considérée, les proportions des personnes indiquant avoir utilisé des préservatifs sont très différentes selon les caractéristiques de l'activité sexuelle. Les personnes ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires durant l'année sont nettement plus nombreuses que celles ayant eu un seul partenaire à avoir utilisé au moins une fois (et ne serait-ce qu'une seule) des préservatifs durant cette période. Chez les hommes des DFA, la proportion d'utilisateurs de préservatifs est de 75 % chez les multipartenaires contre 27 % chez les monopartenaires (respectivement 23 % et 64 % chez les femmes). Il existe relativement peu de différences entre les hommes et les femmes ou selon les lieux d'enquête (entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole), à l'exception d'une proportion étonnamment faible d'utilisatrices de préservatifs chez les femmes multipartenaires de Guadeloupe (45 % contre près de 80 % chez celles de Martinique ou de Guyane), sans doute liée à l'effectif faible de femmes multipartenaires dans ce département (34 femmes).

Le fait d'avoir eu un nouveau partenaire constitue un élément déterminant par rapport à l'utilisation des préservatifs

Mais au-delà de ces différences selon le nombre de partenaires, le fait d'avoir eu un nouveau partenaire dans l'année (c'est-à-dire un partenaire connu depuis moins d'un an) constitue un élément déterminant par rapport à l'utilisation déclarée des préservatifs. Parmi les seuls monopartenaires, quand on distingue les individus selon le fait que le partenaire était connu depuis plus ou moins d'un an, le pourcentage de ceux indiquant s'être protégé est nettement supérieur chez ceux qui déclarent avoir eu un nouveau partenaire : les monopartenaires avec un nouveau partenaire sont 60 % à avoir utilisé un préservatif contre 22 % des monopartenaires sans nouveau partenaire (51 % contre 20 % chez les femmes). Comparé à la métropole, on soulignera néanmoins une moindre protection dans les DFA chez les monopartenaires ayant eu un nouveau partenaire et inversement une plus grande protection parmi ceux n'ayant pas eu un nouveau partenaire. La comparaison des trois départements montre aussi une protection moindre chez les femmes monopartenaires des Antilles ayant eu un nouveau partenaire en comparaison des femmes de Guyane (47 % contre 78 %). Chez les multipartenaires, cette tendance à une plus grande protection parmi les individus ayant eu au moins un nouveau partenaire se retrouve, avec une protection maximale parmi les multipartenaires n'ayant eu que des nouveaux partenaires (91 % parmi les hommes des DFA) à la différence des multipartenaires n'ayant eu aucun nouveau partenaire (56 %), c'est-à-dire chez des personnes engagées dans des relations simultanées et durables.

Entre 1992 et 2004, la prévention s'est surtout améliorée chez les femmes

Le pourcentage de personnes indiquant avoir utilisé des préservatifs parmi les hommes ou les femmes monopartenaires est resté relativement stable entre 1992 et 2004 (aux environs de 25 %) et a peu augmenté chez les hommes multipartenaires (de six à huit points selon le département). En revanche, chez les femmes multipartenaires (exception faite de celle de Guadeloupe pour les raisons évoquées ci-dessus), l'utilisation déclarée des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête a très nettement augmenté passant de 62 % à 80 % en Martinique, de 41 % à 76 % en Guyane et de 50 % à 65 % en métropole). C'est donc principalement parmi les femmes que les améliorations dans la prévention peuvent être signalées.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête

(parmi les personnes n'ayant pas eu de partenaire du même sexe)

En %	DFA (1)						Métropole (1)									
	Mono. sans nouv. part.		Mono. avec nouv. part.		Multipartenaires		Mono. sans nouv. part.		Mono. avec nouv. part.		Multipartenaires		H p*	F p*	H p**	F p**
	H (N=620)	F (N=1146)	H (N=110)	F (N=147)	H (N=290)	F (N=114)	H (N=1599)	F (N=2029)	H (N=134)	F (N=154)	H (N=265)	F (N=180)				
<i>Selon l'âge</i>																
18-34 ans	37,9	32,2	79,2	69,0	85,6	84,3	32,9	28,2	85,1	81,5	86,6	76,0	≠	≠	≠	≠
35-44 ans	24,5	20,5	30,1	52,9	83,2	34,0	17,2	17,5	47,1	44,4	60,2	76,2	≠	≠	≠	≠
45-69 ans	11,5	10,1	39,9	15,8	53,7	17,3	9,1	6,2	38,6	26,9	47,2	29,4	≠	NS	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠				
<i>Selon le diplôme</i>																
Sans diplôme	20,9	9,9	37,2	44,1	52,9	33,7	8,3	5,4	60,0	40,3	30,1	22,6	≠	≠	≠	≠
CAP/BEP/BEPC	20,0	20,1	71,6	40,2	71,9	59,4	13,8	13,7	64,6	59,4	73,7	56,9	≠	≠	≠	≠
Bac. ou étud. sup.	24,9	27,2	67,7	64,4	90,0	76,1	22,1	19,1	83,6	78,4	77,3	72,2	≠	≠	≠	≠
p***	NS	≠	≠	NS	≠	NS	≠	≠	NS	≠	≠	≠				
<i>Selon la cohabitation ou pas avec un partenaire</i>																
Cohabitation	16,8	14,2	33,1	33,6	62,2	27,4	13,8	12,2	40,8	35,3	46,0	45,5	≠	≠	≠	≠
Non cohabitation	50,6	39,7	78,1	57,4	84,7	76,8	46,0	35,0	81,8	73,1	85,3	73,5	≠	≠	≠	≠
p***	≠	≠	≠	NS	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠				
<i>Selon la place accordée à la religion</i>																
Très importante	18,9	17,9	40,8	35,2	66,7	36,9	-	-	-	-	-	-	≠	≠	-	-
Imp. / peu imp.	24,9	22,9	61,7	58,8	72,8	68,2	-	-	-	-	-	-	≠	≠	-	-
Pas imp. du tout	19,2	17,6	67,3	64,2	87,0	80,4	-	-	-	-	-	-	≠	≠	-	-
p***	NS	NS	NS	NS	NS	≠	-	-	-	-	-	-				
Ensemble	22,2	20,2	59,5	51,1	74,9	64,1	17,0	14,9	76,2	69,1	72,8	65,2	≠	≠	≠	≠
	[18,6-26,1]	[17,5-23,1]	[47,7-70,3]	[40,7-61,4]	[67,9-80,8]	[49,5-76,5]	[14,9-19,2]	[13,2-16,8]	[67,0-83,5]	[59,8-77,2]	[66,1-78,7]	[56,1-73,3]				

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes ou les femmes dans les DFA selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes ou les femmes en métropole selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon l'âge, le diplôme, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête et les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les autres caractéristiques associées à l'utilisation déclarée des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête

Compte tenu des faibles différences de proportions de personnes déclarant avoir utilisé des préservatifs entre les trois départements, et afin de gagner en puissance statistique, les données suivantes permettant d'identifier les autres facteurs associés à l'utilisation du préservatif seront présentées pour les Antilles et la Guyane confondus, en distinguant les monopartenaires sans nouveau partenaire, les monopartenaires avec nouveau partenaire et les multipartenaires.

Moindre protection des femmes dans les DFA

Comme cela a été indiqué, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à avoir déclaré plusieurs partenaires dans l'année. Néanmoins, dans les DFA, dans des situations d'exposition comparable au risque lié au VIH, si des différences de protection existent entre les hommes et les femmes, elles vont toujours dans le sens d'une moindre protection chez les femmes. Ainsi, parmi les personnes multipartenaires âgées de 35-44 ans, les hommes sont 83 % à avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans l'année contre seulement 34 % des femmes. De même, parmi les monopartenaires faiblement diplômés ayant eu un nouveau partenaire, la proportion de ceux indiquant avoir utilisé des préservatifs est de 72 % chez les hommes contre 40 % chez les femmes.

Déficit de protection parmi les personnes les plus âgées, les moins diplômées ou vivant en couple

Les données relatives à l'utilisation d'un préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête montrent nettement, chez les hommes comme chez les femmes, que, à caractéristiques comparables de l'activité sexuelle, la protection est nettement moindre chez les personnes les plus âgées de l'échantillon, chez celles peu ou pas diplômées, chez les personnes qui vivent en couple ou encore, parmi les personnes qui accordent beaucoup d'importance à la religion. Ainsi, quand on raisonne chez les seuls multipartenaires, si 86 % des 18-35 ans ont utilisé des préservatifs dans l'année, ce pourcentage n'est que de 54 % chez les 45-69 ans (84 % et 17 % chez les femmes). De même, les multipartenaires ayant le baccalauréat ou un diplôme supérieur sont 90 % à avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans l'année contre 53 % des multipartenaires sans diplôme (76 % et 34 % chez les femmes). Les multipartenaires qui vivent en couple semblent moins nombreux à se protéger par rapport à ceux qui ne vivent pas en couple (62 % contre 85 %) ainsi que ceux qui accordent une grande importance à la religion (67 % contre 87 % parmi ceux qui n'accordent aucune importance à la religion, écarts significatifs entre ces deux pourcentages). Des différences comparables sont aussi observées en ne raisonnant que parmi les monopartenaires ayant eu un nouveau partenaire dans l'année.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête

(parmi les personnes n'ayant pas eu de partenaire du même sexe)

En %	DFA (1)						Métropole (1)												
	Mono. sans nouv. part.		Mono. avec nouv. part.		Multipartenaires		Mono. sans nouv. part.		Mono. avec nouv. part.		Multipartenaires		H	F	H	F			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F							
	(N=620)	(N=1146)	(N=110)	(N=147)	(N=290)	(N=114)	(N=1599)	(N=2029)	(N=134)	(N=154)	(N=265)	(N=180)					p*	p*	p**

Selon le fait d'avoir déclaré avoir utilisé ou pas un préservatif au cours du premier rapport (2)

Oui	42,0	34,3	84,3	65,9	88,8	81,8	28,9	22,6	87,9	77,7	86,3	80,3	≠	≠	≠	≠
Non	17,3	14,1	41,4	39,4	70,8	56,4	12,3	10,9	47,1	38,8	57,8	48,3	≠	≠	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠				

Selon la perception du risque de contamination par le VIH/sida par rapport à la moyenne des gens

Plus / le même ris.	25,7	26,5	68,9	49,5	79,9	75,9	22,9	20,7	85,6	76,3	78,1	69,9	≠	≠	≠	≠
Moins / aucun ris.	20,2	15,7	48,8	52,6	68,1	49,6	14,5	12,3	58,3	54,4	63,8	57,8	≠	≠	≠	≠
p***	NS	≠	NS	NS	NS	≠	≠	≠	≠	≠	≠	NS				

Selon le fait de craindre le sida pour soi-même

Pas mal / beaucoup	28,5	20,4	64,9	45,7	75,3	74,6	24,9	23,8	79,4	72,9	82,2	74,9	≠	≠	≠	≠
Peu / pas du tout	16,0	20,0	52,8	57,7	74,0	45,2	15,5	13,2	74,4	66,8	66,9	60,1	≠	≠	≠	≠
p***	≠	NS	NS	NS	NS	≠	≠	≠	NS	NS	≠	NS				

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes ou les femmes dans les DFA selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes ou les femmes en métropole selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le fait d'avoir déclaré avoir utilisé ou pas un préservatif au cours du premier rapport, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête et les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

(2) en excluant les personnes ayant déclaré avoir eu leur premier rapport au cours des douze mois précédant l'enquête (26 personnes).

Le fait d'avoir utilisé un préservatif lors de son premier rapport sexuel est associé à une utilisation des préservatifs plus fréquente par la suite

Quel que soit le sexe, la classe d'âges ou les caractéristiques de l'activité sexuelle, le fait d'avoir utilisé un préservatif lors de son tout premier rapport sexuel est un élément très associé au fait d'utiliser des préservatifs par la suite, dans les DFA comme en métropole. Ainsi, les personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel sont toujours plus nombreuses que celles n'en ayant pas utilisé à déclarer avoir utilisé des préservatifs au cours des douze derniers mois. Dans les DFA, parmi les monopartenaires ayant eu un nouveau partenaire dans l'année, les hommes qui ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel sont 84 % à avoir utilisé un préservatif dans l'année contre 41 % des hommes n'ayant pas utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel (respectivement 66 % et 39 % chez les femmes).

La proportion de personnes ayant utilisé des préservatifs varie peu selon la connaissance des modes de transmission ou la perception des risques

Les variables de perception (la crainte d'avoir été contaminé par le VIH, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, le fait de craindre le sida pour soi-même, la perception d'être suffisamment informé sur le sida, la perception de la plus forte contagiosité du VIH par rapport à la grippe, etc.) ainsi que le niveau de connaissance des individus sur les modes de transmission du VIH (mesuré à partir d'un score de connaissance) montrent que, à caractéristiques comparables de l'activité sexuelle, ces variables sont moins étroitement liées au fait d'avoir utilisé ou pas des préservatifs au cours de l'année que d'autres variables comme le niveau d'éducation formelle, l'âge, le fait d'avoir eu des nouveaux partenaires, etc. Néanmoins, lorsque des différences de proportions d'utilisation de préservatifs apparaissent, elles vont systématiquement dans le sens d'une utilisation des préservatifs plus fréquente parmi les personnes qui perçoivent davantage les risques, qui se sentent mieux informées ou parmi celles qui connaissent mieux les modes de transmission du VIH. Ainsi, par exemple, chez les hommes multipartenaires, la proportion de personnes ayant utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête est de 79 % parmi ceux qui ont indiqué que le VIH ne pouvait pas se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée alors que cette proportion est de 51 % (écart significatif) chez ceux qui croient en une transmission possible en buvant dans le verre d'une personne séropositive.

Régressions logistiques² : déterminants dans les DFA de l'absence d'utilisation déclarée du préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête (parmi ceux n'ayant pas eu de partenaire du même sexe et ayant déclaré ne pas avoir eu leur premier rapport au cours des douze mois précédant l'enquête)

	Monopartenaires (N=1900)		Multipartenaires (N=381)	
	Odds ratio (1)	IC à 95%	Odds ratio (1)	IC à 95%
Hommes	1		1	
Femmes	1,62	[1,21-2,18]	4,50	[1,86-10,87]
Interrogé(e)s en Guadeloupe	1		1	
En Martinique	0,91	[0,65-1,26]	1,27	[0,61-2,64]
En Guyane	0,94	[0,68-1,38]	0,59	[0,23-1,48]
18-34 ans	1		1	
35-44 ans	1,02	[0,72-1,44]	1,17	[0,34-4,00]
45-69 ans	2,08	[1,39-3,11]	3,26	[1,00-10,60]
Baccalauréat ou études supérieures	1		1	
CAP/BEP/BEPC	1,47	[1,05-2,06]	3,41	[1,51-7,70]
Sans diplôme	1,73	[1,14-2,63]	2,74	[0,80-9,40]
Né(e)s dans la Caraïbe / Amérique du Sud	1		1	
Né(e)s dans le département d'enquête	1,63	[0,89-2,97]	0,94	[0,20-4,43]
Né(e)s en métropole	1,80	[0,91-3,58]	2,80	[0,45-17,56]
Autres	2,65	[1,24-5,65]	0,58	[0,82-4,06]
Place de la religion pas importante	1		1	
Importante	0,83	[0,56-1,22]	3,14	[1,22-8,09]
Très importante	0,82	[0,53-1,29]	4,27	[1,29-14,09]
Non cohabitant(e)s	1		1	
Non marié(e)s cohabitant(e)s	2,33	[1,59-3,40]	2,50	[0,83-7,48]
Marié(e)s cohabitant(e)s	3,08	[2,17-4,39]	2,00	[0,69-5,80]
Avoir eu au moins un nouveau partenaire	1		1	
N'avoir eu aucun nouveau partenaire	2,68	[1,80-4,00]	2,66	[1,25-5,67]
Avoir utilisé un préservatif lors du 1 ^{er} rapport	1		1	
Ne pas en avoir utilisé	1,90	[1,37-2,65]	2,06	[0,76-5,59]
Perception du risque VIH égal ou supérieur	1		1	
Risque inférieur à la moyenne des gens	1,22	[0,92-1,62]	1,22	[0,61-2,44]
Craindre pas mal ou bp le sida pour soi-même	1		1	
Ne pas craindre ou peu craindre le sida	1,17	[0,85-1,59]	1,45	[0,69-3,03]
Se percevoir comme étant assez informé sur le sida	1		1	
Se percevoir comme ne l'étant pas suffisamment	0,98	[0,73-1,33]	1,89	[0,90-3,96]
Etre très concerné par les campagnes sur le sida	1		1	
Etre peu concerné	1,05	[0,76-1,45]	2,49	[1,13-5,51]
Ne pas être du tout concerné	1,10	[0,73-1,65]	3,73	[1,27-10,96]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les femmes ont une probabilité supérieure aux hommes de déclarer ne pas avoir utilisé de préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

2 Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, les odds ratio seront commentés en termes de « risques » ou « probabilités », même si, en toute rigueur, le terme d'odds ratio devrait être utilisé.

A caractéristiques égales, les femmes sont plus exposées au risque que les hommes

Un modèle de régression logistique a été établi afin d'identifier les déterminants de l'absence d'utilisation déclarée du préservatif aux Antilles et en Guyane au cours des douze derniers mois chez les monopartenaires et chez les multipartenaires. Les variables incluses dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, l'importance accordée à la religion, la situation matrimoniale, le fait d'avoir eu ou non des nouveaux partenaires, le fait d'avoir utilisé ou pas un préservatif lors de son premier rapport sexuel, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, la crainte du sida pour soi-même, la perception d'être suffisamment informé sur le sida et le fait d'être concerné ou pas par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs.

Chez les multipartenaires comme chez les monopartenaires des DFA, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être une femme, d'être âgé de 45 à 69 ans, d'être peu diplômé et de ne pas avoir eu de nouveaux partenaires dans les douze mois précédant l'enquête est corrélé au fait de ne pas avoir utilisé de préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête. Ainsi, dans le modèle proposé, la probabilité pour un multipartenaire de ne pas avoir utilisé de préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête est 4,5 fois plus élevée pour une femme que pour un homme. De même, toujours chez les seuls multipartenaires, le fait de ne pas avoir eu de nouveau partenaire dans l'année multiplie par près de trois le risque de ne pas avoir utilisé de préservatifs durant cette période, montrant une moindre protection chez les personnes engagées dans des relations simultanées et durables.

Certains facteurs, comme la situation matrimoniale ou le fait d'avoir utilisé ou pas un préservatif lors de son premier rapport sexuel, interviennent spécifiquement chez les monopartenaires. Les personnes mariées et celles qui n'ont pas utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, auront, toutes choses égales par ailleurs, davantage de probabilités de ne pas avoir utilisé de préservatif dans les douze derniers mois que les autres. Chez les multipartenaires, les variables intervenant spécifiquement sont l'importance accordée à la religion et le fait de se sentir ou pas concerné par les campagnes d'information sur le sida. Les multipartenaires qui accordent de l'importance à la religion et ceux qui ne se sentent pas ou que peu concernés par les campagnes d'information auront davantage de probabilité de ne pas s'être protégés dans les douze derniers mois.

En revanche, à caractéristiques égales, chez les multipartenaires comme les monopartenaires des DFA, le département d'enquête, le lieu de naissance, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, la crainte du sida pour soi-même et la perception d'être suffisamment informé sur le sida n'influent pas significativement sur l'utilisation déclarée du préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête.

A la différence des DFA, en métropole, à caractéristiques comparables, dans un modèle comparable de régression prenant en compte les variables communes au deux espaces, les multipartenaires les plus âgés n'ont pas une probabilité supérieure que les plus jeunes de déclarer ne pas avoir utilisé de préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport (parmi celles ayant déclaré avoir eu leur dernier rapport au cours des cinq années précédant l'enquête avec un partenaire du sexe opposé)

En %	DFA (1)						Métropole (1)									
	DP cohabitant		DP régulier		DP occasionnel		DP cohabitant		DP régulier		DP occasionnel		H p*	F p*	H p**	F p**
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
	(N=556)	(N=733)	(N=340)	(N=603)	(N=121)	(N=85)	(N=1537)	(N=1790)	(N=392)	(N=622)	(N=131)	(N=104)				
<i>Selon l'âge</i>																
18-34 ans	11,3	11,1	64,5	47,9	77,7	74,5	8,4	7,8	66,9	45,1	83,5	58,1	≠	≠	≠	≠
35-69 ans	7,4	6,1	27,5	28,6	67,6	39,9	5,1	4,1	27,1	18,6	50,7	49,2	≠	≠	≠	≠
p***	NS	≠	≠	≠	NS	≠	≠	≠	≠	≠	NS	NS				
<i>Selon le diplôme</i>																
Sans diplôme	8,3	4,2	50,0	24,3	57,1	29,1	2,8	2,1	38,4	30,3	26,7	39,9	≠	≠	≠	≠
Un diplôme	8,2	8,8	54,1	43,4	79,8	68,2	6,2	5,7	58,8	35,3	77,1	55,6	≠	≠	≠	≠
p***	NS	≠	NS	≠	≠	≠	NS	≠	NS	NS	≠	NS				
Ensemble	8,2	7,5	53,3	39,9	73,0	58,4	5,7	5,0	57,7	34,8	72,5	53,6	≠	≠	≠	≠
	[6,0-11,1]	[5,6-9,9]	[46,7-59,9]	[34,8-45,2]	[62,6-81,4]	[44,1-71,4]	[4,6-7,1]	[4,0-6,2]	[51,5-63,7]	[29,8-40,1]	[62,5-80,7]	[40,4-66,3]				
	(N=551)	(N=730)	(N=319)	(N=586)	(N=96)	(N=62)	(N=1535)	(N=1785)	(N=388)	(N=610)	(N=109)	(N=93)				
<i>Selon l'utilisation déclarée du préservatif au premier rapport avec le dernier partenaire (2)</i>																
Oui	14,0	12,5	71,2	52,2	94,6	79,1	9,7	8,9	71,0	48,2	90,4	75,9	≠	≠	≠	≠
Non	5,3	5,4	9,4	13,2	24,9	13,1	4,4	3,4	13,7	10,4	19,1	4,0	≠	≠	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠	≠				

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes ou les femmes dans les DFA selon le dernier partenaire. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes ou les femmes en métropole selon le dernier partenaire. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon l'âge, le diplôme, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon le dernier partenaire et les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

(2) parmi les personnes ayant déclaré avoir eu plusieurs rapports sexuels avec le dernier partenaire.

L'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel

L'analyse conduite à partir des proportions de personnes indiquant avoir utilisé des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête permet de dégager quelques grandes tendances sur les caractéristiques des personnes ayant utilisé au moins une fois, et ne serait-ce qu'une seule, des préservatifs durant l'année. En revanche, cet indicateur ne permet pas d'identifier avec davantage de précision les stratégies de prévention mises en place par les individus dans le contexte particulier d'une relation. C'est pourquoi, les questionnaires des enquêtes KABP Antilles-Guyane et métropole recueillent des informations sur le dernier rapport sexuel des personnes interrogées, lorsque celui-ci a eu lieu il y a moins de cinq ans. Dans l'analyse proposée des facteurs associés à l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel, les partenaires seront distingués en trois catégories : les partenaires cohabitants (la personne interrogée a indiqué vivre avec ce partenaire), soit 65 % des situations, les partenaires non-cohabitants décrits par les personnes interrogées comme étant des partenaires réguliers (29 % des situations) et les partenaires non-cohabitants décrits comme étant des partenaires occasionnels (6 % des situations). Dans un second temps, les facteurs associés à l'utilisation du préservatif porteront plus précisément sur les relations nouvelles, c'est-à-dire dont les partenaires se connaissent depuis moins de douze mois.

L'utilisation déclarée du préservatif au dernier rapport est d'autant plus fréquente que la situation avec le partenaire est irrégulière

Chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit l'âge ou le lieu d'enquête (avec des pourcentages relativement proches entre les DFA et la métropole), moins la situation avec le partenaire est « installée », plus l'utilisation déclarée du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec ce partenaire est fréquente : ainsi, dans les DFA, lorsque la dernière partenaire a été déclarée comme étant cohabitante, 8 % des hommes interrogés indiquent avoir utilisé un préservatif, cette proportion est de 53 % lorsque la partenaire est régulière (mais non-cohabitante) et atteint 73 % lorsqu'il s'agit d'une partenaire décrite comme étant occasionnelle (chez les femmes, respectivement 8 %, 40 % et 58 %). Même si, avec des partenaires considérés comme « occasionnels », ce sont un quart des hommes et 40 % des femmes qui n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel, ces chiffres montrent qu'il existe une relative adéquation entre la protection et l'exposition (perçue et/ou réelle) au risque. Néanmoins, cette adéquation entre risque et protection apparaît plus diffuse pour certaines catégories de personnes. A caractéristiques comparables des partenaires, la proportion de personnes indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport est plus faible chez les personnes les plus âgées, chez les moins diplômées et chez celles ayant déclaré ne pas avoir utilisé un préservatif lors du tout premier rapport sexuel avec ce partenaire. Par exemple, parmi les hommes des DFA ayant décrit une partenaire occasionnelle, si 80 % de ceux ayant un diplôme ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, ce n'est le cas que de 57 % de ceux sans diplôme (68 % et 29 % chez les femmes).

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport avec un nouveau partenaire (relation de moins d'un an) du sexe opposé

En %	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H	F	H	F		
	(N=297)	(N=267)	(N=350)	(N=342)		
<i>Selon le sentiment envers le dernier partenaire lors du dernier rapport</i>						
Très amoureux	51,2	41,6	53,0	38,4	NS	NS
Assez, peu, pas du tout amoureux	72,7	60,5	76,4	54,2	NS	NS
p***	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon la perception de la « fidélité » du partenaire³</i>						
N'a pas d'autres partenaires	58,4	45,2	66,4	41,5	NS	NS
En a peut-être ou sûrement	72,9	57,8	75,0	60,6	NS	NS
p***	≠	NS	NS	≠		
<i>Selon le fait que le partenaire a fait un test de dépistage du VIH avant le rapport</i>						
Le partenaire a fait un test	43,6	48,8	62,1	43,3	NS	NS
Le partenaire n'a pas fait de test	65,1	51,9	69,4	49,2	NS	NS
Ne sait pas	78,7	51,4	73,6	43,1	NS	NS
p***	≠	NS	NS	NS		
<i>Selon le fait que la personne interrogée a consommé de l'alcool avant le rapport</i>						
Oui	59,3	29,0	69,5	39,9	NS	NS
Non	63,6	52,5	68,4	48,8	NS	NS
p***	NS	NS (≠ 7%)	NS	NS		
<i>Selon le fait que le partenaire a consommé de l'alcool avant le rapport</i>						
Oui	64,6	21,2	75,5	43,3	NS	≠
Non	62,9	55,4	67,2	48,2	NS	NS
p***	NS	≠	NS	NS		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des DFA et ceux de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des DFA et celles de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon le sentiment amoureux envers le dernier partenaire, etc.). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

3 Le terme de « fidélité » est utilisé pour simplifier la lecture. La question était : « Lors de votre dernier rapport avec ce partenaire, pensez-vous qu'il/elle avait des rapports sexuels avec d'autres personnes que vous ? » Oui, vous en êtes sûr(e), C'est probable, mais vous n'en êtes pas sûr(e), Non, Ne sait pas.

Dans des situations comparables, les femmes semblent avoir moins la maîtrise de la prévention que les hommes

S'il n'existe pas toujours des différences entre les hommes et les femmes quant à la protection au cours du dernier rapport sexuel, les données montrent que, lorsque ces différences existent, elles vont toujours dans le sens d'une moindre protection chez les femmes que chez les hommes, dans les DFA comme dans une moindre mesure en métropole. Ainsi, dans les DFA, lorsque le dernier partenaire décrit est un partenaire occasionnel, 57 % des hommes sans diplôme ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel contre seulement 29 % des femmes de même niveau d'éducation formelle. Cette moindre protection parmi les femmes peut aussi être observée parmi celles âgées de 35 à 69 ans ayant décrit un partenaire occasionnel : 40 % d'entre elles ont utilisé un préservatif contre 68 % des hommes de la même classe d'âges.

Mais surtout, au-delà de ces différences, l'utilisation déclarée des préservatifs chez les femmes semble moins étroitement liée au risque (perçu ou réel) de contamination par le VIH que ce qui est observé chez les hommes. En raisonnant par exemple uniquement parmi les personnes ayant décrit un dernier partenaire connu depuis moins d'un an (tableau ci-contre), l'utilisation déclarée des préservatifs chez les hommes semble d'autant plus importante que ceux-ci se perçoivent en situation de risque (méconnaissance des antécédents de dépistage de leur partenaire, perception du multipartenariat de leur partenaire) et le fait qu'il y ait eu ou non consommation d'alcool juste avant le rapport sexuel ne semble pas entraîner une moindre protection. Chez les femmes en revanche, la protection ne semble pas varier selon le risque perçu et la proportion de celles qui indiquent se protéger n'est pas supérieure chez les femmes qui savent (ou soupçonnent) que leur partenaire a d'autres partenaires ou chez celles qui savent que le partenaire n'a pas fait de test de dépistage ou qui ignorent s'il en a fait un. De plus, la protection des femmes est significativement moindre quand il y a eu une consommation d'alcool, y compris quand cette consommation ne concernait que le partenaire.

Ce constat semble donc montrer une moindre gestion du risque du VIH chez les femmes des DFA, en comparaison des hommes.

Régression logistique : déterminants dans les DFA de l'absence d'utilisation déclarée du préservatif au cours du dernier rapport avec un nouveau partenaire (personnes ayant déclaré avoir débuté leur relation avec le dernier partenaire, de sexe opposé, au cours des douze mois précédant l'enquête et ayant déclaré avoir eu plus d'un rapport sexuel avec)

N=440	Odds ratio (1)	Intervalles de confiance à 95 %
Femmes	1	
Hommes	0,95	[0,50-1,82]
Interrogé(e)s en Guadeloupe	1	
En Martinique	1,78	[0,88-3,61]
En Guyane	1,03	[0,51-2,08]
18-34 ans	1	
35-44 ans	1,47	[0,55-3,90]
45-69 ans	2,26	[1,04-4,93]
Sans diplôme	1	
Avec diplôme	1,04	[0,42-2,56]
Partenaires non-cohabitants	1	
Partenaires cohabitants	4,11	[1,60-10,52]
Avoir utilisé un préservatif lors du 1 ^{er} rapport avec ce part.	1	
Ne pas avoir utilisé de préservatif lors du 1^{er} rapport	18,38	[7,85-43,05]
Etre peu ou pas amoureux/se du partenaire	1	
Etre très amoureux/se du partenaire	1,95	[1,03-3,69]
Croire (ou savoir) que le partenaire n'est pas « fidèle »	1	
Ne pas avoir de doute sur la « fidélité » du partenaire	1,99	[0,99-3,97]
Etre soi-même « fidèle » au partenaire	1	
Ne pas être soi-même « fidèle » au partenaire	1,24	[0,50-3,09]
Savoir que le part. n'a pas fait de test VIH avant le rapport	1	
Savoir que le partenaire a fait un test VIH	2,18	[1,08-4,37]
Ne pas savoir s'il en a fait ou pas	0,75	[0,32-1,72]
Ne pas avoir consommé d'alcool avant le rapport sexuel	1	
En avoir consommé	0,93	[0,34-2,56]
Le/la partenaire n'a pas consommé d'alcool avant le rapport	1	
Le/la partenaire en a consommé	1,64	[0,53-5,02]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les personnes de 45-69 ans ont une probabilité supérieure à celles de 18-34 ans de déclarer ne pas avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

L'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport avec un partenaire est très prédictive de l'utilisation à venir avec ce même partenaire

Un premier modèle de régression logistique a été construit afin de comprendre les déterminants, dans les DFA, de la non-utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel. Les résultats montrent nettement que la prévention est d'autant moindre que la relation avec le partenaire est engagée depuis longtemps et que les partenaires vivent ensemble. Compte tenu de ces résultats, un second modèle de régression a été élaboré, en se focalisant uniquement sur les personnes ayant déclaré avoir débuté leur relation avec le dernier partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête. Il s'agit alors de comprendre les facteurs expliquant une moindre prévention dans le cadre d'une relation récente. Les variables incluses dans le modèle sont le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, le fait de vivre ou pas avec ce partenaire, le fait d'avoir utilisé ou pas un préservatif au cours du premier rapport avec ce partenaire, le sentiment amoureux envers ce partenaire, la perception de la « fidélité » du partenaire, le fait d'avoir eu ou pas d'autres partenaires simultanément avec ce partenaire, le fait de savoir si, avant le dernier rapport, le dernier partenaire a fait un test de dépistage du VIH, s'il a consommé de l'alcool et si la personne a elle-même consommé de l'alcool.

Dans les DFA, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de ne pas avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire connu depuis moins d'un an est plus élevée parmi les personnes qui ont indiqué ne pas avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec ce partenaire (c'est l'élément de loin le plus prédictif), parmi les personnes qui vivent actuellement avec ce partenaire (donc pour lesquelles la relation est devenue régulière), parmi celles âgées de 45 à 69 ans, parmi les personnes qui se sont déclarées très amoureuses de leur partenaire et enfin parmi celles qui ont déclaré savoir que le partenaire a fait un test de dépistage du VIH. En revanche, à caractéristiques égales, les autres variables du modèle ne semblent pas intervenir de façon indépendante dans l'absence d'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

Les femmes sont plus souvent que les hommes dans des situations où la probabilité de ne pas se protéger est plus élevée

Si le fait d'être une femme ou un homme n'intervient pas de façon indépendante dans l'utilisation du préservatif, les données montrent que les femmes se trouvent plus souvent que les hommes dans des situations où la prévention est moindre. Par exemple, elles sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer « très amoureuses » de leur « nouveau » partenaire (50 % des femmes contre 40 % des hommes). Elles sont plus nombreuses que les hommes à savoir que leur « nouveau » partenaire a fait un test de dépistage du VIH (38 % contre 27 %). Enfin, elles sont plus nombreuses à avoir indiqué ne pas avoir utilisé de préservatif lors du premier rapport sexuel avec ce « nouveau » partenaire (38 % contre 24 %).

Les principaux éléments qui distinguent les DFA et la métropole sont que, à caractéristiques comparables, en métropole, le fait d'être une femme augmente de façon indépendante le fait de ne pas se protéger. En revanche, le fait de connaître les antécédents de dépistage du VIH du partenaire ne semble pas avoir d'incidence sur les stratégies d'utilisation des préservatifs, contrairement à ce qui est observé dans les DFA.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir été confrontées à un refus d'utilisation du préservatif de la part du partenaire ou avoir refusé d'utiliser un préservatif au cours des cinq années précédant l'enquête (parmi les personnes n'ayant pas eu de partenaire du même sexe)

En %	DFA (1)				Métropole (1)							
	Monopart. 5 ans		Multipart. 5 ans		Monopart. 5 ans		Multipart. 5 ans		H	F	H	F
	H	F	H	F	H	F	H	F				
	(N=478)	(N=1097)	(N=605)	(N=469)	(N=1373)	(N=1921)	(N=697)	(N=609)	p*	p*	p**	p**
« Au cours des cinq dernières années, est-ce qu'un(e) de vos partenaire a refusé d'utiliser un préservatif avec vous ? »												
18-34 ans	1,6	5,0	17,7	26,0	3,2	7,5	13,0	23,6	NS	NS	NS	NS
35-44 ans	2,4	5,4	14,8	17,3	1,7	1,6	5,4	19,0	NS	≠	≠	NS
45-69 ans	2,4	2,8	5,2	10,2	0,5	1,2	6,5	12,4	≠	≠	NS	NS
p***	NS	NS	≠	≠	≠	≠	≠	≠				
Ensemble	2,2	4,1	13,1	21,5	1,3	2,8	10,5	20,5	NS	NS	NS	NS
	[1,1-4,4]	[3,0-5,6]	[10,3-16,5]	[16,7-27,1]	[0,8-2,2]	[1,8-4,2]	[8,0-13,6]	[16,9-24,8]				
« Au cours des cinq dernières années, vous est-il déjà arrivé de refuser d'utiliser un préservatif avec un(e) partenaire ? »												
18-34 ans	4,0	4,3	14,3	8,8	2,5	3,4	4,2	6,6	NS	NS	≠	NS
35-44 ans	2,5	1,8	10,9	14,5	1,6	0,7	1,8	5,5	NS	NS	≠	≠
45-69 ans	1,0	0,0	5,2	6,2	1,2	0,6	2,6	1,3	NS	NS	NS	≠
p***	NS	≠	≠	NS	NS	≠	NS	≠				
Ensemble	2,0	1,7	10,8	9,4	1,6	1,3	3,5	5,3	NS	NS	≠	≠
	[1,0-3,9]	[1,0-2,8]	[8,2-13,9]	[6,5-13,5]	[1,0-2,5]	[0,7-2,2]	[2,1-5,8]	[3,4-8,2]				

Pourcentages de personnes qui, en cas de refus, ont indiqué avoir agi ainsi...

