



Observatoire régional de santé d'Île-de-France

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Ile-de-France en 2010

Situation en 2010 et 18 ans d'évolution

Décembre 2011

VIH / SIDA

Connaissances, attitudes, croyances et
comportements face au VIH / sida dans la
population générale adulte
en Ile-de-France en 2010

Situation en 2010 et 18 ans d'évolution

Décembre 2011

Etude réalisée par Nathalie BELTZER, Leïla SABONI, Claire SAUVAGE et Cécile SOMMEN, chargées d'études à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et le groupe KABP.

Remerciements

Notre reconnaissance va en premier lieu à toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à cette enquête.

Nous tenons également à remercier l'agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), la direction générale de la santé (DGS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'institut de recherche en santé publique (IReSP) dont les contributions financières ont rendu possible ce travail, et bien sûr l'équipe KABP qui a piloté chacune des phases de cette enquête et a largement participé à l'élaboration de ce rapport.

Nous tenons également à remercier le groupe de travail « méthodologie des enquêtes en population générale » qui a largement contribué à la réflexion présentée dans cette synthèse :

François Beck (INPES),	Nicolas Razafindratsima (INED),
Régis Bigot (CREDOC),	Benoît Riandey (INED),
Edouard Chatignoux (ORS IdF),	Jean-Baptiste Richard (INPES),
Véronique Doré (ANRS),	Thierry Rochereau (IRDES),
Arnaud Gautier (INPES),	Yann Le Strat (InVS),
Romain Guignard (INPES),	Benoît Salanave (InVS),
Philippe Guilbert (INPES),	Catherine Sermet (IRDES),
Stéphanie Guillaume (IRDES),	Christine Sevilla-Dedieu (Fondation MGEN),
Sandrine Halfen (ORS IdF),	Alfred Spira (IReSP),
Hélène Lacroix (IReSP),	Laurent Toulemon (INED),
Jean-Louis Lanoe (INSERM),	Annie Velter (InVS),
Camille Legeai (Fondation MGEN),	Marie-Noël Vercambre (Fondation MGEN),
Caroline Moreau (INSERM),	Josiane Warszawski (INSERM)
Eléna Nerriere-Catelinois (Fondation MGEN),	

Enfin, merci à l'équipe d'IPSOS, Linda Lozza, Yves Fradier et Christophe David pour leur écoute attentive et leur participation active à la mise en place de cette enquête, ainsi qu'à l'ensemble des enquêteurs.

L'équipe KABP est constituée

pour l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) de
Véronique Doré,

pour l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France de
Nathalie Beltzer,
Isabelle Grémy,
Leïla Saboni,
Claire Sauvage,
Cécile Sommen,

pour l'Institut de veille sanitaire (InVS) de
Cécile Brouard,
Marie Jauffret-Roustide,
Guy La Ruche,
Stéphane Le Vu,
Caroline Semaille,

pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de
François Beck,
Arnaud Gautier,
Romain Guignard,
Nathalie Lydié,
Jean-Baptiste Richard

et pour l'unité 1018 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) de
Josiane Warszawski.

Sommaire

Introduction	10
Chapitre 1 – Les connaissances sur le VIH/sida	21
I. Les connaissances et les croyances sur les modes de transmission	23
1. Une stabilisation de la connaissance des modes de transmission certains	
2. Le niveau de connaissance des modes certains de transmission baisse chez les jeunes et reste lié au niveau de diplôme	
3. Un tiers des jeunes franciliens estime que la transmission est possible « lors de rapports sexuels protégés » en 2010	
4. Une moindre croyance aux modes incertains de transmission du VIH	
II. L'efficacité des moyens pour se protéger du sida	32
1. Le préservatif masculin reste le moyen de protection considéré comme le plus efficace	
2. Une efficacité du préservatif moins reconnue qu'auparavant	
3. Les stratégies centrées sur le test de dépistage considérées comme les plus efficaces par les 18-30 ans	
4. Les plus diplômés croient plus en l'efficacité du préservatif et moins en l'efficacité des autres stratégies	
III. La connaissance des traitements contre le VIH	36
1. Une moindre connaissance des multithérapies chez les jeunes	
2. La connaissance de l'efficacité des traitements ARV (antirétroviraux) se stabilise à un haut niveau	
3. Pour près de la moitié des Franciliens, les individus modifient leurs comportement du fait de l'existence des traitements	
IV. L'existence d'un traitement d'urgence	41
V. La découverte d'un vaccin contre le virus du sida	43
V. Les opinions à l'égard du préservatif	44
1. Le préservatif est considéré comme de plus en plus « banal »	
2. Une image du préservatif plus positive, sauf chez les jeunes	
Chapitre 2 – Les attitudes à l'égard des personnes séropositives et les opinions sur les mesures coercitives et le contrôle social	49
I. Les attitudes à l'égard des personnes séropositives	51
1. Les attitudes vis-à-vis des personnes séropositives sont en légère amélioration depuis 2004	
2. Le niveau d'acceptation se rapproche selon la classe d'âge mais dépend toujours du niveau de diplôme	
3. Accepter un rapport sexuel protégé avec une personne séropositive n'est pas lié au niveau de diplôme	
II. La proximité au VIH et à la maladie du sida	57
1. La proportion de répondants déclarant connaître une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage continue de baisser	
2. Les jeunes franciliens restent moins nombreux que leurs aînés à déclarer connaître une personne séropositive ou malade du sida	
3. La proximité au VIH n'est plus liée au niveau de diplôme des répondants en Ile-de-France	

III.	Les opinions concernant les malades du sida et certains groupes exposés au risque de contamination par le VIH	61
	1. Les opinions à l'égard de certains groupes exposés au risque de contamination du VIH s'améliorent dans l'ensemble	
	2. Les jeunes ne sont plus ceux qui ont les opinions les plus favorables	
	3. Les plus diplômés restent en 2010 davantage opposés aux mesures coercitives proposées	
IV.	L'adhésion à l'idée d'un dépistage obligatoire pour certains groupes de la population	65
	1. Une hausse de l'adhésion au dépistage obligatoire pour toute la population	
	2. Les répondants les moins diplômés sont davantage en faveur du dépistage obligatoire quel que soit le groupe ou la situation concernés	
	3. Une très large majorité des répondants est défavorable au fait que les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne	
Chapitre 3- La perception de la maladie et du risque personnel d'être contaminé		71
I.	La perception du risque personnel de contamination par le VIH	73
	1. La perception du risque de contamination est stable depuis 1994	
	2. Une perception du risque de contamination par le VIH plus élevée chez les jeunes mais qui n'est pas liée à la proximité au VIH	
II.	La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida	77
	1. La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida est en augmentation par rapport à 2004.	
	2. Les répondants ne vivant pas en couple et ceux proches connaissant une personne séropositive sont les plus nombreux à avoir déjà craint la contamination par le virus du sida en 2010	
III.	La crainte de différents risques et maladies pour soi-même	80
	1. La crainte pour soi-même du sida et des différents risques et maladies reste globalement stable entre 2004 et 2010	
	2. Les jeunes craignent toujours davantage le sida et les IST, les plus âgés davantage les maladies cardiaques et les démences séniles	
	3. Le sida et les maladies associées sont davantage craints par les Franciliens de niveau de diplôme peu élevé	
IV.	La contagiosité du sida par rapport à la grippe	85
	1. La perception de la contagiosité du sida comparée à celle de la grippe est stable	
	2. Les répondants les moins diplômés et ceux maîtrisant mal les modes de transmission du virus du sida sont plus nombreux à penser que le sida s'attrape plus ou aussi facilement que la grippe	
Chapitre 4 – L'usage de drogues et perception de la Politique de réduction des risques		87
I.	L'usage de drogues	89
	1. Près de 15% des Franciliens déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois	
	2. Moins de un pour cent des Franciliens déclare avoir expérimenté de la drogue par voie intraveineuse	

II.	Les attitudes vis-à-vis des personnes toxicomanes	91
1.	Plus d'un Francilien sur cinq déclare connaître au moins une personne toxicomane	
2.	Les répondants les plus diplômés ont les opinions les plus tolérantes vis-à-vis des personnes usagères de drogue	
III.	La perception de la politique de réduction des risques	95
Chapitre 5 – Le test de dépistage du VIH/sida		97
I.	Le test de dépistage du virus du sida au cours de la vie	99
1.	Près de trois quarts des franciliens déclarent s'être fait dépister au moins une fois dans la vie	
2.	Le recours au dépistage augmente chez les jeunes hommes pour la première fois depuis 1994	
II.	L'évolution du recours au test de dépistage dans les douze derniers mois	102
1.	Le recours au test de dépistage au cours des douze derniers mois est en augmentation pour la première fois depuis 1994	
2.	Les jeunes ainsi que les répondants ne vivant pas en couple ont davantage recours au test de dépistage dans l'année	
3.	Un test principalement réalisé dans un laboratoire d'analyses	
4.	Le recours à un Centre ou à une Consultation de dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) est aussi fréquent en 2010 qu'en 2004	
5.	Le test dans l'année est réalisé majoritairement à l'initiative des répondants	
III.	Le non-recours au test du virus du sida au cours de la vie	108
1.	Les répondants les moins diplômés ont moins recours au test de dépistage au cours de la vie	
2.	La principale raison invoquée reste « l'absence de risque »	
IV.	Les nouvelles modalités de recours au test de dépistage	111
1.	Une grande majorité de Franciliens accepteraient un test lors de leur prochaine visite chez le dentiste, le médecin ou aux urgences	
2.	Près de trois quarts des répondants franciliens déclarent qu'ils se dépisteraient plus facilement s'il existait un test à domicile	
Chapitre 6- L'activité sexuelle et les comportements de prévention		115
I.	Initiation à l'activité sexuelle	117
1.	L'âge médian au premier rapport sexuel est stable chez les hommes et chez les femmes	
2.	Un premier rapport davantage « souhaité » par les hommes que par les femmes	
3.	Une meilleure protection contraceptive des premiers rapports sexuels	
4.	Une utilisation du préservatif toujours fréquente au moment de l'entrée dans la sexualité	
5.	L'utilisation de la double contraception au premier rapport est stable	
II.	L'activité sexuelle au cours des douze derniers mois	124
1.	La proportion d'hommes et de femmes déclarant plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois est stable	
2.	La proportion d'hommes et de femmes déclarant au moins un nouveau partenaire dans l'année est stable	
3.	Une utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois stable parmi les multipartenaires ou ceux ayant un nouveau partenaire	