En %	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H	F	H	F		
Dans le cas d'un refus d'utilisation du préservatif provenant d'un(e) des partenaires						
<i>Pourcentages de oui</i>						
	(N=100)	(N=150)	(N=88)	(N=173)		
Renoncement au rapport sexuel	48,7	50,1	56,7	51,9	NS	NS
Rapport sexuel sans pénétration	17,3	19,8	18,0	32,3	NS	NS
Rapport sexuel avec pénétration sans préservatif	45,8	43,6	35,7	41,9	NS	NS
Rapport sexuel avec pénétration avec préservatif	33,9	22,6	27,2	28,6	NS	NS
Dans le cas d'un refus d'utilisation du préservatif provenant de la personne interrogée						
<i>Pourcentages de oui</i>						
	(N=79)	(N=60)	(N=48)	(N=49)		
Renoncement au rapport sexuel	34,3	31,2	25,6	50,1	NS	NS
Rapport sexuel sans pénétration	16,0	24,1	52,6	43,8	≠	NS
Rapport sexuel avec pénétration sans préservatif	61,3	57,3	62,4	66,0	NS	NS
Rapport sexuel avec pénétration avec préservatif	21,1	22,4	29,6	37,1	NS	NS

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les monopartenaires au cours des cinq années précédant l'enquête des DFA et ceux de métropole ou entre les hommes des DFA et ceux de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les multipartenaires au cours des cinq années précédant l'enquête des DFA et ceux de métropole ou entre les femmes des DFA et celles de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon l'âge). NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes selon les caractéristiques de l'activité sexuelle et les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les refus d'utilisation du préservatif au cours des cinq années précédant l'enquête

Dans les DFA, 8 % des hommes et 9 % des femmes, sans différence entre les trois départements, ont indiqué avoir été confrontés à un refus d'utilisation d'un préservatif de la part d'un(e) partenaire au cours des cinq années précédant l'enquête. Cette proportion, chez les hommes, est deux fois supérieure à celle constatée en métropole alors que chez les femmes, les différences entre les deux espaces géographiques n'apparaissent pas significatives. Signalons néanmoins, dans la population féminine que, alors même que la proportion de personnes ayant été confrontées à des refus ne varie pas selon le niveau de diplôme, en Guyane, si 10 % des femmes en moyenne ont été exposées à un refus, c'est le cas de 5 % de celles nées en métropole, de 9 % de celles nées en Guyane et cette proportion atteint 23 % de celles nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud.

Chez les multipartenaires, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir été confrontées à un refus d'utilisation du préservatif

Les personnes les plus nombreuses à avoir été confrontées à un refus sont, logiquement, celles ayant eu plusieurs partenaires au cours des cinq années précédant l'enquête. Dans les DFA, quel que soit le sexe, les multipartenaires sont entre cinq et six fois plus nombreux que les monopartenaires à avoir été confrontés à un refus. Mais, ce qu'il convient de souligner, c'est que les femmes multipartenaires sont deux fois plus nombreuses que les hommes multipartenaires à avoir été dans ce cas, dans les DFA comme en métropole. Dans les DFA 22 % d'entre elles disent avoir été confrontées à un refus de la part d'un partenaire (35 % chez les jeunes femmes multipartenaires de 18-24 ans) alors que les hommes ne sont que 13 % à avoir été dans cette situation.

Les personnes des DFA sont plus nombreuses que celles de métropole à avoir refusé d'utiliser un préservatif avec quelqu'un qui le souhaitait

Globalement, la proportion de personnes indiquant qu'il leur est déjà arrivé de refuser d'utiliser un préservatif au cours des cinq dernières années est plus importante dans les DFA qu'en métropole, chez les hommes (7 % contre 2 %) comme chez les femmes (4 % contre 2 %). Cette différence est essentiellement observée parmi les multipartenaires qui, dans les DFA, quel que soit l'âge ou le sexe, sont beaucoup plus nombreux que ceux de métropole à déclarer avoir déjà refusé d'utiliser un préservatif avec un partenaire qui le souhaitait : chez les hommes, ils sont 11 % dans ce cas contre 4 % en métropole (9 % contre 5 % chez les femmes).

Des différences de comportements selon l'origine du refus

Dans l'ensemble, chez les hommes comme chez les femmes et dans les DFA comme en métropole, les personnes ont tendance à indiquer que, suite au refus, les choses se sont déroulées comme elles le souhaitaient. Lorsque le partenaire a refusé d'utiliser un préservatif, les personnes sont plus nombreuses à dire qu'elles ont renoncé au rapport sexuel (environ la moitié d'entre elles). Quand c'est elles qui ne souhaitaient pas utiliser de préservatif, elles sont plus nombreuses à déclarer qu'il y a eu un rapport sexuel sans préservatif (environ 60 %).

8. Le dépistage du VIH : connaissances, opinions et recours

Il existe aux Antilles et en Guyane une moindre connaissance des méthodes utilisées pour effectuer un test (prise de sang, analyse d'urine, etc.) et une confusion assez importante sur les circonstances au cours desquelles le test est obligatoire, au point qu'environ une personne sur deux pense que celui-ci est obligatoire dans tous les examens sanguins.

Le recours au dépistage, au cours de la vie, des cinq dernières années ou au cours de l'année, est plus élevé dans les DFA, et surtout en Guyane, qu'en métropole. Mais à la différence de la métropole, dans les trois départements français d'Amérique, le recours au dépistage apparaît moins corrélé aux caractéristiques socio-démographiques des individus (telles que l'âge par exemple) et, surtout chez les hommes, est moins étroitement lié aux caractéristiques de l'activité sexuelle ou des comportements de prévention. Les motifs de dépistage cités sont plus souvent qu'en métropole liés à une circonstance médicale (effectuer un bilan sanguin). Néanmoins, les motifs de test diffèrent sensiblement selon les caractéristiques de l'activité sexuelle des individus et les multipartenaires, notamment ceux qui ont eu des partenaires simultanément, sont nettement plus nombreux que les monopartenaires à citer une circonstance de test liée à une prise de risque.

Les consultations de dépistage anonymes et gratuites sont principalement fréquentées par les personnes les plus exposées au sida : les hommes, les personnes jeunes (moins de 35 ans), les multipartenaires, les personnes qui ont pris un risque avec un partenaire ou encore celles dont le préservatif s'est rompu lors d'un rapport sexuel. C'est en Guyane que le recours à ce dispositif est le plus important (17 % contre 11 % en Guadeloupe et 7 % en Martinique).

L'analyse des connaissances, opinions et comportements face au recours au dépistage du VIH

Le chapitre relatif au dépistage du VIH a six objectifs principaux :

- décrire les connaissances (la méthode employée pour faire un test, son caractère obligatoire ou pas) et opinions des individus sur le test du VIH (notamment sur le fait que le test devrait être ou pas obligatoire) ;
- décrire les niveaux de recours au test de dépistage du VIH aux Antilles et en Guyane au cours de différentes périodes (la vie, les cinq ans, les douze mois précédant l'enquête) ainsi que la « fréquence » du recours (nombre moyen de tests effectués) ;
- identifier les facteurs associés à un recours au dépistage : outre les facteurs socio-démographiques des individus, les facteurs recherchés sont ceux relatifs aux caractéristiques de l'activité sexuelle et des comportements de protection ainsi que les données relatives à la perception du risque et aux connaissances sur le VIH/sida ;
- caractériser les circonstances des tests : il s'agit à la fois de décrire les circonstances dans lesquelles sont faits les tests de dépistage du VIH. On prendra comme exemple le motif du dernier test effectué au cours des cinq dernières années ainsi que le lieu où celui-ci a été effectué ;
- décrire la connaissance que les populations ont des CDAG et leur recours à ce dispositif : il s'agit de déterminer si le dispositif des CDAG est connu, s'il est utilisé et si les personnes qui y vont ont davantage de comportements à risque que celles qui se font tester ailleurs ;
- caractériser les personnes qui n'ont jamais effectué de test dans leur vie et préciser les motifs avancés pour justifier l'absence de test.

Concernant les dispositifs utilisés pour recourir à un test de dépistage du VIH (médecine de ville, CDAG, etc.), il convient de souligner le fait que la Guyane présente des caractéristiques particulières en termes d'offre de soins. En effet, la densité de médecins généralistes libéraux y est nettement plus faible que dans les deux départements antillais (au 1er janvier 2001, elle était de 43 pour 100 000 habitants en Guyane, de 73 en Guadeloupe et de 78 en Martinique). Les dispositifs sanitaires publics en Guyane, plus nombreux, apparaissent aussi davantage sollicités.

Les connaissances sur le dépistage du VIH selon le fait d'avoir été ou non testé dans la vie

« Actuellement, pour effectuer un test de dépistage du virus du sida, fait-on ? » (question posée à la moitié de l'échantillon)

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	Jamais testé (N=201)	Déjà testé (N=300)	Jamais testé (N=213)	Déjà testé (N=271)	Jamais testé (N=138)	Déjà testé (N=381)			Jamais testé (N=552)	Déjà testé (N=952)	Jamais testé (N=2526)	Déjà testé (N=2545)		
... une analyse de sang (pourcentages de « oui »)	94,7	98,1	94,5	97,6	97,2	99,5	NS	NS	94,9	98,2	98,0	99,3	≠	≠
... une analyse d'urine (pourcentages de « oui »)	20,7	11,3	27,8	15,4	20,2	12,0	NS	NS	23,8	12,9	19,6	8,4	NS	NS
... une radiographie (pourcentages de « oui »)	7,2	5,1	12,4	3,3	11,1	3,4	NS	NS	9,9	4,2	4,9	1,7	≠	≠

« Actuellement, le test de dépistage du virus du sida est-il obligatoire... »

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	Jamais testé (N=416)	Déjà testé (N=591)	Jamais testé (N=447)	Déjà testé (N=559)	Jamais testé (N=291)	Déjà testé (N=710)			Jamais testé (N=1154)	Déjà testé (N=1860)	Jamais testé (N=1420)	Déjà testé (N=1377)		
... pour les femmes enceintes														
Oui	77,4	88,7	75,6	87,3	80,1	86,3			76,7	87,5	33,9	49,1		
Non	10,1	6,0	9,4	7,6	7,3	6,3			9,7	6,9	52,3	40,6		
Ne sait pas	12,5	5,3	15,0	5,2	12,6	7,4			13,6	5,6	13,8	10,3		
p* Jamais testé : NS / p** Déjà testé : NS									p* Jamais testé : ≠ / p** Déjà testé : ≠					
... à l'entrée à l'hôpital														
Oui	35,8	36,9	43,4	35,4	38,1	29,9			39,3	34,6	16,1	18,0		
Non	51,3	54,3	40,3	50,5	47,0	57,5			46,2	53,9	76,7	75,3		
Ne sait pas	12,9	8,8	16,3	14,1	14,9	12,6			14,5	11,5	7,2	6,7		
p* Jamais testé : NS / p** Déjà testé : ≠									p* Jamais testé : ≠ / p** Déjà testé : ≠					
... lors d'un don de sang														
Oui	79,0	86,1	83,4	87,5	83,1	88,1			81,5	87,0	75,6	83,7		
Non	13,3	10,4	8,7	8,9	10,9	8,1			11,0	9,2	20,3	12,7		
Ne sait pas	7,7	3,4	7,8	3,6	5,9	3,8			7,5	3,8	4,2	3,6		
p* Jamais testé : NS / p** Déjà testé : NS									p* Jamais testé : ≠ / p** Déjà testé : ≠					
... dans TOUS les examens sanguins														
Oui	53,4	45,7	56,3	48,8	58,5	44,3			54,9	46,6	-	-		
Non	37,9	49,3	36,0	48,3	36,4	50,0			37,0	49,1	-	-		
Ne sait pas	8,7	5,0	7,6	2,8	5,1	5,7			8,1	4,3	-	-		
p* Jamais testé : NS / p** Déjà testé : NS														

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif parmi les individus « jamais testés » au cours de la vie entre les trois départements ou entre ceux des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif parmi les individus « déjà testés » au cours de la vie entre les trois départements ou entre ceux des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les « jamais testés » et les « déjà testés » dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les connaissances et opinions sur le test de dépistage du VIH

Dans le questionnaire, trois questions relatives aux connaissances et opinions sur le dépistage du VIH ont été posées : la connaissance de la méthode employée pour effectuer un test, le caractère obligatoire ou non du test selon les circonstances dans lesquelles il est actuellement réalisé et les opinions sur les circonstances dans lesquelles le test devrait être obligatoire.

Moindre connaissance des conditions de dépistage dans les DFA

Bien que la très grande majorité des habitants des DFA (environ 97 %) sache que le test de dépistage se fait par une analyse de sang, dans l'ensemble, ils ont une moins bonne connaissance sur le test de dépistage que ceux de métropole. Par exemple, 18 % des personnes des DFA déclarent que le test de dépistage peut se faire par une analyse d'urine contre 15 % de celles de métropole. Ou encore, alors que près des trois-quarts (76 %) des habitants de métropole savent que le test de dépistage du VIH n'est pas obligatoire à l'entrée à l'hôpital, dans les DFA, ils ne sont que la moitié à le savoir.

Environ une personne sur deux a indiqué que le test de dépistage du VIH était obligatoire dans tous les examens sanguins

Quel que soit l'espace géographique considéré, les personnes déjà testées connaissent mieux la méthode employée pour effectuer un test de dépistage du virus du sida. Ainsi, elles sont nettement moins nombreuses à déclarer que le test peut se faire par une analyse d'urine (13 % contre 24 % dans les DFA) ou qu'il peut se faire par une radiographie (10 % contre 4 %).

En ce qui concerne le caractère obligatoire ou non du test, on observe aussi, globalement, une tendance à ce que les personnes qui ont déjà effectué un test soient davantage informées des circonstances dans lesquelles le test est obligatoire, même s'il existe une certaine confusion en ce qui concerne le test pour les femmes enceintes. En effet, alors que le test prénatal doit être systématiquement proposé par le médecin aux femmes enceintes mais n'est pas obligatoire, 88 % des personnes déjà testées et 77 % des personnes n'ayant jamais effectué de test pensent qu'il s'agit d'une circonstance où le test est obligatoire. En revanche, dans les DFA, les personnes déjà testées sont plus nombreuses à savoir que le test n'est pas obligatoire à l'entrée à l'hôpital (54 % contre 46 %) ou qu'il est obligatoire lors d'un don de sang (87 % contre 82 %). Enfin, il convient de souligner que dans les DFA, environ une personne sur deux a indiqué croire que, actuellement, le test de dépistage du sida était obligatoire dans TOUS les examens sanguins¹ (55 % des personnes n'ayant jamais fait de test et 47 % des personnes déjà testées). Cette croyance pourrait révéler des pratiques médicales existantes (des tests du dépistage du VIH intégrés de façon relativement systématique dans les bilans sanguins) et constituer un facteur freinant l'accès au dépistage (les individus ayant fait un bilan pensant, par méconnaissance, avoir été également testés pour le VIH). Cette croyance dans le caractère obligatoire du test dans tous les examens sanguins est, quels que soient l'espace géographique considéré et les antécédents de dépistage, davantage partagée par les personnes les moins diplômées. Ainsi, dans les DFA, 68 % des non-diplômés pensent que le test est obligatoire dans tous les examens sanguins contre 30 % des diplômés de l'enseignement supérieur.

1 Le terme « tous » était écrit en majuscule pour inciter les enquêteurs à insister sur le terme.

Les opinions sur le dépistage obligatoire du VIH

« Selon vous le test de dépistage du virus du sida devrait-il être obligatoire dans les cas suivants... »

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
... pour les étrangers aux frontières					
Tout à fait d'accord	62,7	57,8	48,2	58,1	35,1
Plutôt d'accord	10,5	10,6	10,9	10,7	20,1
Ni d'accord, ni pas d'accord	3,0	4,3	6,0	4,1	11,7
Plutôt pas d'accord	3,5	4,6	5,5	4,3	12,3
Pas du tout d'accord	16,8	20,2	26,5	19,9	20,2
Ne sait pas	3,5	2,5	2,9	2,9	0,6
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
... à l'entrée à l'hôpital					
Tout à fait d'accord	65,0	65,9	56,2	63,9	39,0
Plutôt d'accord	14,6	12,3	15,2	13,8	30,5
Ni d'accord, ni pas d'accord	2,9	4,1	4,3	3,6	6,3
Plutôt pas d'accord	3,0	4,6	6,9	4,4	11,2
Pas du tout d'accord	12,4	11,3	15,2	12,4	12,1
Ne sait pas	2,1	1,8	2,2	1,9	0,9
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
... pour toute la population					
Tout à fait d'accord	54,8	52,7	48,3	52,7	22,1
Plutôt d'accord	13,5	13,0	12,8	13,1	22,3
Ni d'accord, ni pas d'accord	3,9	6,0	3,9	4,9	7,8
Plutôt pas d'accord	6,2	6,6	5,6	6,3	19,0
Pas du tout d'accord	19,0	19,3	27,7	20,6	27,8
Ne sait pas	2,6	2,4	1,7	2,4	1,0
p*		≠			≠
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

Les habitants des DFA sont nettement plus nombreux que ceux de métropole à être favorables à l'idée de rendre obligatoire le test du VIH

Les personnes habitant dans les DFA sont nettement plus nombreuses que celles de métropole à être « tout à fait d'accord » pour que le test soit rendu obligatoire dans certaines situations. Par exemple, 58 % d'entre elles sont « tout à fait d'accord » pour que le test du VIH soit obligatoire pour « les étrangers aux frontières » contre 35 % de celles de métropole. Ce sont également 53 % des personnes dans les DFA qui se déclarent être tout à fait favorables à un dépistage obligatoire « pour toute la population » contre 22 % en métropole.

Comme cela a déjà été observé dans d'autres chapitres sur les opinions et les connaissances, comparés aux habitants de métropole, ceux des DFA se caractérisent souvent par des avis nettement plus tranchés sur les affirmations proposées dans le questionnaire : 64 % des habitants des DFA sont « tout à fait d'accord » pour qu'un test soit obligatoire à l'entrée à l'hôpital (et 14 % « plutôt d'accord ») contre 39 % en métropole (et 31 % « plutôt d'accord »).

La Guyane se distingue des deux départements antillais par des proportions moins importantes de personnes favorables à ce type de mesures : 56 % des habitants de Guyane sont « tout à fait d'accord » pour qu'un test soit obligatoire à l'entrée à l'hôpital contre 65 % de ceux des Antilles. De plus, alors que la Guyane bénéficie d'un apport migratoire plus élevé que les Antilles (les étrangers représentent le tiers de la population de la Guyane contre 5 % en Guadeloupe, 1 % en Martinique), les personnes interrogées dans ce département sont moins nombreuses qu'aux Antilles à être favorables à un dépistage obligatoire des étrangers aux frontières (48 % contre 58 % en Martinique et 63 % en Guadeloupe).

Ce sont surtout les personnes les moins diplômées qui indiquent être favorables à la mise en place d'une obligation de dépistage

Si les opinions des individus concernant la mise en application d'une obligation de dépistage ne diffèrent pas entre le fait qu'ils soient testés ou non, en revanche, il existe des différences selon leur niveau d'études ou leur lieu de naissance.

Ainsi, dans les DFA, 74 % des personnes sans diplôme indiquent être « tout à fait d'accord » avec le fait que le test devrait être obligatoire pour « les étrangers aux frontières » contre 35 % de celles diplômées de l'enseignement supérieur (respectivement 65 % et 16 % en métropole).

Pour ce qui est du lieu de naissance, les personnes nées dans le département d'enquête ou dans la Caraïbe sont nettement plus nombreuses que celles nées en métropole (interrogées dans les DFA) à se déclarer favorables à ce type de mesure : 64 % des individus nés dans le département d'enquête et 57 % de ceux nés dans la Caraïbe ont indiqué être « tout à fait d'accord » avec l'idée que le test de dépistage du VIH soit rendu obligatoire pour « les étrangers aux frontières » contre 33 % de ceux nés en métropole (quand il s'agit de la question du test obligatoire pour « toute la population », les proportions sont respectivement de 56 %, 59 % et 35 %). En revanche, les écarts d'opinions selon le lieu de naissance sont nettement moins marqués concernant la question du dépistage obligatoire à l'entrée à l'hôpital. On notera aussi que, parmi les personnes nées en métropole, celles interrogées en Guyane sont nettement moins nombreuses à être favorables à un test obligatoire pour « les étrangers aux frontières » que celles en Guadeloupe ou en Martinique (32 % contre respectivement 50 % et 41 %).

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir fait au moins une fois un test de dépistage du VIH au cours de leur vie, au cours des cinq dernières années ou des douze derniers mois selon la classe d'âges

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		p*	p**	DFA		Métropole		p*	p**
	(1)		(1)		(1)				(1)		(1)			
	H	F	H	F	H	F			H	F	H	F		
	(N=424)	(N=583)	(N=358)	(N=648)	(N=406)	(N=595)			(N=1188)	(N=1826)	(N=2219)	(N=2852)		
Au cours de la vie														
18-24 ans	23,1	46,3	27,9	35,6	42,2	54,7	NS	NS	27,3	42,3	22,6	40,1	NS	NS
25-34 ans	62,9	71,7	57,1	82,3	67,1	89,3	NS	≠	60,3	79,6	57,0	72,4	NS	NS
35-44 ans	70,8	69,6	66,9	71,6	65,5	83,7	NS	≠	68,5	72,6	54,0	71,1	≠	NS
45-54 ans	53,3	56,7	47,2	54,8	70,6	73,6	≠	≠	54,0	58,0	39,1	44,8	≠	≠
55-69 ans	51,8	38,9	41,6	34,4	57,4	36,8	NS	NS	48,9	36,2	24,9	23,9	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	53,9	58,7	49,4	56,6	61,4	73,8	≠	≠	53,2	59,8	40,1	48,5	≠	≠
	[48,3-59,4]	[53,9-63,4]	[43,6-55,2]	[52,1-60,9]	[55,7-66,8]	[69,3-77,8]			[49,7-56,6]	[57,0-62,7]	[37,9-42,5]	[43,3-50,7]		
Au cours des cinq années précédant l'enquête														
18-24 ans	19,3	40,6	20,6	33,1	41,0	49,3	≠	NS	22,3	38,3	22,0	38,3	NS	NS
25-34 ans	52,6	64,7	46,7	74,7	58,9	75,0	NS	NS	51,0	70,8	38,7	51,9	≠	≠
35-44 ans	49,3	51,1	50,3	51,8	44,0	53,3	NS	NS	48,9	51,8	24,3	28,8	≠	≠
45-54 ans	39,7	32,4	31,1	28,4	44,5	47,0	NS	≠	37,4	32,3	17,7	13,4	≠	≠
55-69 ans	34,0	23,6	28,3	20,8	35,6	25,3	NS	NS	32,2	22,2	13,0	9,1	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	NS	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	40,1	44,0	36,3	41,4	46,1	55,0	≠	≠	39,4	44,4	22,9	26,1	≠	≠
	[34,8-45,7]	[39,3-48,7]	[30,9-42,0]	[37,1-45,8]	[40,5-51,8]	[50,2-59,7]			[36,1-42,7]	[41,5-47,2]	[21,0-24,9]	[24,3-28,0]		
Au cours des douze mois précédant l'enquête														
18-24 ans	7,9	21,9	2,5	11,3	25,6	28,3	≠	NS	7,6	17,6	11,1	21,5	NS	NS
25-34 ans	21,7	26,9	13,5	41,9	22,7	36,9	NS	NS	17,8	35,5	10,8	20,6	≠	≠
35-44 ans	16,8	14,1	26,5	19,1	23,1	21,8	NS	NS	22,0	17,2	7,9	9,1	≠	≠
45-54 ans	20,7	12,0	16,8	9,3	21,1	16,7	NS	NS	19,4	11,5	4,6	3,7	≠	≠
55-69 ans	17,3	6,1	15,3	8,0	12,6	10,4	NS	NS	16,0	7,5	4,3	2,3	≠	≠
p***	NS	≠	≠	≠	NS	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	17,4	16,2	15,8	17,8	21,7	25,3	NS	≠	17,0	18,3	7,5	10,1	≠	≠
	[13,5-22,2]	[13,1-19,9]	[12,1-20,4]	[14,6-21,4]	[17,4-26,7]	[21,3-29,8]			[14,6-19,7]	[16,2-20,6]	[6,4-8,7]	[8,9-11,5]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les niveaux de recours au dépistage du VIH²

Un recours au dépistage nettement plus élevé dans les DFA, surtout en Guyane

Quelle que soit la période considérée, les personnes des DFA sont nettement plus nombreuses que celles de métropole à avoir effectué un test de dépistage. Par exemple, au cours des douze mois précédant l'enquête, elles sont deux fois plus nombreuses à être dans ce cas (18 % dans les DFA contre 9 % en métropole). En revanche, dans les DFA, les personnes testées ne font en moyenne pas davantage de tests qu'en métropole. En effet, parmi les personnes testées au cours des deux années précédant l'enquête, le nombre moyen de tests effectués durant cette période est de 1,7 dans les DFA et de 1,6 en métropole. S'il existe moins de différences entre les trois départements qu'entre les DFA et la métropole, il convient néanmoins de souligner le fait que les habitants de Guyane sont significativement plus nombreux que ceux des Antilles à avoir effectué au moins un test de dépistage du VIH, que ce soit au cours de la vie, ou, dans une moindre mesure pour les périodes plus récentes. Par exemple, les femmes de Guyane âgées de moins de 35 ans sont 76 % à avoir déjà effectué un test au cours de leur vie contre 63 % de celles des Antilles (chez les hommes, les proportions sont respectivement de 56 % et 44 %).

Faiblesse du recours au dépistage parmi les personnes âgées de 18 à 24 ans

Le recours au dépistage tend à diminuer avec l'âge, néanmoins, dans les DFA comme en métropole, quelle que soit la période considérée (sauf dans les douze derniers mois, en métropole), les personnes âgées de 18-24 ans sont nettement moins nombreuses que les autres à avoir eu recours à un test de dépistage. Ainsi, au cours des douze mois précédant l'enquête, dans les DFA, les hommes de cette classe d'âges sont 8 % à avoir recouru à un test de dépistage contre 18 % des 25-34 ans ou encore 16 % des 55-69 ans (chez les femmes, les proportions sont de 18 % contre 36 % ou encore 8 %).

Des différences de recours au dépistage chez les hommes et les femmes

Si, tous âges confondus, il n'y a pas toujours de différences de niveau de recours au dépistage entre les hommes et les femmes, leurs comportements diffèrent néanmoins selon la classe d'âges, manifestant une utilisation différenciée du test. En effet, jusqu'à 35 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir effectué un test de dépistage, du fait probablement du recours au dépistage lors de l'examen prénatal³. Au-delà de 35 ans, les hommes sont les plus nombreux à déclarer recourir à un test de dépistage, ce qui pourrait s'expliquer par un multipartenariat qui reste élevé même aux âges avancés.

Baisse probable du recours au dépistage du VIH entre 1992 et 2004

Quand on compare les données de l'enquête à celles de l'enquête ACSAG relatives au recours au dépistage au cours des douze derniers mois, une baisse probable du recours au dépistage entre 1992 et 2004 peut être observée. En effet, si en 1992, entre 25 % et 30 % des individus, selon le département et le sexe, avaient indiqué avoir eu recours à un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête, en 2004, ces pourcentages se situent, davantage aux alentours de 15 % à 20 %. En Guadeloupe par exemple, où les différences sont les plus marquées, 27 % des hommes en 1992 avaient indiqué avoir eu recours à un test dans l'année alors que cette proportion n'est plus que de 17 % en 2004 (29 % et 16 % chez les femmes).

2 Parmi les personnes ayant recouru au moins une fois à un test de dépistage, 0,30 % dans les DFA (soit 4 personnes) et 0,27 % en métropole ont déclaré être contaminées par le VIH.

3 Le test de dépistage du VIH est systématiquement proposé lors des examens prénatals.

Pourcentages de personnes ayant fait au moins une fois un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête selon les caractéristiques de l'activité sexuelle

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		p*	p**	DFA (1)		Métropole (1)		p*	p**
	H (N=424)	F (N=583)	H (N=358)	F (N=648)	H (N=406)	F (N=595)			H (N=1188)	F (N=1826)	H (N=2219)	F (N=2852)		
<i>Selon l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête</i>														
Abstinent(e)s	12,3	8,3	17,3	3,8	9,9	14,0	NS	≠	14,4	6,9	4,8	2,5	≠	≠
Monopartenaires	16,8	16,6	14,8	19,4	17,8	26,0	NS	≠	15,5	19,2	5,3	9,8	≠	≠
Multipartenaires	20,8	30,1	18,2	39,3	39,0	37,4	≠	NS	22,3	35,4	21,6	31,2	NS	NS
p***	NS	≠	NS	≠	≠	≠			NS	≠	≠	≠		
<i>Selon le type de multipartenariat au cours des douze mois précédant l'enquête</i>														
Multi ss nv part. ⁴							-	-	16,8	23,2	13,4	8,1	NS	NS
Multi « mixtes »			Effectifs trop faibles				-	-	22,4	40,3	25,1	35,1	NS	NS
Multi avec nv part.							-	-	29,8	42,0	22,5	40,7	NS	NS
p***									NS	NS	NS	≠		
<i>Selon les caractéristiques des monopartenaires durant les 5 dernières années et les 12 derniers mois</i>														
Mono5 / Mono12	12,9	12,3	13,0	16,2	14,0	21,0	NS	≠	12,5	15,2	4,6	7,0	≠	≠
Multi5 / Mono12	22,9	37,9	16,5	33,3	24,5	44,6	NS	NS	19,6	36,8	7,8	21,9	≠	≠
p***	NS	≠	NS	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		
Ensemble	17,4	16,2	15,8	17,8	21,7	25,3	NS	≠	17,0	18,3	7,5	10,1	≠	≠
	[13,5-22,2]	[13,1-19,9]	[12,1-20,4]	[14,6-21,4]	[17,4-26,7]	[21,3-29,8]			[14,6-19,7]	[16,2-20,6]	[6,4-8,7]	[8,9-11,5]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'activité sexuelle. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

4 Un partenaire est considéré comme « nouveau » s'il est connu depuis un an ou moins. Un multipartenaire est défini comme « mixte » si certains de ces partenaires au cours des douze derniers mois sont des nouveaux partenaires, d'autres des « anciens » partenaires (partenaires connus depuis plus d'un an).

Le recours au dépistage selon les caractéristiques de l'activité sexuelle

Un recours au dépistage, chez les hommes des DFA, moins étroitement lié aux caractéristiques de leur activité sexuelle que chez ceux de métropole

Chez les femmes des trois départements français d'Amérique, comme chez celles de métropole, le recours à un test de dépistage du VIH durant l'année précédant l'enquête est très nettement associé aux caractéristiques de leur activité sexuelle : les femmes n'ayant pas eu de partenaire durant l'année sont moins nombreuses à avoir fait un test durant cette période que celles ayant eu un partenaire qui, elles-mêmes, sont moins nombreuses que celles ayant eu plusieurs partenaires. Dans les DFA, les proportions sont de 7 % de femmes testées dans l'année parmi les abstinents, 19 % parmi les monopartenaires et 35 % parmi les multipartenaires (en métropole, respectivement, 3 %, 10 % et 31 %).

En revanche, dans la population masculine des Antilles, et à la différence de ce qui est observé en Guyane ou en métropole, cette association entre le recours au dépistage et les caractéristiques de l'activité sexuelle n'apparaît pas significativement. En effet, aux Antilles, la proportion d'hommes ayant déclaré avoir fait un test au cours des douze derniers mois est proche chez les abstinents, les monopartenaires et les multipartenaires, avec des proportions respectivement de 15 %, 15 % et 20 % (écarts non significatifs). Quand on compare ces proportions à celles de la population féminine des trois départements ou à celles des hommes de Guyane, on constate que les différences de recours au dépistage sont surtout marquées chez les multipartenaires. Quels que soient le sexe et le département, environ 15 % à 20 % des monopartenaires ont effectué un test dans les douze derniers mois, en revanche, les hommes multipartenaires des Antilles ne sont que 20 % à avoir effectué un test alors que les proportions parmi les femmes et parmi les hommes de Guyane se situent aux environs de 30 %-40 %. Il existe donc un déficit de recours au dépistage parmi les hommes multipartenaires des Antilles qui peut sans doute s'expliquer par le fait que, parmi les multipartenaires, la proportion de ceux n'ayant pas eu de nouveau partenaire durant l'année (appelés multipartenaires « stables ») est plus élevée aux Antilles qu'en Guyane ou en métropole (cf. chapitre sur l'activité sexuelle) et que parmi les multipartenaires, ce sont les « stables » qui ont tendance à moins recourir au dépistage. Les hommes multipartenaires des DFA n'ayant eu que des nouveaux partenaires dans l'année sont 30 % à avoir été testés durant cette période contre 17 % des multipartenaires n'ayant eu aucun nouveau partenaire (écarts non significatifs probablement en raison d'effectifs faibles).

Une proportion plus élevée qu'en métropole de monopartenaires ayant recours au dépistage

Quand on compare les DFA et la métropole, on constate que le plus fort niveau de recours au dépistage dans les DFA s'explique principalement par le fait que la proportion de personnes ayant recours au dépistage est nettement plus élevée parmi les abstinents et les monopartenaires des DFA que parmi ceux de métropole, chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, dans les DFA, les hommes monopartenaires sont trois fois plus nombreux qu'en métropole à avoir fait un test dans l'année et les femmes deux fois plus nombreuses que leurs homologues de métropole. Les monopartenaires qui ont recours au dépistage du VIH sont, parmi les femmes de Guadeloupe et les hommes de Guyane, significativement plus nombreux chez ceux ayant eu un nouveau partenaire dans l'année.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir fait au moins un test de dépistage du VIH au cours de la vie, au cours des cinq dernières années ou au cours des douze derniers mois selon l'utilisation du préservatif durant la période considérée

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		p*	p**	DFA		Métropole		p*	p**
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)			(1)	(1)	(1)	(1)		
	H	F	H	F	H	F			H	F	H	F		
	(N=424)	(N=583)	(N=358)	(N=648)	(N=406)	(N=595)			(N=1188)	(N=1826)	(N=2219)	(N=2852)		
<i>Recours au test au cours de la vie selon l'utilisation du préservatif au cours de la vie</i>														
A utilisé	57,8	68,8	54,4	67,3	65,8	79,5	≠	≠	57,7	69,7	44,4	58,0	≠	≠
N'a pas utilisé	39,8	39,5	30,8	37,0	36,9	62,3	≠	≠	36,5	40,7	24,6	30,5	≠	≠
p***	≠	≠	≠	≠	≠	≠			≠	≠	≠	≠		
<i>Recours au test au cours des 5 dernières années selon l'utilisation du préservatif au cours des 5 ans</i>														
A utilisé	45,2	57,6	44,8	57,3	55,5	62,6	NS	NS	46,4	58,4	31,1	45,4	≠	≠
N'a pas utilisé	36,8	38,5	27,4	34,7	32,2	54,0	NS	≠	32,5	38,6	16,2	16,0	≠	≠
p***	NS	≠	≠	≠	≠	NS			≠	≠	≠	≠		
<i>Recours au test au cours des 12 derniers mois selon l'utilisation du préservatif au cours des 12 mois</i>														
A utilisé	18,9	23,7	17,0	31,6	31,9	27,7	≠	NS	19,8	28,3	12,3	25,2	≠	NS
N'a pas utilisé	17,3	15,8	14,8	17,3	16,7	26,6	NS	≠	15,6	17,8	5,7	7,5	≠	≠
p***	NS	NS	NS	≠	≠	NS			NS	≠	≠	≠		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'utilisation du préservatif. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes des différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Le recours au dépistage parmi les monopartenaires s'observe également plus fréquemment parmi ceux ayant eu plusieurs partenaires il y a plus d'un an et moins de cinq ans. En effet, parmi les hommes monopartenaires n'ayant eu qu'un(e) seul(e) partenaire durant les cinq dernières années, 13 % ont eu recours à un test contre 20 % parmi ceux qui avaient eu plusieurs partenaires il y a plus d'un an (chez les femmes, les proportions sont respectivement de 15 % et 37 %). Là aussi, l'association entre le recours au dépistage et les caractéristiques de l'activité sexuelle apparaît moins nettement dans la population masculine des Antilles.

Le recours au dépistage dans les DFA est beaucoup moins associé à l'utilisation du préservatif qu'en métropole

Comme cela a été observé dans le chapitre sur la connaissance des modes de transmission du VIH et des moyens de s'en protéger, le préservatif masculin recueille la plus forte proportion de personnes, dans les DFA comme en métropole, déclarant que c'est un moyen efficace pour se protéger du VIH (90 %). Néanmoins, le recours régulier à un test de dépistage est également considéré comme étant efficace pour se protéger du VIH par près d'une personne sur trois. Il s'agit donc, à travers cette analyse de mieux comprendre la relation entre le recours au dépistage et l'utilisation du préservatif.

Dans les trois départements français d'Amérique, les personnes ayant utilisé des préservatifs sont globalement plus nombreuses que celles n'en ayant pas utilisé à déclarer avoir recouru à un test de dépistage au cours de la vie et au cours des cinq ans, comme c'est également le cas en métropole. En revanche, quand on raisonne sur une période plus récente (les douze derniers mois), alors qu'il existe peu de différences de recours au dépistage dans les DFA selon l'utilisation ou non de préservatif, en métropole, les écarts sont encore très marqués. De même, si en métropole, parmi les personnes de moins de 35 ans comme parmi celles de 35 ans et plus, les utilisateurs de préservatif recourent davantage au dépistage que les non-utilisateurs, dans les DFA, on ne constate que rarement cette tendance quand on tient compte de l'âge. Il semblerait donc que le recours au dépistage dans les DFA soit une stratégie de prévention moins articulée qu'en métropole à l'utilisation de préservatif.

Le fait, dans les DFA, que le recours au dépistage intervienne moins comme une stratégie complémentaire à l'utilisation du préservatif qu'en métropole est confirmé quand on raisonne selon l'activité sexuelle (monopartenaires ou multipartenaires au cours des douze derniers mois). En effet, à activité sexuelle comparable, le recours au dépistage n'est pas plus fréquent, chez les hommes comme chez les femmes, parmi les utilisateurs de préservatif que parmi les non-utilisateurs, à la différence de ce qui est observé en métropole où des écarts significatifs sont observés.

Pourcentages de personnes ayant déclaré avoir fait au moins une fois un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		p*	p**	DFA		Métropole		p*	p**
	(1)		(1)		(1)				(1)		(1)			
	H	F	H	F	H	F			H	F	H	F		
	(N=424)	(N=583)	(N=358)	(N=648)	(N=406)	(N=595)			(N=1188)	(N=1826)	(N=2219)	(N=2852)		
<i>Selon le diplôme</i>														
Sans diplôme	15,0	9,8	16,5	11,4	21,0	24,7	NS	≠	16,0	12,3	5,2	3,1	≠	≠
BEP/CAP/BEPC	19,3	17,2	12,6	19,0	24,5	26,4	NS	NS	16,7	19,5	5,4	7,6	≠	≠
Bac. ou équivalent	15,2	18,1	12,1	17,1	12,6	19,7	NS	NS	13,2	18,0	8,6	12,0	NS	≠
Etudes supérieures	20,3	22,7	23,3	25,0	24,2	28,5	NS	NS	21,7	24,8	10,0	15,7	≠	≠
p***	NS	NS	NS	≠	NS	NS			NS	≠	≠	≠		
<i>Selon la situation matrimoniale et la cohabitation avec le (la) partenaire</i>														
Marié(e) cohabitant	17,3	12,7	16,6	14,8	18,7	18,9	NS	NS	16,8	14,3	4,5	6,7	≠	≠
Autre cohabitant	21,8	23,5	21,2	25,3	20,9	33,2	NS	NS	20,6	26,3	12,0	17,6	≠	≠
Non cohabitant	15,5	17,4	12,4	17,7	26,4	25,7	≠	NS	15,3	18,9	11,5	12,8	NS	≠
p***	NS	NS	NS	NS	NS	≠			NS	≠	≠	≠		
<i>Selon le lieu de naissance</i>														
Ds dép. d'enquête	17,7	15,3	15,1	16,8	20,2	22,5	NS	NS	16,4	17,0	-	-	-	-
En métropole	13,4	28,9	19,4	25,4	23,8	19,7	NS	NS	17,6	25,1	-	-	-	-
Dans les autres DOM	-	-	-	-	23,9	24,9	-	-	24,6	13,6	-	-	-	-
Caraiïbe / Amér. sud	-	12,5	-	-	18,4	39,8	-	≠	16,5	26,5	-	-	-	-
Autres	-	-	-	-	-	-	-	-	17,6	15,3	-	-	-	-
p***	NS	≠	NS	NS	NS	≠			NS	≠	-	-	-	-
<i>Selon la perception du risque de contamination du virus du sida par rapport à la moyenne des gens</i>														
Plus de risque	19,5	28,3	29,9	8,8	20,2	52,1	NS	≠	23,7	23,3	12,7	24,1	NS	NS
Le même risque	16,4	20,4	19,5	25,3	25,3	24,0	NS	NS	18,3	23,8	9,9	13,5	≠	≠
Moins/aucun risque	19,1	14,0	13,9	12,7	19,5	22,7	NS	≠	16,4	14,6	5,7	7,6	≠	≠
p***	NS	NS	NS	≠	NS	≠			NS	≠	≠	≠		
<i>Selon les antécédents d'IST</i>														
Pas de IST	15,5	14,3	14,2	16,2	21,4	24,9	NS	≠	15,5	16,6	7,1	9,4	≠	≠
IST>5ans	27,1	21,7	21,1	20,3	24,4	24,5	NS	NS	23,8	22,2	9,5	7,7	≠	≠
IST<5ans	24,2	32,6	32,9	37,3	17,7	28,9	NS	NS	23,6	33,3	15,7	26,1	NS	NS
p***	NS	≠	NS	≠	NS	NS			≠	≠	NS	≠		
Ensemble	17,4	16,2	15,8	17,8	21,7	25,3	NS	≠	17,0	18,3	7,5	10,1	≠	≠
	[13,5-22,2]	[13,1-19,9]	[12,1-20,4]	[14,6-21,4]	[17,4-26,7]	[21,3-29,8]			[14,6-19,7]	[16,2-20,6]	[6,4-8,7]	[8,9-11,5]		

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le diplôme... NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les facteurs pouvant être associés au recours au dépistage du VIH

Outre la classe d'âges et les caractéristiques de l'activité sexuelle, nous avons tenté d'identifier les facteurs associés au recours au dépistage.

Dans les DFA, le recours au dépistage est faiblement associé à des caractéristiques socio-démographiques

Dans les DFA, à la différence de ce qui est observé en métropole, les liens entre le recours au dépistage et les variables socio-démographiques ou celles plus directement liées au VIH/sida sont peu marqués, surtout chez les hommes où aucune différence n'apparaît statistiquement significative.

Par exemple, alors que dans les DFA, la proportion d'hommes ayant déclaré avoir fait un test au cours des douze derniers mois est comparable quelle que soit leur situation matrimoniale (variant de 15 % à 21 %, écarts non significatifs), en métropole, les proportions passent de 5 % de personnes ayant eu recours à un test chez les hommes mariés non-cohabitants à 12% chez les hommes non-mariés (qu'ils soient cohabitants ou pas).

Dans la population féminine des DFA, quelques différences significatives peuvent être observées (mais nettement moins marquées que chez leurs homologues de métropole) entre le recours au dépistage et certaines caractéristiques. Ainsi, parmi les femmes des Antilles, le recours, au cours de l'année, à un test de dépistage du VIH est deux fois moins fréquent chez celles n'ayant aucun diplôme comparé à celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (11 % contre 24 %). De même, toujours chez les seules femmes des Antilles, celles ayant eu une infection sexuellement transmissible (IST) durant les cinq dernières années, sont plus nombreuses à avoir eu recours à un test dans l'année que celles ayant eu une IST il y a plus de cinq ans ou celles n'en ayant jamais eu (respectivement 35 %, 21 % et 15 %). Parmi les femmes interrogées en Guyane, on notera que le recours à un test est plus fréquent parmi celles ayant déclaré avoir « plus de risque que la moyenne des gens d'être contaminée par le VIH » (52 % contre 24 % parmi les autres) ou parmi les femmes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (40 % contre 22 % parmi les autres).

Enfin, soulignons que, dans les DFA comme en métropole, le niveau de connaissances des modes de transmission, le fait de connaître une personne séropositive, de craindre le sida (uniquement dans les DFA), de connaître l'efficacité des moyens de protection du sida, ou le fait de croire qu'il est possible de reconnaître quelqu'un de séropositif par des signes extérieurs, de croire ou pas qu'un vaccin contre le sida existe déjà ne semblent pas montrer de corrélation avec le niveau de recours au dépistage.

Régression logistique : déterminants du non-recours à un test de dépistage au cours des douze mois précédant l'enquête dans les DFA

N=3014	Odds-ratio (1)	Intervalles de confiance à 95 %
Femmes	1	
Hommes	1,27	[0,98-1,63]
Interrogé(e)s en Guyane	1	
En Martinique	1,31	[0,98-1,73]
En Guadeloupe	1,28	[0,97-1,68]
Moins de 35 ans	1	
35-69 ans	1,35	[1,04-1,77]
Baccalauréat ou études supérieures	1	
CAP/BEP/BEPC	1,03	[0,78-1,37]
Sans diplôme	1,23	[0,88-1,72]
Né(e)s en métropole	1	
Dans le département d'enquête	1,07	[0,76-1,51]
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	0,83	[0,49-1,42]
Autre	1,08	[0,67-1,75]
Non marié(e)s cohabitant (e)s	1	
Marié(e)s cohabitant(e)s	1,38	[1,00-1,91]
Non cohabitant(e)s	1,44	[1,03-2,01]
Etre multipartenaires au cours des 12 derniers mois	1	
Monopartenaires	1,45	[1,03-2,04]
Abstinents	1,99	[1,14-3,47]
Se percevoir comme ayant un risque d'être contaminé supérieur à la moyenne des gens	1	
Avoir le même risque	1,22	[0,73-2,06]
Avoir un risque inférieur ou n'avoir aucun risque	1,58	[0,93-2,68]
Ne pas savoir situer son risque	3,37	[1,35-8,39]
Avoir contracté une IST dans les cinq ans	1	
Avoir contracté une IST il y a plus de cinq ans	1,10	[0,68-1,78]
Ne jamais avoir eu d'IST	1,70	[1,13-2,55]
Avoir utilisé des préservatifs dans les 12 mois	1	
Ne pas avoir utilisé de préservatif dans les 12 mois	1,19	[0,90-1,59]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les personnes âgées de 35-69 ans ont une probabilité supérieure à celles âgées de moins de 35 ans de ne pas avoir recouru à un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

Le non-recours au dépistage est fortement associé à une incapacité à pouvoir situer ses propres risques de contamination⁵

Un modèle de régression a été construit afin d'identifier les déterminants du non-recours à un test de dépistage dans les douze mois précédant l'enquête, en fonction des résultats des analyses précédentes.

Les variables suivantes ont été intégrées au modèle : le sexe, le lieu où les personnes ont été interrogées, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, le statut matrimonial, les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois, la perception du risque de contamination du sida par rapport à la moyenne des gens, les antécédents d'infections sexuellement transmissibles et le fait d'avoir utilisé ou non des préservatifs au cours des douze derniers mois.

Quand on tient compte de l'ensemble des variables du modèle, celles associées au non-recours à un test de dépistage dans les douze mois sont dans les DFA : ne pas savoir évaluer son propre risque de contamination par le sida par rapport à la moyenne des gens, être abstinent au cours des douze derniers mois, et dans une moindre mesure, être monopartenaire, ne pas avoir eu d'infection sexuellement transmissible au cours de la vie (IST), ne pas vivre en couple ou être marié et vivre en couple, être âgé de 35-69 ans.

Les autres variables présentées dans le modèle de régression ne sont pas significativement associées au non-recours à un test de dépistage dans les douze mois.

Lorsqu'on distingue les hommes et les femmes dans des modèles de régression différents, on constate que le non-recours à un test de dépistage au cours des douze derniers mois n'est significativement associé chez les hommes qu'au fait de ne pas savoir évaluer son propre risque de contamination par le sida par rapport à la moyenne des gens ou d'être âgés de 35 à 69 ans, à la différence de ce qui est observé chez les femmes où le non-recours au test est aussi fortement associé au fait d'être mariée cohabitante, à l'absence d'antécédents d'IST, et au fait d'avoir été abstinent durant cette période, c'est-à-dire, de façon générale, à une exposition au risque faible ou nulle.

Enfin, on notera qu'en métropole, contrairement à ce qui est observé dans les DFA, en tenant compte des variables communes aux deux espaces géographiques, le sexe (le fait d'être un homme), le diplôme (le fait de n'avoir aucun diplôme) et l'utilisation du préservatif dans les douze mois (le fait de ne pas avoir utilisé de préservatif) sont trois variables très significativement associées au non-recours à un test de dépistage dans les douze mois précédant l'enquête.

Ces différents éléments confirment donc le fait que l'activité de dépistage dans les DFA est moins associée aux caractéristiques des individus qu'en métropole mais relève probablement davantage des pratiques médicales.

5 Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, les odds ratio seront commentés en termes de « risques », « chances » ou « probabilités », même si, en toute rigueur, le terme d'odds ratio devrait être utilisé.

Répartition des circonstances du dernier test réalisé au cours des cinq dernières années selon le sexe (parmi les personnes ayant fait au moins un test de dépistage du VIH dans les cinq années précédant l'enquête)

(les totaux peuvent être supérieurs à 100 % car les enquêtés avaient la possibilité de citer plusieurs circonstances)

« Pour quelle raison principale avez-vous fait ce test de dépistage du virus du sida ? »

En %	DFA		Métropole		p*	p**
	H (N=504)	F (N=867)	H (N=574)	F (N=821)		
Circonstances où le test est obligatoire (don)	2,7	2,4	6,3	4,1	≠	NS
Circonstances où le test est demandé ou systématiquement proposé	10,9	31,5	18,1	37,9	≠	≠
dont examen prénatal ou pré-nuptial	7,6	30,7	11,5	36,4	NS	≠
Circonstances médicales	30,5	21,2	24,3	16,9	≠	NS
dont bilan sanguin	20,7	13,4	11,0	4,0	≠	≠
Circonstances volontaires liées à une prise de risque	32,9	23,1	33,2	25,3	NS	NS
Circonstances volontaires non liées à une prise de risque	22,7	21,5	19,6	16,8	NS	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des DFA et ceux de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des DFA et ceux de métropole. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les circonstances des tests de dépistage du VIH

Afin de décrire les circonstances dans lesquelles les tests de dépistage du VIH sont effectués, il était demandé aux personnes interrogées la raison principale pour laquelle elles avaient recouru à un test de dépistage au cours des cinq dernières années⁶.

Pour conduire l'analyse, les différentes propositions de réponses (25 au total) ont été regroupées en cinq catégories : « les circonstances où le test est obligatoire », « les circonstances où le test est demandé ou systématiquement proposé »⁷, « les circonstances médicales », « les circonstances volontaires liées à une prise de risque »⁸, « les circonstances volontaires non liées à une prise de risque »⁹.

Les circonstances médicales sont plus souvent citées dans les DFA qu'en métropole

Les circonstances de dépistage diffèrent très nettement chez les femmes et chez les hommes, dans les DFA comme en métropole. Chez les premières, parmi l'ensemble des circonstances, la plus souvent citée est liée à la proposition d'un test lors d'un examen prénatal ou prénuptial (31 % des femmes des DFA), viennent ensuite, dans des proportions voisines, les tests réalisés dans des circonstances volontaires liées à une prise de risque (23 %), les circonstances volontaires non liées à une prise de risque (22 %) et les circonstances médicales (21 %). On retrouve cette même hiérarchie parmi les femmes de métropole. En revanche, dans la population masculine, si en métropole, le motif qui vient nettement en tête relève des circonstances volontaires liées à une prise de risque (33 %) suivi par des circonstances médicales (24 %), dans la population des DFA, ces deux motifs sont cités dans des proportions comparables (33 % et 31 %). Chez les hommes, la proportion de personnes ayant indiqué avoir effectué le dernier test dans le cadre d'un bilan sanguin est en effet deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole (21 % contre 11 %) et trois fois plus chez les femmes (13 % contre 4 %), manifestant probablement des pratiques médicales différentes entre les deux espaces. Inversement, les tests réalisés lors d'une hospitalisation sont nettement moins cités dans les DFA qu'en métropole : 3 % contre 11 % chez les hommes et 4 % contre 10 % chez les femmes.

6 Il était demandé aux personnes interrogées d'essayer d'indiquer une seule réponse parmi les propositions.

7 Outre les circonstances présentées dans le tableau ci-contre, il s'agit de : « demande d'une banque, d'un employeur, d'une compagnie d'assurance ».

8 Il s'agit notamment de : « à cause de la rupture d'un préservatif », « pour abandonner l'utilisation de préservatif », « à cause de relations non protégées dans le passé », « à cause d'une prise de risque », « à la demande du partenaire », « contrôle d'un test fait antérieurement », « refus du partenaire d'utiliser un préservatif et/ou de faire un test », « signes ou symptômes inquiétants », « blessure ou piqûre accidentelle », « partage de seringue », « partenaire séropositif », etc.

9 Ces circonstances sont : « tests effectués régulièrement », « suite à une campagne d'information », « a dans son entourage une personne séropositive », « sans raison particulière », « pour d'autres raisons que celles proposées », « non-réponse ».

Répartition des circonstances du dernier test réalisé au cours des cinq dernières années selon les caractéristiques de l'activité sexuelle durant cette période (parmi les personnes ayant fait au moins un test de dépistage du VIH dans les cinq dernières années)

(les totaux peuvent être supérieurs à 100 % car les enquêtés avaient la possibilité de citer plusieurs circonstances)

« Pour quelle raison principale avez-vous fait ce test de dépistage du virus du sida ? »

En %	DFA					
	Monopartenaires (1)		Multipartenaires part. successifs (1)		Multipartenaires part. simultanés (1)	
	H (N=165)	F (N=494)	H (N=115)	F (N=238)	H (N=205)	F (N=95)
<i>Selon des circonstances où le test est obligatoire</i>						
Don du sang / organes	5,3	2,4	0,4	2,6	1,4	3,3
<i>Selon des circonstances où le test est demandé ou systématiquement proposé</i>						
Examen prénatal/ prénuptial	13,5	37,5	2,2	22,2	3,9	18,0
Demande banques, etc.	6,8	1,1	0,5	0,2	1,4	0,0
<i>Selon des circonstances médicales</i>						
Transfusion	1,4	2,3	0,0	0,0	2,7	1,2
Hospitalisation	3,4	3,8	2,3	3,0	2,2	3,0
Demande médecin	9,2	3,5	3,4	1,5	2,7	0,6
Bilan sanguin	18,1	11,9	19,8	18,2	23,9	6,5
<i>Selon des circonstances volontaires liées à une prise de risque</i>						
Ensemble	21,5	16,8	36,9	27,1	43,1	52,0
DONT :						
Rupture du préservatif	0,2	1,2	4,0	4,8	6,9	5,3
Abandon du préservatif	2,1	1,6	11,8	6,5	8,3	13,9
Rel. sex. non protégées	0,2	1,5	3,7	2,2	5,7	4,2
Risque avec partenaire	3,9	1,7	5,8	2,8	6,7	13,9
Doutes sur la fidélité	0,7	2,1	0,3	3,2	3,4	7,1
<i>Selon des circonstances volontaires non liées à une prise de risque</i>						
	22,1	20,4	32,3	25,0	17,9	15,4

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Dans les DFA, comme en métropole, les motifs de dépistage diffèrent nettement selon les caractéristiques de l'activité sexuelle

Alors que dans les DFA, le recours au dépistage est moins étroitement lié aux caractéristiques de l'activité sexuelle qu'en métropole, les motifs de dépistage, diffèrent eux nettement selon ces caractéristiques. Ainsi, quand on distingue les individus selon leur activité sexuelle au cours des cinq dernières années (monopartenaires, multipartenaires avec exclusivement des partenaires successifs ou multipartenaires avec des partenaires simultanés), on note que les multipartenaires, notamment ceux qui ont eu des partenaires simultanément, sont nettement plus nombreux que les monopartenaires à citer une circonstance de test liée à une prise de risque. Dans la population féminine des DFA où les écarts selon les caractéristiques de l'activité sexuelle sont très marqués, la proportion de celles ayant cité ces circonstances sont 17 % parmi les monopartenaires, 27 % parmi les multipartenaires ayant eu des partenaires successifs et 52 % parmi celles ayant eu des partenaires simultanés (respectivement 22 %, 37 % et 43 % chez les hommes).

Inversement, chez les monopartenaires, les circonstances où le test est systématiquement proposé (dans la plupart des cas, lors de l'examen prénatal) sont le plus souvent citées (38 % des femmes, 14 % des hommes), circonstances citées, chez les multipartenaires, par environ 20 % des femmes et moins de 5 % des hommes.

On notera également que les autres circonstances (médicales, celles non liées à une prise de risque et le don de sang ou d'organes) ne diffèrent pas ou diffèrent peu selon les caractéristiques de l'activité sexuelle des individus. De même que, à caractéristiques de l'activité sexuelle comparables, il existe peu de différences entre les hommes et les femmes, exception faite de l'examen prénatal nettement plus cité par les femmes que par les hommes, qu'elles soient monopartenaires ou multipartenaires.

Les caractéristiques des personnes testées en CDAG et hors CDAG au cours des cinq dernières années

<i>En %</i>	DFA		p*
	Test dans une CDAG (N=157)	Test hors CDAG (N=1214)	
<i>Selon le sexe</i>			
Hommes	57,6	42,6	≠
Femmes	42,4	57,4	≠
<i>Selon la classe d'âges</i>			
Moins de 35 ans	58,8	41,3	≠
35-44 ans	26,3	27,4	NS
45-69 ans	14,9	31,3	≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>			
Dans le département d'enquête	65,8	72,8	NS
En métropole	14,5	15,5	NS
Dans les autres DOM	4,9	4,2	NS
Dans la Caraïbe/Amér. du Sud	13,0	5,3	≠
Autres	1,9	2,2	NS
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq dernières années</i>			
Monopartenaires	31,8	55,5	≠
Multi. avec part. successifs	34,1	23,2	≠
Multi. avec part. simultanés	34,1	21,3	≠
<i>Selon l'utilisation du préservatif</i>			
N'a jamais utilisé	5,2	12,8	≠
A utilisé il y a plus de 12 mois	37,2	53,6	≠
A utilisé dans les 12 mois	57,6	33,6	≠
<i>Selon les circonstances du test de dépistage au cours des cinq dernières années</i>			
Examen prénatal / prénuptial	9,8	21,7	≠
Rupture du préservatif	6,3	2,5	≠
Prise de risque avec part.	12,8	3,0	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les personnes ayant effectué un « test dans une CDAG » et celles ayant effectué un « test hors CDAG » au cours des cinq dernières années. NS : écart non significatif.

Le laboratoire d'analyses médicales avec prescription d'un médecin est le lieu le plus souvent cité parmi les personnes ayant effectué un test dans les cinq ans, quel que soit l'espace géographique

La grande majorité des personnes ayant effectué un test au cours des cinq années précédant l'enquête ont, quel(les) que soi(en)t leur sexe ou les caractéristiques de leur activité sexuelle, indiqué avoir effectué leur dernier test dans un laboratoire d'analyses médicales avec la prescription d'un médecin (69 % dans les DFA et 56 % en métropole). L'hôpital est le second lieu le plus cité : 15 % des personnes dans les DFA y ont effectué leur dernier test (22 % en métropole). Ensuite, 6 % des personnes dans les DFA et 7 % de celles de métropole ont indiqué avoir fait leur dernier test dans un laboratoire d'analyses médicales sans prescription d'un médecin. Enfin, 5 % des personnes, aux Antilles et en Guyane, comme en métropole ont indiqué que leur dernier test a été fait dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Soulignons cependant que la proportion de personnes citant la CDAG est significativement plus élevée en Guyane que dans les deux départements antillais (9 % contre 5 % en Guadeloupe et 4 % en Martinique).

Les CDAG sont principalement fréquentées par les personnes potentiellement les plus exposées au VIH

Si 5 % des personnes testées au cours des cinq dernières années ont indiqué avoir effectué leur *dernier* test dans une CDAG, elles sont 10 % à avoir effectué *au moins* un test dans ce dispositif durant la même période. Cette proportion dans les DFA varie très nettement selon le département, montrant un recours important à ce dispositif en Guyane (17 % des personnes testées y ont eu recours) contre 11 % en Guadeloupe et 7 % en Martinique (8 % en métropole).

Les personnes qui ont eu recours à un test de dépistage dans une CDAG sont davantage des hommes, des personnes jeunes (moins de 35 ans), des personnes ayant eu au moins un nouveau partenaire ou des multipartenaires au cours des cinq années précédant l'enquête, des personnes qui ont utilisé le préservatif au cours de cette même période, celles qui ont pris un risque avec un partenaire, ou dont le préservatif s'est rompu lors d'un rapport sexuel, ou encore celles qui sont nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud.

Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit accueillent donc une population plus exposée au risque de contamination du virus du sida.

Régression logistique : déterminants dans les DFA du recours à un test de dépistage dans une CDAG au cours des cinq années précédant l'enquête

N=3014	Odds-ratio (1)	Intervalles de confiance à 95 %
Femmes	1	
Hommes	1,75	[1,03-2,96]
Interrogé(e)s en Martinique	1	
En Guadeloupe	2,12	[1,09-4,12]
En Guyane	2,75	[1,49-5,05]
18-34 ans	2,50	[1,17-5,35]
35-44 ans	2,21	[1,03-4,72]
45-69 ans	1	
Né(e)s en métropole	1	
Dans le département d'enquête	1,22	[0,66-2,28]
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	2,61	[1,11-6,17]
Autre	1,30	[0,52-3,27]
Etre monopartenaires au cours des 5 ans	1	
Multipartenaires avec partenaires simultanés	1,38	[0,65-2,94]
Multipartenaires avec partenaires successifs	2,17	[1,17-4,02]
N'a jamais utilisé de préservatif	1	
A utilisé des préservatifs il y a plus de douze mois	1,00	[0,37-2,71]
A utilisé des préservatifs au cours des douze mois	1,80	[0,63-5,17]
Recours au dernier test selon d'autres circonstances	1	
Selon des circonstances liées à une prise de risque	1,95	[1,09-3,13]
Se percevoir comme ayant moins ou aucun risque d'être contaminé par rapport à la moyenne des gens	1	
Avoir le même risque	1,79	[1,02-3,15]
Avoir un risque supérieur	2,54	[1,13-5,68]
Ne pas savoir situer son risque	1,71	[0,46-6,31]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les hommes ont une probabilité supérieure aux femmes de recourir à un test de dépistage du VIH dans une CDAG, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

Les CDAG : un dispositif accueillant une population plus exposée au risque de transmission du VIH

Un modèle de régression a été construit afin d'identifier les déterminants du recours à un test de dépistage dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dans les cinq années précédant l'enquête, en fonction des résultats des analyses précédentes.

Les variables intégrées au modèle sont : le sexe, le lieu où les personnes ont été interrogées, la classe d'âges, le lieu de naissance, les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours de ces cinq dernières années, l'utilisation ou non du préservatif, le fait d'avoir cité comme circonstance du test de dépistage un motif lié à une prise de risque, la perception du risque par rapport à la moyenne des gens.

Quand on tient compte de l'ensemble des variables de ce modèle, celles associées au recours à un test dans une CDAG sont, dans les DFA : résider en Guyane, et dans une moindre mesure en Guadeloupe, être âgé de 18-34 ans, être né dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, avoir eu plusieurs partenaires successivement au cours des cinq années précédant l'enquête, avoir cité comme motif du dernier test de dépistage une circonstance liée à une prise de risque, se percevoir comme ayant plus (et dans une moindre mesure comme ayant autant) de risque que la moyenne des gens, et enfin, être un homme.

La connaissance des CDAG en Guadeloupe, Martinique et Guyane parmi les personnes habitant dans les DFA ayant déclaré avoir entendu parler des CDAG

« Pensez-vous qu'il existe au moins une Consultation de dépistage anonyme et gratuit en Guadeloupe / Martinique / Guyane [le nom du département de résidence des personnes était cité] ? »

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		DFA (1)	
	Jamais testé (N=416)	Déjà testé (N=591)	Jamais testé (N=447)	Déjà testé (N=559)	Jamais testé (N=291)	Déjà testé (N=710)	Jamais testé (N=1154)	Déjà testé (N=1860)
Oui et vous savez à quel endroit	41,0	51,8	42,4	51,0	59,3	71,0	43,8	55,0
Oui mais vous ne savez pas à quel endroit	48,2	39,0	50,7	41,5	29,3	19,6	46,9	36,7
Non, vous ne savez pas	10,8	9,2	6,9	7,5	11,4	9,4	9,3	8,3
p* Jamais testé : ≠ / p** Déjà testé : ≠								
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les individus « jamais testés » au cours de la vie selon les trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les individus « déjà testés » au cours de la vie selon les trois départements. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les individus « jamais testés » et ceux « déjà testés » selon les différents lieux d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

La connaissance des CDAG et le recours à ce dispositif

Il était demandé à l'ensemble des personnes interrogées dans les DFA si elles avaient déjà entendu parler des Consultations de dépistage anonyme et gratuit et, dans ce cas, si elles savaient si une telle Consultation existait dans leur département et à quel endroit elle se trouvait.

Une large majorité de la population a déjà entendu parler des CDAG mais cette connaissance est moindre parmi les 18-24 ans des DFA

Dans les DFA, comme en métropole (mais dans une moindre proportion), les CDAG sont bien connues de la population. En effet, 70 % des personnes des DFA, sans différence entre les trois départements, disent avoir déjà entendu parler de ce dispositif contre 65 % de celles de métropole. Ce dispositif est davantage connu des femmes (75 % contre 65 % des hommes dans les DFA), des personnes diplômées de l'enseignement supérieur (82 % contre 61 % des personnes sans diplôme, dans les DFA) et des personnes ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH (75 % contre 64 % des personnes jamais testées, dans les DFA). Par ailleurs, alors qu'en métropole la connaissance des CDAG décroît régulièrement avec l'âge, dans les DFA, la plus faible connaissance des CDAG est observée parmi les personnes âgées de 18-24 ans (62 % des 18-24 ans ont entendu parler des CDAG contre 72 % dans les classes d'âges suivantes).

Les personnes connaissent, dans leur majorité, l'existence d'une CDAG dans leur département mais ne savent pas toujours où elles se trouvent

Dans les DFA, parmi les personnes ayant déjà entendu parler des CDAG, plus de neuf personnes sur dix, sans différence entre les trois départements, savent qu'un de ces dispositifs existe dans leur département d'habitation.

Parmi les personnes qui connaissent les CDAG, la moitié (51 %), et davantage les femmes que les hommes, déclarent savoir où elles se situent dans leur département, et 41 % déclarent l'ignorer. La Guyane se distingue de la Guadeloupe et de la Martinique par une proportion nettement plus importante de personnes indiquant connaître la localisation des CDAG (68 % contre 47 %).

Répartition des personnes selon le lieu qu'elles choisiraient pour effectuer un test de dépistage du VIH si elles souhaitaient en effectuer un

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

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		DFA		Métropole	
	H (N=424)	F (N=583)	H (N=358)	F (N=648)	H (N=406)	F (N=595)	H (N=1188)	F (N=1826)	H (N=2219)	F (N=2852)
Au médecin habituel	40,2	45,6	56,4	60,7	51,0	56,1	48,1	53,8	60,8	60,7
Autre médecin généraliste	9,7	11,9	9,3	11,7	4,7	5,3	8,8	11,0	6,4	5,5
Médecin spécialiste	2,0	7,1	4,4	4,9	3,1	5,7	3,1	6,0	1,1	5,8
A l'hôpital	21,9	11,9	10,3	6,6	18,3	14,2	16,5	9,7	12,4	9,3
Centre de PMI, DAV, etc.	2,6	2,6	3,6	3,3	2,7	3,6	3,1	3,1	1,4	1,9
A une CDAG	11,3	7,3	6,5	8,6	12,2	9,5	9,7	8,2	6,0	6,5
A un labo. d'analyses médicales	8,9	9,8	5,5	2,7	6,2	3,5	7,1	5,7	7,3	7,4
Lors d'un don de sang	0,1	0,3	0,5	0,3	0,0	0,0	0,3	0,2	0,4	0,1
Autres	1,0	0,2	1,1	0,2	0,4	0,5	1,0	0,2	2,5	1,1
NSP	2,4	3,4	2,5	1,2	1,5	1,6	2,4	2,2	1,8	1,8
p*	≠		NS		NS		≠		≠	
p** / p***	Hommes : ≠ / Femmes : ≠						Hommes : ≠ / Femmes : ≠			
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes dans chaque espace géographique. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de la métropole. NS : écart non significatif.

Il convient aussi de souligner que dans ce département, contrairement à la Guadeloupe où il n'existe aucune différence significative, les personnes nées en Guyane ou en métropole sont plus nombreuses que celles nées dans la Caraïbe à connaître et localiser les CDAG (respectivement 68 % et 72 % contre 58 %). Et d'ailleurs, c'est aussi en Guyane que les personnes les moins diplômées sont nettement moins nombreuses à connaître l'existence d'une CDAG dans leur département. En Guyane, parmi les personnes ayant entendu parler des CDAG, 48 % des non-diplômés ayant quitté le système scolaire avant 16 ans savent situer les CDAG alors que cette proportion est de 74 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur (les proportions sont de 39 % et 45 % aux Antilles, écarts non significatifs).