III.	Le dernier partenaire sexuel	130
	1. Près de 10% des Franciliens ont eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire qu'ils fréquentent depuis moins de six mois	
	2. L'utilisation du préservatif avec le dernier partenaire sexuel est en baisse chez les Franciliennes	
	3. Des derniers rapports sexuels non protégés pour 29% des Franciliennes	
IV.	Le refus d'utiliser un préservatif	137
	1. Sept Franciliens sur cent ont confrontés au refus de leur partenaire d'utiliser un préservatif	
	2. Les répondants confrontés au refus d'utiliser un préservatif sont plus nombreux en 2010 à avoir accepté un rapport sans préservatif	
V.	Les infections sexuellement transmissibles et les IVG	139
	1- La proportion d'hommes et de femmes déclarant au moins une infection sexuellement transmissible (IST) est stable	
	2- Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est stable entre 2004 et 2010	
VI.	Les violences sexuelles	142
	1- Un Francilien sur dix déclare avoir subi des attouchements sexuels au cours de la vie.	
	2- Dix femmes et deux hommes sur cent déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés	
	Synthèse et principales conclusions	145

Introduction

Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes, les croyances, et les comportements (KABP) face au VIH de la population générale adulte vivant en France et en Ile-de-France ont été répétées depuis 1992, environ tous les trois ans : en 1992, 1994, 1998, 2001 et 2004. Elles fournissent aux pouvoirs publics, à intervalles réguliers, des informations leur permettant d'orienter les politiques de lutte contre le VIH/sida.

L'enquête a été renouvelée en 2010, soit six ans après la dernière édition. L'enquête sur le contexte de la sexualité en France (CSF) réalisée en 2006 a permis de suivre les principaux indicateurs de comportements de prévention¹ entre temps. Cette sixième édition de l'enquête KABP s'inscrit dans un contexte de modification des représentations du VIH/sida accompagnée d'un certain relâchement des comportements de prévention². De plus, l'évolution du taux d'équipement et de la couverture téléphonique des ménages vivant en France a nécessité que soit menée une réflexion sur la méthodologie de ces enquêtes.

Contexte

Transformation du contexte épidémiologique de l'épidémie et des risques liés à la sexualité

Au niveau épidémiologique, les données de la surveillance obligatoire du VIH montrent que l'Ile-de-France, comme la France, fait face à une épidémie qui est toujours active.

Au niveau national, le nombre estimé de personnes qui découvrent leur séropositivité est en 2009 en légère augmentation par rapport à 2008, passant de 6 400 (intervalle de confiance à 95% [6 200 – 6 600]) à 6 700 [6400-6900]³, augmentation essentiellement retrouvée chez les hommes homosexuels⁴. Ce nombre est stable en Ile-de-France depuis 2007, et rapporté à la population totale, il est quatre fois supérieur au niveau observé hors Ile-de-France⁵. Les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2009 étaient en majorité contaminées lors de rapports hétérosexuels. Il s'agit toujours majoritairement de femmes et de personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

D'autres indicateurs comme le nombre de cas d'infection sexuellement transmissible (IST) rapportés dans les réseaux de surveillance, l'incidence de l'hépatite aiguë B⁶ ou encore le nombre d'Interruption volontaire de grossesse (IVG) soulignent la persistance de prises de risque en France, comme en Ile-de-France.

En population générale, d'après l'enquête « contexte de la sexualité en France », 2,8% des femmes et 2,1% des hommes ont rapporté un antécédent d'IST (hors mycose) dans les cinq dernières années ; la prévalence diagnostiquée⁷ de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* est respectivement de 3,6% chez les femmes et de 2,4% chez les hommes âgés entre 18 et 24 ans⁸. Enfin, les gonococcies sont plus fréquentes chez les hommes que chez

¹ Bajos N, Bozon M, Beltzer N. *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, Genre et Santé*. La Découverte, Paris, 609 p. (2008).

² visible notamment à travers une baisse dans la déclaration de l'utilisation du préservatif. Parallèlement, le recours à l'IVG reste important (environ 200 000 par an) et une augmentation du nombre de cas d'IST est observée depuis plusieurs années.

³ Cazein F, & al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009, BEH n°45-46, 2010 : 467-472.

⁴ Le Vu S, & al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008, BEH n°45-46, 2010 :473-476.

⁵ Halfen S, Embersin-Kaprianou C. Suivi de l'infection à VIH en Ile-de-France – Spécificité régionale et diversité des territoires, Bulletin de santé n°18, décembre 2011, Observatoire régional de santé Ile-de-France.

⁶ Antona D, Letort MJ, Larsen C, Levy-Bruhl D. L'infection par le virus de l'hépatite B : une infection sexuellement transmissible. [Hepatitis B virus infection: a sexually transmitted infection]. BEH n°26-27-28, 2011 : 307-10.

⁷ Un dépistage de l'infection à *Chlamydiae Trachomatis* à réaliser à domicile était proposé à une partie des répondants.

⁸ Goulet V, & al. Prevalence of Chlamydia trachomatis : results from the first national population-based survey in France. Sexually Transmitted Infections. 2010 Aug ;86(4) :263-70.

les femmes, avec une croissance plus marquée chez ces dernières⁹. Depuis le début des années 2000 réapparaissent des cas de syphilis, de lymphogranulomatose vénérienne rectale, surtout parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Plus importantes en Ile-de-France, le nombre de diagnostics de ces IST augmente actuellement en province. Enfin, autres infections transmissibles par voie sanguine et sexuelle (de façon exceptionnelle pour l'hépatite C), les hépatites B et C ont entraîné en 2001 environ 4 000 décès (1 350 pour l'hépatite B et 2 650 pour l'hépatite C)¹⁰ et 500 000 personnes seraient aujourd'hui infectées chroniques¹¹ (280 000 pour l'hépatite B et 220 000 pour l'hépatite C)¹². Liée principalement à la transmission sexuelle, à l'usage de drogue par voie intraveineuse et à la transmission materno-fœtale (essentiellement pour les migrants nés en zone de moyenne et forte endémicité pour le virus de l'hépatite B (VHB)), l'hépatite B concerne davantage les hommes que les femmes (ils sont cinq fois plus nombreux à être infectés chroniques). Le principal mode de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) est actuellement l'usage de drogue.

Malgré la diffusion massive de la contraception médicale, la proportion de femmes ayant recours à l'IVG est très stable depuis 30 ans¹³ : plus de 222 000 IVG¹⁴ ont été réalisées en France en 2008 et en 2009 et elles sont stables chez les mineures et les femmes de moins de 20 ans, après une période d'augmentation.

L'augmentation des IST, le recours important et stable à l'IVG sont les indicateurs d'échecs de contraception et de protection. On observe d'ailleurs, que si le préservatif est aujourd'hui largement utilisé au moment de l'entrée dans la sexualité, son utilisation est loin d'être systématique. Les personnes qui commencent une nouvelle relation ou celles qui ont eu au moins deux partenaires dans l'année sont encore nombreuses à ne pas avoir utilisé de préservatifs dans l'année. Les jeunes et ceux qui déclarent plusieurs partenaires dans l'année étaient en 2004 moins nombreux qu'en 1998 à avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois¹⁵. Cette moindre utilisation du préservatif s'inscrit de plus dans un contexte de plus grande activité sexuelle, la proportion d'hommes et de femmes déclarant plusieurs partenaires ou un nouveau partenaire au cours de l'année ayant augmenté¹⁶. Aussi, une partie plus importante de la population est exposée au risque de contamination d'une IST et notamment du VIH.

Comme en témoignent ces différents indicateurs, les situations à risque sont encore nombreuses en population générale.

Transformation du contexte social de l'épidémie

Plus de dix ans après l'arrivée des traitements antirétroviraux, le VIH/sida suscite moins de crainte. C'est une maladie moins visible¹⁷ : la proportion de personnes déclarant connaître une personne séropositive diminue.

⁹ InVS, Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance et la prévention, 5 juillet 2011. N°26-27-28.

¹⁰ Péquignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski JP, Méchain M & al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. *BEH* 2008 ; 27 : 237-40.

¹¹ Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, & al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *Journal of Medical Virology* 2010;82:546-55.

¹² Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. *Saint-Maurice, InVS*, 2007, 112 p.

¹³ Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?, *Population & Sociétés*, n°407, décembre 2004.

¹⁴ Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009, *DREES, Etudes et Résultats*, n°765, juin 2011.

¹⁵ Grémy I, Beltzer N. "HIV risk and condom use among adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point", *AIDS*. 2004 Mar 26;18(5):805-9.

¹⁶ Beltzer N, Lagarde M, Wu-zhou X, Vongmany N, Gremy I, "Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France – Evolutions 1992, 1994, 1998, 2001, 2004 », rapport de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, novembre 2005, 176p.

¹⁷ Voir les rapports publiés par l'ORS Ile-de-France, op. cit.

Par ailleurs, une certaine forme de discrimination à l'égard des personnes séropositives persiste, dès lors qu'il s'agit de circonstances impliquant un degré de proximité élevé, telles que laisser ses enfants ou petits-enfants avec une personne séropositive ou encore avoir des rapports sexuels protégés avec elle.