Enfin, quel que soit le département considéré, les personnes déjà testées au cours de la vie sont nettement plus nombreuses à déclarer connaître l'endroit où se situent les CDAG dans leur département que celles jamais testées. Par exemple, en Guyane où les écarts sont les plus marqués, près des trois-quarts des personnes déjà testées indiquent savoir localiser les CDAG dans leur département contre 60 % de celles jamais testées.

La moitié des personnes des DFA déclarent, si elles devaient faire un test de dépistage aujourd'hui, qu'elles souhaiteraient l'effectuer chez leur médecin habituel

Quand on interroge la population sur le dispositif de dépistage qu'elle choisirait pour effectuer un test de dépistage, environ 10 % des personnes dans les DFA (6 % en métropole) indiquent qu'elles *s'adresseraient en priorité dans une CDAG*. Quel que soit le département, comme c'est également le cas en métropole, les personnes qui souhaiteraient effectuer un test de dépistage du VIH aujourd'hui s'adresseraient en priorité à leur médecin habituel (51 % dans les DFA et 61 % en métropole) que ce soit les hommes ou les femmes, les personnes déjà testées ou celles jamais testées au cours de la vie, les personnes diplômées ou non, les plus jeunes ou les plus âgées. En Guadeloupe, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer qu'ils s'adresseraient à un hôpital. Et, en Guadeloupe et en Guyane, les plus jeunes, bien qu'étant très nombreux à citer le médecin, envisagent également plus fréquemment l'hôpital.

Pourcentages de personnes dans les DFA indiquant ne jamais avoir fait de test parce qu'elles pensent ne pas avoir de risque d'être contaminées par le virus du sida et/ou parce qu'elles redoutent d'en connaître le résultat (parmi celles jamais testées)

<i>En %</i> (sur la pop. jamais testée n= 1154)	« Vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminée par le virus du sida »	« Vous redoutez d'en connaître le résultat »
<i>Selon le sexe</i>		
Hommes	80,6	8,7
Femmes	81,0	8,8
p*	NS	NS
<i>Selon la classe d'âges</i>		
18-24 ans	70,7	13,1
25-34 ans	85,5	11,6
35-44 ans	80,3	8,2
45-54 ans	82,6	8,9
55-69 ans	85,8	3,6
p*	≠	≠
<i>Selon le lieu de naissance</i>		
Dans le département d'enquête	79,2	9,3
En métropole	89,6	6,6
Dans les autres DOM	80,9	10,9
Dans la Caraïbe/Amér. Sud	89,7	4,5
Autres	87,9	0,0
p*	NS	NS
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois</i>		
Monopartenaires	82,7	6,1
Multipartenaires	65,2	23,2
p*	≠	≠
<i>Selon l'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois chez les <u>multipartenaires</u></i>		
Utilisation de préservatifs 12 mois	74,7	24,3
Non utilisation de préservatif 12 mois	44,9	21,1
p*	≠	NS
Ensemble	80,8	8,8

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les différentes modalités de la variable (selon le sexe, selon la classe d'âges, etc.). NS : écart non significatif.

Les personnes jamais testées au cours de leur vie : caractéristiques et motifs de non-recours

Dans les DFA, environ quatre personnes sur dix ne se sont jamais fait tester au cours de leur vie. C'est en Guyane que la proportion de personnes jamais testées est la moins élevée (32 % contre 43 % en Guadeloupe et 47 % en Martinique). Dans les DFA comme en métropole, les personnes qui n'ont jamais effectué un test de dépistage au cours de leur vie sont plus fréquemment les hommes (47 % dans ce cas contre 40 % des femmes dans les DFA), les personnes les plus jeunes ou les plus âgées (65 % des 18-24 ans contre 29 % des 25-34 ans dans les DFA), les personnes non-diplômées (55 % contre 31 % de celles diplômées de l'enseignement supérieur), et celles nées dans le département d'enquête ou dans la Caraïbe (respectivement 47 % et 41 % contre 28 % de celles nées en métropole vivant dans les DFA).

La raison la plus souvent citée pour expliquer le non-recours au dépistage est de « ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida »

Parmi l'ensemble des raisons pour expliquer le fait de ne pas avoir effectué de test de dépistage au cours de la vie, la plus souvent citée¹⁰, dans les DFA comme en métropole, est « de ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida » (80 %). La seconde raison est de « n'y avoir jamais pensé », (40 % des personnes des DFA, 32 % de celles de métropole). Par ailleurs, 8 % des personnes des DFA ou de métropole n'ayant jamais effectué de dépistage ont déclaré « redouter d'en connaître le résultat », puis 7 % de celles des DFA et 15 % en métropole déclarent qu'elles auraient « peur que quelqu'un de l'entourage le sache ». Environ 5 % des habitants des DFA et près de 10 % de ceux de métropole indiquent penser que « cela ne sert à rien ». Enfin, près de 4 % des personnes des DFA pensent que « les tests ne sont pas valables » ou indiquent ne pas savoir où s'adresser (respectivement 2 % et 6 % en métropole).

Dans les DFA comme en métropole, les raisons du non-recours diffèrent selon les caractéristiques des individus

Dans les DFA, 81 % des personnes jamais testées ont indiqué comme motif du non-recours à un test qu'elles pensent ne pas avoir de risque d'être contaminées par le VIH mais cette proportion varie selon les caractéristiques des personnes, notamment selon celles de leur activité sexuelle. L'absence de risque est une raison moins souvent invoquée par les plus jeunes (71 % parmi les 18-24 ans contre 84 % entre 25 et 69 ans), par les multipartenaires (65 % des multipartenaires contre 83 % des monopartenaires) et, chez ces derniers, parmi ceux n'ayant pas utilisé de préservatifs (45 % des multipartenaires non-utilisateurs de préservatifs contre 75 % des multipartenaires ayant utilisé des préservatifs).

10 Plusieurs raisons pouvaient être citées.

Régression logistique : déterminants du non-recours à un test de dépistage du VIH au cours de la vie dans les DFA

N=3014	Odds-ratio (1)	Intervalles de confiance à 95 %
Femmes	1	
Hommes	1,75	[1,42-2,17]
Interrogé(e)s en Guyane	1	
En Martinique	1,67	[1,30-2,16]
En Guadeloupe	1,52	[1,18-1,95]
18-34 ans	1,73	[1,32-2,26]
35-44 ans	1	
45-69 ans	1,75	[1,34-2,27]
Baccalauréat ou études supérieures	1	
CAP/BEP/BEPC	1,11	[0,87-1,41]
Sans diplôme	1,67	[1,27-2,18]
Né(e)s en métropole	1	
Dans le département d'enquête	1,60	[1,18-2,16]
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	1,29	[0,89-2,21]
Autre	1,40	[0,76-2,20]
Non marié(e)s cohabitant(e)s	1	
Marié(e)s cohabitant(e)	1,05	[0,79-1,41]
Non cohabitant(e)s	1,65	[1,23-2,22]
Etre multipartenaires au cours des 5 dernières années	1	
Monopartenaires	1,33	[1,05-1,70]
Abstinents	1,56	[1,00-2,44]
Avoir déjà utilisé des préservatifs au cours de la vie	1	
Ne jamais avoir utilisé de préservatif	2,34	[1,79-3,05]

(1) Les chiffres en caractères 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. La différence est non significative lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Lecture du tableau : Par exemple, les hommes ont une probabilité supérieure aux femmes de ne jamais avoir recouru à un test de dépistage du VIH au cours de leur vie, en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle.

Si les autres motifs du non-recours au dépistage varient peu selon les caractéristiques des individus, la proportion de ceux ayant indiqué ne jamais avoir fait de test car ils en redoutaient le résultat est nettement plus élevée chez les multipartenaires et chez les plus jeunes personnes. Ainsi, parmi les multipartenaires non-testés, près d'un sur quatre indique redouter d'en connaître le résultat (6 % parmi les monopartenaires). Les plus jeunes (moins de 35 ans) sont également deux fois plus nombreux que les plus âgés (35 ans et plus) à dire qu'ils n'ont jamais fait de test car ils redoutaient d'en connaître le résultat (13 % contre 6 %).

Chez les multipartenaires, c'est-à-dire les personnes les plus exposées au risque de contamination, les motifs de non-recours au test de dépistage les plus souvent cités sont « ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida » (65 %), « vous n'y avez jamais pensé » (37 %), « vous redoutez d'en connaître le résultat » (23 %), « si vous étiez contaminé par le virus du sida, vous auriez peur que quelqu'un de votre entourage l'apprenne » (12 %).

Enfin, parmi les personnes qui ne se sont jamais fait tester au cours de leur vie, si 81 % dans les DFA déclarent ne pas avoir envisagé de faire un test au cours des douze derniers mois, elles sont 17 % à déclarer avoir pensé effectuer un test durant cette période et 2 % ont indiqué y avoir « peut-être » pensé. Ainsi, parmi les personnes jamais testées, la proportion de celles ayant envisagé de faire un test est, dans les DFA, nettement supérieure à ce qu'elle est en métropole (19 % contre 7 %). Dans les DFA, les personnes non-testées qui ont indiqué avoir envisagé de faire un test dans l'année sont plus souvent des jeunes (35 % à 18-24 ans), des personnes ayant le baccalauréat (30 %), des multipartenaires (40 %), notamment des multipartenaires dits « mixtes », c'est-à-dire ayant eu des nouveaux partenaires et des anciens partenaires durant l'année (55 % contre 22 % parmi les multipartenaires n'ayant eu aucun nouveau partenaire).

L'absence de recours au dépistage est liée à des facteurs multiples

Un modèle de régression a été construit afin d'identifier les déterminants du non-recours à un test de dépistage au cours de la vie, en fonction des résultats des analyses précédentes. Les variables suivantes ont été intégrées au modèle : le sexe, le lieu où les personnes ont été interrogées, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, la situation matrimoniale, les caractéristiques de l'activité sexuelle, l'utilisation ou non de préservatif.

Lorsqu'on ajuste le modèle sur l'ensemble des variables, dans les DFA, celles associées au non-recours à un test de dépistage au cours de la vie sont : ne jamais avoir utilisé de préservatif au cours de la vie, être un homme, être âgé de 45 à 69 ans et de 18 à 34 ans, résider en Martinique ou en Guadeloupe, être sans diplôme, ne pas vivre en couple, être né dans le département d'enquête, être abstinent ou monopartenaire.

9. Les indicateurs de risques face au VIH/sida : les infections sexuellement transmissibles et les interruptions volontaires de grossesse

Les hommes et les femmes des DFA, et surtout de Guyane, sont plus nombreux qu'en métropole à déclarer avoir contracté une infection sexuellement transmissible.

Les personnes ayant eu une IST hors mycose dans les cinq dernières années sont les plus exposées au VIH. En effet, on constate une prévalence des IST bien plus élevée parmi les multipartenaires, notamment parmi ceux ayant eu des partenaires simultanément, et parmi les hommes ayant eu recours à la prostitution.

Par ailleurs, dans les trois départements français d'Amérique, les femmes sont nettement plus nombreuses que celles de métropole à avoir eu recours au moins une fois à une IVG au cours de leur vie (32 % contre 20 %) ou au cours des cinq dernières années (6 % contre 2 % en métropole). La Guyane se distingue des départements antillais par une proportion deux fois plus importante de femmes ayant eu recours au moins une fois à une IVG au cours des cinq dernières années (12 % contre 6 % aux Antilles).

Ce plus fort recours aux IVG dans les DFA, particulièrement en Guyane, semble s'expliquer par des pratiques différentes d'utilisation des méthodes contraceptives (moindre recours à un contraceptif, utilisation plus irrégulière, types de méthodes utilisées différentes, etc.).

L'analyse des déclarations relatives aux IST et aux IVG

Des questions relatives aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été posées aux personnes interrogées dans les DFA comme en métropole.

Dans ce chapitre, il est proposé de conduire les analyses en considérant les antécédents d'IST ou d'IVG comme des indicateurs de comportements à risque. En effet, si les antécédents d'IST manifestent une absence de protection par un préservatif, ceux d'IVG indiquent une absence de prévention tant des IST que d'une grossesse non-désirée.

Les objectifs de ce chapitre sont donc :

- de décrire la fréquence déclarée des IST et des IVG dans les trois départements et de la comparer à ce qui est observé en métropole ;
- et d'identifier les caractéristiques des personnes ayant déclaré avoir eu une IST ou une IVG au cours des cinq années précédant l'enquête.

Bien que les mycoses ne soient pas systématiquement des infections sexuellement transmissibles, elles ont été comptabilisées comme telles dans le questionnaire de l'enquête, car les rapports sexuels sans préservatif peuvent accroître le risque de les contracter. Dans ce chapitre, nous avons tout d'abord présenté la fréquence déclarée des IST (y compris les mycoses). Dans un second temps, les mycoses ont été exclues des IST afin de mieux identifier les caractéristiques des personnes ayant eu une IST dans les cinq dernières années.

Répartition des personnes selon les antécédents déclarés d'infection sexuellement transmissible (1) (IST) au cours de la vie (parmi celles sexuellement actives et n'ayant pas eu de partenaire du même sexe durant la période considérée)

« Combien de fois dans votre vie avez-vous eu une maladie ou une infection qui se transmet sexuellement ? »

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		DFA (1)		Métropole (1)	
	H (N=407)	F (N=554)	H (N=328)	F (N=602)	H (N=386)	F (N=570)	H (N=1121)	F (N=1726)	H (N=2094)	F (N=2689)
Jamais d'IST	82,0	83,4	82,3	84,6	76,3	74,6	81,2	82,5	89,1	86,5
Au moins une fois	18,0	16,6	17,7	15,4	23,7	25,4	18,8	17,5	10,9	13,5
dont 1 fois	13,4	12,4	13,1	10,2	15,2	16,7	13,5	12,2	8,0	8,0
dont 2 fois	3,6	2,9	3,1	2,5	5,0	5,1	3,6	3,0	1,6	2,1
dont 3 fois et plus	1,0	1,3	1,5	2,7	3,5	3,6	1,7	2,3	1,2	3,4
p* Hommes : ≠ / p** Femmes : ≠							p* Hommes : ≠ / p** Femmes : ≠			

Pourcentages de personnes ayant indiqué avoir eu une IST (1) selon la date de la dernière (parmi celles sexuellement actives et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe durant la période considérée)

En %	Guadeloupe		Martinique		Guyane		DFA		Métropole	
	H (N=407)	F (N=554)	H (N=328)	F (N=602)	H (N=386)	F (N=570)	H (N=1121)	F (N=1726)	H (N=2094)	F (N=2689)
Moins d'un an	1,2	2,3	2,5	2,2	3,2	4,7	2,1	2,6	0,5	2,2
Plus d'un mais moins de cinq ans	2,9	4,1	1,1	3,5	3,7	5,5	2,2	4,1	1,3	2,8
Plus de cinq ans	13,8	10,2	14,2	9,8	16,8	15,1	14,6	10,8	9,1	8,6
p* Hommes : NS / p** Femmes : ≠							p* Hommes : ≠ / p** Femmes : ≠			

(1) les mycoses sont comprises dans ces données

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et de métropole. NS : écart non significatif.

Fréquence déclarée des infections sexuellement transmissibles

Les personnes des DFA sont plus nombreuses que celles de métropole à indiquer avoir déjà eu au moins une IST au cours de leur vie

Parmi les personnes sexuellement actives au cours de leur vie, près de 20 % d'entre elles dans les DFA ont déclaré avoir déjà eu une IST, quelle qu'elle soit (y compris des mycoses), proportion supérieure à celle de métropole où elle est de 15 %. Par ailleurs, à la différence de ce qui est observé en métropole où les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir eu plusieurs fois des IST dans leur vie, dans les DFA, aucune différence statistique n'apparaît significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les antécédents d'IST. Au total, les hommes des DFA sont près de deux fois plus nombreux que ceux de métropole à indiquer avoir déjà eu une IST (19 % contre 11 %) et les femmes, près d'une fois et demie (18 % contre 14 %). Quand on tient compte de la date de la dernière IST, on note que, quelle que soit la période considérée (moins d'un an, plus d'un an mais moins de cinq ans, plus de cinq ans), la proportion de personnes ayant eu une IST dans l'année reste toujours plus élevée dans les DFA qu'en métropole, en particulier dans la population masculine. Ainsi, par exemple, 2,1 % des hommes des DFA ont déclaré avoir eu une IST dans l'année contre 0,5 % de ceux de métropole.

La Guyane se démarque par une fréquence des IST plus élevée

La Guyane se distingue des deux départements antillais par une proportion plus importante de personnes déclarant avoir eu au moins une IST au cours de leur vie. Parmi les femmes de Guyane sexuellement actives, 25 % ont eu au moins une IST au cours de leur vie contre 15 % en Martinique et 17 % en Guadeloupe (chez les hommes, 24 % en Guyane contre 18 %). Et au-delà de cette différence, les personnes vivant en Guyane qui ont déjà eu une IST dans leur vie sont plus nombreuses qu'aux Antilles à en avoir eu plusieurs fois. Dans la population de Guyane, près d'une personne sur dix a déjà eu plusieurs fois des IST alors que cette proportion est deux fois moindre aux Antilles. Au total, 3 % des hommes et 5 % des femmes de Guyane ont déclaré avoir eu une IST dans l'année contre environ la moitié aux Antilles.

Les circonstances de la découverte de la maladie diffèrent très nettement entre les DFA et la métropole

Le fait d'avoir des symptômes ou des craintes est la circonstance la plus fréquente au cours de laquelle les personnes ayant eu une IST au cours des cinq dernières années l'ont découverte, dans les DFA comme en métropole. En effet, plus de la moitié (56 %) de la population des DFA, hommes et femmes confondus, ont déclaré avoir découvert leur IST de cette manière, proportion nettement moindre qu'en métropole où elle est de 75 %. Cette différence entre les deux espaces s'explique par le fait que les habitants des DFA sont deux fois plus nombreux que ceux de métropole à indiquer avoir découvert leur maladie « lors d'une consultation médicale pour un autre motif » (27 % contre 13 %). D'autre part, les circonstances de découverte de l'IST diffèrent également entre les femmes et les hommes. Si plus d'un tiers des hommes ont découvert leur maladie en étant prévenus par une de leur(s) partenaire(s) sexuel(s), ce n'est le cas que de 5 % des femmes.

Répartition des personnes ayant eu au moins une IST au cours des cinq années précédant l'enquête selon le type de la dernière infection sexuellement transmissible (parmi celles sexuellement actives et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe durant la période considérée)

« De quelle maladie s'agissait-il ? »

En %	DFA		Métropole	
	Hommes (N=51)	Femmes (N=132)	Hommes (N=42)	Femmes (N=142)
Mycose/Champignons/Candidose	28,2	53,0	51,2	65,3
Chlamydiae	13,1	15,0	0,8	4,0
Gonocoque/Blennorragies/Chaude pisse	11,4	1,3	0,0	1,5
Trichomonas	0,0	0,4	0,0	0,6
Syphilis	2,0	2,6	0,0	0,0
Mycoplasme	0,0	1,8	0,9	2,9
Herpès génital	16,0	9,8	17,9	6,9
Papillomavirus/Condylome/Crêtes de coq	0,0	6,1	5,8	7,5
Hépatite B	1,0	0,0	3,2	0,0
Séropositivité au VIH ou sida	1,5	0,0	0,0	0,0
Autres	0,0	1,7	10,1	4,9
Ne sait plus le nom	23,5	7,9	10,1	6,4
Non réponse	3,3	0,4	0,0	0,0
p*		≠		NS
p** Hommes : ≠ / p** Femmes : NS				

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes des DFA ou entre les hommes et les femmes de métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des DFA et ceux de métropole (ou entre les femmes des DFA et celles de métropole). NS : écart non significatif.

Le type d'infections sexuellement transmissibles

Dans les DFA, parmi les personnes sexuellement actives au cours des cinq ans, 6 % ont eu une IST au cours de cette période (4 % en métropole), et davantage les femmes que les hommes (7 % contre 4 % dans les DFA et 5 % contre 2 % en métropole).

Les chlamydiae sont des infections nettement plus fréquemment déclarées dans les DFA qu'en métropole

Quels que soient l'espace géographique et le sexe, les mycoses sont les infections les plus souvent citées par les personnes ayant contracté une IST dans les cinq ans, (44 % dans les DFA, proportion nettement moins importante qu'en métropole où elle est de 62 %, écart significatif). Même si, dans les DFA, les hommes sont plus nombreux qu'en métropole à n'avoir pas pu préciser le nom de l'infection qu'ils avaient eue (un quart des hommes contre un dixième en métropole), ces différences ne suffisent pas à expliquer la plus faible part des mycoses dans les DFA. En effet, les infections à chlamydiae apparaissent nettement plus fréquentes (13 % des hommes et 15 % des femmes des DFA comme respectivement 1 % et 4 % en métropole), ainsi que les gonococcies dans la population masculine des DFA (11 % contre 0 % en métropole).

Dans les DFA, le type d'IST diffère entre les hommes et les femmes

Si en métropole, peu de différence existe entre le type d'infections déclaré par les hommes et par les femmes (hormis l'herpès génital plus fréquent dans la population masculine), en revanche, dans les DFA, les déclarations diffèrent assez sensiblement entre les femmes et les hommes. Tout d'abord, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à indiquer ne pas savoir le nom de l'infection (24 % contre 8 % des femmes). Bien que les mycoses soient les IST les plus souvent citées, par les hommes comme par les femmes, elles le sont dans une proportion nettement plus importante par ces dernières (53 % contre 28 % pour les hommes). Chez les femmes, ce sont les chlamydiae qui viennent ensuite (15 %), l'herpès (10 %) puis le papillomavirus (6 %) alors que chez les hommes, il s'agit de l'herpès (16 %), des chlamydiae (13 %) puis des gonococcies (11 %).

Proportion de personnes ayant indiqué avoir eu une IST (hors mycose) au cours des cinq dernières années (parmi celles sexuellement actives au cours des cinq années précédant l'enquête et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe durant la période considérée)

<i>En %</i>	DFA (N=2847)	Métropole (N=4783)	p*
<i>Selon le sexe</i>			
Hommes	3,0	0,9	≠
Femmes	3,1	1,7	≠
p**	NS	≠	
<i>Selon l'âge</i>			
Moins de 35 ans	3,2	2,3	NS
Plus de 35 ans	3,0	0,8	≠
p**	NS	≠	
<i>Selon le lieu de naissance</i>			
Dans le département d'enquête	2,7	-	
En métropole	3,2	-	
Dans les autres DOM	5,1	-	
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	2,3	-	
Autres (nés à l'étranger)	14,4	-	
p**	≠		
<i>Selon le statut matrimonial</i>			
Marié(e)s cohabitants	1,6	0,7	≠
Non marié(e)s cohabitants	5,7	1,9	≠
Non cohabitant(s)	3,6	2,2	NS
p**	≠	≠	
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq dernières années</i>			
Monopartenaires	1,9	0,7	≠
Multipartenaires	5,0	2,9	≠
dont multi. avec partenaires successifs	3,7	3,0	NS
dont multi. avec partenaires simultanés	6,4	2,7	≠
p** (mono. / multi.) – (successifs / simultanés)	≠ – ≠	≠ – NS	
<i>Selon le recours à la prostitution des hommes au cours des cinq dernières années</i>			
Oui	9,4	0,5	≠
Non	2,9	1,3	≠
p**	≠	NS	
Ensemble	3,1	1,3	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les modalités de la variable (le sexe, l'âge, etc.). NS : écart non significatif.

Caractéristiques des personnes ayant eu, au cours des cinq dernières années, une IST (hors mycose)

Les mycoses n'étant pas obligatoirement transmises par voie sexuelle, nous avons choisi, pour pouvoir identifier les caractéristiques des personnes ayant déclaré avoir eu une IST, de les exclure. Aussi, l'analyse porte ici sur les personnes ayant déclaré avoir eu, au cours des cinq dernières années, une IST hors mycose

La proportion de personnes ayant eu une IST hors mycose dans les cinq dernières années est nettement supérieure dans les DFA qu'en métropole

Dans les DFA, 3 % de la population a indiqué avoir eu une IST hors mycose au cours des cinq dernières années (2,8 % en Guadeloupe, 2,6 % en Martinique et 5,2 % en Guyane, écarts significatifs) soit plus du double de ce qui est enregistré en métropole (1,3 %). La plus forte proportion de personnes touchées par des IST hors mycose dans les DFA comparée à la métropole peut s'observer dans quasiment toutes les composantes de la population (chez les hommes comme chez les femmes, quelles que soient les caractéristiques de l'activité sexuelle, quelle que soit la situation matrimoniale, etc.).

Dans les DFA, les personnes ayant eu une IST hors mycose dans les cinq dernières années sont les plus exposées au VIH

La proportion de personnes aux Antilles et en Guyane ayant déclaré avoir eu une IST hors mycose dans les cinq dernières années ne diffère ni selon le sexe, ni selon la classe d'âges, à la différence de la métropole où les femmes et les plus jeunes sont plus nombreux à être touchés par les IST, ce qui tendrait à montrer que les prises de risque dans les DFA sont moins limitées à une catégorie de la population qu'en métropole. La persistance du multipartenariat aux âges avancés dans les DFA (*cf.* chapitre 6), et la faible protection parmi les multipartenaires les plus âgés (*cf.* chapitre 7), expliquent probablement le maintien d'une forte prévalence des IST parmi les personnes les plus âgées. Parmi les hommes âgés de 45 à 69 ans par exemple, 3 % dans les DFA ont déclaré avoir eu une IST hors mycose dans les cinq ans contre 0,1 % en métropole.

Si, dans les DFA, la prévalence des IST hors mycose varie faiblement selon l'âge et le sexe, en revanche, les personnes ayant eu une IST hors mycose dans les cinq dernières années se distinguent très nettement des autres en ce qui concerne les caractéristiques de leur activité sexuelle. En effet, 5 % des personnes ayant eu plusieurs partenaires au cours des cinq dernières années ont déclaré avoir eu une IST hors mycose durant cette même période contre 2 % des personnes n'ayant eu qu'un partenaire. Et, parmi les multipartenaires, c'est parmi ceux qui ont déclaré avoir eu des partenaires simultanément que cette proportion est la plus élevée (6 % contre 4 % parmi les multipartenaires ayant eu des partenaires successivement). Les hommes ayant eu recours à la prostitution apparaissent particulièrement touchés par les IST puisque près d'un sur dix a eu une infection transmise sexuellement dans les cinq dernières années.

Répartition des femmes selon leur recours à une IVG au cours de leur vie (parmi les femmes sexuellement actives et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe durant la période considérée)

« Au cours de votre vie, combien d'IVG, c'est-à-dire combien d'interruptions volontaires de grossesse avez-vous eues ? »

En %	Guadeloupe (N=554)	Martinique (N=602)	Guyane (N=570)	DFA (N=1726)	Métropole (N=1344)
Aucune	65,1	71,7	61,8	67,6	80,5
Au moins une IVG	33,3	28,3	37,5	31,6	19,5
Dont une IVG	20,0	20,0	22,8	20,2	13,2
Dont plusieurs IVG	13,3	8,3	14,7	11,4	6,3
Non réponse	1,6	0,0	0,7	0,8	0,0
p*		NS			≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et celles de métropole. NS : écart non significatif.

Pourcentages de femmes ayant déclaré avoir recouru à au moins une IVG au cours de leur vie selon leur âge au moment de l'enquête (parmi celles sexuellement actives et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe durant la période considérée)

En %	Guadeloupe (N=554)	Martinique (N=602)	Guyane (N=570)	p*	DFA (1) (N=1726)	Métropole (1) (N=1344)
18-24 ans	14,5	16,2	23,9	NS	16,9	6,7
25-34 ans	24,0	26,1	36,4	NS	26,5	14,6
35-44 ans	39,6	30,4	39,3	NS	35,9	22,3
45-54 ans	48,2	37,5	50,0	NS	43,8	30,0
55-69 ans	30,4	24,6	32,9	NS	27,5	18,7
p**	≠	NS	≠		≠	≠
Ensemble	33,3 [28,9-37,9]	28,3 [24,3-32,6]	37,5 [32,9-42,4]	≠	31,6 [29,0-34,4]	19,5 [17,2-21,9]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge. NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des DFA et celles de métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les déclarations de recours aux interruptions volontaires de grossesse au cours de la vie

Un recours à l'IVG nettement plus élevé dans les DFA, surtout en Guyane

Dans les DFA, les femmes sont nettement plus nombreuses que celles de métropole à avoir eu recours, au moins une fois, à une IVG au cours de leur vie (32 % dans les DFA contre 20 % en métropole) et elles sont également plus nombreuses à y avoir recouru plusieurs fois (11 % des femmes des DFA contre 6 % de celles de métropole).

S'il existe moins de différences entre les trois départements français d'Amérique qu'entre les DFA et la métropole, il convient néanmoins de souligner que les femmes de Guyane sont significativement plus nombreuses que celles de Martinique (et dans une moindre mesure que celles de Guadeloupe) à avoir eu, au moins une fois, recours à une IVG au cours de leur vie (38 % contre 28 % en Martinique et 33 % en Guadeloupe). En revanche, les hommes des trois départements ont des déclarations comparables : 28 % d'entre eux indiquent que, au cours de leur vie, une de leurs partenaires, enceinte d'eux, a eu recours à une IVG, proportion environ deux fois supérieure aux déclarations des hommes interrogés en métropole (15 %).

Le recours à l'IVG est nettement plus fréquent chez les femmes âgées de 18 à 24 ans dans les DFA qu'en métropole

Si, quelle que soit la classe d'âges considérée, le recours à l'IVG est nettement plus important dans les DFA qu'en métropole, c'est chez les femmes âgées de 18 à 24 ans que l'écart entre les espaces géographiques est le plus important. En effet, les femmes des DFA âgées de 18 à 24 ans sont près de trois fois plus nombreuses que celles de métropole (17 % contre 7 %) à avoir déjà recouru à une IVG, alors même qu'il n'a pas été observé une plus grande précocité de l'entrée dans la sexualité chez les femmes des DFA comparée à celles de métropole, ce qui montre l'effort de sensibilisation à produire au sein des jeunes sur l'utilisation des préservatifs et des méthodes contraceptives.

La Guyane se distingue des deux départements antillais par une plus grande précocité des IVG : 10 % des IVG sont intervenues chez des femmes âgées de moins de 18 ans alors que cette proportion est de 3 à 4 % aux Antilles comme en métropole.

Au total, aux Antilles et en Guyane, près d'une femme sur deux arrivant en fin de vie féconde (45-54 ans) a eu, au moins une fois dans sa vie, recours à une IVG contre moins d'une sur trois en métropole.

Pourcentages de femmes ayant déclaré avoir eu recours, au moins une fois, à une IVG au cours des cinq dernières années (parmi celles sexuellement actives au cours des cinq dernières années et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe durant cette période)

<i>En %</i>	Guadeloupe (N=505)	Martinique (N=547)	Guyane (N=514)	p*	DFA (1) (N=1566)	Métropole (1) (N=2530)
<i>Selon l'âge</i>						
18-24 ans	10,9	10,0	17,8	NS	11,6	2,7
25-34 ans	12,0	8,2	15,8	NS	10,4	3,0
35-44 ans	5,1	5,4	11,7	NS	6,3	2,5
45-54 ans	6,0	1,7	2,3	NS	3,6	0,4
55-69 ans	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0
p**	NS	≠	≠		≠	≠
<i>Selon le diplôme</i>						
Sans diplôme	5,3	2,5	12,2	≠	4,9	1,0
BEP/CAP/BEPC	8,5	5,5	14,5	≠	7,6	2,0
Baccalauréat ou équivalent	9,1	4,7	11,0	NS	7,3	1,3
Etudes supérieures	4,2	6,0	7,9	NS	5,7	1,5
p**	NS	NS	NS		NS	NS
<i>Selon le lieu de naissance</i>						
Dans le dép. d'enquête	5,9	4,6	14,2	≠	5,9	-
En métropole	6,0	5,5	0,3	NS	4,0	-
Dans les autres DOM	-	-	8,0	-	9,3	-
Caraiïbe / Amérique du Sud	15,0	-	19,5	-	16,6	-
Autres	-	-	0,0	-	0,0	-
p**	NS	NS	≠		≠	-
<i>Selon la situation matrimoniale</i>						
Mariées cohabitantes	3,3	2,4	7,1	NS	3,3	0,6
Non mariées cohabitantes	14,0	4,5	14,3	NS	10,4	3,7
Non cohabitantes	8,5	7,0	14,4	NS	8,1	2,6
p**	≠	NS	NS		≠	≠
<i>Selon le fait d'être dans une situation de monoparentalité</i>						
Oui	7,9	6,5	17,7	≠	8,5	3,3
Non	8,9	7,3	11,2	NS	7,8	2,2
p**	NS	NS	NS		NS	NS
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des cinq dernières années</i>						
Monopartenaires	5,7	3,3	8,9	≠	4,9	1,0
Multipartenaires	10,4	8,4	18,0	NS	10,5	3,4
p**	NS	≠	≠		≠	≠
Ensemble	6,8 [6,6-10,1]	4,6 [3,0-7,1]	11,4 [8,6-14,9]	≠	6,3 [5,0-8,0]	1,5 [1,1-2,2]

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des trois départements. NS : écart non significatif.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge... NS : écart non significatif.

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les femmes des DFA et celles de la métropole. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

Les facteurs pouvant être associés au recours à une IVG au cours des cinq dernières années

Dans les DFA, 6 % des femmes déclarent avoir eu recours, au moins une fois, à une IVG au cours des cinq dernières années contre 2 % en métropole. Ce recours récent à une IVG est plus fréquent en Guyane qu'aux Antilles (4 % en Martinique, 6 % en Guadeloupe et 11 % en Guyane) et, bien qu'il tende à diminuer avec l'âge, reste important chez les femmes de Guyane âgées de 35-44 ans. En effet, à cet âge, les femmes sont encore 12 % à indiquer avoir eu recours à une IVG dans les cinq ans contre 5 % de celles des Antilles (écart significatif) ou 3 % de celles de métropole.

Le recours plus élevé aux IVG dans les DFA qu'en métropole concerne toutes les catégories de femmes

Comparé à la métropole, il est surtout notable que le recours plus élevé aux IVG dans les DFA se retrouve parmi l'ensemble des femmes : les plus jeunes comme les plus âgées, les moins diplômées comme les plus diplômées, les monopartenaires comme les multipartenaires, les femmes mariées comme celles qui ne le sont pas, etc. Par exemple, quel que soit le diplôme, les femmes des DFA sont toujours plus nombreuses que celles de métropole à avoir eu recours à une IVG dans les cinq ans. Même si les écarts entre la Guyane et les deux départements des Antilles n'apparaissent pas toujours significatifs, probablement du fait de la faiblesse des effectifs, on retrouve également ce plus grand recours à une IVG en Guyane dans presque toutes les composantes de la population (à l'exception des femmes nées en métropole vivant en Guyane qui ne recourent pas davantage à une IVG que celles vivant aux Antilles).

Certaines catégories de femmes semblent néanmoins plus exposées

Malgré le fait que toutes les catégories de femmes dans les DFA recourent davantage aux IVG qu'en métropole, et celles de Guyane davantage que celles des Antilles, certaines catégories semblent plus exposées à une IVG. C'est le cas des personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud ou des femmes nées en Guyane (environ 15 % à 20 % de recours à une IVG dans les cinq ans contre trois fois moins parmi les autres femmes), des femmes non-mariées, vivant en couple ou pas (deux à trois fois plus de recours à une IVG parmi elles) ou encore des femmes ayant eu plusieurs partenaires dans les cinq dernières années (recours à une IVG deux fois plus fréquent). En revanche, le niveau d'éducation formelle où les indicateurs de précarité apparaissent peu associés au niveau de recours aux IVG dans les cinq ans.