Enfin, malgré un bon niveau de connaissances des modes de contamination et des moyens de prévention, de fortes inégalités apparaissent, entre générations, selon le niveau d'éducation mais aussi entre les hommes et les femmes. Si les jeunes sont moins informés sur la maladie que leurs aînés, les plus âgés semblent rencontrer davantage de difficultés à utiliser le préservatif lorsqu'ils s'engagent dans une nouvelle relation ou qu'ils déclarent plusieurs partenaires. Les personnes faiblement diplômées présentent également une plus grande vulnérabilité. Elles ont une plus faible connaissance des modes de transmission et de l'efficacité des moyens de protection, une plus faible perception du risque de contamination et un usage moins systématique du préservatif¹⁸. Cette vulnérabilité en termes de comportements de prévention apparaît renforcée chez les femmes. Elles rencontrent davantage de difficultés à imposer le préservatif dans certaines situations, notamment au début des nouvelles relations¹⁹, et acceptent plus souvent des rapports sexuels sans préservatif lorsque leur partenaire ne souhaite pas en utiliser²⁰.

Par ailleurs, le discours médiatique tout d'abord essentiellement préventif s'est fortement médicalisé avec l'introduction des traitements contre le VIH/sida, renforçant l'idée que c'est aujourd'hui une maladie chronique qui suscite moins de crainte. Les jeunes en particulier le perçoivent davantage comme une maladie des générations plus anciennes. Et s'ils conservent de bons réflexes de protection en début de vie sexuelle, ils montrent, comme leurs aînés, une certaine indifférence vis-à-vis de la problématique du VIH/sida.

Objectif de l'enquête

Le renouvellement de l'enquête KABP selon une méthodologie identique permet de suivre l'évolution des connaissances sur le VIH et le sida et les traitements antirétroviraux, des attitudes et des opinions à l'égard de la maladie, de sa perception et du risque personnel d'être contaminé par le virus, du recours au test de dépistage et de l'utilisation du préservatif. Toutefois, afin de tenir compte de l'évolution téléphonique (développement de la téléphonie mobile et multiplicité des opérateurs) le protocole de l'enquête a été modifié en 2010 (cf. plus bas la méthodologie de l'enquête). La comparabilité des indicateurs entre les vagues a été assurée. Des données sont ainsi disponibles pour apprécier l'impact du nouveau contexte épidémiologique, thérapeutique et social sur l'ensemble de ces indicateurs dans la perspective d'adapter les politiques de prévention.

Aussi, comme les vagues précédentes, l'enquête réalisée en 2010 appréhende la représentation sociale du sida, la perception du risque de contamination et l'adoption de comportements de protection à l'égard du VIH de la population générale. Toutefois, une perspective plus large est adoptée dans cette nouvelle édition qui tient compte à la fois des aspects sociaux et médicaux propres à cette épidémie, mais aussi préventifs en donnant notamment une place particulière à la perception de la politique de réduction des risques. Dans ce contexte, le virus du sida laisse davantage de place à d'autres IST, notamment à l'hépatite virale B. Et, afin de situer

¹⁸ Beltzer N, Halfen S. Les facteurs sociaux de vulnérabilité au VIH à partir des enquêtes KABP métropole et Antilles-Guyane, présentation aux congrès des ORS, Marseille, octobre 2008.

¹⁹ Beltzer N, Bajos N. De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles, in *Enquête sur la sexualité en France- Pratiques, genre et santé* dir N. Bajos, M. Bozon, coord. N. Beltzer, Eds La Découverte, mars 2008

²⁰ Beltzer N., Gremy I. « Les liens entre la connaissance du VIH, la perception du risque de contamination et l'adoption des comportements de prévention chez les femmes en France – Résultats à partir des enquêtes KABP » *Médecine Sciences*, 24 (suppl 2), numéro spécial « Femmes et sida » (dir. Paicheler G. et Job-Spira N.), mars 2008.

concrètement le contexte dans lequel s'inscrivent les comportements préventifs et éviter les biais de mémoire, il a été choisi de s'intéresser plus particulièrement aux nouvelles rencontres. Quatre axes sont ainsi plus particulièrement développés dans cette enquête.

Test de dépistage pour l'infection à VIH

La politique de dépistage de l'infection à VIH en France a longtemps été guidée par l'« exceptionnalisme » de cette pathologie par crainte notamment des effets délétères du dépistage, celui de diagnostiquer des individus sans pouvoir leur proposer un traitement efficace ou encore de stigmatisation des personnes atteintes. Le dépistage du VIH se caractérise par son caractère volontaire, la responsabilisation du patient et l'importance du counseling. De plus, le dépistage du VIH repose sur la quasi-gratuité des tests et l'offre de dépistage s'appuie à la fois sur des structures spécialisées d'accès gratuit et anonyme (les CDAG, consultations de dépistage anonyme et gratuit) et la possibilité de réaliser un test dans un laboratoire privé ou public de proximité.

Cependant, le débat autour de la stratégie de dépistage a beaucoup évolué ces dernières années avec la publication des nouvelles recommandations des CDC (Centers for disease control and prevention) en septembre 2006, le rapport du Conseil National du Sida²¹ remettant peu après en question la stratégie de dépistage en France, et le développement des tests rapides du VIH. De ce débat ont émergé en 2008 des projets d'expérimentations, notamment dans le milieu associatif, la plupart de ces projets étant réalisés sous l'égide de l'ANRS. Une évaluation de la stratégie de dépistage du VIH a été réalisée par un groupe d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et a conduit à la publication de nouvelles recommandations²².

Malgré une offre de dépistage assez large en France, près de 30% des personnes prises en charge à l'hôpital sont diagnostiquées à un stade trop tardif (immunodépression sévère CD4<200 ou au stade sida)²³, alors que le pronostic est plus sombre dans ce cas. Il est donc légitime de se demander si l'offre de dépistage en France est correctement dirigée vers les personnes qui sont susceptibles d'être infectées. Le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014²⁴, qui s'appuient notamment sur les recommandations émises par la haute Autorité de Santé en 2009, préconise un élargissement du dépistage à l'ensemble de la population hors notion d'exposition à un risque, et plus régulièrement pour certaines populations ou dans certaines circonstances (telles que la grossesse). Il s'agit de banaliser le test de dépistage auprès de la population générale.

Dans ce contexte, les données recueillies dans l'édition 2010 permettent de suivre l'évolution des comportements de dépistage des individus depuis 1992 au regard de leur perception du risque et de leurs comportements, les enquêtes KABP intégrant depuis leur début un module de questions sur le test de dépistage. Ces données permettent par ailleurs un état des lieux des comportements des individus vis-à-vis du dépistage du VIH avant la mise en place de nouvelles stratégies de dépistage en France.

Les hépatites B et C

En France métropolitaine, comme précisé plus haut, environ 500 000 personnes âgées de 18 à 80 ans sont infectées de façon chronique, soit par le virus de l'hépatite B (environ 280 000), soit par celui de l'hépatite C (220 000).

²¹ Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection à VIH en France. CNS, novembre 2006.

²² Dépistage de l'infection par le VIH en France – Stratégies et dispositif de dépistage – Synthèse et recommandations, Rapport de la Haute Autorité de Santé, octobre 2009.

²³ Yeni P. (dir.) Epidémiologie de l'infection à VIH, in Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations 2010 du groupe d'experts. La documentation française, 2010, chap3, p24-33.

²⁴ Ministère de la santé et des sports, Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, Available from: URL: <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>.

La prévention primaire de l'hépatite B s'appuie sur la vaccination, sur la réduction des comportements à risques et sur le respect des précautions universelles en cas de geste invasif. Si cette vaccination est efficace et recommandée pour les nourrissons, les adolescents, les personnes à risque et les professionnels de santé, la couverture vaccinale reste insuffisante (suite à la suspicion d'un lien entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue d'affections neurologiques dégénératives) : 42% chez les nourrissons en 2001²⁵ et 42,4% chez les élèves de 3^{ème} en 2003-2004 (en diminution par rapport à 2000-2001 (62,4 %))²⁶. Cependant, les données les plus récentes montrent une augmentation de la couverture vaccinale 3 doses chez les enfants de 24 mois, notamment depuis 2008, année d'obtention du remboursement du vaccin hexavalent²⁷.

La prévention de ces infections passe également par le dépistage et la prise en charge médicale. Le dépistage des hépatites B et C est cependant insuffisant : seules 45% et 59 % des personnes infectées chroniques par respectivement le VHB et le VHC connaissaient leur statut sérologique en 2004²⁸.

Par ailleurs, les enquêtes qualitatives réalisées par l'Inpes auprès de divers échantillons de la population montrent que, malgré les actions d'information développées depuis 2000, la population est peu informée sur ces infections (modes de transmission, vaccination, efficacité des traitements)²⁹.

Actuellement, peu de données quantitatives sont disponibles au sein de la population sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques de prévention vis-à-vis des hépatites B et C³⁰. Les Baromètres santé³¹ et l'enquête « Nicolle » sur les maladies infectieuses³² se sont essentiellement intéressés et de façon succincte aux attitudes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B ou aux pratiques de dépistage de l'hépatite C.

Aussi, compte tenu de certaines similitudes avec le VIH/sida en termes de facteurs de transmissions (voie sanguine et sexuelle³³), de passage possible à la chronicité de la maladie, des modes d'évolution à long terme, un module sur les hépatites B et C (portant principalement sur l'hépatite B) est intégré à cette nouvelle édition de l'enquête. Elle offre l'opportunité de mesurer dans la population générale les connaissances et les perceptions vis-à-vis des hépatites B et C, les attitudes et les recours au dépistage, les attitudes et les pratiques en matière de vaccination. Peu abordés dans ce rapport³⁴, les résultats seront utiles, dans le cadre du plan de lutte contre les hépatites virales B et C, 2009-2012³⁵, afin d'orienter les futures campagnes de prévention.