Les femmes semblent avoir des pratiques différentes dans les DFA et en métropole face à la contraception

Ce plus fort recours aux IVG dans les DFA, particulièrement en Guyane, peut sans doute s'expliquer par des pratiques différentes d'utilisation des méthodes contraceptives (moindre recours à un contraceptif, utilisation plus irrégulière, types de méthodes utilisées différentes, etc.). Les femmes interrogées dans les DFA, notamment en Guyane, sont effectivement moins nombreuses que celles interrogées en métropole à indiquer avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel : par exemple, parmi les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996, 74 % de celles interrogées dans les DFA indiquent avoir utilisé une méthode contraceptive (64 % en Guyane, 72 % en Guadeloupe et 79 % en Martinique) contre 86 % des femmes de métropole. De même, elles sont moins nombreuses à avoir indiqué utiliser une méthode de contraception lors du dernier rapport sexuel : à 18-24 ans par exemple, 53 % des femmes des DFA sont dans ce cas (48 % en Guyane, 51 % en Guadeloupe et 57 % en Martinique) contre 69 % de celles de métropole. Enfin, parmi les femmes ayant utilisé une méthode de contraception lors du dernier rapport, l'usage d'un contraceptif oral est nettement moins fréquent dans les DFA au bénéfice d'autres moyens comme le préservatif, et ceci quel que soit le type de partenaire (conjoint ou non). Ainsi, parmi les femmes de 18 à 35 ans utilisant un contraceptif et ayant eu le dernier rapport sexuel avec leur conjoint, 62 % dans les DFA citent la pilule (48 % en Guyane) contre 77 % en métropole (respectivement 56 % contre 75 % parmi les femmes lorsque le dernier rapport sexuel ne s'est pas déroulé avec le conjoint).

Synthèse et conclusions

Ce rapport présente les premiers résultats de l'enquête conduite fin 2004 sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations résidant dans l'archipel de la Guadeloupe, en Martinique et dans les communes du littoral guyanais. Son objectif est de caractériser les représentations que ces populations ont du VIH/sida, leurs connaissances de l'infection, des moyens de s'en protéger et celles des traitements, les attitudes qu'elles ont à l'égard des personnes touchées par le VIH, leur perception du risque et enfin leurs modes d'adaptation face au VIH.

Trois axes d'analyses ont été privilégiés dans ce rapport : une comparaison dans le temps, une comparaison dans l'espace et une comparaison des populations au sein de chacun des départements.

La comparaison dans le temps a été conduite en confrontant les données de l'enquête de 2004 aux résultats de celle de 1992, date de la seule enquête sur la sexualité dans le contexte du sida menée jusqu'alors parmi la population générale des Antilles et de Guyane. La confrontation des données de 2004 avec celles de l'enquête de 1992 intitulée « Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane » (ACSAG), a permis, pour les indicateurs communs aux deux enquêtes, de mesurer les évolutions qui se sont déroulées au cours des douze dernières années¹. Néanmoins, même si les deux enquêtes ont été réalisées selon un principe méthodologique comparable (échantillon composé par tirage aléatoire), leur mise en œuvre a été suffisamment distincte² pour que des différences observées entre 1992 et 2004 puissent être exclusivement liées au principe de constitution des échantillons. Aussi, seuls les écarts les plus notables, observés durant cette période, ont été retenus comme étant la manifestation de changements réels parmi la population.

Pour ce qui est de la comparaison dans l'espace, il a été tenté, d'une part, de mettre en relief ce qui distingue ou rapproche les Départements français d'Amérique (DFA) de l'espace hexagonal et, d'autre part, de pointer, au sein des DFA, les éventuelles spécificités de chacun des départements. La comparaison avec la métropole a été conduite à partir des données de l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida de la population résidant en France métropolitaine réalisée également par l'Observatoire régional de

1 Les données de l'enquête ACSAG citées dans ce rapport sont issues de deux documents réalisés par Giraud M., Gilloire A. et al., *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*, rapport intermédiaire, 1994 et *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*, dossier de presse, 1995.

2 Enquête par téléphone en 2004 versus en face-à-face en 1992, abonnés au téléphone (liste publique et liste rouge) comme base de sondage aux Antilles et en Guyane en 2004 versus abonnés au téléphone sur liste publique aux Antilles et logements repérés sur plans de cadastre en Guyane comme base de sondage en 1992.

santé d'Ile-de-France³ au cours du premier semestre 2004 selon une méthodologie strictement comparable à celle employée aux Antilles et en Guyane⁴.

Enfin, dans chacun des espaces antillais et guyanais, une approche populationnelle a été privilégiée, cherchant à identifier les différences de connaissances, d'attitudes et de comportements face au VIH/sida qui peuvent se manifester entre les différentes composantes des populations résidant au sein de chaque département (les hommes et les femmes, les plus jeunes et les âgés, les personnes faiblement diplômées et celles diplômées de l'enseignement supérieur, les personnes nées dans le département d'enquête et celles nées en métropole ou nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du sud, etc.).

C'est avec cette triple perspective que sont présentées la synthèse et les conclusions.

Quelles sont les évolutions observées aux Antilles et en Guyane entre 1992 et 2004 ?

Les données de l'enquête de 2004 montrent sans ambiguïté des améliorations majeures entre 1992 et 2004 dans le domaine des connaissances liées au VIH/sida, des attitudes à l'égard des personnes touchées par l'infection et des comportements de prévention.

Entre 1992 et 2004, les populations des Antilles et de Guyane se sont en effet davantage appropriées les connaissances relatives aux modes de transmission du VIH. Globalement, en 2004, les personnes interrogées dans les DFA savent quels sont les modes de transmission du VIH. Elles sont 97 % à savoir que le VIH peut se transmettre lors d'un rapport sexuel sans préservatif ou encore 96 % lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée. De plus, même si des croyances persistent sur la transmission par simple contact (15 à 20 % des individus croient que le VIH peut se transmettre dans les toilettes publiques, en buvant dans le verre d'une personne contaminée, en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée ou encore par piqûre de moustique), les habitants des DFA sont bien plus nombreux en 2004 à savoir que ces circonstances ne transmettent pas le virus du sida.

Cette meilleure connaissance des modes de transmission est associée à une compréhension plus exacte de l'efficacité des différentes stratégies pouvant être utilisées pour se protéger du VIH ou

3 Beltzer N. et al., *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, Evolutions 1992, 1994, 1998, 2001, 2004*, ORS Ile-de-France, novembre 2005.

4 En métropole, seules les personnes parlant français étaient éligibles, à la différence de l'enquête aux Antilles et en Guyane où les personnes pouvaient parler français ou créole et être interrogées dans les deux langues.

en limiter les risques. Le fait d'utiliser un préservatif masculin, qui, en 1992, était déjà largement reconnu comme étant efficace pour se protéger du VIH, reste au même niveau en 2004 (environ neuf personnes sur dix considèrent qu'il s'agit d'un moyen efficace). En revanche, les moyens peu ou pas fiables sont désormais moins souvent jugés efficaces. Par exemple, en 1992, si environ 65 % des personnes interrogées dans les DFA indiquaient que, pour se protéger du VIH, il est efficace de « choisir correctement ses partenaires », cette proportion est désormais de 42 %. De même, en 2004, deux fois moins de personnes qu'en 1992 estiment que la toilette intime après un rapport sexuel constitue un moyen efficace de protection du VIH. Il y a donc actuellement, parmi les populations résidant dans les DFA, une meilleure hiérarchisation qu'au début des années quatre-vingt dix des stratégies pouvant être utilisées pour limiter les risques de contamination.

L'amélioration des connaissances des modes de transmission a probablement contribué à réduire les attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes touchées par l'infection. Bien que la stigmatisation se manifeste encore fortement aux Antilles et en Guyane, la proportion de personnes favorables à des mesures discriminatoires à prendre à l'encontre des personnes séropositives a sensiblement diminué. Par exemple, en 1992, environ 20 % des personnes vivant dans les DFA trouvaient qu'il était légitime d'interdire à un enfant atteint du sida d'aller à l'école, cette proportion est de 8 % en 2004. De même, la proportion de personnes qui, en 2004, ont indiqué qu'elles accepteraient de faire des activités avec une personne séropositive, bien qu'encore trop faible, a nettement augmenté depuis 1992. Désormais, deux personnes sur trois indiquent qu'elles « accepteraient d'aller manger chez une personne séropositive », alors qu'elles n'étaient qu'une sur deux dans ce cas il y a douze ans.

En termes de comportements sexuels, des évolutions majeures peuvent être observées entre l'enquête de 1992 et celle de 2004.

Tout d'abord, si la fréquence des personnes indiquant avoir eu plusieurs partenaires⁵ dans l'année (les multipartenaires) reste à des niveaux plus élevés qu'en métropole, le multipartenariat semble être en régression entre 1992 et 2004, chez les hommes comme, dans une moindre mesure, chez les femmes. C'est dans la population masculine de Guyane et de Guadeloupe, où les proportions de multipartenaires étaient les plus élevées en 1992 (quatre hommes sur dix indiquaient être dans ce cas), que la baisse est la plus notable, puisque désormais ce comportement ne concernerait que deux hommes sur dix, cela dans les trois départements. Nous reviendrons sur cette tendance à l'homogénéisation des comportements, mais aussi des connaissances et des attitudes, entre les populations résidant dans les trois départements français d'Amérique.

5 simultanément ou successivement.

Autre changement particulièrement notable, le recours des hommes à la prostitution féminine est moins souvent rapporté qu'auparavant dans les trois départements, mais de façon très nette en Guyane où, en 1992, 23 % des hommes avaient indiqué y avoir eu recours au cours des cinq ans précédant l'enquête, alors que c'est désormais le cas de 7 % d'entre eux. On ne peut exclure qu'une partie de la baisse soit liée aux différences méthodologiques évoquées auparavant ou à une tendance plus forte qu'il pourrait y avoir en 2004 à vouloir sous-déclarer ce comportement du fait d'une norme sociale qui aurait changé au cours de ces douze années. Néanmoins, on peut raisonnablement penser que la différence de déclaration des hommes de Guyane entre 1992 et 2004 est fondée, au moins en partie, sur un changement réel, caractérisé par une diminution du recours à la prostitution dans ce département. L'un des éléments qui renforce la validité de ces observations vient du fait que l'enquête complémentaire conduite auprès des personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile montre des résultats tout à fait comparables, en ce qui concerne le recours à la prostitution. Chez les hommes de moins de 35 ans interrogés par téléphone mobile dans les trois départements, 7 % rapportent un recours à la prostitution dans les cinq ans, proportion identique à celle des hommes interrogés par téléphone filaire. D'autre part, une baisse aussi significative du recours à la prostitution a été notée en métropole sur un intervalle de temps à peu près comparable. Entre l'enquête réalisée par Pierre Simon sur le comportement sexuel des Français en 1971 et celle conduite par Alfred Spira en 1992 (Analyse des comportements sexuels en France), la proportion d'hommes âgés de 20 à 29 ans indiquant avoir déjà eu recours à la prostitution est passée de 25 % à 5 %⁶.

Les années qui ont séparé l'enquête ACSAG de 1992 de celle de 2004 ont aussi été marquées par une large diffusion de l'utilisation du préservatif masculin parmi les populations des Antilles et de Guyane. Désormais, une très large majorité des habitants des DFA ont déjà utilisé, au moins une fois, un préservatif au cours de leur vie, que ce soit chez les hommes où la proportion est passée de 70 % en 1992 à 85 % en 2004 ou chez les femmes où elle est passée de moins 50 % à 72 %. Cette large diffusion du préservatif, qui manifeste clairement un succès des politiques de prévention, est particulièrement notable pour ce qui est de son utilisation lors du premier rapport sexuel. Parmi les hommes qui ont eu récemment leur premier rapport sexuel (depuis 1996), 80 % ont utilisé un préservatif à cette occasion alors que ce n'était le cas que de 32 % des hommes ayant eu leur premier rapport sexuel à la fin des années quatre-vingt (entre 1988 et 1991) ou de 7 % de ceux l'ayant eu avant la médiatisation autour du sida (avant 1985). Chez les femmes, cette même tendance est observable avec des proportions respectives de 71 %, 43 % et 10 %. De plus, il convient de souligner que la progression de l'utilisation déclarée des préservatifs entre 1992 et 2004 a essentiellement concerné les personnes les plus exposées au risque. En effet, la proportion de personnes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs durant

6 Spira A. et al., *Les comportements sexuels en France*, La documentation Française, Paris, 1993, p. 142.

l'année précédant l'enquête est restée stable, entre 1992 et 2004, chez les monopartenaires (aux environs de 25 %), alors qu'elle a progressé chez les multipartenaires. Ce sont les femmes multipartenaires qui ont le plus bénéficié de cette meilleure prévention. En Guyane par exemple, où elles n'étaient que 42 % en 1992 à avoir utilisé des préservatifs dans l'année, elles sont désormais 76 % dans ce cas (respectivement 73 % et 81 % chez les hommes). Néanmoins, malgré ces améliorations, la plus grande vulnérabilité des femmes face au VIH, qui était déjà soulignée dans l'enquête ACSAG, reste notable dans l'enquête de 2004 : les femmes, dans des situations comparables à celles des hommes, sont moins nombreuses à se protéger, et les comportements de protection qu'elles décrivent se révèlent moins étroitement liés aux situations de risque auxquelles elles peuvent être exposées.

Enfin, même si les pratiques actuelles de recours au dépistage du VIH des populations des DFA restent fréquentes, elles semblent être en diminution par rapport à 1992. En effet, alors qu'en 1992, environ un tiers des habitants des DFA avaient indiqué avoir fait un test de dépistage du VIH dans l'année, ils sont désormais moins de 20 % dans ce cas. Une des caractéristiques du recours au dépistage du VIH aux Antilles et en Guyane, déjà observée en 1992, est que ce recours est assez faiblement associé aux caractéristiques de l'activité sexuelle des individus. En effet, ce recours semble peu relever d'une logique de prévention, comme le suggère aussi, par exemple, le fait qu'une grande partie des tests soit effectuée dans le cadre de « bilans sanguins ». Or, la diminution du recours au dépistage ne semble pas s'accompagner d'un dépistage plus ciblé en direction de personnes davantage exposées au risque du VIH, puisque la baisse de ce recours est observée aussi bien chez les monopartenaires que chez les multipartenaires. En Guadeloupe par exemple, la proportion d'hommes ayant fait au moins un test dans l'année est passée, chez les monopartenaires, de 27 % en 1992 à 17 % en 2004 et chez les multipartenaires de 31 % à 21 % (chez les femmes, respectivement 30 % à 17 % et 51 % à 30 %). S'il est difficile d'interpréter cette baisse du recours au dépistage sur une période aussi longue (la baisse a-t-elle été progressive, est-elle intervenue récemment, les pratiques des médecins ont-elles évolué, etc.), dans des départements où les personnes séropositives sont fréquemment dépistées tardivement et dans lesquels l'incitation au dépistage constitue un des objectifs des trois programmes régionaux de lutte contre le VIH/sida⁷, on ne peut s'empêcher de voir, dans ces résultats, un indicateur quelque peu préoccupant.

7 En Guadeloupe, le second objectif du Programme 2005-2008 de lutte contre le VIH et le sida est de « favoriser l'accès au dépistage » en renforçant « de manière notable le recours au dépistage et la prise en charge précoce ».

En Martinique, le Programme régional de santé publique VIH-sida 2004-2009 inscrit également comme second objectif « Diminuer le nombre de personnes qui ignorent leur statut sérologique » en rendant « les acteurs de santé acteurs volontaires du dépistage », en continuant « à inciter la population au dépistage » et en définissant « des stratégies en direction des groupes particuliers ».

Enfin, en Guyane, le Programme régional de santé VIH/SIDA 2003-2005 fixe aussi comme seconde recommandation d'« améliorer l'accès au dépistage » et l'accès à la prise en charge suite au dépistage, notamment en développant la communication autour du dépistage, en améliorant les conditions de fonctionnement des lieux de dépistage et en développant la formation des professionnels de santé.

Quelles sont, en 2004, les caractéristiques communes aux DFA et spécifiques par rapport à la métropole ?

Si, dans les DFA comme en métropole, les évolutions observées entre 1992 et 2004 sont globalement allées dans le sens d'une meilleure prise en compte du VIH/sida dans les comportements des individus, des différences importantes existent entre ces deux espaces géographiques. La mise en évidence de ces différences, en relevant, dans un premier temps, ce qui est commun aux trois départements, doit pouvoir permettre de mieux adapter les outils de prévention, ainsi que la politique nationale de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles, en prenant davantage en compte les spécificités de cette région.

Tout d'abord, aucun élément de l'enquête réalisée aux Antilles et en Guyane ne permet d'observer une *banalisation* du VIH/sida parmi la population ou ne suggère un *relâchement* des conduites préventives, à la différence de ce qui peut être noté en métropole⁸. En effet, les données convergent toutes pour indiquer que le VIH/sida constitue en 2004 un sujet de préoccupation majeure parmi les populations des Antilles et de Guyane. Les habitants de ces régions sont beaucoup plus nombreux qu'en métropole à se déclarer « très concernés » par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs (43 % contre 29 %). Il existe aussi une crainte du VIH/sida plus forte qu'en métropole. Dans les DFA, 47 % des individus ont indiqué craindre personnellement « beaucoup » le sida contre seulement 13 % de ceux de métropole. Les habitants des DFA sont aussi plus nombreux qu'en métropole à indiquer avoir déjà craint d'avoir été contaminé par le VIH (31 % contre 23 %). De plus, la perception du risque lié au VIH/sida semble concerner davantage l'ensemble de la population, alors qu'en métropole, la perception du risque lié au VIH/sida concerne beaucoup plus spécifiquement les plus jeunes. Chez les personnes de 55-69 ans par exemple, si 79 % des habitants de métropole déclarent avoir moins de risque ou aucun risque d'être contaminés par le VIH par rapport à la moyenne des gens, cette proportion n'est que de 59 % dans les DFA. Les habitants des DFA sont à la fois demandeurs d'informations sur le VIH/sida (environ un tiers des habitants s'estime insuffisamment informé) et accordent une large confiance dans les sources qui font autorité en matière de délivrance d'information sur le sida (les médecins, les associations, les chercheurs, le ministère de la santé), et à des niveaux supérieurs à ceux observés en métropole (les trois-quarts des habitants des DFA disent leur faire « tout à fait » confiance contre 60 % en métropole). Une vingtaine d'années après l'arrivée du sida, force est de constater que celui-ci est désormais largement intégré dans l'univers des risques et maladies de la population des DFA, dans son ensemble, et ce contexte constitue un élément favorable pour asseoir la communication sur le VIH/sida.

8 En population générale, Beltzer N. et *al.*, op. cit. Parmi les homosexuels masculins, Velter A. et *al.*, *Premiers résultats de l'Enquête Presse Gay 2004*, ANRS, InVS, 22 juin 2005.

Néanmoins, il convient de souligner que, à côté de ces aspects plutôt positifs, d'autres éléments semblent plus défavorables qu'en métropole. Leur mise en évidence permet d'identifier les aspects sur lesquels des efforts restent à faire en matière de prévention.

Tout d'abord, même si la connaissance du VIH/sida a nettement progressé depuis 1992, les populations résidant aux Antilles et en Guyane ont, comparées à celles de métropole, des connaissances plus floues sur l'infection. Les modes de transmission sont légèrement, mais significativement, moins bien connus qu'en métropole. Si en métropole, 99 % des habitants indiquent que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif, c'est le cas de 97 % de ceux des DFA. Les croyances sur la transmission par simple contact sont également, légèrement, mais significativement, plus fréquentes. Dans les DFA, 14 % des habitants croient que le VIH peut se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée contre 11 % en métropole, ou 4 % indiquent que la transmission est possible en serrant la main d'une personne contaminée contre 2 % en métropole. Seule la piqure de moustique est mieux connue dans les DFA comme n'étant pas un vecteur de transmission du VIH (ce sont tout de même 19 % des individus dans les DFA qui pensent que la transmission est possible contre 23 % en métropole). Mais au-delà de cela, les mécanismes de transmission semblent moins bien compris dans les DFA, comme le suggère par exemple le fait que, si 97 % des individus savent que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif, ils sont tout de même 24 % à indiquer que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels avec préservatif (16 % en métropole).

Cette moindre connaissance se manifeste sur d'autres aspects concernant le VIH/sida, notamment sur ceux où les avancées médicales ont été les plus importantes ces dernières années. Les questions relatives aux traitements ou au dépistage font apparaître des connaissances nettement moindres parmi les habitants des Antilles et de Guyane. Ils sont, en effet, environ deux fois plus nombreux que ceux de métropole à ne jamais « avoir entendu parler des traitements contre le sida⁹ » (52 % contre 28 %). Les connaissances relatives aux circonstances au cours desquelles le test de dépistage du VIH est obligatoire¹⁰ révèlent une confusion plus marquée qu'en métropole sur les conditions du dépistage. Ce sont en effet 37 % des personnes interrogées dans les DFA qui ont indiqué que le test était obligatoire à l'entrée à l'hôpital (contre 17 % en métropole) et environ une personne sur deux qui a indiqué que le test était obligatoire dans « tous les examens sanguins ». Enfin, bien que la très grande majorité des habitants des DFA (97 %) sache que le test de dépistage se fait par une analyse de sang, ils sont 18 % à penser que cela peut être effectué par une analyse d'urine (respectivement 99 % et 15 % en métropole).

9 La question exacte était « *Avez-vous entendu parler des traitements contre le virus du sida, que l'on appelle trithérapies ou multithérapies ?* ».

10 Rappelons que, en France, le test VIH n'est obligatoire que lors d'un don de sang, d'organe ou de lait. Dans les autres cas, le consentement est toujours nécessaire, y compris lors de l'examen prénatal et prénuptial où seule une proposition de test doit être systématiquement faite par un médecin.

La crainte plus élevée que suscite le VIH/sida aux Antilles et en Guyane, les croyances plus répandues en une transmission possible par simple contact, la perception d'une forte contagiosité du sida¹¹ contribuent très certainement à favoriser les attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes séropositives. Et ce sont effectivement les personnes ayant les moins bons niveaux de connaissance qui sont les plus nombreuses à déclarer des attitudes stigmatisantes. Bien que l'acceptation d'avoir des relations sociales avec une personne séropositive a progressé depuis 1992 et que les habitants des DFA sont désormais moins favorables à des mesures visant à exclure ou isoler les personnes séropositives, les données de 2004 montrent que la stigmatisation déclarée à l'encontre des personnes touchées par le VIH continue de s'y manifester avec plus d'acuité que dans l'hexagone. Ainsi, 15 % des habitants des DFA ne désapprouvent pas l'idée selon laquelle « il faut isoler les malades du sida du reste de la population » (6 % en métropole), ils ne sont que 48 % à indiquer qu'ils accepteraient de laisser leurs enfants ou leurs petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive (64 % en métropole). Enfin, si (seules) 80 % des personnes indiquent qu'elles continueraient à consulter leur médecin si elles apprenaient qu'il soigne de nombreux malades du sida, elles ne sont plus que 47 % dans ce cas si elles apprenaient que leur médecin est lui-même contaminé par le VIH (en métropole, 89 % et 64 %). Ces constats permettent de mieux comprendre les résultats de l'enquête VESPA réalisée aux Antilles et en Guyane qui montrent que les personnes séropositives sont bien plus nombreuses qu'en métropole à vivre dans l'isolement, en ne se sentant pas en mesure de parler de leur séropositivité à leur entourage¹².

Néanmoins, c'est probablement sur le plan des caractéristiques de l'activité sexuelle que les populations des Antilles et de Guyane, notamment les populations masculines, présentent le plus de spécificités par rapport à la métropole.

En ce qui concerne l'âge au premier rapport sexuel, les données montrent nettement une entrée dans la sexualité plus précoce des hommes des DFA comparés à ceux de métropole, que ce soit chez les plus jeunes ou chez les plus âgés¹³, avec, désormais, peu d'évolution entre les générations. Ainsi, parmi ceux âgés de moins de 40 ans, plus du tiers dans les DFA avaient déjà eu un rapport sexuel à 15 ans, soit deux fois plus que ce qui est observé en métropole. Au total, si 50 % des hommes, en métropole, ont leur premier rapport sexuel avant 17 ans environ, dans les DFA, c'est aux alentours de 15-16 ans que l'on compte déjà la moitié des hommes sexuellement actifs. Pour ce qui est des femmes des Antilles et de Guyane, leur entrée dans la

11 Deux fois plus de personnes dans les DFA pensent que « le sida peut s'attraper plus facilement que la grippe », 26 % contre 14 % en métropole.

12 Lert F. et al., *La situation des personnes séropositives en Antilles-Guyane*, ANRS, communiqué de presse, 23 octobre 2004.

13 Ceci n'était pas observé dans l'enquête ACSAG puisque les auteurs indiquaient qu'« on n'observe pas aujourd'hui une précocité particulière des habitants des départements d'Amérique ».

sexualité qui, dans les générations passées, était légèrement plus tardive que chez les femmes de métropole est désormais à peu près comparable, du fait d'un abaissement de l'âge au premier rapport sexuel. Actuellement, 50 % des femmes âgées de moins de 40 ans ont eu leur premier rapport sexuel à 17,5 ans environ (contre 18,5-19 ans chez les femmes âgées de 40 ans et plus). Ainsi dans les DFA, la sexualité des hommes reste plus précoce que celle des femmes, même si la tendance semble aller vers une homogénéisation des comportements (d'un écart de deux à trois ans en moyenne entre hommes et femmes, celui-ci est désormais d'un an environ). C'est aussi ce qui distingue les Antilles et la Guyane de l'hexagone où l'entrée dans la sexualité des hommes et des femmes se fait à peu près au même âge.

Malgré une baisse probable du recours à la prostitution féminine au cours des dix dernières années, les hommes de Guadeloupe et de Guyane sont plus nombreux qu'en métropole (et qu'en Martinique) à indiquer avoir eu recours à la prostitution au cours des cinq dernières années (7 % dans les deux départements contre 3 % en métropole comme en Martinique). Néanmoins, il convient de souligner que ce recours à la prostitution n'intervient pas davantage qu'en métropole au moment de l'initiation sexuelle puisque seuls 2 % des hommes (quel que soit l'espace géographique) ont indiqué avoir « payé une personne lors de leur premier rapport sexuel ». Ce recours plus fréquent intervient en effet particulièrement chez les hommes âgés de 25 à 34 ans, qui en Guadeloupe comme en Guyane, sont les plus nombreux à rapporter ces pratiques : 20 % d'entre eux en Guadeloupe et 12 % en Guyane ont indiqué y avoir eu recours dans les cinq dernières années contre 3 % en métropole comme en Martinique. Il s'agirait donc d'une pratique relativement répandue chez les jeunes hommes de ces deux départements.

Autre particularité de l'activité sexuelle aux Antilles et en Guyane, le multipartenariat est un comportement plus fréquent dans la population masculine qu'en métropole, et qui présente des caractéristiques spécifiques. Même si, comme nous l'avons vu, la fréquence du multipartenariat est probablement en régression, ses caractéristiques ont, en revanche, peu évolué depuis 1992. En 2004, un homme sur quatre aux Antilles et en Guyane a indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre un sur huit en métropole (une femme sur seize dans les DFA comme en métropole). Alors que le multipartenariat de la métropole concerne principalement les plus jeunes adultes, aux Antilles et en Guyane, ce comportement se maintient à des niveaux élevés aux âges avancés, même si, comme en métropole, il tend à diminuer avec l'âge. A 45-54 ans par exemple, 21 % des hommes des DFA ont été multipartenaires dans l'année (16 % à 55-69 ans), alors que cette proportion n'est que de 7 % en métropole. De plus, le multipartenariat dans les DFA (principalement aux Antilles), qu'il soit masculin ou féminin, se caractérise par une proportion plus importante qu'en métropole de personnes engagées simultanément et durablement dans des relations différentes (ce qui est désormais communément appelé le « multipartenariat stable »). Du fait de cette caractéristique, il concerne plus souvent qu'en métropole des personnes vivant en couple, qu'elles soient mariées ou pas.

Ce sont ainsi 14 % des hommes mariés aux Antilles et en Guyane qui ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre 5 % en métropole. Au total, plus d'un homme sur dix dans les DFA a indiqué avoir « *en ce moment* » plusieurs partenaires contre moins de 3 % en métropole.

Si l'âge d'entrée dans la sexualité diffère chez les hommes et chez les femmes des DFA, leurs déclarations relatives au nombre de partenaires manifestent aussi des écarts importants puisque 24 % des hommes ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre « seulement » 6 % des femmes. En métropole, il existe aussi, à ce sujet, un écart entre les déclarations des hommes et celles des femmes (12 % d'hommes multipartenaires contre 6 % de femmes), mais l'importance du décalage dans les DFA mérite une attention particulière. Il est généralement admis, pour interpréter ces écarts, communs à la plupart des enquêtes portant sur la sexualité, que les individus, hommes et femmes, comptabiliseraient leurs partenaires différemment : les hommes tendraient à comptabiliser l'ensemble des partenaires avec lesquelles ils ont eu au moins un rapport sexuel (voire à surestimer quelque peu leur nombre) et les femmes tendraient à ne comptabiliser que les partenaires qui ont « compté » pour elles (voire à sous-estimer quelque peu leur nombre). L'importance du décalage entre les déclarations des hommes et celles des femmes semble aussi renvoyer au fait que les Antilles et la Guyane sont des sociétés dans lesquelles la différenciation sexuelle est particulièrement marquée, et sans doute nettement plus qu'en métropole.

C'est probablement sur le plan des comportements face à l'utilisation des préservatifs que les déclarations des habitants des départements d'Amérique et ceux de métropole sont les plus proches. Aux Antilles et en Guyane, comme en métropole, les personnes les plus nombreuses à utiliser des préservatifs sont celles qui se trouvent les plus exposées au risque de contamination par le VIH. Et, à caractéristiques comparables, la proportion de personnes ayant déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans l'année est relativement proche dans les DFA et en métropole, chez les hommes comme chez les femmes. Par exemple, les hommes multipartenaires sont 75 % dans les DFA à avoir déclaré utiliser au moins une fois des préservatifs dans l'année contre 73 % en métropole (écart non significatif) et les femmes, 64 % et 65 % (écart non significatif).

Néanmoins des différences entre les DFA et la métropole doivent être soulignées.

Tout d'abord, il convient de noter que si la question de la prévention des contaminations semble avoir été intégrée par une large majorité des personnes multipartenaires, en revanche, chez les personnes n'ayant eu qu'un seul partenaire dans l'année, la question de la prévention apparaît

bien plus lointaine, ce qui semble répondre à une logique du risque, mais cela y compris chez des personnes qui durant l'année ont eu un nouveau partenaire¹⁴. Cette moindre prévention chez les monopartenaires ayant eu un nouveau partenaire dans l'année apparaît beaucoup plus marquée dans les DFA qu'en métropole : chez les hommes des DFA, 40 % n'ont jamais utilisé de préservatif dans l'année, alors qu'ils ne sont que 24 % dans ce cas en métropole, chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 49 % et 31 %. Il semble donc que le risque lié à une nouvelle relation soit relativement sous-estimé chez les personnes monopartenaires, probablement parce que les campagnes de communication aux Antilles et en Guyane ont davantage mis l'accent sur le multipartenariat.

De plus, si l'usage d'un préservatif lors du premier rapport sexuel est devenu fréquent (on pourrait même être tenté de dire que c'est devenu la norme en matière de prévention), on constate que, quelle que soit la date du premier rapport sexuel, son utilisation apparaît moindre dans les DFA qu'en métropole, chez les hommes comme chez les femmes. Par exemple, parmi les personnes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996, 80 % des hommes des DFA ont indiqué avoir utilisé un préservatif à cette occasion contre 87 % en métropole et 71 % des femmes des DFA contre 81 % de celles de métropole. Il reste donc encore 20 à 30 % de personnes dans les DFA qui, ayant débuté leur vie sexuelle relativement récemment, n'ont pas utilisé de préservatif au moment de ce premier rapport sexuel. Or, les analyses conduites à partir des données de l'enquête montrent nettement que les personnes qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel auront moins de probabilité d'en utiliser par la suite, durant leur vie¹⁵. De même que la probabilité d'utiliser un préservatif avec un partenaire sera faible si lors du premier rapport sexuel avec ce partenaire, un préservatif n'a pas été utilisé¹⁶. Il existe donc bien là un enjeu particulier à favoriser les conduites de prévention les « premières fois » afin de mieux inscrire la logique préventive dans les conduites sexuelles des habitants des Antilles et de la Guyane. En effet, les données relatives aux antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) ou d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) montrent que leur fréquence est nettement plus élevée parmi la population des DFA que parmi celle de métropole, suggérant que l'utilisation du préservatif y est probablement plus irrégulière et que les risques sexuels sont moins bien pris en compte.

Si la proportion de personnes déclarant avoir eu une IST au cours des cinq dernières années est supérieure dans les DFA (notamment en Guyane) par rapport à la métropole (6 % contre 4 %,

14 Un nouveau partenaire est un partenaire avec lequel la personne interrogée a des rapports sexuels depuis moins d'un an.

15 Grémy I. et al., « HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point ? », *AIDS*, 2004, n°18, pp. 805-809.

16 Beltzer N. et al., *Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires : comment est géré le risque du VIH*. Enquête KABP 1998, 2000, ORS Ile-de-France, 104 p.

écart significatif), c'est surtout le type d'IST rapportées qui montre que, dans les DFA, il s'agit d'infections plus souvent transmises dans des populations ayant des risques plus élevés (gonococcies, syphilis), alors qu'en métropole, une large part des IST rapportées concernent des mycoses (infection plus rarement transmise par voie sexuelle). De plus, la proportion de femmes indiquant avoir eu recours à une IVG dans les cinq dernières années est trois fois supérieure dans les DFA qu'en métropole (cinq fois en Guyane). Ce recours à l'IVG semble intervenir relativement tôt dans la vie des femmes puisque 17 % des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans, dans les DFA, ont indiqué avoir déjà eu recours à une IVG dans leur vie contre 7 % de celles de métropole.

Enfin, concernant les opinions sur les préservatifs, le niveau d'appréciation générale des préservatifs, mesuré à partir d'un score intégrant sept opinions à leur sujet¹⁷, apparaît moins bon parmi les populations des Antilles et de Guyane que parmi celles de métropole. En effet, bien que, dans les DFA comme dans l'hexagone, l'image des préservatifs soit meilleure chez les femmes, chez les personnes les plus jeunes, chez les plus diplômées ou chez celles qui ont utilisé des préservatifs dans l'année, on retrouve systématiquement une appréciation plus négative dans les DFA qu'en métropole, pour chacune de ces catégories de personnes. Et cette moins bonne appréciation est probablement ce qui contribue, au moins en partie, à entraîner davantage de refus d'utiliser des préservatifs dans les DFA. En effet, les hommes comme les femmes des DFA sont plus nombreux qu'en métropole à indiquer avoir déjà refusé d'utiliser un préservatif à un(e) partenaire qui le souhaitait. Chez les personnes qui ont eu plusieurs partenaires au cours des cinq dernières années, 11 % des hommes des DFA ont indiqué avoir refusé l'usage d'un préservatif au cours de cette période contre 4 % en métropole et, chez les femmes, les proportions sont respectivement de 9 % contre 5 %.

Quelles sont les différences observées en 2004 entre la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane ?