²⁵ Antona D, Bussiere E, Guignon N, Badeyan G, Levy-Bruhl D. La couverture vaccinale en France en 2001. BEH n° 36, 2003 :169-172.

²⁶ Antona D, Fonteneau L, Levy-Bruhl D, Guignon N, De Peretti C, Niel X, & al. Couverture vaccinale des enfants et adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. BEH n°6, 2007 :45-49.

²⁷ Estimations à partir de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires : 52% pour les nourrissons nés en 2008 vs. 28% pour ceux nés en 2004 ; données CnamTS, InVS non publiées, mais qui devraient prochainement être mises en ligne sur le site InVS, dossier thématique couverture vaccinale.

²⁸ Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. Journal of Medical Virology 2010;82:546-55.

²⁹ Vignier N, Jestin C, Arwidson P. Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. BEH n°20-21, 2009: 212.

³⁰ Les enquêtes KABP de 1998 et 2001 comportaient quelques questions sur les antécédents de vaccination contre l'hépatite B et de test de dépistage de l'hépatite C et leurs motifs.

³¹ Beck F, Guilbert P, Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

³² Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. (dir.) Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis, INPES, coll. Etudes santé, 2008 : 252 p.

³³ La transmission par voie sexuelle est exceptionnelle pour l'hépatite C.

³⁴ Un article à partir des résultats de KABP est prévu dans le numéro thématique sur les "connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites B et C" de la population générale, des médecins et des personnes infectées à paraître en juillet 2012, numéro coordonné par Cécile Brouard et Christine Larsen.

³⁵ Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012). Available from: URL: http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf.

Usages de drogues et réduction des risques

Les politiques de réduction des risques (RDR) à destination des usagers de drogue ont été mises en place en France à la fin des années 1980 pour réduire l'épidémie de VIH/sida chez les usagers de drogue. Il s'agit d'une politique pragmatique qui rompt avec la volonté d'éradication des drogues et hiérarchise les risques auxquels les usagers de drogues sont confrontés, se préserver vis-à-vis du risque de transmission du VIH et des hépatites devenant prioritaire. En France, les principales mesures de RDR sont la mise en vente libre des seringues en pharmacie (1987), les programmes d'échange de seringues (1992), le développement des traitements de substitution par la buprénorphine haut dosage (1995) et la méthadone (1996)³⁶. Cette politique de santé publique a fait la preuve de son efficacité sur l'amélioration de la santé des usagers de drogues, et en particulier sur la diminution de la prévalence du VIH dans cette population^{37 38}. La France a pour le moment centré son dispositif de RDR autour de la figure de l'héroïnomanie injecteur, sans prendre suffisamment en compte les autres risques liés à la consommation. Dans d'autres pays, le dispositif de RDR comprend des programmes de distribution d'héroïne médicalisée principalement en Suisse, des salles d'injection (en Espagne, Allemagne, Suisse, ...), et la mise à disposition d'outils de RDR à destination des fumeurs de crack (Canada)³⁹. La philosophie de la RDR peut également s'étendre à la dépénalisation voire la légalisation de l'usage de certaines drogues (Pays-Bas, Espagne, Allemagne, ...).

Les fondements de cette politique de RDR et son développement (mise en œuvre de salles d'injection ou de salles de consommation à moindre risque) s'inscrivent dans une dimension sanitaire, mais sont également fortement liées à la dimension sociale et politique. Cela constitue l'une des raisons pour lesquelles la question de l'acceptabilité sociale de cette politique par la population constitue un élément déterminant dans les choix politiques vis-à-vis de son développement et son élargissement actuel.

C'est pourquoi, vingt-cinq ans après la mise en place des premières mesures de RDR en France, il est apparu nécessaire d'interroger la connaissance et les représentations de la population sur la question de l'acceptabilité des politiques de RDR, de leur efficacité, et de leur élargissement à des mesures innovantes. A travers la question de la perception des politiques publiques, on peut également interroger les représentations de l'opinion vis-à-vis des personnes dépendantes aux drogues.

L'intérêt de disposer d'un module sur « l'usage de drogues et les politiques de RDR » dans l'enquête KABP est de pouvoir inscrire cette thématique dans une dynamique sociétale plus large, notamment en lien avec les pratiques à risque vis-à-vis du VIH, les connaissances et les croyances vis-à-vis des modes de transmission du VIH et des hépatites, les représentations vis-à-vis des personnes séropositives.

Les nouvelles rencontres

Les résultats de l'enquête sur le contexte de la sexualité en France (CSF)⁴⁰ et des précédentes enquêtes KABP ont souligné que les nouvelles rencontres étaient un moment particulier dans la gestion des moyens de protection et des prises de risque face au VIH/sida et aux autres IST.

³⁶ Jauffret-Roustide M. *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : La documentation Française, 2004.

³⁷ Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, & al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, 5 septembre 2006, n°33 :244-247.

³⁸ Emmanuelli, J., Desenclos JC. 2005. Monitoring harm reduction policy among intravenous drug users in France, 1996-2003. *Addiction*, 100 : 1690-1700.

³⁹ Jauffret-Roustide M. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. *Alcoologie et Addictologie*, mai 2011.

⁴⁰ Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France – Pratiques, genre et santé, eds. La découverte, Paris, mars 2008.

La perspective biographique, qui avait été adoptée dans l'enquête CSF, avait permis de dépasser les approches individuelles de l'utilisation du préservatif en explorant les interactions entre les enjeux contraceptifs et préventifs dans différentes générations et des contextes relationnels variés. Elle a conduit à mieux cerner le contexte social de l'exercice de la sexualité, et donner un éclairage particulièrement intéressant des trajectoires biographiques et sexuelles masculines et féminines.

Un point de vue complémentaire est proposé en s'intéressant aux nouvelles rencontres, puisqu'il est alors possible de cerner les interactions entre les enjeux contraceptifs et préventifs tout au long d'une relation, à la lumière de l'évolution de la représentation sociale du sida et de celle de la perception des risques de transmission. On s'interroge notamment sur le relais contraceptif au cours de la relation, sur la négociation autour de l'utilisation du préservatif et le relais contraceptif, mais aussi sur la façon dont est géré le refus d'utiliser le préservatif par l'un des partenaires. Le rôle du test de dépistage dans les stratégies de prévention, ainsi que l'importance des comportements de prévention alternatifs au tout préservatif pourront être également étudiés. Ce module permet également d'interroger la place des stratégies de réduction des risques sexuels dans la population générale.

Méthodologie

Les enquêtes KABP sont depuis 1992 réalisées selon un protocole d'interview identique, à partir d'un échantillon probabiliste issu des fichiers de France Télécom, seule base d'abonnés téléphoniques accessible. Ces interviews sont réalisées par téléphone grâce au système CATI⁴¹. La répétition d'un même protocole d'interview permet de minimiser les biais lors de la comparaison des indicateurs entre les différentes vagues des enquêtes.

Pour autant, devant l'évolution de la couverture téléphonique ces dernières années en France, il a été nécessaire de mener une réflexion méthodologique afin de préserver l'exhaustivité de la base de sondage, tout en s'assurant de la comparabilité des indicateurs suivis avec les enquêtes précédentes.

Jusqu'à présent, l'échantillonnage de cette enquête passait par la constitution d'un fichier de numéros de téléphone tirés au sort parmi l'annuaire unique répertoriant l'ensemble des lignes filaires des personnes souhaitant que leur numéro apparaisse. Ces numéros étaient ensuite incrémentés d'une unité pour couvrir les 20 à 30% de sujets non présents dans l'annuaire, c'est-à-dire ceux inscrits sur les listes rouges. Or, avec le développement de la téléphonie mobile et l'arrivée sur le marché de multiples opérateurs, une partie de plus en plus importante de la population, en abandonnant le téléphone filaire au profit du mobile, ou en choisissant un autre opérateur que l'opérateur historique France Télécom, n'est plus joignable par ces méthodes de sondage. L'absence d'annuaire commun à l'ensemble des opérateurs réduit l'exhaustivité du plan de sondage initial. Il a été donc nécessaire d'envisager une autre méthodologie pour les enquêtes. Pour ce faire, un groupe de travail⁴² coordonné par l'IRESP⁴³ et l'ORS Ile-de-France s'est réuni à l'initiative de l'ANRS à plusieurs occasions afin de mener une réflexion approfondie sur la pertinence méthodologique des enquêtes réalisées par téléphone. De nouvelles modalités d'échantillonnage ont été proposées.

Afin de tenir compte de l'évolution de la couverture téléphonique, le plan d'échantillonnage a ainsi été élargi tout en gardant une comparabilité avec les enquêtes antérieures. En plus de l'échantillon habituel des personnes interrogées à partir de leur téléphone filaire, un large échantillon est sélectionné via le téléphone

⁴¹ Computer assisted telephone interview.

⁴² Ce groupe est remercié en début de ce rapport.

⁴³ Institut de Recherche en Santé Publique.

mobile, que ces individus possèdent ou non une ligne de téléphone filaire. Et pour la première fois, en l'absence d'annuaires téléphoniques regroupant l'ensemble des opérateurs présents sur le marché français, les numéros de téléphone filaire comme mobile sont générés totalement aléatoirement. Deux échantillons sont donc constitués de façon indépendante, l'un à partir des numéros de téléphone filaire (racines de numéros en 01 à 05), le second à partir des numéros de téléphone mobile (racines de numéros en 06).

Pour l'échantillon de filaires, la sélection de la personne à interroger repose sur un mode de tirage à deux degrés : après la génération aléatoire d'un numéro de téléphone, un individu est ensuite tiré au sort aléatoirement selon la méthode anniversaire⁴⁴ parmi l'ensemble des personnes éligibles au sein du foyer correspondant à ce numéro. Pour être éligible, il doit être âgé entre 18 et 69 ans, parler le français, et le numéro d'appel pour le téléphone filaire doit correspondre à une résidence principale. Toujours dans l'objectif d'améliorer la participation à l'enquête, une lettre annonce⁴⁵ expliquant l'étude est envoyée aux numéros pour lesquels l'adresse postale a pu être retrouvée après passage de l'annuaire inversé.