En 1992, lors de la réalisation de l'enquête ACSAG, des différences majeures existaient, d'une part, entre les DFA et la métropole et, d'autre part, entre les trois départements. Les observations conduites en 2004 montrent que, si les populations des Antilles et de Guyane présentent des caractéristiques qui se distinguent encore nettement de celles de l'espace hexagonal, en revanche, une tendance à l'homogénéisation peut être notée, tant en ce qui concerne les connaissances que les opinions ou les comportements des populations des trois

17 Les opinions sont les suivantes : « Le préservatif, c'est pour les jeunes », « Le préservatif, c'est compliqué à utiliser », « Quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatif », « Le préservatif, ça incite à avoir plusieurs partenaires », « Le préservatif, ça crée des doutes sur le partenaire », « Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel », « Utiliser un préservatif, c'est quelque chose de banal ».

départements français d'Amérique. Malgré cette tendance à l'homogénéisation, des différences persistent entre les trois départements, mais celles-ci sont à la fois plus faiblement marquées qu'auparavant et se manifestent sur un nombre moins élevé de caractéristiques qu'en 1992.

Avant de présenter de façon détaillée les spécificités de chacun des départements comparés aux deux autres, on peut dire que, globalement, les données de 2004 montrent que, la Martinique, département le moins touché par l'épidémie, apparaît comme étant celui où la population a un niveau général de connaissances sur le VIH/sida plus faible que dans les deux autres départements. Inversement, la population de la Guyane, département où l'épidémie est particulièrement marquée, est, *en moyenne*, et nous reviendrons sur ce terme, celle où la connaissance du VIH/sida semble la meilleure. Néanmoins, malgré ce meilleur niveau global de connaissance, différents indicateurs comportementaux manifestent des prises de risque liées au VIH plus fréquentes parmi la population résidant en Guyane, comparée à celle des deux départements antillais. La Guadeloupe, quant à elle, se situe le plus souvent à un niveau intermédiaire entre la Martinique et la Guyane, se rapprochant sur certains aspects de la Martinique et sur d'autres de la Guyane.

- **La population de la Martinique**

Si, dans la plupart des cas, peu de différences existent entre les trois populations en ce qui concerne les connaissances des modes de transmission, lorsque des écarts entre les départements sont statistiquement significatifs, ils manifestent davantage de croyances inexactes sur la transmission parmi la population de la Martinique. Par exemple, dans ce département, 19 % des individus ont indiqué que le VIH pouvait se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée contre 11 % en Guadeloupe et 8 % en Guyane. Ils sont aussi 22 % à penser que le VIH peut se transmettre en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée (16 % en Guadeloupe et 12 % en Guyane). En se basant sur un score de connaissances intégrant onze circonstances éventuelles de transmission, on constate que ce plus faible niveau de connaissances en Martinique se retrouve dans quasiment toutes les composantes de la population (sauf chez les plus jeunes où il n'existe pas de différence entre les départements) : chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le niveau d'études ou le lieu de naissance (dans le département d'enquête, en métropole, etc.). Par exemple, parmi les personnes non-diplômées, le score¹⁸ est de 6,5 en Martinique contre 7,0 en Guadeloupe et 7,4 en Guyane. De même, lorsqu'on ne raisonne que parmi les personnes nées dans le département d'enquête (c'est-à-dire nées en Martinique lorsqu'elles sont interrogées en Martinique, nées en

18 Le score de connaissances va de 0 à 10, où 10 indique la meilleure connaissance.

Guadeloupe lorsqu'elles sont interrogées en Guadeloupe, etc.), ce score est de 7,5 parmi les personnes nées en Martinique contre 7,8 parmi celles nées en Guadeloupe et 8,1 parmi celles nées en Guyane.

Cette moindre connaissance des modes de transmission parmi la population de la Martinique est aussi retrouvée dans l'enquête complémentaire conduite auprès de personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile (voir annexe 7). En effet, dans l'échantillon de personnes interrogées par téléphone mobile, le score de connaissances des modes de transmission est également plus faible parmi la population de la Martinique (7,5 sur 10 en Martinique contre 8,1 en Guadeloupe et 8,4 en Guyane).

De plus, si la transmission du VIH lors de rapports sexuels est pareillement connue par la population des trois départements, des questions plus précises portant sur la connaissance des risques de contamination associés aux différentes pratiques sexuelles montrent une plus faible capacité à hiérarchiser les risques parmi la population de la Martinique. En effet, comparée à la population de Guadeloupe ou de Guyane, celle interrogée en Martinique tend à nettement surestimer le risque de contamination par le VIH associé aux pratiques bucco-génitales, pratiques qui, en réalité, présentent peu de risques de contamination, même si le risque n'est pas nul¹⁹. Par exemple, 21 % des habitants de Martinique estiment qu'il existe un « très fort risque » de transmission du VIH lors de la pratique d'un cunnilingus²⁰ (13 % en Guadeloupe et 12 % en Guyane) et ils sont 25 % à penser de même lorsqu'il s'agit de la pratique d'une fellation²¹ (18 % en Guadeloupe et 15 % en Guyane).

Cette plus faible connaissance des modes de transmission est associée à une tendance des habitants de Martinique, comparés à ceux de Guadeloupe et de Guyane, à davantage valoriser l'efficacité de stratégies de protection contre le VIH peu ou pas fiables et, inversement, à moins reconnaître l'efficacité de stratégies parfaitement fiables. Si la proportion de personnes indiquant que le préservatif masculin constitue un moyen efficace de protection contre le VIH est comparable dans les trois départements, celle des personnes indiquant que le préservatif féminin constitue un moyen efficace de protection est plus faible en Martinique que dans les deux autres départements (57 % contre 63 % en Guadeloupe et 71 % en Guyane). Inversement, les habitants de Martinique ont été systématiquement plus nombreux à indiquer que, pour se protéger du VIH, il était efficace « de faire régulièrement un test » (70 % contre 56 % en

19 Il était demandé, pour chaque pratique sexuelle, s'il existait un très fort risque, un fort risque, un faible risque ou pas de risque du tout de contamination.

20 La question indiquait : « lécher le sexe d'une femme ».

21 La question indiquait : « sucer le sexe d'un homme ».

Guadeloupe et 59 % en Guyane), « de poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée » (respectivement 59 % contre 45 % et 41 %), « de choisir correctement ses partenaires » (49 % contre 38 % et 35 %), « de se laver après l'acte sexuel » (24 % contre 16 % et 15 %), etc.

A cette connaissance plus floue des modes de transmission du VIH et des moyens de se protéger du virus parmi la population résidant en Martinique s'ajoute une moindre connaissance de l'existence des traitements contre le VIH. Les habitants de Martinique sont en effet 55 % à indiquer ne jamais « avoir entendu parler des traitements contre le virus du sida », alors que cette proportion est de 50 % en Guadeloupe et 45 % en Guyane.

La population de la Martinique se démarque également de celle de Guadeloupe ou de Guyane par des opinions sur le préservatif manifestant davantage de préjugés et donc autant de freins à son utilisation. Par exemple, les habitants de Martinique sont plus nombreux à être d'accord avec l'idée selon laquelle « le préservatif, ça incite à avoir plusieurs partenaires » (39 % en Martinique contre 27 % en Guadeloupe et 26 % en Guyane) ou « quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatif » (26 % en Martinique contre respectivement 20 % et 15 %).

Sur le plan des comportements, les habitants de Martinique présentent peu de caractéristiques qui les distinguent significativement de ceux des deux autres départements. La caractéristique spécifique qui ressort de façon la plus notable des observations faites dans le cadre de cette enquête réside dans le fait que le recours à la prostitution concerne peu les hommes de Martinique. Ils sont en effet deux fois moins nombreux que ceux de Guyane et de Guadeloupe à avoir indiqué avoir eu recours à la prostitution au cours des cinq dernières années (3 % contre 7 %) et dans une proportion comparable à celle observée chez les hommes vivant en métropole.

- **La population de la Guyane**

Comme nous l'indiquions en introduction de ce rapport, la Guyane est un département où les habitants présentent une hétérogénéité particulièrement marquée. Pluriethnisme et multiculturalisme constituent les principales caractéristiques démographiques du département avec des populations amérindiennes, noirs marrons, créoles, métropolitaines, haïtiennes, brésiliennes, hmongs, guyaniennes, surinamiennes, chinoises, etc. Au total, en Guyane, 30 % des personnes recensées en 1999 étaient de nationalité étrangère alors que cette proportion est de 1 % en Martinique et de 5 % dans l'archipel guadeloupéen (3 % en excluant Saint-Martin et

36 % dans la partie française de l'île binationale de Saint-Martin)²². En Guyane, la plupart de cette population étrangère est originaire du Surinam (38 % d'entre elle), d'Haïti (30 %) et, dans une moindre mesure, du Brésil (15 %). Parmi les habitants de Guyane, toujours au recensement de 1999, 54 % des personnes étaient nées en Guyane, 29 % à l'étranger, 12 % en métropole et 5 % dans un autre département d'outre-mer²³. A titre de comparaison, en 1999, 86 % des habitants de Martinique étaient nés en Martinique et 81 % de ceux de l'archipel guadeloupéen étaient nés dans ce département.

Cette diversité de la population, sur le plan culturel, linguistique ou sur celui de la nationalité conduit à une grande diversité des situations, notamment sur le plan socio-économique. Par exemple, le revenu moyen déclaré par les foyers qui acquittent l'impôt sur le revenu est sept fois supérieur à celui des foyers non-imposés²⁴. Ainsi, à côté d'une population vivant dans des conditions d'extrême précarité, notamment les personnes étrangères en situation irrégulière de séjour en Guyane, cohabitent d'autres populations aux revenus importants, comme cela peut, par exemple, être le cas d'ingénieurs métropolitains venus travailler sur le site du Centre spatial guyanais à Kourou. En 1999 en Guyane, si, en moyenne, 8 % des actifs ayant un emploi occupaient un poste de cadres ou une profession intellectuelle supérieure, c'était le cas de 23 % des personnes nées en métropole contre seulement 4 % des personnes nées à l'étranger hors de l'Union européenne (essentiellement dans la Caraïbe). A l'inverse, ces personnes étaient 40 % à occuper des emplois d'ouvriers contre moins de 7 % des personnes nées en métropole (25 % en moyenne en Guyane)²⁵.

Malgré certaines limites méthodologiques de l'enquête (exclusion des populations non-francophones et non-créolophones, ainsi que des personnes non-équipées d'un téléphone²⁶), l'enquête conduite en 2004 dans l'ensemble des communes du littoral guyanais rend compte de cette diversité démographique puisque, parmi les personnes interrogées, seules 46 % sont nées en Guyane, 23 % sont nées à l'étranger (principalement en Haïti, au Surinam, au Guyana et au Brésil), 21 % en métropole et 10 % dans un autre département d'outre-mer que la Guyane.

22 Les chiffres sont issus des trois fascicules de l'INSEE, *Tableaux références et analyses, exploitations principales du recensement de la population de mars 1999*, Guadeloupe, Martinique, et Guyane, 4ème trimestre 2000.

23 Il s'agit des données pour l'ensemble de la Guyane et non pour les seules communes du littoral.

24 INSEE, *Tableaux économiques régionaux (TER) 2003*, Guyane, novembre 2003.

25 Exploitation complémentaire du recensement de 1999 réalisée par l'INSEE à notre demande.

26 C'est probablement parmi les populations les plus précarisées que la couverture téléphonique est la plus faible.

Les données d'ensemble, pour la Guyane, relatives aux connaissances, attitudes et comportements face au VIH/sida caractérisent une situation « moyenne » ne rendant pas compte des contrastes extrêmement importants qui existent dans cette société. Pour autant, ces indicateurs *moyens* permettent de situer les caractéristiques de la *population générale* de Guyane par rapport à celle des deux départements antillais et d'identifier les populations qui se démarquent le plus défavorablement de cette moyenne et qui peuvent constituer des cibles prioritaires pour les campagnes de prévention à venir. L'identification de ces populations sera abordée dans la partie suivante de ce chapitre de synthèse et de conclusions.

Compte tenu de ces avertissements, les résultats de l'enquête montrent que les populations résidant dans les communes du littoral guyanais ont, *en moyenne*, un niveau de connaissances des modes de transmission du VIH plus élevé que la population de Guadeloupe ou de Martinique. Le préservatif masculin ou féminin est reconnu par davantage de personnes qu'aux Antilles comme étant un moyen efficace de protection contre le VIH. L'existence des traitements contre le sida ainsi que celle des traitements d'urgence y sont globalement mieux connues de la population dans son ensemble. En Guyane, 20 % de la population interrogée a, en effet, indiqué « avoir 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 » contre 15 % en Guadeloupe et 13 % en Martinique. L'image du préservatif parmi la population y est également plus positive qu'aux Antilles. De plus, les personnes qui se perçoivent insuffisamment informées sur le VIH/sida sont plus nombreuses qu'en Guadeloupe et en Martinique à souhaité pouvoir bénéficier d'informations sur les préservatifs (65 % contre respectivement 51 % et 55 %). Ces données semblent donc montrer que, sur les aspects relatifs à la connaissance du VIH/sida, la population du littoral guyanais est plus sensibilisée au VIH/sida que celle des Antilles, même si, comme nous l'indiquions auparavant, pour la plupart des éléments observés dans l'enquête, peu de différences se manifestent entre les trois départements.

C'est néanmoins sur le plan des caractéristiques de l'activité sexuelle et des comportements face au VIH/sida que la population de la Guyane se démarque le plus.

Tout d'abord, si, comme nous l'avons vu, les hommes des DFA se caractérisent par une précocité sexuelle par rapport à leurs homologues de métropole, ceux de Guyane ont une entrée dans la sexualité qui intervient plus tôt que chez les hommes des Antilles, notamment ceux de Guadeloupe. En effet, parmi les hommes âgés de moins de 40 ans, 44 % en Guyane avaient déjà eu un rapport sexuel à 15 ans contre 30 % en Guadeloupe et 39 % en Martinique. Comparé aux Antilles, bien que la proportion de personnes vivant en couple soit nettement plus élevée parmi la population de Guyane²⁷, le multipartenariat est rapporté dans des proportions relativement

27 A 25-34 ans par exemple, les trois-quarts des hommes comme des femmes de Guyane ont indiqué vivre en couple contre 51 % des hommes et 57 % des femmes des Antilles.

comparables dans les trois départements, cela quelle que soit la classe d'âges. Néanmoins, en Guyane, les multipartenaires présentent comme particularité d'être moins fréquemment qu'aux Antilles (et plus particulièrement qu'en Guadeloupe) engagés dans des relations parallèles et durables. Ainsi, parmi les multipartenaires, si 35 % des hommes de Guadeloupe ont indiqué n'avoir eu aucune nouvelle partenaire²⁸ dans l'année, c'est le cas de 21 % des hommes de Guyane. Malgré cette caractéristique du multipartenariat, le nombre moyen de partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête déclarés par les habitants de Guyane ne se distingue pas de ceux des habitants des Antilles (en moyenne dans les DFA 1,7 chez les hommes et 1,1 chez les femmes). En revanche, la fréquence de l'activité sexuelle, mesurée à partir du nombre moyen de rapports sexuels déclarés au cours du dernier mois, semble supérieure, chez les hommes comme chez les femmes de Guyane. En effet, les hommes de Guyane ont déclaré en moyenne 8,9 rapports sexuels durant le dernier mois contre 7,2 aux Antilles et les femmes, respectivement 6,7 contre 5,0. Autre particularité de la Guyane, les hommes sont relativement nombreux à avoir des rapports sexuels en payant : le recours à la prostitution au cours des cinq années précédant l'enquête a été rapporté par environ 10 % des hommes âgés de 18 à 44 ans, soit une proportion comparable à ce qui est observé en Guadeloupe mais cinq fois supérieure à ce qui est relevé en Martinique.

Au-delà de ces caractéristiques, les indicateurs comportementaux manifestent des prises de risque plus fréquentes parmi la population de Guyane, comparés à ceux des deux départements antillais. Aux Antilles et en Guyane, comme en métropole, si l'usage d'un préservatif lors du tout premier rapport sexuel est devenu courant parmi les générations ayant eu récemment lors premier rapport sexuel, on note néanmoins une moindre protection en Guyane qu'aux Antilles parmi la population masculine. En effet, l'utilisation du préservatif parmi les hommes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996 est désormais significativement plus faible en Guyane qu'aux Antilles (64 % contre 78 % en Guadeloupe et 88 % en Martinique), alors qu'aucune différence n'était jusqu'à présent notable entre les trois départements. Les déclarations relatives à l'utilisation récente des préservatifs (au cours des douze mois précédant l'enquête ou au cours du dernier rapport sexuel) ne manifestent toutefois pas de différences entre les trois départements. Néanmoins les indicateurs témoignant de prises de risques (prévalence des infections sexuellement transmissibles, IST, ou des interruptions volontaires de grossesses, IVG) semblent montrer que l'utilisation des préservatifs est sans doute plus irrégulière en Guyane que ce n'est le cas aux Antilles. La proportion de personnes ayant déjà eu une IST est plus élevée chez les hommes comme chez les femmes de Guyane : une personne sur quatre est dans ce cas contre une sur six aux Antilles (à 25-34 ans, ce sont même 31 % des hommes de Guyane contre 9 % de ceux des Antilles qui ont déclaré avoir déjà eu une IST). De plus, les personnes vivant en Guyane qui ont déjà eu une IST dans leur vie sont plus nombreuses qu'aux

28 Une partenaire a été considérée comme étant *nouvelle* si elle était connue depuis au maximum un an.

Antilles à en avoir eu plusieurs fois. Outre la prévalence déclarée plus forte des IST en Guyane, on observe aussi que la proportion de femmes indiquant avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse y est aussi plus élevée que parmi les femmes interrogées aux Antilles : 17 % des femmes de Guyane âgées de 18 à 35 ans ont déclaré avoir eu une IVG dans les cinq dernières années contre 10 % de celles des Antilles. Enfin, les violences sexuelles, qui constituent notamment un risque d'exposition au VIH, sont nettement plus fréquemment déclarées par les femmes de Guyane. Elles sont en effet 12 % à indiquer avoir déjà été « forcée à avoir des rapports sexuels contre [leur] volonté » contre 7 % des femmes des Antilles. A 18-34 ans, ce sont même 18 % des jeunes femmes de Guyane qui ont été victimes de telles violences contre une proportion deux fois moindre aux Antilles. Ces violences en Guyane interviennent aussi plus tôt dans la vie des femmes : dans ce département, l'âge moyen au moment du rapport sexuel subi est de deux ans inférieur à celui des deux départements antillais (17,3 ans contre 19,4 ans).

Malgré ces différents indicateurs montrant une exposition potentielle au risque VIH plus élevée en Guyane et des comportements à risque plus fréquents, la population de ce département se démarque de celle des Antilles par un recours au dépistage du VIH à la fois plus important et mieux ciblé, en fonction des caractéristiques de l'activité sexuelle. Ce sont ainsi 22 % des hommes et 25 % des femmes interrogés en Guyane qui ont indiqué avoir eu recours à un test de dépistage du VIH dans l'année contre environ une personne, homme ou femme, sur six aux Antilles. De plus, les personnes ayant eu des partenaires multiples dans l'année sont près de deux fois plus nombreuses que celles n'ayant eu qu'un seul partenaire à avoir eu recours à un test (chez les hommes, 39 % contre 18 % et chez les femmes, 37 % contre 24 %) alors que, dans la population masculine des Antilles, peu de différences peuvent être notées entre les multipartenaires et les monopartenaires (20 % et 15 %, écart statistiquement non-significatif).

Même si, sur de nombreux aspects relevés dans l'enquête, la Guyane se démarque plutôt défavorablement (et la prévalence de l'épidémie dans ce département nous le rappelle), comparées aux données recueillies en 1992 dans l'enquête ACSAG, c'est en Guyane que les progrès les plus majeurs réalisés au cours de ces douze dernières années peuvent être notés, en termes de connaissances, d'attitudes et de comportements de prévention.

- **La population de la Guadeloupe**

Comme nous l'indiquons, la population interrogée dans l'archipel guadeloupéen²⁹ se situe le plus souvent à un niveau intermédiaire entre ce qui vient d'être décrit pour la Martinique et pour la Guyane, se rapprochant pour certains aspects de la Martinique et pour d'autres de la Guyane.

Sur le plan des connaissances des modes de transmission du VIH, la population de la Guadeloupe a un niveau intermédiaire, comparé à ce qui peut être noté en Martinique ou en Guyane. Les circonstances réelles de transmission du VIH (rapports sexuels, transfusion sanguine, échange de seringues chez les usagers de drogues) sont bien connues, mais les habitants de Guadeloupe sont encore nombreux à croire à des circonstances de transmission du VIH qui ne présentent en réalité aucun risque, cela dans des proportions intermédiaires entre ce qui est observé en Martinique et en Guyane, parfois plus proches de l'un ou de l'autre département. Par exemple, 20 % des personnes interrogées en Guadeloupe ont indiqué que le VIH pouvait se transmettre dans les toilettes publiques, soit une proportion proche de celle enregistrée en Martinique où 23 % des personnes ont été dans ce cas (contre 14 % en Guyane). En revanche, les habitants de Guadeloupe sont près de deux fois moins nombreux que ceux de Martinique à indiquer que le VIH peut se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée (11 % contre 19 %), se rapprochant alors des personnes interrogées en Guyane qui ont été 8 % dans ce cas. En ce qui concerne les stratégies de prévention pour se protéger du VIH, si l'utilisation d'un préservatif féminin est jugée efficace par 63 % des personnes interrogées en Guadeloupe, soit un niveau intermédiaire entre la Martinique (57 %) et la Guyane (71 %), la Guadeloupe s'éloigne néanmoins des répondants de Martinique qui tendent à systématiquement surestimer l'efficacité de stratégies de protection contre le VIH peu ou pas fiables. Ainsi, 68 % des personnes en Guadeloupe (69 % en Guyane) ont jugé que, pour se protéger du VIH, il était efficace de « demander un test de dépistage à son partenaire » contre 79 % en Martinique. L'existence des traitements contre le VIH/sida, de même que celle du traitement d'urgence sont plus faiblement connues en Guadeloupe qu'en Guyane mais davantage qu'en Martinique.

Les risques et maladies en général (cancer, dengue, risques liés aux pesticides, hypertension artérielle, hépatite virale, etc.) sont le plus souvent davantage craints dans les deux départements des Antilles qu'en Guyane, sans différence notable entre la Guadeloupe et la Martinique. Ce sont ainsi 48 % des habitants de Guadeloupe et 46 % de ceux de Martinique qui ont indiqué craindre « beaucoup » le cancer contre 39 % de ceux de Guyane. En revanche, la crainte du sida (ou des IST à l'exception du sida) est pareillement partagée dans les trois espaces géographiques.

29 Parmi les 1 007 personnes interrogées en Guadeloupe, 3 % l'ont été à Saint-Martin, 3 % à Marie-Galante, 1 % à Saint-Barthélemy et moins de 1 % aux Saintes comme à la Désirade.

Sur le plan des comportements, les femmes de Guadeloupe ont un âge d'entrée dans la sexualité comparable à celui des femmes de Martinique, et sensiblement plus tardif qu'en Guyane. Environ 10 % des femmes des Antilles âgées de moins de 40 ans au moment de l'enquête avaient déjà eu un rapport sexuel à 15 ans, alors que cette proportion est de 18 % en Guyane. Chez les hommes de Guadeloupe, on observe à la fois une entrée dans la sexualité plus tardive qu'en Guyane, mais également légèrement plus tardive qu'en Martinique. En effet, parmi les hommes âgés de moins de 40 ans, 30 % en Guadeloupe avaient déjà eu leur premier rapport sexuel à 15 ans contre 39 % en Martinique et 44 % en Guyane.

Si, comme nous l'avons déjà indiqué, le recours à des prostituées concerne une proportion comparable d'hommes en Guadeloupe et en Guyane, il convient de souligner que, en Guadeloupe, ce recours concerne beaucoup plus spécifiquement les hommes âgés de 25 à 34 ans alors qu'en Guyane, il concerne autant les hommes âgés de 18-24 ans que ceux de 25-34 ans ou de 35-44 ans (environ 10 % des hommes de chaque classe d'âges). En Guadeloupe, en effet, 19 % des hommes âgés de 25 à 34 ans ont indiqué avoir eu recours, au moins une fois, à une prostituée au cours des cinq dernières années, alors que cette proportion est environ cinq à six fois moindre dans toutes les autres classes d'âges. Ce recours à la prostitution semble donc, en Guadeloupe, être davantage circonscrit à une classe d'âges particulière qu'en Guyane, où le recours à la prostitution est plus généralisé.

Pour ce qui est des multipartenaires, si leur proportion est comparable dans les trois départements, chez les hommes comme chez les femmes, nous avons vu que, une des caractéristiques qui distinguait le multipartenariat des Antilles de celui de Guyane réside dans le fait que, en Martinique et en Guadeloupe, il engage plus souvent des relations simultanées et durables alors qu'en Guyane, celui-ci est davantage un multipartenariat engageant des partenaires successivement. En Guadeloupe, ce multipartenariat semble même être plus fréquemment simultané qu'en Martinique. Par exemple, en Guadeloupe, 19 % des hommes mariés ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre 10 % en Martinique (écart statistiquement significatif) et 8 % en Guyane.

Les données relatives à l'utilisation des préservatifs ou au recours au dépistage du VIH ne montrent pas de spécificité de la Guadeloupe, et les antécédents déclarés d'infection sexuellement transmissible ou d'interruption volontaire de grossesses, comparables à la Martinique, semblent indiquer que les comportements de prévention des populations des deux départements antillais sont très proches.

Quelles sont, dans les DFA, les populations les plus vulnérables face au VIH/sida en 2004 ?

Au-delà de ces grandes tendances générales qui permettent de distinguer, d'une part, la population des DFA de celle de métropole et, d'autre part, les populations des trois départements, les données de l'enquête montrent que de fortes inégalités face au VIH/sida caractérisent les habitants des Antilles et de Guyane. La force avec laquelle se manifestent ces inégalités pourrait, d'une certaine manière, constituer une des caractéristiques des DFA face à l'infection, si celles-ci n'étaient pas le simple reflet de sociétés dans lesquelles les disparités, notamment sociales, sont particulièrement marquées.

L'ensemble des analyses conduites dans ce rapport montre sans ambiguïté que certaines populations se distinguent toujours défavorablement. En effet, que ce soit sur les connaissances, les attitudes ou les comportements face au VIH/sida, les personnes faiblement diplômées ou celles nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud apparaissent nettement plus vulnérables que les autres. Si les personnes nées à l'étranger ont principalement été interrogées en Guyane³⁰ et, dans une moindre mesure en Guadeloupe³¹, en revanche, on retrouve, dans les trois départements, de fortes disparités entre les populations selon leur niveau d'éducation formelle. Il convient aussi de souligner que, si les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont nettement plus faiblement diplômées que les autres (69 % n'ont aucun diplôme contre 32 % des personnes nées dans le département d'enquête ou 5 % des personnes nées en métropole), les analyses conduites, à diplôme équivalent, montrent néanmoins sur certains indicateurs une plus grande vulnérabilité de ces personnes. C'est pourquoi, bien que ces deux populations se recoupent en partie, il a semblé nécessaire de les distinguer, pour pouvoir mieux orienter les messages de prévention en leur direction.

- **Des populations particulièrement vulnérables : les personnes les moins diplômées et les personnes nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud**

Comparées à la *moyenne* des habitants, les déclarations de ces populations montrent que leurs connaissances de l'infection et des moyens de se protéger du VIH sont très nettement plus faibles. Ainsi, dans les DFA, le score de connaissances des modes de transmission du VIH atteint 8,6 sur 10 parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur, alors qu'il n'est que de 6,2 parmi les personnes sans diplôme ayant quitté le système scolaire avant 16 ans. Ce score manifeste des écarts également marqués entre les personnes nées hors des DFA dans la

30 Parmi les personnes interrogées en Guyane, 23 % sont nées à l'étranger.

31 Parmi les personnes interrogées en Guadeloupe, 5 % de celles résidant en Guadeloupe « continentale » sont nées à l'étranger et 38 % de celles résidant à Saint-Martin.

Caraïbe ou en Amérique du Sud et celles nées en métropole (respectivement 7,4 et 8,8). A cette moindre connaissance des modes de transmission est associée une connaissance particulièrement faible, tant des moyens de prévention du VIH que de l'existence des traitements contre l'infection. Par exemple, en ce qui concerne la connaissance du préservatif féminin, si seules 10 % des personnes ayant le baccalauréat ou un diplôme supérieur ont indiqué ne jamais avoir entendu parler du préservatif féminin, c'est le cas de près de 40 % de celles ayant quitté sans diplôme le système scolaire avant 16 ans. Dans le seul département de la Guyane, les personnes nées à l'étranger, dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, sont environ trois fois plus nombreuses que celles nées en métropole à n'avoir jamais entendu parler de ce moyen de prévention (25 % contre 9 %). Toujours, concernant les moyens de prévention, les personnes non-diplômées, ou celles nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, sont nettement plus nombreuses que les autres à avoir indiqué ne pas savoir si les moyens de protections cités sont efficaces ou pas pour se protéger du VIH. Par exemple, dans les DFA, les personnes ayant quitté sans diplôme le système scolaire avant 16 ans sont 10 % à avoir indiqué ne pas savoir si le préservatif masculin est un moyen efficace de protection contre le VIH contre moins de 1 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Et elles sont aussi nettement plus nombreuses que les autres à attribuer une grande efficacité à des stratégies qui en réalité sont inefficaces : un quart des personnes sans diplôme ont estimé que, pour se protéger du VIH, il était « tout à fait efficace » de se laver après l'acte sexuel contre 6 % des personnes ayant au moins le baccalauréat. Chez les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, on retrouve à la fois cette plus grande méconnaissance de l'efficacité des moyens de prévention et cette plus grande difficulté à hiérarchiser leur efficacité, attribuant parfois une grande efficacité à des moyens peu ou pas efficaces. Les personnes peu ou pas diplômées ou nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont aussi nettement plus nombreuses à ignorer l'existence des traitements contre le VIH. En Guyane, par exemple où les différences sont les plus marquées, 79 % des individus sans diplôme et ayant arrêté leur cursus scolaire avant l'âge de 16 ans ont déclaré ne pas connaître l'existence des traitements contre le sida contre 22 % des individus ayant un niveau d'études supérieures (dans l'enquête conduite en métropole, les pourcentages sont respectivement de 50 % et 12 %). D'autre part, lorsque ces personnes non-diplômées en connaissent l'existence, elles sont plus nombreuses à ignorer le degré d'efficacité de ces traitements (ces traitements empêchent-ils de transmettre le VIH, permettent-ils de guérir définitivement, etc.). Elles sont par exemple 22 % à penser que « les séropositifs traités ne transmettent plus le sida » contre 7 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Les données selon le lieu de naissance montrent aussi nettement de grandes disparités puisque, dans les DFA, les traitements sont méconnus par 72 % des personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, 56 % de celles nées dans le département d'enquête et 25 % de celles nées en métropole (en moyenne, dans la population, 52 %).

Dans ces deux populations, le faible niveau de connaissances des modes de transmission du VIH ainsi que des moyens de protection, contribuent à favoriser une plus faible perception du risque de contamination par le VIH et probablement, par conséquent, une moindre capacité à s'identifier aux campagnes prévention sur le VIH/sida. En effet, alors même que ces populations sont nettement plus nombreuses à se déclarer insuffisamment informées sur le sida (près de quatre personnes sur dix sont dans ce cas), les campagnes d'information sur le VIH/sida recueillent un moindre intérêt déclaré parmi elles. Ainsi, près d'une personne sur trois sans diplôme et plus d'une sur quatre nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud ont indiqué « ne pas se sentir personnellement concernées par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs », alors que cette proportion est de moins de 20 % parmi les personnes diplômées (quel que soit le diplôme) ou parmi celles nées dans les DFA.

D'autre part, les données permettent de noter que les personnes peu ou pas diplômées ou celles nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont beaucoup plus nombreuses à ne pas savoir comment situer leur risque de contamination par le VIH. Ainsi, dans les DFA, 13 % des personnes ayant quitté sans diplôme le système scolaire avant 16 ans ont indiqué ne pas savoir si, « par rapport à la moyenne des gens, [elles avaient] plus de risque, le même risque, moins de risque ou aucun risque d'être contaminées par le virus du sida » alors que cette proportion n'est que de 1 % parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur. De plus, leur niveau perçu de risque n'apparaît pas lié à leur exposition « réelle » au risque, estimée à partir du nombre de partenaires au cours de l'année, alors que parmi les personnes diplômées, le niveau perçu du risque apparaît très étroitement corrélé aux nombres des partenaires. Parmi les personnes ayant au moins le baccalauréat, si les multipartenaires sont près de deux fois plus nombreux que les monopartenaires à se considérer comme ayant plus ou autant de risque que la moyenne des gens (67 % contre 39 %), chez les personnes n'ayant aucun diplôme, les proportions sont identiques chez les monopartenaires et chez les multipartenaires (41 %). Cette absence de lien entre l'autoperception du risque et les caractéristiques de l'activité sexuelle est également observée parmi les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud. Au total, ces deux populations sont nettement moins nombreuses à indiquer qu'il leur est déjà arrivé de craindre d'avoir été contaminées par le VIH. En Guyane, par exemple, si, en *moyenne*, 35 % des personnes ont indiqué avoir déjà craint d'avoir été contaminées par le VIH, cette proportion est de 24 % parmi les personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud contre 46 % parmi les personnes nées en métropole (34 % parmi celles nées en Guyane).

Le niveau relativement bas de connaissances sur le VIH/sida, avec le maintien important de croyances erronées sur la transmission du VIH par simple contact, et la faible perception du risque, pour soi-même, de contamination par le VIH contribuent aussi à favoriser des attitudes de rejet des personnes séropositives. Par exemple, les personnes nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud ou celles n'ayant pas de diplôme sont les plus nombreuses à se

déclarer d'accord avec l'idée selon laquelle il faudrait isoler les malades du sida du reste de la population. En Guyane, elles sont environ 20 % à être d'accord avec une telle mesure discriminatoire contre 6 à 8 % dans le reste de la population. Les déclarations de ces deux populations montrent également qu'elles sont beaucoup moins enclines que le reste de la population à avoir des relations personnelles avec une personne séropositive. Le score d'acceptation des personnes séropositives, intégrant huit questions³², montre que les écarts sont particulièrement importants selon le niveau d'éducation formelle ou l'origine des individus (mesurée à partir de leur lieu de naissance). Si l'on prend comme exemple la Guyane où les disparités sont les plus marquées, le score est de 6,5 sur 10 en *moyenne* dans la population, variant de 4,6 parmi les personnes sans diplôme à 7,9 parmi celles diplômées de l'enseignement supérieur. En ce qui concerne les lieux de naissance, le score varie de 4,5 chez les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud à 8,2 parmi les personnes nées en métropole (6,4 parmi les personnes nées en Guyane).