Pour l'échantillon des mobiles, l'individu n'est tiré au sort que si le téléphone mobile est utilisé par plusieurs personnes. La sélection est alors identique à celle de l'échantillon filaire, et il ne peut être interrogé que s'il est âgé de 18 à 69 ans, parle le français et habite la France métropolitaine.

Au moment de l'élaboration de cette enquête, aucune donnée ne nous permettait de savoir s'il était possible d'interroger les individus pendant 35 minutes sur un téléphone portable, sans un taux d'interruption trop important. Aussi, deux versions du questionnaire ont été proposées : l'une dite classique reprend le même déroulé des questions que les vagues d'enquêtes précédentes, l'autre dite modifiée propose les mêmes questions, mais en glissant dans la première partie les questions les plus importantes afin de s'assurer, en cas d'interruption, de l'exploitation de ces questionnaires.

La comparabilité des indicateurs avec les vagues précédentes a été assurée⁴⁶, la sixième édition de cette enquête servant par ailleurs de test méthodologique pour de futures enquêtes en santé⁴⁷. Le terrain de l'enquête a été réalisé de janvier à début juillet 2010, par l'institut de sondage IPSOS.

Le taux de refus (hors abandon) s'élève en 2010 à 29,5% pour l'échantillon des filaires et à 32,5% pour l'échantillon des mobiles. Au total, 11 019 individus ont répondu à l'ensemble du questionnaire, dont 2 781 en Ile-de-France, soit depuis 1992, 26 519 individus pour l'enquête nationale et 8 608 Franciliens. Pour des raisons de comparabilité avec les enquêtes précédentes, les analyses ne portent ici que sur les personnes âgées de 18 à 54 ans⁴⁸.

Pour tenir compte de la probabilité d'être sélectionné, l'ensemble des deux échantillons a été pondéré par la taille du ménage et par la répartition mobile/filaire. Puis pour rendre la structure similaire à celle de la population générale, ces deux échantillons ont été redressés sur les données sociodémographiques du recensement de 2006.

⁴⁴ Il s'agit de sélectionner la personne qui fêtera son anniversaire en premier à partir de la date de l'enquête.

⁴⁵ Cette lettre présente les grandes lignes de l'enquête et propose aux personnes qui le souhaitent un numéro d'appel gratuit pour toute information complémentaire.

⁴⁶ Sommen C, Warzawski J, Beck F, Beltzer N. Publication en cours.

⁴⁷ Beltzer N, Bigot R, Beck F, & al. Vers une nouvelle méthodologie des enquêtes en santé réalisées à partir d'abonnés au téléphone, in *Pratiques et méthodes de sondage*, dir. M.E. Tremblay . P. Lavallée, M. El Haj Tirari, Dunod, Paris, 2011, 288-292.

⁴⁸ En 2001, l'enquête ne portait que sur les 18-54 ans.

Présentation et lecture des résultats

Les analyses présentées dans ce rapport concernent les hommes et les femmes habitant en Ile-de-France au moment de l'enquête, âgés de 18 à 54 ans, ayant accepté de participer à l'enquête et ayant répondu à la version classique du questionnaire, soit depuis 1992, 6775 Franciliens (dont 1 879 en 2010). Les analyses viseront à présenter les évolutions au niveau de la région Ile-de-France, ainsi qu'une comparaison avec les données de l'enquête nationale sur les principaux indicateurs. Ne seront pas abordés ici la connaissance des hépatites, ni détaillés les résultats sur les nouvelles rencontres. La perception de la politique de réduction des risques et les opinions à l'égard des usagers de drogues sont traitées dans le chapitre 4 et les nouvelles modalités de recours au test de dépistage dans le chapitre 5. Les analyses ont été effectuées uniquement sur les individus répondant à la version classique du questionnaire afin de s'affranchir du biais possible de l'effet questionnaire.

Les données sont analysées à l'aide du logiciel STATA® version 10. Les comparaisons entre vagues d'enquête ont été effectuées sur les données redressées.

Des tests de χ^2 simples ont été effectués afin de comparer les résultats de l'enquête de 2010 à ceux des enquêtes précédentes. Lorsque la différence est significative au seuil de 5% entre l'enquête de 2004 et celle de 2010, les cellules sont grisées. Pour les enquêtes précédentes, les différences sont indiquées à l'aide de symboles (\rightarrow non significatif, \searrow ou \nearrow respectivement baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes ($p < 0,05$)). Un certain nombre d'analyses multivariées ont été réalisées, régression logistique ou linéaire. Les principales variables explicatives introduites dans ces modèles sont le sexe, l'âge, la vie en couple, le niveau d'études et le fait de connaître ou non une personne séropositive.

Trois classes d'âge ont été créées : 18-30 ans, 31-44 ans et 45-54 ans. En 2010, elles correspondent respectivement aux jeunes adultes entrés dans la sexualité après l'arrivée des traitements antirétroviraux, aux personnes entrées dans la sexualité avec l'apparition du Sida et à celles entrées dans la sexualité avant l'épidémie. Ces classes d'âge ont été construites en fonction de l'âge des individus en 2010 et ont donc surtout un sens pour cette enquête mais seront utilisées pour l'ensemble des analyses.

Pour construire la variable diplôme, nous sommes partis du postulat selon lequel un diplôme acquis en 1980 n'a pas la même valeur qu'un diplôme obtenu en 2010. Par exemple, en 1980, 25,9% d'une génération obtenait le baccalauréat, contre 65,8% en 2009⁴⁹. Un diplôme n'a donc pas la même valeur selon l'année à laquelle il a été obtenu. Pour en tenir compte et sur le modèle utilisé dans l'enquête CSF, le niveau de diplôme est construit à partir de la date de naissance des personnes interrogées. Le choix de la date de naissance au lieu de l'âge au moment de l'enquête est ici nécessaire puisque l'analyse porte sur 18 ans d'enquêtes.

Ainsi, à partir de l'évolution des « potentiels scolaires » des diplômés⁵⁰, le niveau de diplôme est présenté en quatre catégories : « faible », « intermédiaire 1 », « intermédiaire 2 », et « élevé », construit de la façon suivante :

- Le niveau « faible » correspond aux personnes sans diplôme pour les générations nées entre 1922 et 1960, sans diplôme et certificat d'étude primaire pour les générations nées entre 1961 et 1975 et sans diplôme, Certificat d'étude primaire, CAP pour celles nées entre 1976 – 1992.

⁴⁹ INSEE, Proportion des bacheliers dans une génération, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF07252

⁵⁰ Morel G., « Comparaisons diachroniques et substantialisation des variables : exemple de l'évolution des inégalités scolaires », *Mathématiques et Sciences humaines* 181, 2008, p.59-80.

- Le niveau « intermédiaire 1 » correspond aux personnes titulaires d'un certificat d'étude primaire pour les générations nées entre 1922 et 1940, titulaires d'un certificat d'étude primaire, CAP pour celles nées entre 1941 et 1960, titulaires d'un CAP, Brevet, BEP pour celles nées entre 1961 et 1975 et titulaires d'un Brevet, BEP, Bac technique pour celles nées entre 1976 – 1992.

- Le niveau « intermédiaire 2 » correspond aux personnes titulaires d'un Brevet, BEP, CAP pour les générations nées entre 1922 et 1940, titulaires Brevet, BEP, Bac général et technique pour celles nées entre 1941 – 1975, titulaires : Bac général, Bac +2, pour celles nées 1976 et 1992 ;

- Le niveau « élevé » correspond aux personnes titulaires du Bac et plus pour les générations nées entre 1922 et 1940, titulaires d'un diplôme de niveau supérieur au Bac pour celles nées entre 1941 et 1975 et titulaires d'un diplôme du supérieur pour celles nées entre 1976 et 1992.

L'enquête de 2010 est financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP).

L'ORS Ile-de-France assure la responsabilité scientifique de l'enquête et coordonne ce projet avec l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'INPES.

Chapitre 1- Les connaissances sur le VIH/sida

Ce chapitre présente les évolutions des connaissances relatives aux modes de transmission du sida, des croyances quant à l'efficacité de différents moyens pour se protéger du VIH, de la connaissance des traitements antirétroviraux, de la possible découverte d'un vaccin contre le sida ainsi que de l'image du préservatif.

Globalement, on observe en 2010 une stabilité du niveau de connaissances relatives aux modes de transmission du virus du sida : comme depuis le début des enquêtes la quasi-totalité des répondants franciliens savent que le sida peut se transmettre « lors d'un rapport sexuel sans préservatif » (99,4%) et « par une piqûre de drogue avec une seringue usagée » (99,4%) et ils sont aussi nombreux qu'en 2004 à penser à tort que le sida peut se transmettre « par une piqûre de moustique » (21,4%), « dans les toilettes publiques » (13,1%) et « en buvant dans le verre d'une personne contaminée » (6,4%). Parallèlement, les répondants sont plus nombreux qu'en 2004 à penser que le VIH peut se transmettre « lors de rapports sexuels avec préservatif » (25,6%) et « lors d'une piqure de drogue avec une seringue neuve » (16,1%).

Le préservatif reste le moyen considéré comme le plus efficace pour se protéger du VIH (considéré comme efficace par 94,0% des répondants) mais son efficacité est moins reconnue qu'auparavant alors que l'efficacité d'autres moyens comme « demander un test de dépistage à ses partenaires », « poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée » et « avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents » est plus partagée qu'en 2004 (moyens considérés efficaces par respectivement 83,8%, 53,4% et 43,3% des répondants) .