Les données relatives aux conduites préventives expriment également une plus faible adaptation au risque VIH des personnes peu ou pas diplômées ou de celles nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud. Tout d'abord, les préservatifs bénéficient d'une image plus négative que dans le reste de la population, manifestant davantage de préjugés à leur égard. De plus, si, parmi la population, hommes et femmes, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel est d'autant plus élevée que ce rapport s'est déroulé récemment, on n'observe pas cette tendance chez les femmes non-diplômées. En effet, l'utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel n'a pas progressé entre les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 1985 et 1995 et celles l'ayant eu depuis 1996 (environ 40 % ont utilisé un préservatif). Durant cette même période, chez les femmes ayant au moins le baccalauréat, la proportion de celles ayant utilisé un préservatif est passée de 52 % à 73 %. En revanche, chez les hommes, alors que des différences de comportements se manifestaient encore selon le diplôme parmi ceux ayant eu leur premier rapport sexuel entre 1985 et 1995, désormais, les comportements se sont homogénéisés et 70 à 80 % des hommes utilisent des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel, quel que soit leur niveau d'études. Les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont sensiblement moins nombreuses à se protéger lors de leur premier rapport sexuel. Ainsi, parmi celles ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1985, seuls 40 % ont utilisé un préservatif lors de ce premier rapport, alors que cette proportion est d'environ 60 % parmi les personnes nées dans le département d'enquête ou en métropole. D'autre part, en ce qui concerne l'utilisation plus récente des préservatifs, les déclarations

32 Ces questions étaient : si vous saviez qu'une personne est séropositive, c'est-à-dire qui est contaminée par le virus du sida, accepteriez-vous de travailler en sa compagnie, d'habiter avec elle, d'aller manger chez elle, de laisser vos enfants ou petites-enfants en sa compagnie, etc. Le score a été ramené à une échelle de 0 à 10 où 10 indique la meilleure acceptation.

montrent nettement un déficit de protection parmi ces deux populations. Chez les seuls multipartenaires par exemple, si 90 % des hommes ayant le baccalauréat ou un diplôme supérieur ont indiqué avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans l'année, ce pourcentage n'est que de 53 % parmi les multipartenaires non-diplômés.

Pour de nombreux indicateurs, c'est principalement la faiblesse du niveau d'études de la majorité des personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud qui entraîne cette moindre connaissance des modes de transmission ou cette perception plus faible du risque de contamination à VIH ; les personnes non-diplômées, qu'elles soient nées dans le département d'enquête ou hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud ayant alors des déclarations relativement proches. Néanmoins, pour certains indicateurs, les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud se démarquent significativement des autres, en contrôlant, notamment selon l'âge ou le diplôme, montrant une vulnérabilité supplémentaire.

Les données de l'enquête montrent avec acuité les fortes disparités qui existent, dans les DFA, en termes de connaissances et de comportements face au VIH/sida selon le niveau d'éducation formelle ou l'origine géographique des individus. Et pourtant, il convient de garder à l'esprit le fait que les populations qui n'ont pas pu être interrogées (populations non-francophones et non-créolophones, personnes non-équipées d'un téléphone à leur domicile) sont probablement dans des situations encore plus défavorables que celles qui viennent d'être décrites³³. De plus, pour ce qui est du seul département de la Guyane, les données épidémiologiques sur le VIH/sida relatives aux communes isolées du département peuvent également laisser penser que les populations qui n'ont pas été interrogées dans cette enquête, résidant hors du littoral guyanais, présentent également une grande vulnérabilité face à l'infection. En effet, alors que le VIH est apparu dans les communes isolées du Maroni (Apatou, Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula) assez récemment (le premier cas a été diagnostiqué en 1989, soit huit ans après celui de Cayenne), le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a, sur une période de cinq ans, rattrapé le taux guyanais (aux environs de 1 %). Désormais, l'épidémie de VIH sur les berges françaises du Maroni présente une gravité comparable à ce qui est observé au Surinam et au Guyana³⁴.

33 Une analyse ultérieure sera néanmoins conduite par l'ORS Ile-de-France sur les liens entre vulnérabilité sociale et exposition au risque, à partir de l'enquête menée chez les personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile (voir annexes 6 et 7) et dont les caractéristiques manifestent des situations plus fréquentes de précarité que celles interrogées par téléphone filaire.

34 Les données sont extraites de Labadie G. et al., *Description de l'épidémie VIH dans les communes isolées de la berge française du Fleuve Maroni (Guyane Française)*, Données présentées par Couppié P. à la réunion de pilotage du PRS VIH Guyane, 16 mai 2005, Cayenne.

Malgré les limites de l'enquête, il apparaît nettement que les populations les plus vulnérables face au VIH/sida sur le plan des connaissances et des comportements de prévention, dont nous venons de dresser les caractéristiques, sont, en grande partie, celles qui sont touchées par l'infection et qu'on retrouve dans les filières de soins des trois DFA.

Les données épidémiologiques sur le VIH/sida aux Antilles et en Guyane (déclarations des cas de sida et de VIH), les données des CISIH³⁵, ainsi que les résultats de l'enquête VESPA dans les DFA montrent en effet que les personnes touchées par le VIH sont en grande partie de nationalité étrangère et que leur niveau éducatif est relativement faible³⁶. Sur le plan de l'origine géographique, les données des files actives des patients suivis en 2004 dans les CISIH des DFA montrent une très nette sur-représentation des personnes de nationalité étrangère³⁷. En Guyane, alors que 30 % des habitants sont de nationalité étrangère (recensement de 1999), cette population représente 80 % de la file active des patients suivis pour le VIH à Cayenne. La proportion de patients étrangers semble même être en augmentation puisque le dernier rapport d'activité du CISIH de Guyane³⁸ indique que, alors que chaque année, une centaine de nouveaux patients VIH s'ajoute à la file active de l'hôpital de Cayenne, le nombre de nouveaux patients français suivis tend, au contraire, à diminuer. A Saint-Martin, les proportions sont de 36 % d'étrangers dans la population et de 76 % de patients étrangers suivis pour le VIH à l'hôpital. En Guadeloupe continentale et en Martinique, alors que la proportion d'étrangers dans la population est nettement plus faible (3 % et 1 % au recensement de 1999), la part des étrangers dans les files actives sont de 31 % en Guadeloupe et 11 % en Martinique, manifestant, là également, une plus grande vulnérabilité des personnes étrangères face au risque VIH³⁹.

Au total, quand on rapporte le nombre de cas de sida diagnostiqués entre 2000 et 2004 chez des personnes étrangères à la population étrangère recensée en 1999 dans les DFA, les Antilles et la Guyane enregistrent 377 cas pour 100 000 habitants contre 39 cas pour 100 000 habitants dans la population des DFA de nationalité française (en métropole les chiffres sont respectivement de 67 cas pour 100 000 habitants et 8 pour 100 000)⁴⁰.

35 Centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine.

36 « Infection à VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°46-47/2005.

37 Cabié A. et al., « Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004 », *BEH*, n° 46-47/2005, pp. 238-239.

38 Rapport d'activité CISIH, *Point sur l'évolution du VIH en Guyane*, Juillet 2005.

39 En métropole, les étrangers, hommes ou femmes, qui constituent 6 % de la population générale, représentent 18 % des personnes séropositives. Source : ANRS, « Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA », *Actualité en santé publique*, novembre 2004, p. 3.

40 Même si les données de recensement sous-estiment probablement la population étrangère, ces nombres de cas de sida rapportés à la population permettent de fournir des ordres de grandeur soulignant les disparités face au sida de la population française et étrangère. Sources : InVS, cas de sida au 31 décembre 2004, INSEE, recensement de la population de 1999, exploitation ORS Ile-de-France.

Sur le plan des caractéristiques sociales des personnes vivant avec le VIH/sida, l'enquête VESPA dans les DFA a permis de noter leur faible niveau d'éducation, la précarité des emplois occupés et l'importance du travail informel⁴¹. Niveau éducatif bas, précarité, faible insertion sociale sont autant d'aspects associés à une vulnérabilité face au VIH/sida. Si les populations étrangères résidant dans les DFA présentent pour une grande partie d'entre elles ces caractéristiques, la migration contribue probablement à fragiliser davantage encore ces populations, notamment celles en situation irrégulière de séjour chez lesquelles les difficultés d'accès au dépistage et aux soins peuvent être renforcées.

Comme le souligne le rapport du Conseil national du sida relatif aux départements d'outre-mer⁴², « la prise en compte des flux migratoires et de l'environnement régional est cruciale dans la lutte contre le VIH/sida des départements d'outre-mer. Elle doit se traduire à la fois par l'amélioration de la prise en charge des migrants et la poursuite des programmes de coopération régionale ». Les données de l'enquête montrent que l'amélioration du niveau de connaissances des modes de transmission du VIH des migrants et de leur perception des risques de contamination plus étroitement en lien avec leurs comportements doivent aussi constituer un des objectifs prioritaires de la lutte contre l'épidémie aux Antilles et en Guyane. Ces améliorations doivent passer par le développement d'outils favorisant une meilleure appropriation des messages de prévention. Outre les acteurs des Antilles et de Guyane, au niveau national, des campagnes spécifiques dans les départements français d'Amérique ont été développées depuis 2002 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) afin de mieux prendre en compte la diversité des populations résidant dans ces trois territoires (par exemple, communication en créole haïtien, en langue bushinenge, etc.). Mais faute d'un engagement plus massif, continueront à cohabiter, sur le même territoire, des populations aux caractéristiques extrêmement différentes du point de vue des connaissances, attitudes et comportements face au VIH/sida et, par conséquent, touchées de façon très différentielle par l'infection.

41 Bouillon K. et al., « Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003 », *BEH*, n° 46-47/2005, pp. 240-242.

42 Conseil national du sida, *Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer, Rapport suivi de recommandations*, Adoptés le 11 mars 2003, p. 64.

- **Les personnes âgées : des prises de risque relativement fréquentes parmi une population peu préoccupée par le VIH/sida**

Si les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, ainsi que celles faiblement diplômées doivent constituer des cibles prioritaires pour les campagnes de prévention, les données de cette enquête permettent d'identifier une population, les personnes âgées, présentant également des caractéristiques de vulnérabilité face au VIH/sida, avec des indicateurs systématiquement plus défavorables. Il convient néanmoins de garder à l'esprit le fait que les écarts de connaissances et de comportements face au VIH/sida selon l'âge sont nettement moins moindres que selon le niveau d'éducation ou l'origine géographique des individus.

Aux Antilles et en Guyane, les personnes les plus âgées de l'échantillon, âgées de 55 à 69 ans, manifestent un moindre intérêt pour le VIH/sida que le reste de la population. Leurs connaissances des modes de transmission du VIH sont plus faibles que la population plus jeune et l'existence des traitements contre le sida est moins connue. Le risque lié au VIH/sida apparaît plus lointain et les personnes âgées sont les plus nombreuses à se déclarer « pas du tout concernées » par les campagnes d'informations sur le sida et les préservatifs. Leurs déclarations rendent compte également d'un niveau plus important de stigmatisation à l'égard des personnes touchées par le VIH.

Ces résultats sont comparables à ceux observés en métropole, et, en général, dans les enquêtes portant sur les comportements face au VIH/sida. Ils semblent aller dans le sens d'une certaine logique de risque, c'est-à-dire que les personnes âgées, ayant moins de comportements à risque par rapport au VIH/sida, et étant plus souvent engagées dans des relations stables, seraient en effet moins « concernées » par la prévention de cette infection que les populations plus jeunes. Néanmoins, aux Antilles et en Guyane, à la différence de la métropole, le multipartenariat masculin reste un comportement relativement fréquent à des âges encore avancés. A 55-69 ans, 16 % des hommes des DFA ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année, soit une proportion deux fois supérieure à celle des hommes de métropole. Le multipartenariat des hommes de 55-69 ans aux Antilles et en Guyane engage dans une large majorité des cas des relations simultanées. C'est d'ailleurs dans cette classe d'âges que les relations extra-conjugales masculines, comme dans une moindre mesure féminine, sont le plus souvent jugées acceptables par les hommes : ils sont en effet 30 % à trouver acceptable qu'un homme ait, au cours de son mariage, des rapports sexuels avec d'autres personnes que son épouse (contre 10 % par exemple, à 18-24 ans) et 22 % à le penser quand il s'agit d'une femme (contre 4 % à 18-24 ans).

Les comportements de prévention décrits témoignent de prises de risque importantes. En effet, chez les multipartenaires âgés de 45 à 69 ans⁴³, l'utilisation des préservatifs apparaît très insuffisante : près d'un homme sur deux n'a pas utilisé de préservatif dans l'année alors que, chez ceux de 18-34 ans ou de 35-44 ans, cela n'est le cas que d'un homme sur six.

La persistance du multipartenariat à des âges élevés et la faible protection parmi les multipartenaires les plus âgés expliquent le maintien d'une forte prévalence des infections sexuellement transmissibles parmi les hommes de 45 ans et plus. Parmi eux, 3 % ont déclaré avoir eu une IST (hors mycose) dans les cinq ans, soit une proportion comparable à celle observée chez les hommes plus jeunes. En métropole, cette proportion est de 0,1 % parmi les hommes de 45 ans et plus alors qu'elle est de 2 % chez ceux de moins de 35 ans.

Ces données confirment l'importance des prises de risque dans cette population et l'enjeu que peuvent constituer des campagnes de prévention davantage ciblées en leur direction, permettant une meilleure identification aux situations suggérées. Les données épidémiologiques relatives au VIH/sida montrent que les services hospitaliers des DFA sont ceux qui reçoivent les patients touchés par le VIH les plus âgés. En Martinique, par exemple, 28 % des patients suivis pour le VIH au centre hospitalier de Fort-de-France en 2004 étaient âgés de 50 ans et plus (11 % de 60 ans et plus) et l'âge des patients nouvellement dépistés en 2004 était en moyenne de 41 ans⁴⁴. Les données de l'enquête VESPA sur les personnes vivant avec le VIH/sida confirment, pour les DFA, la fréquence relativement élevée de personnes âgées dans les files actives de patients suivis pour le VIH, avec 11 % d'entre eux âgés de 60 ans et plus contre 5 % en métropole.

Si les données de l'enquête montrent clairement que les personnes nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, celles faiblement diplômées ou encore les personnes les plus âgées ont des indicateurs de connaissances et de comportements face au VIH/sida relativement dégradés, deux populations, les femmes et les plus jeunes adultes (18-24 ans), présentent des résultats plus contrastés mais révélant néanmoins une certaine vulnérabilité face à l'infection.

43 Les effectifs sont trop faibles pour permettre de conduire des analyses chez les seuls multipartenaires âgés de 55 à 69 ans.

44 CISIH Martinique, *Rapport d'activité 2004*, décembre 2005, p. 5 et 8.

- **Les femmes : un contexte normatif peu favorable à l'adoption de comportements de prévention**

Les données de l'enquête indiquent que, aux Antilles et en Guyane, les déclarations des hommes et celles des femmes présentent davantage de différences qu'en métropole, en ce qui concerne l'âge d'entrée dans la sexualité ainsi que le nombre déclaré de partenaires. La proportion de personnes ayant indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans l'année est, dans les DFA, quatre fois supérieure chez les hommes que chez les femmes (24 % et 6 %), alors que, en métropole, elle n'est que deux fois supérieure (12 % et 6 %). Si, comme nous l'indiquions, ce décalage entre les déclarations des hommes et celles des femmes sur le nombre de partenaires est retrouvé dans la plupart des enquêtes, l'importance de celui-ci aux Antilles et en Guyane semble renvoyer à un contexte normatif dans lequel la différenciation sexuelle est nettement plus marquée qu'en métropole. En effet, dans les DFA, si le multipartenariat masculin apparaît encore nettement valorisé, le rôle de la femme se doit « d'évoluer dans un univers domestique et maternel » où le multipartenariat féminin, assimilé à de l'infidélité, est largement stigmatisé⁴⁵. Comme le souligne, à propos de la famille « noire antillaise », le philosophe et psychanalyste J. André, cité par M. Giraud « ... hommes et femmes sont soumis à deux régimes de leur vie sexuelle nettement distincts. Aux uns la pluralité, aux autres la fidélité. La femme mariée, la concubine (...) n'ont pas de liaison extra-résidentielle, sauf à courir le risque de la honte et de l'opprobre – là où, à l'inverse, l'homme construit l'essentiel de sa réputation. »⁴⁶. C'est ce contexte particulièrement contraignant pour les femmes et permissif pour les hommes qui pourrait contribuer aux différences de déclarations observées dans l'enquête.

Des différences entre les déclarations des hommes et celles des femmes peuvent aussi être notées en ce qui concerne les comportements de prévention. Les femmes des DFA sont moins nombreuses que les hommes à déclarer utiliser des préservatifs, que ce soit lors de leur premier rapport sexuel ou dans des périodes récentes, alors même que leurs connaissances des modes de transmission et leur perception des risques liés au VIH/sida sont comparables à celles des hommes. Par exemple, lors du premier rapport sexuel, alors que, dans la population masculine, l'utilisation déclarée d'un préservatif à cette occasion continue de progresser (80 % des hommes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996 ont utilisé un préservatif à cette occasion contre 65 % de ceux qui l'avaient eu entre 1992 et 1995), chez les femmes, le niveau d'utilisation s'est stabilisé depuis le début des années 90 (les proportions sont respectivement de 71 % et 67 %). Les femmes (notamment les moins diplômées) sont donc désormais moins

45 Bombereau G., *Représentations sociales du VIH/sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique. La peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université Laval, Québec, Université René Descartes, Paris V, 2005, p. 55.

46 Giraud M., « Une construction coloniale de la sexualité. A propos du multipartenariat hétérosexuel caribéen », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999/128, p. 46-55.

nombreuses que les hommes à se protéger lors de leur premier rapport sexuel, ce qui, compte tenu du caractère prédictif de cette utilisation « la première fois » (*cf. supra*), peut constituer un frein à une utilisation ultérieure des préservatifs.

De plus, si les femmes sont moins nombreuses que les hommes à avoir déclaré plusieurs partenaires dans l'année, lorsqu'elles se trouvent dans des situations comparables à celles des hommes (multipartenariat, nouveau partenaire, partenaire occasionnel, etc.) et que des différences de comportements sont notables, celles-ci vont toujours dans le sens d'une moindre protection parmi les femmes. Par exemple, parmi les personnes multipartenaires âgées de 35 à 44 ans, les hommes sont 83 % à avoir utilisé au moins une fois un préservatif dans l'année contre seulement 34 % des femmes. De même, parmi les monopartenaires faiblement diplômés ayant eu un nouveau partenaire dans l'année, la proportion de ceux indiquant avoir utilisé des préservatifs est de 72 % chez les hommes contre 40 % chez les femmes. Dans un modèle explicatif cherchant à identifier les déterminants de l'absence d'utilisation du préservatif et permettant de tenir compte de différentes dimensions⁴⁷, il apparaît que, chez un multipartenaire, la probabilité de ne pas avoir utilisé de préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête est, dans les DFA, 4,5 fois plus élevée pour une femme que pour un homme. Dans des situations comparables, les femmes semblent donc avoir moins la maîtrise de la prévention que les hommes.

Bien que le multipartenariat déclaré par les femmes des Antilles et de Guyane soit proche de celui déclaré par celles de métropole, les femmes des DFA se trouvent plus souvent que leurs consœurs de métropole dans des situations à risque face au VIH/sida. Le multipartenariat (plus souvent simultané qu'en métropole) de leur conjoint les expose, de façon indirecte, davantage au risque de contamination. Ce sont en effet, dans les DFA, 14 % des hommes mariés et 20 % des hommes non-mariés vivant en couple qui ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre respectivement 5 % et 7 % en métropole. Par ailleurs, les femmes sont plus souvent qu'en métropole victimes de violences sexuelles. En Guyane, elles sont nettement plus nombreuses à avoir déjà été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté et, dans les trois départements, les femmes sont deux fois plus nombreuses qu'en métropole à indiquer qu'elles avaient été forcées à avoir leur premier rapport sexuel. Enfin, dans des sociétés où, comme nous le précisons, le contexte normatif est particulièrement contraignant pour les femmes, et dans lesquelles une large part d'entre elles se trouve en situation de forte dépendance

47 Ces dimensions sont : le sexe, le département d'enquête, la classe d'âges, le diplôme, le lieu de naissance, l'importance accordée à la religion, la situation matrimoniale, le fait d'avoir eu ou non des nouveaux partenaires, le fait d'avoir utilisé ou pas un préservatif lors de son premier rapport sexuel, la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, la crainte du sida pour soi-même, la perception d'être suffisamment informé sur le sida et le fait d'être concerné ou pas par les campagnes d'information sur le sida et les préservatifs.

économique à l'égard des hommes, la marge de négociation autour de l'utilisation des préservatifs est, dans de nombreuses situations, probablement très étroite pour les femmes. Chez les multipartenaires par exemple, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à indiquer avoir été confrontées à un refus d'utiliser un préservatif de la part d'un partenaire.

La transmission majoritairement hétérosexuelle du VIH aux Antilles et en Guyane affecte nettement les femmes puisqu'environ la moitié des patients vivant avec le VIH/sida dans les DFA sont des femmes (48 % en moyenne dans les DFA, variant de 36 % en Guadeloupe à 59 % en Guyane)⁴⁸.

Ces résultats devraient 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.

- **Les jeunes adultes : une mobilisation nécessaire autour du VIH/sida**

Les données relatives aux jeunes adultes interrogés dans l'enquête (18-24 ans) sont assez contrastées, montrant que si certains mécanismes de prévention ont été acquis, le niveau d'information sur le VIH/sida est insuffisant sur de nombreux aspects, rejoignant, pour les indicateurs de connaissances, les caractéristiques des personnes les plus âgées. 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 ont une image du préservatif plus favorable que le reste de la population. A 18-24 ans, dans les DFA, ce sont 98 % des hommes et 92 % des femmes (écart significatif) qui ont déjà utilisé, au moins une fois, un préservatif au cours de leur vie (proportion comparable à la métropole chez les hommes et inférieure chez les femmes) et ils sont respectivement 76 % et 62 % à déclarer en avoir utilisé dans l'année (écart significatif, et proportions comparables à la métropole pour les deux sexes). Ils sont aussi les plus nombreux à connaître l'existence des préservatifs féminins, même si peu en ont déjà utilisé (les hommes de 18-24 ans sont néanmoins les plus nombreux dans ce cas, près d'un sur dix).

Cependant, leurs connaissances des modes de transmission du VIH ainsi que de l'existence des traitements sont plus faibles que chez leurs aînés âgés de 25 à 54 ans. Les jeunes de 18-24 ans sont, par exemple, les plus nombreux à ignorer l'existence de traitements contre le VIH/sida (58 % d'entre eux). Comparés aux personnes des autres classes d'âges, ils sont d'ailleurs aussi les plus nombreux à se déclarer insuffisamment informés sur le VIH/sida (42 % sont dans ce cas

48 Bouillon K. et *al.*, op. cit., p. 240.

contre moins du tiers dans les autres classe d'âges). Leur niveau d'acceptation déclarée des personnes séropositives est également inférieur à celui des personnes d'âges intermédiaires. Ils ne sont par exemple que 80 % à indiquer qu'ils accepteraient de travailler en compagnie d'une personne séropositive, alors que cette proportion est de 88 % parmi les personnes âgées de 25 à 54 ans (77 % à 55-69 ans). De même, leur recours au dépistage du VIH est relativement faible. Chez les hommes par exemple, si 18 % des hommes de 25-34 ans et 22 % de ceux de 35-44 ans ont effectué un test de dépistage dans l'année, ce n'est le cas que de 8 % de ceux âgés de 18 à 24 ans. Chez les femmes, la proportion de celles ayant eu recours à un test dans l'année est deux fois inférieure parmi les jeunes femmes de 18-24 ans que parmi celles de 25-34 ans (18 % contre 36 %), rejoignant le taux de recours observé parmi les femmes de 35-44 ans. De plus, alors que les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont, en métropole, connues de façon privilégiée par les plus jeunes adultes, dans les DFA, les 18-24 ans sont les moins nombreux à connaître l'existence de ce dispositif.

Comparée à la métropole, la protection des plus jeunes, notamment les jeunes femmes, lors de leur premier rapport sexuel, est plus faible. Chez celles ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996, 71 % dans les DFA ont utilisé un préservatif dans cette circonstance contre 81 % de celles de métropole et les hommes sont respectivement 80 % et 87 %. Enfin, si, comparés à la métropole, la fréquence du multipartenariat n'est pas plus élevée parmi les jeunes des DFA de 18-24 ans (contrairement aux autres classes d'âges), les multipartenaires de cet âge, aux Antilles et en Guyane, déclarent en moyenne près de deux fois plus de partenaires dans l'année que ceux de métropole (en moyenne 4,8 partenaires dans l'année contre 2,6 en métropole), témoignant d'une exposition potentielle au risque de contamination plus élevée. Néanmoins, malgré ces caractéristiques, les jeunes des DFA ne sont pas plus nombreux que les personnes âgées de 25 à 54 ans à se déclarer concernés par les campagnes d'information sur le sida.

Moindres connaissances, moindre intérêt pour les campagnes, faible recours au dépistage du VIH, autant de résultats qui rejoignent ceux des enquêtes menées en métropole en 2001⁴⁹ et en 2004⁵⁰ et qui conduisent à suggérer de renforcer les actions de prévention en direction des jeunes des Antilles et de Guyane, afin que les comportements de prévention puissent plus résolument s'inscrire dans la durée.

49 Grémy I. et al., *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, Evolutions 1992-1994-1998-2001*, ORS Ile-de-France, décembre 2001.

50 Beltzer N. et al., *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004*, ORS Ile-de-France, novembre 2005.

Il apparaît donc que les personnes peu diplômées et celles nées hors des DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont 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 qui devrait inciter à davantage prendre en compte, dans le contenu des messages, le contexte normatif particulièrement marqué pour les femmes dans les DFA. 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.

Au regard des résultats, la communication autour du VIH/sida, tant institutionnelle qu'associative ou celle relayée par les médias, devrait pouvoir se donner comme objectifs aux Antilles et en Guyane :

- de maintenir à un niveau élevé la préoccupation autour du VIH/sida parmi la population
- d'améliorer le niveau de connaissances des modes de transmission, notamment dans les populations les plus vulnérables, ce qui permettra, en partie, de poursuivre la lutte contre la stigmatisation à l'égard des personnes séropositives ; les données de l'enquête montrant clairement que le maintien de croyances erronées sur la transmission par simple contact contribue à favoriser la stigmatisation
- de favoriser, parmi les populations les plus vulnérables, une meilleure perception du risque en lien avec les comportements
- de diffuser l'information sur l'existence des traitements face au VIH (et leurs bénéfices) et sur les conditions de dépistage du VIH (notamment les circonstances dans lesquelles le test est obligatoire, volontaire, proposé) afin d'inciter les personnes ayant des comportements à risque à recourir davantage au dépistage
- d'encourager une utilisation plus systématique des préservatifs dans des situations d'exposition au risque.

Les améliorations importantes observées entre 1992 et 2004 sur le plan des connaissances du VIH/sida et des comportements de prévention de la population des Antilles et de Guyane, doivent constituer autant d'encouragements à poursuivre les efforts pour maîtriser l'épidémie dans cette région encore fortement affectée.

Annexes

Annexe 1 – Principe de construction de quelques variables

Annexe 2 – Les taux de refus et d'abandon et la fiabilité des réponses

Annexe 3 – La pondération

Annexe 4 – Le redressement

Annexe 5 – Comparaison des échantillons « liste publique » et « liste rouge »

Annexe 6 – Constitution d'un échantillon « téléphone mobile »

Annexe 7 – Comparaison des échantillons « téléphone mobile » et « téléphone filaire »

Annexe 1 – Principe de construction de quelques variables

Différentes variables sont utilisées de façon récurrente dans ce rapport dont nous explicitons ici le principe de construction.

Place de la religion : cette variable dont les modalités sont « très importante », « importante », « peu importante » et « pas du tout importante » n'a été construite que dans l'enquête conduite dans les DFA puisqu'elle prend en compte deux questions dont l'une n'a pas été posée dans l'enquête métropolitaine. Cette variable est la combinaison de deux questions, l'une portant sur l'importance accordée à la religion (« *Est-ce que la religion dans votre vie est très importante, importante, pas très importante, pas importante du tout* ») et l'autre sur la fréquentation des offices religieux (« *Toujours par rapport à la religion, assistez-vous aux offices religieux une ou plusieurs fois par semaine, une ou deux fois par mois, de temps en temps, uniquement pour les grandes fêtes et les cérémonies ou jamais ?*»). Par exemple, une personne a été classée comme accordant une place très importante à la religion lorsqu'elle a déclaré à la fois que la religion était importante dans sa vie et qu'elle fréquentait plusieurs fois par semaine les offices religieux.

Lieu de naissance : les personnes interrogées ont été distinguées selon leur lieu de naissance. Quatre catégories ont été retenues : les personnes nées dans le département d'enquête (par exemple, nées en Guyane dans l'enquête conduite en Guyane), les personnes nées en métropole, les personnes nées, hors des DFA, dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (il s'agit principalement de personnes nées en Haïti, au Surinam, au Guyana et au Brésil) et les autres (qui regroupent les personnes nées dans un autre département d'outre mer que celui où s'est déroulée l'enquête ainsi que les personnes nées à l'étranger hors de la Caraïbe ou de l'Amérique du Sud). Cette dernière catégorie n'a pas été utilisée du fait de son hétérogénéité et de la faiblesse des effectifs composant ses deux catégories. Il est à noter aussi que c'est principalement en Guyane (et dans une bien moindre mesure en Guadeloupe) que l'échantillon est constitué de personnes nées, hors des DFA, dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (il s'agit principalement de personnes nées en Haïti, au Surinam, au Guyana et au Brésil).

Le score de précarité : afin de mesurer la vulnérabilité sociale des personnes, deux scores ont été construits, l'un à partir de dix variables présentes dans le questionnaire utilisé dans les DFA, l'autre à partir de sept variables communes à l'enquête dans les DFA et en métropole, afin de permettre la comparaison entre les deux ensembles géographiques. Les modalités des dix variables synthétisant le niveau de précarité le plus élevé sont :

- être sans emploi depuis au moins trois ans ou être actuellement sans emploi et avoir cumulé plusieurs périodes de chômage d'au moins six mois au cours des cinq années précédant l'enquête
- exercer actuellement un travail occasionnel ou un « job »
- ne jamais être allé chez un dentiste

- avoir recouru à un travailleur social dans l'année précédant l'enquête
- ne jamais avoir fait d'études ou avoir arrêté ses études avant l'âge de 16 ans
- être en situation de monoparentalité (voir définition chapitre 6)
- bénéficier de la Couverture médicale universelle (CMU) ou n'avoir aucune couverture sociale
- ne pas disposer d'un point d'eau potable dans son logement
- bénéficier du Revenu minimum d'insertion (RMI) ou d'activité (RMA)
- avoir reçu, au cours du dernier mois, une aide de l'Etat (allocation de parent isolé, d'adulte handicapé, pension d'invalidité) et/ou une aide financière provenant d'amis, de parents ou d'associations.

Comme pour tous les autres scores présentés dans ce rapport, l'échelle a été ramenée à 10, allant de 0 (pas de précarité) à 10 (personne cumulant fortement les situations de précarité).

Sur les caractéristiques de l'activité sexuelle, plusieurs typologies ont été créées afin de caractériser au mieux les spécificités de l'activité sexuelle des personnes.

Personnes sexuellement actives : les personnes ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours d'une période donnée (au cours de la vie, des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête) sont considérées comme étant « sexuellement actives » au cours de la dite période.

Monopartenaires / multipartenaires : les personnes qui, sur une période donnée (au cours des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête), ont indiqué avoir eu un seul partenaire sont considérées comme étant monopartenaires sur cette période. Si elles ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires, successivement ou simultanément, elles sont alors considérées comme étant multipartenaires. Généralement, la période de référence est de douze mois.

Multipartenaires simultanés / multipartenaires successifs au cours des cinq années précédant l'enquête : parmi les multipartenaires au cours des cinq années précédant l'enquête, les personnes qui ont déclaré, à travers différentes questions (voir définition chapitre 6), avoir eu plusieurs partenaires durant la même période, sont considérées comme des multipartenaires avec des partenaires simultanés. Si ce n'est pas le cas, les personnes sont décrites comme des multipartenaires avec des partenaires successifs.

Typologie des partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête : il s'agit d'une typologie prenant en compte le nombre de partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête et le fait d'avoir eu ou pas, durant cette période, un nouveau partenaire, c'est-à-dire un partenaire avec lequel la personne interrogée a des rapports sexuels depuis au maximum un an. De ce fait, on considère qu'une personne est :

- monopartenaire sans nouveau partenaire : si elle déclare un seul partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête et que celui-ci est connu depuis plus d'un an ;
- monopartenaire avec nouveau partenaire : si elle déclare un seul partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête et que ce partenaire est nouveau ;
- multipartenaire « stable » : si elle déclare au moins deux partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête mais qu'aucun de ces partenaires n'est nouveau ;
- multipartenaire « mixte » : si elle déclare au moins deux partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête et que certains sont de nouveaux partenaires et d'autres des partenaires connus depuis plus d'un an ;
- multipartenaire « instable » : si elle déclare au moins deux partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête et que tous les partenaires sont nouveaux.

Annexe 2 – Les taux de refus et d’abandon et la fiabilité des réponses

Le tableau distingue deux types de refus : ceux formulés par la personne avec qui l’enquêteur a eu le premier contact téléphonique, avant même que la sélection de l’individu à interroger soit réalisée, il s’agit du « refus ménage » et ceux formulés par la personne sélectionnée, qui aurait théoriquement dû être interrogée dans le ménage, il s’agit du « refus individu ». La comparaison des taux de refus dans les trois départements avec ceux de l’enquête menée en métropole indique des résultats relativement comparables pour ce qui est du taux de refus « ménage » (4,8 % dans les DFA et 5,5 % en métropole). En revanche, le taux de refus « individu » est, dans l’ensemble, nettement inférieur dans les DFA à la métropole (7,2 % dans les DFA et 12,8 % en métropole).

Pourcentages de personnes ayant refusé de participer à l’enquête (refus) ou ayant interrompu leur participation après avoir débuté le questionnaire (abandons)

En %	Guadeloupe			Martinique			Guyane		
	Liste publique (N=774)	Liste rouge (N=233)	Ensemble (N=1007)	Liste publique (N=731)	Liste rouge (N=275)	Ensemble (N=1006)	Liste publique (N=704)	Liste rouge (N=297)	Ensemble (N=1001)
Taux de refus ménage	5,0	6,6	5,4	3,8	6,7	4,5	3,4	6,6	4,4
Taux de refus individus	7,7	9,3	8,0	6,9	5,2	6,5	6,0	9,5	7,1
Taux de refus global (1)	12,7	15,9	13,4	10,8	12,0	11,0	9,4	16,1	11,5
Taux d’abandon	9,6	7,5	9,1	9,1	10,4	9,5	4,1	5,7	4,6
Taux de refus global + Taux d’abandon	22,3	23,5	22,6	19,9	22,4	20,5	13,5	21,8	16,1

En %	DFA			Métropole		
	Liste publique (N=2209)	Liste rouge (N=805)	Ensemble (N=3014)	Liste Publique (N=4226)	Liste rouge (N=850)	Ensemble (N=5076)
Taux de refus ménage	4,2	6,6	4,8	4,1	11,2	5,5
Taux de refus individus	6,9	8,0	7,2	11,8	17,8	12,8
Taux de refus global (1)	11,1	14,6	12,0	15,9	28,5	18,3
Taux d’abandon	7,7	7,9	7,8	2,4	2,3	2,4
Taux de refus global + taux d’abandon	18,8	22,5	19,8	18,3	30,8	20,7

(1) Le taux de refus global est le résultat de l’addition du taux de refus « ménage » et du taux de refus « individu »

Si, quel que soit le lieu,, les taux de refus varient assez nettement en liste rouge et en liste publique, les écarts dans les DFA semblent néanmoins moins marqués qu'en métropole, montrant une meilleure acceptation de l'enquête parmi les personnes inscrites sur liste rouge.

A la différence de ce qui a été observé concernant le taux de refus, l'enquête dans les départements français d'Amérique a enregistré un taux d'abandon nettement supérieur à celui de la métropole (7,8 % contre 2,4 %), avec un taux supérieur aux Antilles comparé à la Guyane (9 % contre moins de 5 %). Ce taux plus élevé dans les DFA s'explique en grande partie par le fait que de nombreuses personnes interrogées dans les DFA ont souhaité que le questionnaire, d'une durée moyenne de 45 minutes, leur soit administré en plusieurs fois, comme cela était possible. Or, pour une partie d'entre elles, il n'a pas été possible de reprendre contact avec elles par la suite pour poursuivre le questionnaire (personne absente au moment du rendez-vous, fin de la durée de recueil des données, etc.).