Les traitements antirétroviraux sont toujours connus par environ 70% des répondants franciliens (71,3% en ont entendu parler) et les propriétés de ces traitements sont bien maîtrisées par les répondants en ayant entendu parler. Le traitement d'urgence est quant à lui connu par 21,8% des répondants.

Le préservatif est plutôt mieux perçu qu'auparavant : celui-ci est considéré comme de plus en plus banal, (par 75,9% des répondants), mais comme « diminuant le plaisir sexuel » par une proportion stable et non négligeable de répondants (40,8%).

Le pessimisme quant à la possible découverte d'un vaccin contre le sida s'accroît, 28,4% des répondants pensent qu'il n'existera pas de vaccin dans un avenir prévisible.

La quasi-totalité des questions de connaissances et de croyances sont, comme lors des enquêtes précédentes, liées au niveau de diplôme : plus les Franciliens sont diplômés, plus ils maîtrisent les modes de transmission du sida, connaissent les traitements antirétroviraux, croient en l'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH et ont une bonne image du préservatif.

Les jeunes, âgés entre 18 et 30 ans en 2010 deviennent pour la première les moins informés des répondants : leur niveau de connaissance des modes de transmission de la maladie baisse et ils sont moins nombreux que leurs aînés à reconnaître l'efficacité du préservatif et à connaître l'existence des traitements antirétroviraux. Par ailleurs, ils sont plus nombreux que leurs aînés à considérer le fait de « demander un test de dépistage à son partenaire » et « faire un test de dépistage » comme efficace. Par contre ils sont plus nombreux à connaître le traitement d'urgence que les plus âgés.

A niveau de diplôme égal, les niveaux de connaissance observés dans l'enquête Francilienne sont identiques à ceux de l'enquête nationale à l'exception de la connaissance des multithérapies et le traitement d'urgence qui sont plus connus en Ile-de-France.

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

1. Une stabilisation de la connaissance des modes de transmission certains

Les « modes de transmission certains » sont des circonstances pour lesquelles l'information scientifique apporte une réponse certaine quant à la possibilité de transmission du virus du sida. Depuis le début des enquêtes KABP, il est demandé aux personnes interrogées si elles pensent que la transmission du virus du sida est possible pour un certain nombre de modes de transmission certains. En 2010, il s'agit de « lors de rapports sexuels sans préservatif » et « lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée » pour les modes qui transmettent le virus du sida et « par une piqûre de moustique », « lors de rapports sexuels avec préservatif », « lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve », « dans les toilettes publiques » et « en buvant dans le verre d'une personne contaminée » pour les circonstances qui ne transmettent pas le sida.

Tableau 1.1 : Evolution des connaissances et des croyances des modes certains de transmission du VIH – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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

% de répondants pensant que la transmission est possible...	1992 (n=858)	1994 (n=410 ⁵⁰)	1998 (n=836)	2001 (n=1155)	2004 ^(b) (n=1213)	2010 ^(b) (n=1879)	Evolution 1992/2010 ^(c)
...lors de rapports sexuels, sans préservatif	-	99,2	98,9	99,5	99,2	99,4	→
...lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée	-	-	-	99,1	99,5	99,4	→
...lors de rapports sexuels, avec préservatif	-	11,8	14,8	18,7	17,1	25,6	↗
...par une piqûre de moustique	23,8	13,9	19,7	25,7	20,3	21,4	↘
...lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve	-	-	-	12,1	13,1	16,1	↗
...dans les toilettes publiques	17,7	12,9	11,3	14,9	13,1	13,1	↘
...en buvant dans le verre d'une personne contaminée	9,7	4,2	5,0	9,1	8,0	6,4	↘

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

⁵⁰ Ces questions n'ont été posées qu'à la moitié de l'échantillon francilien en 1994

En 2010, comme les autres années, deux modes certains de transmission du virus du sida restent largement connus des répondants franciliens : plus de 99% d'entre eux savent que la transmission du VIH est possible lors « *de rapports sexuels sans préservatif* » et lors « *d'une injection intraveineuse avec une seringue usagée* », ces niveaux de connaissances sont stables depuis que ces deux questions ont été formulées ainsi dans l'enquête (respectivement en 1994 et 2001).

Les proportions de répondants franciliens croyant en la transmission du virus « *par une piqûre de moustique* », « *dans les toilettes publiques* » et « *en buvant dans le verre d'une personne contaminée* » sont elles aussi stables depuis 2004 (respectivement 21,4%, 13,1% et 6,4% en 2010). La connaissance de ces trois modes de transmission est en relative amélioration depuis 1992, les répondants sont en effet proportionnellement moins nombreux à adhérer à ces fausses croyances.

Par ailleurs, on observe une augmentation significative de la proportion de répondants pensant que le virus du sida peut se transmettre « *lors de rapports sexuels avec préservatif* » (25,6% en 2010 contre 17,1% en 2004) et « *lors d'une piqûre de drogue avec une seringue neuve* » (16,1% contre 13,1%). Ces deux augmentations, également observées dans l'enquête nationale, n'avaient pas été remarquées lors de la dernière enquête.

On observe dans l'enquête nationale une seule évolution qui diffère des évolutions franciliennes : la proportion de répondants pensant que la transmission du virus se transmet « *par une piqûre de moustique* » est significativement en hausse entre 2004 et 2010 en France (24,3% en 2010 contre 21,0% en 2004), ce qui n'est pas le cas en Ile-de-France.

Globalement, on ne constate pas d'amélioration du niveau de connaissance relatif aux modes de transmission certains en 2010, ni en Ile-de-France, ni en France.

2. Le niveau de connaissance des modes certains de transmission baisse chez les jeunes et reste lié au niveau de diplôme

Depuis le début des enquêtes KABP, un score de connaissances « certaines » est calculé afin de présenter une vision synthétique des modes de transmission. Il est constitué de l'addition des bonnes réponses à chacun des items relatifs aux modes de transmission certains du virus du sida, à savoir en 2010, l'addition des réponses « oui » à « *lors de rapports sexuels sans préservatif* » et « *lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée* » et des réponses « non » à « *dans les toilettes publiques* », « *en buvant dans le verre d'une personne contaminée* » et « *par une piqûre de moustique* »⁵¹. Le score varie de 0 à 5, plus la valeur du score est élevée et proche de 5, meilleure est la connaissance de ces modes certains de transmission du sida.

⁵¹ L'item « *lors de rapports sexuels avec préservatif* » n'est pas pris en compte dans le calcul de ce score.

Tableau 1.2 : Evolution du score de connaissances « certaines » – Ile-de-France et France – Enquêtes 1994 à 2010^(a)

Valeur moyenne du score	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1994/2010 ^(c)
<i>IDF</i>	(n=410)	(n=836)	(n=1155)	(n=1213)	(n=1879)	
<i>France</i>	(n=601)	(n=1198)	(n=3321)	(n=3367)	(n=6955)	
Ensemble Ile-de-France	4,65	4,56	4,47	4,51	4,55	↘
Ensemble France	4,55	4,44	4,45	4,45	4,46	↘

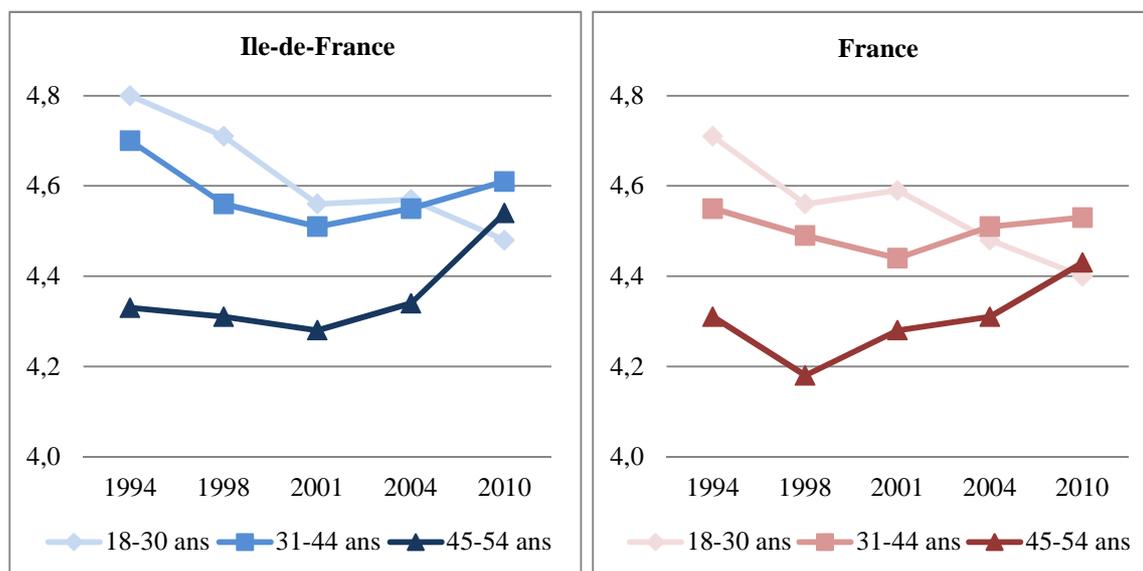
(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence n'est significative entre 2004 et 2010 ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

Après une baisse entre 1994 et 2001, le score de connaissances certaines se stabilise entre 2004 et 2010 à un haut niveau : le score moyen est de 4,55 sur 5 en 2010 en Ile-de-France. Cette stabilisation se retrouve aussi dans les données nationales.

Comme le montre le graphique 1.1, le score de connaissances certaines est en baisse chez les 18-30 ans depuis 1994. Parallèlement, on constate une amélioration progressive du score chez les 45-54 ans depuis le début des enquêtes. Ces deux évolutions ont pour conséquence un resserrement du score moyen entre les classes d'âge. Ceci se vérifie en Ile-de-France comme en France.