Néanmoins, les indications dont nous disposons sur les abandons montrent que la plupart des personnes ont interrompu le questionnaire peu de temps après son commencement, ce qui écarte l'hypothèse selon laquelle les abandons auraient pu être liés au sujet de l'enquête. Dans les trois départements, environ la moitié des personnes ont interrompu le questionnaire (qui comporte 227 questions) bien avant les questions portant sur les caractéristiques de l'activité sexuelle de la personne. Environ 25 % des abandons sont intervenus alors même que le terme « sida » n'avait pas encore été mentionné dans le questionnaire (les premières questions portant sur les caractéristiques socio-démographiques puis sur la crainte des risques et des maladies en général).

Caractéristiques des personnes ayant refusé de participer et motif du refus

Parmi les 532 personnes qui ont refusé de participer à l'enquête, 65 % sont des femmes (54 % en métropole). Très peu d'entre elles ont accepté de répondre au questionnaire spécifique qui leur était proposé, comportant quelques questions (âge, catégorie socio-professionnelle, motif du refus).

Caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant refusé de répondre au questionnaire et motif du refus

<i>En %</i>	Gua (N=208)	Mar (N=171)	Guy (N=153)	DFA (N=532)	Mét (N=1114)
<i>Selon le sexe</i>					
Hommes	34,1	38,0	34,0	35,3	43,2
Femmes	65,9	62,0	66,0	64,7	53,9
<i>Selon l'âge</i>					
18-29 ans	1,5	1,2	1,3	1,3	0,5
30-49 ans	3,3	1,7	5,9	3,6	2,3
50-69 ans	4,3	2,4	4,6	3,8	3,6
Non réponse / non posé	90,9	94,7	88,2	91,3	93,7
<i>Motif du refus</i>					
Ne se sent pas concerné	11,5	12,3	15,0	12,8	7,4
Pas le temps – la durée	13,9	18,7	17,6	16,5	11,4
Le sujet : le sida	4,8	1,2	3,9	3,4	2,0
Le sujet : les comportements sexuels	2,4	0,0	2,0	1,5	0,1
Pas intéressant	32,7	41,5	30,1	34,8	15,4
Ne répond jamais aux sondages	10,1	7,6	6,5	8,3	4,4
Autres raisons	8,2	7,0	8,5	7,9	17,7
Non réponse / non posé	16,3	11,7	16,3	14,9	41,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Parmi les personnes ayant précisé le motif de leur refus de participer à l'enquête (dans la majorité des cas, ce motif était indiqué immédiatement à l'enquêteur, pour justifier le refus, hors du contexte du questionnaire refus), la plupart d'entre elles, quel que soit le département, ont indiqué que c'était parce qu'elles n'étaient pas intéressées par les enquêtes.

La fiabilité des réponses

Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les perceptions reposent sur les déclarations des répondants. Aussi, il n'est pas exclu que certains enquêtés « arrangent » leurs réponses pour donner d'eux-mêmes l'image qu'ils jugent la plus valorisante, soit qu'ils passent sous silence certaines de leurs pratiques ou de leurs opinions, soit au contraire, qu'ils déclarent 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. Dans cette enquête, plusieurs dispositions ont été prises afin de limiter au maximum l'incidence de ces problèmes.

Tout d'abord, un effort particulier a été réalisé 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 au téléphone de la liste publique (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 et proposait aux personnes qui le souhaitaient d'appeler un numéro gratuit (numéro vert) permettant d'obtenir des renseignements complémentaires sur l'enquête.

Un soin tout particulier a également été apporté 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, qui a fait l'objet d'une préparation minutieuse. Par exemple, 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 des opinions ou des attitudes qu'ils pensent que l'on attend d'eux, l'ordre des questions a été étudié.

Il importe enfin de rappeler que l'objectif de cette étude n'est pas de mesurer, à la décimale près, la fréquence de tel ou tel phénomène, mais de fournir une estimation de l'ampleur d'un phénomène dans une population, de comprendre les déterminants de ces phénomènes et enfin de permettre d'ajuster au mieux les actions de santé publique, notamment dans le domaine de la prévention.

Annexe 3 – La pondération

L'enquête KABP Antilles-Guyane a porté sur un échantillon de ménages tiré aléatoirement qui a permis d'interroger 3 014 personnes âgées de 18 à 69 ans.

Une fois le ménage joint, il était procédé à la sélection de l'individu qui serait interrogé. Si le ménage était composé d'une seule personne âgée de 18 à 69 ans, c'est elle qui était sélectionnée pour participer à l'enquête. Si le ménage était composé de plusieurs personnes, c'est la personne dont l'anniversaire était fêté en premier qui était sélectionnée pour participer à l'enquête. Les répondants à l'enquête avaient donc des probabilités inégales d'être interrogés. Ceux qui provenaient par exemple de ménages comprenant quatre personnes âgées de 18 à 69 ans avaient quatre fois moins de chances d'être interrogés que ceux qui venaient d'un ménage composé d'une seule personne âgée de 18 à 69 ans. Afin de tenir compte de cette inégalité de chances d'être interrogé, à chaque questionnaire réalisé, a été attribué un poids de départ égal au nombre de personnes éligibles au sein du ménage sélectionné.

L'application de ce poids de sélection aux 3 014 questionnaires réalisés dans les DFA donnent un effectif pondéré de 6 396. On obtient ainsi : nombre d'éligibles x (3 014 / 6 396). Le terme (3 014 / 6 396) vise à rétablir la somme des poids de l'échantillon à 3 014 individus.

Quel que soit le département considéré, les résultats montrent que l'échantillon pondéré de l'enquête KABP est plus féminin que celui de l'Enquête emploi 2004 de l'INSEE, notamment en Martinique et en Guyane. Cette plus forte féminisation de la structure de la population dans l'échantillon pondéré des DFA apparaît essentiellement dans la classe d'âges 35-69 ans.

Il apparaît également que, dans chaque département, les femmes sont plus nombreuses à ne pas vivre en couple dans l'enquête KABP. Par exemple, en Guyane, elles sont 27 % à ne pas vivre en couple contre 18 % dans l'Enquête emploi INSEE. Chez les hommes, les différences ne sont pas aussi marquées.

Structure des échantillons pondérés selon le sexe, l'âge et le fait de vivre ou pas en couple

En %	Guadeloupe					
	En couple		Pas en couple		Ensemble	
	EE (1)	KABP	EE (1)	KABP	EE (1)	KABP
<i>Hommes</i>	33,1	24,4	13,8	19,0	47,0	43,4
18-24 ans	4,3	0,5	2,9	10,4	7,2	10,9
25-29 ans	3,2	1,0	1,9	1,2	5,1	2,2
30-34 ans	3,7	1,4	1,8	2,2	5,6	3,6
35-69 ans	(2)	(2)	(2)	(2)	29,1	26,8
<i>Femmes</i>	31,1	31,3	21,9	25,3	53,0	56,6
18-24 ans	4,1	1,1	3,1	6,6	7,2	7,7
25-29 ans	3,2	1,8	2,3	2,5	5,5	4,3
30-34 ans	4,3	4,4	2,4	2,6	6,7	7,0
35-69 ans	(2)	(2)	(2)	(2)	33,6	37,6
Ensemble	64,3	55,7	35,7	44,3	100,0	100,0

En %	Martinique					
	En couple		Pas en couple		Ensemble	
	EE (1)	KABP	EE (1)	KABP	EE (1)	KABP
<i>Hommes</i>	30,2	19,4	16,4	17,4	46,6	36,8
18-24 ans	4,0	0,8	3,4	8,1	7,4	8,9
25-29 ans	1,9	1,2	1,8	3,2	3,7	4,4
30-34 ans	3,2	1,7	1,9	1,1	5,1	2,8
35-69 ans	(2)	(2)	(2)	(2)	30,4	20,7
<i>Femmes</i>	29,4	29,7	24,0	33,4	53,4	63,2
18-24 ans	3,6	0,5	3,6	10,1	7,2	10,6
25-29 ans	2,3	2,0	2,2	4,2	4,5	6,2
30-34 ans	3,7	3,2	2,3	2,8	6,0	6,0
35-69 ans	(2)	(2)	(2)	(2)	35,7	40,4
Ensemble	59,6	49,2	40,4	50,9	100,0	100,0

En %	Guyane					
	En couple		Pas en couple		Ensemble	
	EE (1)	KABP	EE (1)	KABP	EE (1)	KABP
<i>Hommes</i>	34,9	27,0	13,8	15,4	48,7	42,4
18-24 ans	5,2	0,4	3,9	7,4	9,0	7,8
25-29 ans	3,6	2,0	2,2	1,5	5,9	3,5
30-34 ans	4,9	2,9	1,3	1,6	6,2	4,5
35-69 ans	(2)	(2)	(2)	(2)	27,6	26,6
<i>Femmes</i>	33,5	30,2	17,8	27,4	51,3	57,6
18-24 ans	5,9	1,4	3,7	8,6	9,6	10,0
25-29 ans	4,2	4,2	2,2	3,5	6,4	7,7
30-34 ans	6,1	5,1	1,9	2,8	8,1	7,8
35-69 ans	(2)	(2)	(2)	(2)	27,2	32,1
Ensemble	68,4	57,2	31,6	42,8	100,0	100,0

(1) Source : Enquête emploi 2004 de l'INSEE

(2) Le redressement se fait selon le sexe, l'âge et le fait de vivre ou non en couple pour la population âgée de 18 à 34 ans et sur la population totale pour celle âgée de 35 à 69 ans.

Annexe 4 – Le redressement

Compte tenu des variations observées entre les données des échantillons et celles de la population générale (Enquête Emploi 2004 de l'INSEE, voir tableaux page précédente), il a été procédé à un « redressement » des échantillons, à partir des données de l'enquête Emploi 2004 de l'INSEE. 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 poids de redressement consiste donc à affecter un poids à chaque individu afin de corriger l'inégale représentation (sur ou sous-représentation) de certaines catégories. Ainsi, la structure de l'échantillon de l'enquête est plus représentative de celle de la population.

Répartition des personnes (échantillons redressés) selon quelques caractéristiques socio-démographiques

En %	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
<i>Selon le sexe</i>					
Hommes	47,0	46,6	48,7	47,1	49,3
Femmes	53,0	53,4	51,3	52,9	50,7
p*		NS			NS
<i>Selon l'âge</i>					
18-24 ans	14,4	14,6	18,6	15,2	13,8
25-34 ans	22,9	19,3	26,6	21,9	20,5
35-44 ans	22,1	22,4	25,8	22,7	19,8
45-54 ans	20,8	20,8	17,9	20,4	18,9
55-69 ans	19,8	22,9	11,1	19,8	27,0
p*		≠			≠
<i>Selon le diplôme</i>					
Sans dip., arrêt des études avant 16 ans	13,2	12,2	10,6	12,3	9,2
Sans dip., arrêt des études à 16 ans ou plus	17,2	16,5	15,4	16,6	6,8
CAP/BEP/BEPC	29,5	32,4	30,4	30,8	33,7
Baccalauréat ou équivalent	19,7	17,2	16,9	18,3	18,4
Etudes supérieures	20,4	21,7	26,7	22,0	31,9
p*		NS			≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

Répartition des personnes selon quelques caractéristiques socio-démographiques (suite)

<i>En %</i>	Gua (N=1007)	Mar (N=1006)	Guy (N=1001)	DFA (N=3014)	Mét (N=5071)
<i>Selon le lieu de naissance</i>					
Dans le département d'enquête	77,8	84,5	45,6	75,2	-
En métropole	12,2	10,1	21,2	12,9	-
Dans les autres DOM	3,5	2,5	10,0	4,3	-
Dans la Caraïbe / Amérique du Sud	4,7	1,2	18,6	5,4	-
Autres	1,8	1,7	4,6	2,2	-
p*		≠			-
<i>Selon la situation matrimoniale</i>					
Marié(e) Pacsé(e)	48,3	44,6	37,7	45,1	57,3
Célibataire	43,6	48,8	57,2	47,8	33,6
Divorcé(e) veuf(ve) autres	8,1	6,6	5,1	7,1	9,1
p*		≠			≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les trois départements ou entre les DFA et la métropole. NS : écart non significatif.

Le redressement a été basé sur plusieurs variables : le sexe, l'âge et la vie en couple. Cette dernière est utilisée ici car elle influence largement les attitudes et les comportements sexuels face au virus du sida.

La méthode de redressement (ranking adjusted statistics) qui a été utilisée consiste en un ajustement itératif à la proportionnelle sur chaque marge jusqu'à stabilisation du résultat. Ce redressement a été réalisé par Ipsos à l'aide du logiciel COSI de la société Statiro.

Annexe 5 – Comparaison des échantillons « liste publique » et « liste rouge »

Compte tenu de la fréquence des abonnés inscrits sur liste rouge aux Antilles et en Guyane¹, une procédure particulière (voir en introduction la méthode) a permis d'inclure dans la base de sondage les abonnés inscrits sur liste rouge, afin d'assurer au maximum la représentativité des échantillons. Ainsi, parmi les 3 014 personnes constituant l'échantillon total, 2 209 individus sont des abonnés sur liste publique et 805 sont inscrits sur liste rouge.

Comparaison des échantillons selon le fait d'être inscrit sur liste publique ou rouge

En %	Guadeloupe (1)		Martinique (1)		Guyane (1)		DFA	
	Liste publique (N=774)	Liste rouge (N=233)	Liste publique (N=731)	Liste rouge (N=275)	Liste publique (N=704)	Liste rouge (N=297)	Liste publique (N=2209)	Liste rouge (N=805)
<i>Selon le sexe</i>								
Hommes	44,2	40,7	35,0	42,0	43,8	38,9	41,0	40,5
Femmes	55,8	59,3	65,0	58,0	56,2	61,1	59,0	59,5
<i>Selon l'âge</i>								
18-24 ans	18,3	19,9	18,6	22,0	16,9	19,9	18,0	20,6
25-34 ans	15,8	21,2	19,0	20,5	26,0	17,8	20,0	19,7
35-44 ans	22,3	25,0	20,0	22,2	22,8	36,0	21,7	28,1
45-54 ans	21,5	20,8	19,5	19,6	19,3	18,6	20,1	19,6
55-69 ans	22,1	13,1	22,9	15,7	15,0	7,7	20,2	12,0
<i>Selon le diplôme</i>								
Sans dip. arrêt < 16 ans	15,6	7,0	14,0	5,4	11,9	7,7	13,9	6,7
Sans dip. arrêt >=16 ans	18,5	13,8	16,9	12,7	17,2	14,4	17,5	13,6
CAP/BEP/BEPC	28,0	34,9	32,5	33,2	30,7	27,9	30,4	31,8
Baccalauréat	19,9	21,4	17,6	21,0	16,1	20,4	18,0	20,9
Etudes supérieures	18,0	22,9	19,0	27,7	24,1	29,6	20,2	27,0
<i>Selon la situation matrimoniale</i>								
Marié cohabitant	43,6	36,7	34,5	38,6	31,5	33,0	36,8	35,9
Autre cohabitant	13,7	13,3	13,9	12,7	25,7	24,2	17,5	17,2
Non cohabitant	42,7	50,0	51,6	48,7	42,8	42,8	45,7	46,9
<i>Selon les caractéristiques de l'activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête</i>								
Abstinent	14,4	16,7	17,5	22,2	14,3	14,6	15,4	17,8
Monopartenaires	70,1	64,0	69,0	62,6	71,3	71,7	70,1	66,4
Multipartenaires	15,5	19,3	13,5	15,2	14,4	13,7	14,5	15,8

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre la catégorie « liste publique » et la catégorie « liste rouge » dans chaque lieu d'enquête. Ecart non significatif lorsque les chiffres n'apparaissent pas en caractères gras.

1 En 2000, il a été estimé que, en Guadeloupe, 14 % des abonnés à France Télécom étaient sur liste rouge, en Martinique, 22 % et en Guyane, 20 %. Source : Cottias M. et al., op. cit.

Dans les DFA, quand on compare les deux sous-échantillons pondérés, celui de la « liste rouge » se caractérise par une population plus jeune. En effet, dans les trois départements français d'Amérique, les personnes âgées de 55-69 ans sont nettement sous-représentées dans ce sous-échantillon. Elles sont 12 % dans le sous-échantillon de « liste rouge » contre 20 % dans celui de « liste publique ».

Le sous-échantillon de la « liste rouge » se caractérise aussi par une population ayant un niveau de diplôme plus élevé. Les personnes sans diplôme sont nettement sous-représentées dans le sous-échantillon de la « liste rouge » : 20 % contre 31 % dans le sous-échantillon de « liste publique ».

On notera également qu'en Guyane, les personnes nées dans la Caraïbe et en Amérique du Sud sont largement sous-représentées parmi celles abonnées sur liste rouge (11 % contre 22 % parmi celles sur liste publique). En ce qui concerne les autres caractéristiques socio-démographiques, celles de l'activité sexuelle ou encore celles plus directement liées au VIH/sida (comme la perception du risque), le profil des personnes des deux sous-échantillons est relativement comparable.

Annexe 6 – Constitution d'un échantillon « téléphone mobile »

Nécessité de la réalisation d'une enquête complémentaire auprès de personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile

Aux Antilles et en Guyane, il a été estimé par un institut de sondages en juin 2003 que, parmi les personnes possédant un téléphone portable, la proportion de celles qui n'étaient pas équipées d'un téléphone filaire à leur domicile était de 5 % en Martinique, 7 % en Guadeloupe et 12 % en Guyane (communes du littoral), soit pour ce dernier département, un pourcentage proche de celui estimé pour la métropole. Ces personnes, dont le nombre tend à croître avec le développement très important de la téléphonie mobile ces dernières années, ne pourraient donc pas être interrogées dans une enquête réalisée uniquement auprès des individus détenteurs d'un téléphone fixe.

Les informations dont nous disposions avant l'enquête, transmises par les membres des groupes de pilotage, permettaient de penser que les personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile présentent des caractéristiques de plus grande vulnérabilité sociale. Or, nous avons fait l'hypothèse qu'une plus grande vulnérabilité constituait des freins aux pratiques de prévention face au VIH/sida. Il a semblé donc nécessaire de réaliser une enquête complémentaire auprès des personnes exclusivement détentrices d'un téléphone portable afin de pouvoir identifier leurs spécificités.

Constitution des trois échantillons « téléphone mobile »

Pour pouvoir identifier et mesurer les spécificités de cette population, il a semblé nécessaire de pouvoir disposer d'un échantillon de 300 personnes, soit environ 100 personnes par département. Comme pour l'enquête principale, celles-ci devaient être âgées de 18 à 69 ans, parler français ou créole et résider dans le département d'enquête (pour la Guyane dans les communes du littoral). Il a semblé peu possible de faire passer un questionnaire de 45 minutes par le biais d'un téléphone mobile (coût, autonomie des téléphones portables, possibilité à la personne d'être isolée durablement, etc.), aussi, la durée du questionnaire a-t-elle été réduite à 15 minutes, ne comportant qu'une partie des questions présentes dans l'enquête principale.

On observe un taux d'échec global (taux de refus et d'abandon) peu élevé pour l'échantillon mobile dans les DFA (6 %) au regard de celui de métropole (41 %) et même de l'échantillon filaire dans les DFA (20 %). L'observation des taux d'échec global entre les DFA laisse apparaître des meilleurs résultats en Guyane qu'en Guadeloupe et surtout qu'en Martinique, en raison, pour ce dernier, d'un taux d'abandon plus élevé que dans les deux autres départements.

Taux de refus et d'abandon dans les différents échantillons « téléphone mobile »

<i>En %</i>	Echantillon mobile					Echantillon filaire
	Gua	Mar	Guy	DFA	Mét	DFA
Taux de refus global*	3,9	1,1	3,1	2,7	34,7	12,0
Taux d'abandon	1,7	6,3	0,0	2,8	6,4	7,8
Taux d'échec global	5,6	7,4	3,1	5,5	41,1	19,8
Nombre de questionnaires réalisés	169	134	117	420	319	3 014

* Il s'agit des refus ménage et des refus individuels.

Au total, 1 500 numéros de téléphone par département ont été générés automatiquement, commençant par 0690 pour la Guadeloupe, 0696 pour la Martinique et 0694 pour la Guyane (ces chiffres étant le préfixe des numéros de téléphones mobiles dans les DFA). Quand on exclut les numéros non attribués, les personnes équipées d'une ligne fixe, celles âgées de moins de 18 ans ou de plus de 69 ans, celles non francophones et non créolophones, les refus, les abandons, etc., on aboutit à un échantillon de 420 individus interrogés dans les DFA (319 en métropole) : 169 en Guadeloupe, 134 en Martinique et 117 en Guyane.

Pondération de l'échantillon constitué par téléphone mobile

Selon la même logique que celle utilisée pour l'enquête principale, la pondération de l'échantillon « téléphone mobile » a consisté à prendre en considération la méthode de sélection de l'individu interrogé en tenant compte à la fois de sa probabilité d'avoir été tiré au sort selon le nombre de lignes de téléphones portables qu'il possède mais aussi selon le nombre de personnes utilisatrices du téléphone portable sur lequel il a été appelé. Pour permettre la comparaison avec les personnes interrogées sur leur téléphone fixe, la même méthode a été appliquée à l'échantillon filaire (à savoir qu'à chaque individu, une pondération a été appliquée suivant sa probabilité d'avoir été tiré au sort selon le nombre de lignes de téléphone fixe qu'il possède mais aussi selon le nombre de personnes âgées de 18 à 69 ans habitant dans le foyer et donc utilisatrices du téléphone fixe sur lequel il a été appelé).

Pondération de l'individu selon le nombre de lignes de téléphone portable qu'il possède

Etant donné qu'un individu possédant deux lignes de téléphone portable avait deux fois plus de chance d'être sélectionné qu'un individu n'en ayant qu'une seule, il lui a été attribué un poids de départ égal à deux pour le premier et à un pour le second. Ainsi, le calcul de pondération intègre la probabilité de sélection de l'individu en inversant la valeur du poids.

- Pour les individus usagers exclusifs de téléphone portable

Pondération = 1 / nombre de lignes de téléphone portable

- Pour les individus enquêtés sur téléphone fixe

Pondération = 1 / nombre de lignes de téléphone fixe

Pondération de l'individu selon le nombre de personnes utilisatrices du téléphone portable sur lequel il a été appelé

Inversement, une personne déclarant que le téléphone portable sur lequel elle a été appelée est utilisé autant par elle-même que par quelqu'un d'autre avait deux fois moins de chance d'être sélectionnée par rapport à une autre qui en est l'utilisatrice principale. Parmi les 420 personnes interrogées dans les DFA, seules cinq sont dans le premier cas. Il s'agit donc d'intégrer cette inégalité des chances d'être interrogé en accordant à chaque individu un poids égal au nombre de personnes éligibles au sein du « ménage » ce qui donne un effectif pondéré de 425 personnes ($415 \times 1 + 5 \times 2$) pour les personnes exclusivement équipées de téléphones portables.

- Pour les individus usagers exclusifs de téléphone portable

Pondération = nombre de personnes utilisatrices du téléphone portable \times (420 / 425)

- Pour les individus enquêtés sur téléphone fixe

Pondération = nombre de personnes de 18 à 69 ans habitant dans le foyer \times (3014 / 6396)

Les termes (420 / 425) et (3 014 / 6 396) visent à rétablir la somme des poids de l'échantillon initial à respectivement 420 et 3 014 personnes.

Concrètement, chaque individu subit donc le produit des deux pondérations décrites ci-dessus.

La comparaison des deux échantillons, mobile et filaire, se fera sur des effectifs pondérés mais non redressés puisque actuellement aucune variable de redressement satisfaisante n'est disponible pour l'échantillon mobile du fait de l'absence d'enquête exhaustive sur les caractéristiques de la population des personnes exclusivement équipées de téléphones mobiles.

Annexe 7 – Comparaison des échantillons « téléphone mobile » et « téléphone filaire »

Bien que l'analyse de l'enquête par téléphone mobile sera conduite ultérieurement, quelques données comparatives sont présentées ici.

Caractéristique socio-démographiques

Répartition des personnes selon leurs caractéristiques socio-démographiques

En %	Gua		Mar		Guy		DFA	
	Mobile (N=169)	Filaire (N=1007)	Mobile (N=134)	Filaire (N=1006)	Mobile (N=117)	Filaire (N=1001)	Mobile (N=420)	Filaire (N=3014)
<i>Selon le sexe</i>								
Homme	55,2	43,8	59,3	36,1	51,2	42,8	55,4	40,9
Femme	44,8	56,2	40,7	63,9	48,8	57,2	44,6	59,1
p*	≠		≠		NS		≠	
<i>Selon l'âge</i>								
18-34 ans	58,7	35,2	60,9	37,7	65,2	41,0	61,2	37,9
35-44	19,3	22,9	21,8	20,5	22,3	27,0	20,9	23,5
45-69 ans	22,0	41,9	17,3	41,8	12,5	32,0	17,9	38,6
p*	≠		≠		≠		≠	
<i>Selon le diplôme</i>								
Inférieur au baccalauréat	67,0	62,0	64,9	61,1	68,2	56,9	66,7	60,0
Bac. ou études supérieures	33,0	38,0	35,1	38,9	31,8	43,1	33,3	40,0
p*	NS		NS		≠		≠	
<i>Selon la situation matrimoniale</i>								
Marié cohabitant	14,8	42,4	10,1	36,0	18,3	31,8	14,3	36,8
Autre cohabitant	18,0	13,8	19,8	13,9	33,7	25,6	23,0	17,7
Non cohabitant	67,2	43,8	70,1	50,1	48,0	42,6	62,7	45,5
p*	≠		≠		≠		≠	
<i>Selon le lieu de naissance</i>								
Dans le département d'enquête	68,3	78,8	83,2	85,0	46,7	46,7	66,9	70,4
En métropole	16,2	11,2	13,0	9,9	10,4	19,4	13,5	13,4
Caraïbe / Amérique du Sud	13,0	4,8	2,5	1,2	33,5	19,4	15,5	8,4
Autres	2,5	5,2	1,3	3,9	9,4	14,5	4,1	7,8
p*	≠		NS		≠		≠	

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les échantillons mobile et filaire selon les différents lieux d'enquête. NS : écart non significatif.

Dans les DFA, par rapport à l'échantillon filaire, l'échantillon mobile est davantage constitué d'hommes (55 % contre 41 %), de personnes jeunes (l'âge moyen y est de 33 ans contre 40 ans dans l'échantillon filaire), non cohabitantes (63 % contre 46 %), nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (16 % contre 8 %).

Les personnes interrogées dans l'échantillon mobile sont plus nombreuses à être faiblement diplômées que celles interrogées dans l'échantillon filaire (68 % ont un diplôme inférieur au baccalauréat contre 60 %). Elles sont aussi plus nombreuses à indiquer bénéficier du Revenu minimum d'insertion, RMI, (14 % contre 6 %) ou de la Couverture médicale universelle, CMU, (39 % contre 28 %). L'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité sociale parmi les personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile par rapport à celles équipées d'un téléphone fixe qui était faite au départ semble donc vérifiée.

S'il y a peu de différences entre la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane concernant la répartition des personnes selon leur sexe, leur âge ou leur diplôme, on note que les personnes interrogées dans l'échantillon mobile en Guyane sont plus nombreuses à cohabiter avec un partenaire qu'aux Antilles (52 % contre 32 %) ou à indiquer être nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud (34 % contre 9 %) et moins nombreuses déclarer bénéficier du RMI (6 % contre 17 %) ou de la CMU (29 % contre 43 %).

Niveaux de connaissances sur le VIH/sida

Dans l'ensemble, sur les questions relatives aux modes de transmission du VIH² ainsi que sur celles portant sur la stigmatisation des personnes séropositives, on ne note pas de différences majeure entre les réponses des personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile et celles interrogées sur téléphone fixe, quel que soit le sexe. Celles équipées d'un téléphone fixe sont néanmoins moins nombreuses à indiquer avoir déjà entendu parler des multithérapies (46 % contre 56 % dans l'enquête mobile) et celles de l'échantillon mobile semblent avoir une meilleure perception des moyens de se protéger du VIH : elles sont plus nombreuses à penser que le préservatif masculin est un moyen « tout à fait » efficace pour se protéger du VIH (78 % contre 70 %).

Dans « l'échantillon mobile », la population de la Martinique se distingue de celles des deux autres départements, par une moindre connaissance des modes de transmission, comme cela a aussi été observé dans l'échantillon « téléphone fixe » (voir chapitres 1 et 2). Les scores de connaissances des modes de transmission du VIH (où 0 indique la plus mauvaise connaissance et 10 la meilleure) sont de 7,5 en Martinique contre 8,1 en Guadeloupe et 8,4 en Guyane.

2 Il était demandé aux personnes interrogées dans l'échantillon mobile d'indiquer si le VIH peut être transmis dans les circonstances suivantes : « lors de rapports sexuels sans préservatif », « lors de rapports sexuels avec préservatif », « dans les toilettes publiques », « par une piqûre de moustique », « en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée » et « en serrant la main d'une personne contaminée ».

Perception du risque lié au VIH/sida

Si les personnes interrogées par téléphone fixe ou mobile déclarent dans les mêmes proportions craindre le sida, en revanche, celles exclusivement équipées d'un téléphone mobile sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà craindre d'avoir été contaminées par le VIH (43 % contre 32 %) et à se considérer comme ayant « plus » ou « le même » risque que la moyenne des gens d'être contaminées par le VIH (50 % contre 44 %). Elles sont aussi plus nombreuses que les autres à déclarer ne pas être suffisamment informées sur le sida (42 % contre 34 %).

Caractéristiques de l'activité sexuelle

La proportion de personnes déclarant avoir eu au moins deux partenaires est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes quel que soit l'échantillon. Au cours des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête, la fréquence du multipartenariat est plus importante chez les hommes de l'échantillon mobile par rapport à ceux de l'échantillon filaire même si les différences ne sont pas toujours significatives selon les classes d'âges. Ainsi, au cours des douze mois précédant l'enquête, parmi les hommes de 18-34 ans de l'échantillon mobile, 48 % ont indiqué avoir eu au moins deux partenaires contre 35 % pour ceux de l'échantillon filaire. En revanche, il existe peu de différences concernant la fréquence du multipartenariat chez les femmes des deux échantillons si ce n'est qu'au cours des cinq années précédant l'enquête, la fréquence du multipartenariat est plus élevée chez les femmes de l'échantillon mobile par rapport à celles de l'échantillon filaire (59 % contre 48 %).

Autre différence observée, les personnes interrogées par téléphone mobile semblent avoir débuté leur vie sexuelle plus tôt. La proportion de personnes, hommes ou femmes, indiquant avoir eu leur premier rapport sexuel à 16 ans ou moins, est plus élevée parmi celles de l'échantillon mobile que celles de l'échantillon filaire (chez les hommes, 59 % contre 51 % et, chez les femmes, 30 % contre 19 %). Concernant l'orientation sexuelle, s'il n'y a pas de différences chez les hommes, on note que parmi les femmes, que ce soit au cours de la vie, des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête, la proportion de celles déclarant avoir déjà eu au moins une partenaire du même sexe est plus importante dans l'échantillon mobile que filaire : par exemple, au cours des douze mois précédant l'enquête, 7 % des femmes interrogées dans l'échantillon mobile ont indiqué avoir eu au moins une partenaire du même sexe contre 2 % dans l'échantillon filaire.

Caractéristiques de l'activité sexuelle des personnes des DFA (parmi celles sexuellement actives au cours de la vie et n'ayant pas eu, sur la période considérée, de partenaire du même sexe) : proportion de celles ayant indiqué avoir eu...

<i>En %</i>	Hommes (1)		Femmes (1)	
	Mobile (N=219)	Filaire (N=1121)	Mobile (N=168)	Filaire (N=1726)
...leur premier rapport sexuel à 16 ans ou moins	59,0	51,1	29,9	19,0
...au moins deux partenaires au cours des cinq années précédant l'enquête selon l'âge				
18-34 ans	76,4	70,9	58,7	48,0
35-69 ans	54,7	40,9	20,9	15,2
Ensemble	65,8	52,2	46,9	26,7
...au moins deux partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête selon l'âge				
18-34 ans	47,7	34,7	9,9	13,9
35-69 ans	25,1	19,3	6,3	3,0
Ensemble	36,9	25,0	8,8	6,8

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes (ou les femmes) de l'échantillon mobile et ceux (ou celles) de l'échantillon filaire. NS : écart non significatif.

Comportements de prévention

A classes d'âges comparables, il semble y avoir peu de différences de proportions de personnes ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs entre l'échantillon mobile et filaire quels que soient le sexe et la période considérée (au cours du premier rapport sexuel, au cours de la vie, des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête). Dans l'échantillon mobile, comme dans l'échantillon filaire, la fréquence d'utilisation de préservatifs est plus élevée chez les multipartenaires que chez les monopartenaires et à caractéristiques sexuelles et classes d'âges comparables, la proportion de personnes ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs dans l'année est équivalente entre les deux échantillons.

Pourcentages de personnes des DFA ayant indiqué avoir utilisé des préservatifs (parmi celles sexuellement actives au cours de la période considérée et n'ayant pas eu, sur la même période, de partenaire du même sexe)

<i>En %</i>	Hommes (1)		Femmes (1)	
	Mobile (N=219)	Filaire (N=1121)	Mobile (N=168)	Filaire (N=1726)
Au cours du premier rapport...				
...ayant eu lieu avant 1985	12,6	7,5	9,4	10,6
...ayant eu lieu entre 1985 et 1995	43,3	41,0	53,0	47,4
...ayant eu lieu à partir de 1996	56,9	62,1	71,0	57,3
Au cours de la vie selon l'âge				
18-34 ans	98,1	97,2	96,2	91,1
35-69 ans	86,7	78,5	70,8	62,9
Ensemble	92,6	85,5	88,3	72,8
Au cours des cinq années précédant l'enquête selon l'âge				
18-34 ans	84,8	86,5	84,2	68,6
35-69 ans	54,5	46,5	29,2	34,2
Ensemble	70,0	61,2	68,7	47,3
Au cours des douze mois précédant l'enquête selon l'âge				
18-34 ans	65,5	67,4	54,2	45,0
35-69 ans	27,5	28,6	13,4	18,4
Ensemble	47,2	42,7	43,2	28,6

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes (ou les femmes) de l'échantillon mobile et ceux (ou celles) de l'échantillon filaire. NS : écart non significatif.

En revanche, la proportion des personnes ayant indiqué avoir déjà fait un test de dépistage est plus élevée dans l'échantillon mobile, quel que soit le sexe ou la période considérée. Ainsi, chez les hommes contactés par téléphone mobile, 65 % ont déclaré avoir déjà fait un test au cours de la vie contre 53 % parmi ceux équipés d'un téléphone filaire (71 % contre 62 % chez les femmes). Au cours des douze mois précédant l'enquête, ces mêmes proportions sont respectivement de 26 % et 18 % chez les hommes et de 32 % et 19 % chez les femmes.

Indicateurs de risque

S'il n'existe pas de différences de déclarations entre les personnes interrogées par téléphone mobile ou filaire sur le fait d'avoir déjà subi des violences sexuelles ou d'avoir eu au cours de sa vie des infections sexuellement transmissibles, en revanche, les femmes de l'échantillon mobile sont beaucoup plus nombreuses que celles de l'échantillon filaire à indiquer avoir eu recours à une IVG au cours des cinq années précédant l'enquête (22 % contre 7 %), et ce, quel que soit l'âge.