Graphique 1.1 : Evolution du score moyen de connaissances certaines selon la classe d'âge – Ile-de-France et France – 1994 à 2010^(a)

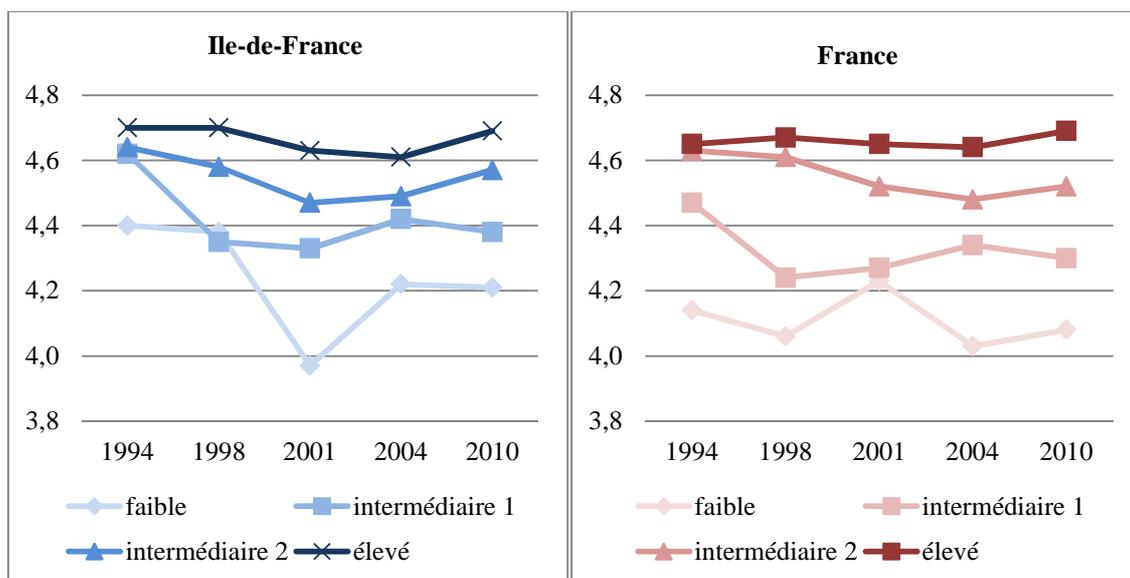
(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France, n=410 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Pour la première fois en 2010, en Ile-de-France comme en France, ce sont les plus jeunes (18-30 ans) qui ont le score de connaissances le plus faible (score moyen de 4,48 en Ile-de-France et 4,40 en France) et c'est la classe d'âge des 31-44 ans qui a le meilleur score de connaissances : score moyen de 4,61 en Ile-de-France et 4,53 en France (ils correspondent aux plus jeunes des répondants des enquêtes

1994 et 1998 ; nés entre 1966 et 1979, ils ont commencé leur sexualité entre 1984 et 1997, soit avant l'arrivée des traitements anti rétroviraux).

Le lien positif avec le niveau de diplôme reste vérifié depuis 1994 en Ile-de-France comme en France et les écarts entre les niveaux de diplôme restent stables (graphique 1.2). Aussi, en 2010 comme pour les autres années, plus le niveau de diplôme est élevé, plus le score de connaissances certaines est élevé.

Graphique 1.2 : Evolution du score moyen de connaissances certaines selon le niveau de diplôme – Ile-de-France et France – 1994 à 2010 ^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France, n=410 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

La régression linéaire effectuée en 2010 sur les données franciliennes confirme que la valeur moyenne du score est d'autant plus élevée que les répondants sont diplômés. Les répondants vivant en couple ont une meilleure connaissance des modes certains de transmission que les répondants ne vivant pas en couple, ainsi que les répondants connaissant une personne séropositive dans leur entourage proche par rapport à ceux n'en connaissant pas⁵².

⁵² La connaissance proche est définie par les répondants qui ayant déclaré connaître une ou plusieurs personnes séropositives, précisent qu'il s'agit d'un ami, d'un parent, d'un partenaire ou d'un collègue de travail séropositif ou malade du sida.

Tableau 1.3 : Facteurs influençant le score de connaissances « certaines » des modes de transmission – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Coefficient</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	4,54	4,45 - 4,63
Sexe : Homme	1	
Femme	0,06	-0,01 - 0,13
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	0,05	-0,04 - 0,14
45-54 ans	0,00	-0,10 - 0,10
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,11	0,03 - 0,18
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	-0,09	-0,18 - 0,0
Intermédiaire 1	-0,29	-0,39 - 0,20
Faible	-0,46	-0,62 - 0,29
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	0,11	0,03 - 0,19

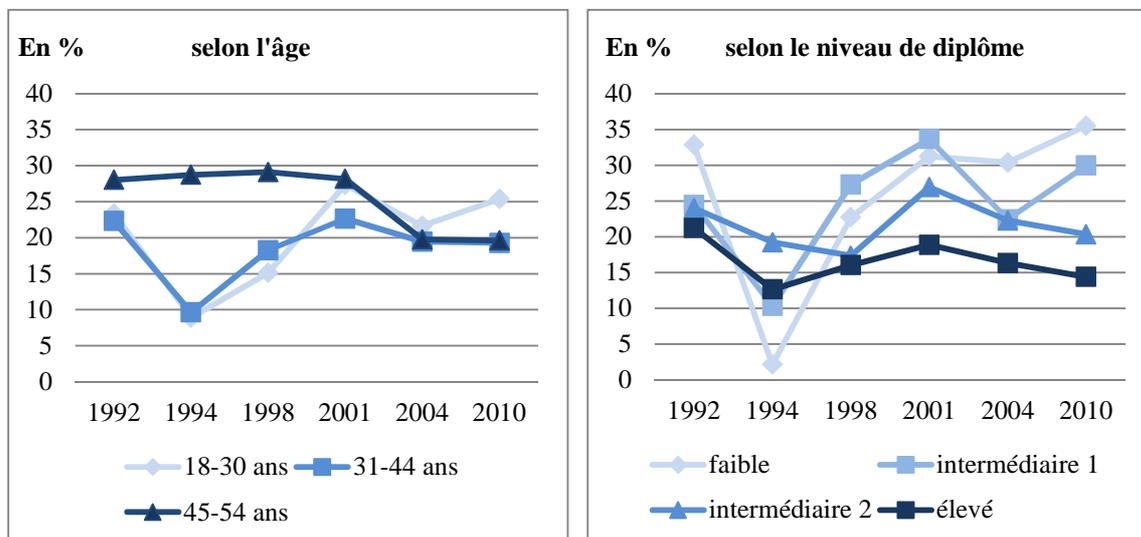
(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 1.3 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants vivant en couple ont une meilleure connaissance des modes certains de transmission du VIH que ceux ne vivant pas en couple.

Le graphique 1.3 permet d'illustrer l'évolution du niveau de connaissance selon la classe d'âge d'une part et selon le niveau de diplôme d'autre part pour un item particulier : la transmission du virus par « une piqûre de moustique », item pour lequel le niveau de connaissance se stabilise si l'on prend en compte l'ensemble des répondants âgés de 18 à 54 ans en Ile-de-France.

On voit bien ici, que pour la première fois depuis le début des enquêtes, les 18-30 ans sont ceux qui croient le plus à la transmission du virus « par une piqûre de moustique » en 2010 : un quart d'entre eux (25,4%) souscrivent à cette fausse croyance. Les deux autres classes d'âge, les 31-44 ans et les 45-54 ans ont un niveau de connaissance stable et égal depuis 2004 (19% d'entre eux croient en la transmission par une piqûre de moustique). Par ailleurs, on peut observer que depuis 2001, plus le niveau de diplôme est élevé, moins les répondants ont tendance à penser que la transmission est possible « par une piqûre de moustique ».

Graphique 1.3 : Evolution de la proportion de répondants pensant possible la transmission du VIH par une piqûre de moustique selon la classe d'âge et du niveau de diplôme – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages pondérés et redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=858** en 1992, **n=410** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010. Ces questions sont posées à la moitié de l'échantillon en 1994.

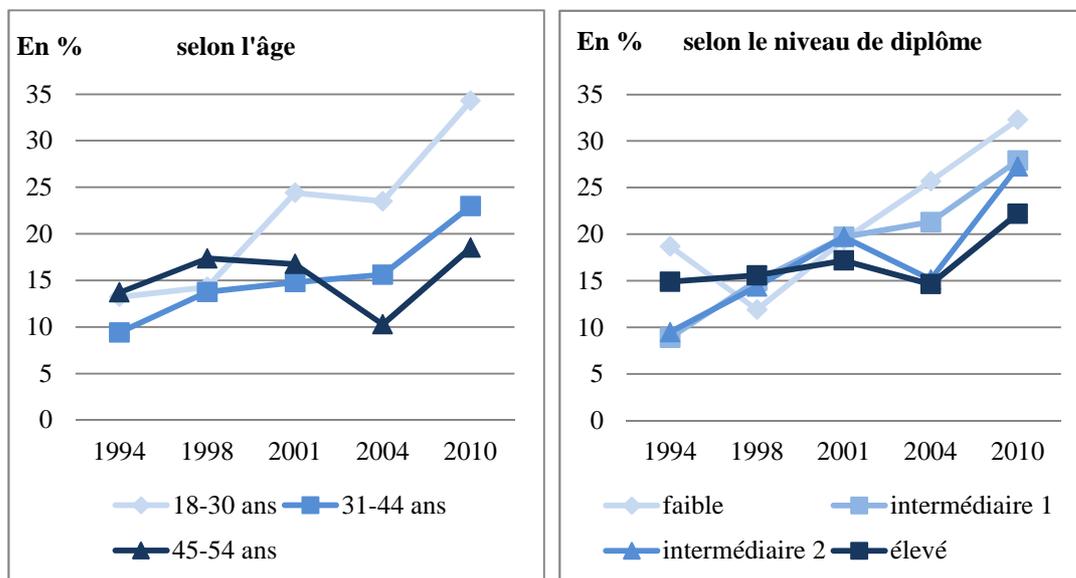
On retrouve une moins bonne connaissance des jeunes et une connaissance qui augmente avec le niveau de diplôme pour tous les items pris en compte dans le calcul du score de connaissances certaines.

3. Un tiers des jeunes franciliens estime que la transmission est possible « lors de rapports sexuels protégés » en 2010

En Ile-de-France, les 18-30 ans sont, depuis 2001, les plus nombreux à penser que le virus du sida peut se transmettre « lors d'un rapport sexuel avec préservatif » (graphique 1.4). On constate aussi que cette croyance augmente pour toutes les classes d'âge, même si la hausse est plus marquée chez les plus jeunes entre 2004 et 2010. En 2010, plus d'un tiers des 18-30 ans adhère à cette croyance (34,3%), ils sont 23% chez les 31-44 ans et 18,5% chez les 45-54 ans. La relation est positive avec le niveau de diplôme, mais l'écart est assez faible entre les différents niveaux de diplômes.

On observe une évolution similaire pour les données nationales entre 2004 et 2010. Les 18-30 ans sont depuis 1998 ceux qui sont les plus nombreux à croire en la transmission du VIH lors de rapports protégés en France.

Graphique 1.4 : Evolution de la proportion de répondants pensant possible la transmission du VIH lors d'un rapport sexuel avec un préservatif en fonction de la classe d'âge et du niveau de diplôme – Ile-de-France – Enquêtes 1994 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit $n=410$ en 1994, $n=836$ en 1998, $n=1155$ en 2001, $n=1213$ en 2004 et $n=1879$ en 2010.

Les résultats de la régression logistique sur cet item pour l'Ile-de-France indiquent que seul le facteur âge est significatif: toutes choses égales par ailleurs, les 31-44 ans et les 45-54 ans pensent beaucoup moins que les jeunes (18-30 ans) que la transmission est possible.

4. Une moindre croyance aux modes incertains de transmission du VIH

Les « modes de transmission incertains » concernent des circonstances pour lesquelles la transmission du virus du sida est soit possible mais extrêmement faible, soit possible théoriquement mais non prouvée. En 2010, on a demandé aux enquêtés s'ils pensaient que la transmission du virus du sida était possible pour quatre modes de transmission incertains : « par le tatouage et le piercing », « en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée », « au cours de soins dentaires » et « en embrassant une personne contaminée ».

Comme lors des enquêtes précédentes, deux circonstances incertaines de transmission du sida restent majoritairement considérées comme possibles par les répondants franciliens en 2010 : 71,7% d'entre eux pensent que le sida peut se contracter « par le tatouage et le piercing » et 70,2% « en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée ». Pour cette deuxième circonstance, la croyance est en baisse significative par rapport à 2004.

Tableau 1.4 : Evolution des connaissances et des croyances des modes incertains de transmission du VIH – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

% de répondants pensant que la transmission est possible...	1992 (n= 858)	1994 (n=410)	1998 (n=836)	2001 (n=1155)	2004 ^(b) (n=1213)	2010 ^(b) (n=1879)	Evolution 1992/2010 ^(c)
...par le tatouage ou le piercing	-	-	-	69,9	73,0	71,7	→
...en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée	65,2	61,2	62,7	71,5	74,0	70,2	↗
...au cours de soins dentaires	59,0	50,4	57,8	52,4	48,5	45,8	↘
...en embrassant une personne contaminée	-	-	-	-	11,2	12,7	→

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Test unilatéral de comparaison de proportions : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

La proportion de répondants franciliens pensant que la transmission est possible « *au cours de soins dentaires* » reste stable par rapport à 2004 mais est en baisse depuis 1992 (45,8% en 2010 contre 59,0% en 1992).

La proportion de répondants croyant en la transmission « *en embrassant une personne contaminée* » reste stable à un niveau faible, comparable à celui observé dans l'enquête nationale (12,7% en Ile-de-France et 13,1% en France).

Comme pour les modes de transmission certains, un score de connaissance sur les circonstances « incertaines » de transmission a été construit à partir des trois items suivants : « *au cours de soins dentaires* », « *en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée* » et « *par le tatouage ou le piercing* »⁵³. Une valeur de 1 est attribuée aux réponses « oui » et « ne sait pas » et de 0 aux réponses « non ». On obtient ainsi un score qui varie de 0 à 3, et plus la valeur de ce dernier est élevée (proche de 3), et plus ces circonstances incertaines de transmission sont considérées comme possibles.

Après une stabilité entre 2001 et 2004, le score de connaissances incertaines est en baisse par rapport à 2004 en Ile-de-France : il passe de 1,95 à 1,88 (tableau 1.5). Cette baisse est significative chez les hommes et les répondants âgés de 31 à 44 ans et de 45 à 54 ans. Les répondants franciliens sont donc en 2010 moins nombreux qu'en 2004 à croire possible la transmission du virus du sida « *au cours de soins dentaires* », « *en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée* » ou « *par le tatouage ou le piercing* ». En France, le score est globalement stable depuis 2001 (1,83 en 2001, 1,84 en 2004 et 1,82 en 2010), mais parmi les répondants âgés de 18 à 30 ans et de 45 à 54 ans, on observe une baisse continue de la valeur de ce score depuis 2001.

Depuis 2001, plus les répondants franciliens sont âgés, plus la valeur du score de connaissances incertaines est élevée, c'est-à-dire plus ils ont tendance à déclarer possible la transmission du virus du sida lors de circonstances où elle est possible mais extrêmement faible. Par contre, on n'observe pas de

⁵³ L'item « en embrassant une personne contaminée » n'est pas pris en compte car il n'a été introduit dans l'enquête qu'en 2004.

différence significative selon le niveau de diplôme. Des interactions similaires se constatent pour les données nationales.

Tableau 1.5 : Evolution du score de connaissances « incertaines » – Ile-de-France – Enquêtes 2001 à 2010^(a)

Valeur moyenne du score	2001 (n=1155)	2004 ^(b) (n=1213)	2010 ^(b) (n=1879)	Evolution 2001/2010 ^(c)
Ensemble	1,94	1,95	1,88	→
Selon le sexe				
Homme	1,96	1,96	1,84	↘
Femme	1,92	1,95	1,92	→
Selon l'âge				
18-30 ans	1,63	1,71	1,79	→
31-44 ans	1,96	2,01	1,87	→
45-54 ans	2,34	2,21	2,0	↘
Selon le niveau de diplôme				
Faible	2,06	2,15	1,97	→
Intermédiaire 1	1,96	1,99	1,93	→
Intermédiaire 2	1,96	1,95	1,86	→
Elevé	1,89	1,91	1,83	→

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

Les régressions logistiques effectuées en 2010 sur chacun des items relatifs à la connaissance des modes incertains de transmission du virus en Ile-de-France mettent en lumière peu de facteurs significatifs : on remarque seulement que plus les répondants sont âgés, plus ils ont tendance à croire que le virus peut se transmettre « lors de soins dentaires » ; et plus les répondants sont diplômés, sont en couple ou s'ils sont proches d'une personne séropositive, moins ils croient en la transmission « en embrassant une personne contaminée ».

II. L'efficacité des moyens pour se protéger du sida

Depuis le début des enquêtes KABP, il est demandé aux répondants de juger l'efficacité de divers moyens pour se protéger du virus du sida. En 2010, il s'agit de « *utiliser un préservatif masculin* » ; « *demandeur un test de dépistage à ses partenaires* » et « *faire régulièrement un test de dépistage* » pour les stratégies centrées sur le test de dépistage ; « *choisir correctement ses partenaires* », « *poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée* » et « *avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents* » pour les stratégies basées sur le choix et la communication avec le partenaire ; et de « *se laver après l'acte sexuel* » et de « *se retirer avant la fin de l'acte sexuel (coït interrompu)* ».

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

Tableau 1.6 : Evolution des croyances sur l'efficacité de certaines pratiques pour éviter la contamination du VIH/sida – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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

Pourcentage de « tout à fait ou plutôt efficace »	1992 (n = 858)	1994 (n = 834)	1998 (n = 836)	2001 (n = 1155)	2004 ^(b) (n = 1213)	2010 ^(b) (n = 1879)	Evolution 1992/2010 ^(c)
Utiliser un préservatif masculin	96,6	95,8	94,8	93,2	93,8	94,0	↘
Demandeur un test de dépistage à ses partenaires	68,4	66,2	83,0	79,7	77,4	83,8	↗
Faire régulièrement un test de dépistage du virus du sida	69,4	70,3	76,4	76,2	58,8	62,5	↘
Poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée	-	-	11,3	46,6	46,1	53,4	↗
Choisir correctement ses partenaires	57,9	57,0	57,3	49,0	46,5	50,3	↘
Avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents	58,3	54,8	55,7	46,2	36,7	43,3	↘
Se laver après l'acte sexuel	10,1	16,0	11,3	9,5	13,1	13,7	↗
Coït interrompu	-	-	-	-	8,4	10,4	

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Les deux moyens considérés comme les plus efficaces en 2010 par les répondants restent « *utiliser un préservatif masculin* » : considéré comme efficace par la quasi-totalité des répondants (94,0%), à un niveau stable par rapport à 2004 et « *demandeur un test de dépistage à ses partenaires* » considéré comme tout à fait ou plutôt efficace par 83,8% des répondants, en hausse significative par rapport à 2004 (77,4%).

Après une forte baisse entre 2001 et 2004, la proportion de répondants franciliens croyant en l'efficacité de « *faire régulièrement un test de dépistage* » pour se protéger du VIH se stabilise autour de 60%. On constate par contre une hausse significative de cette proportion dans l'enquête nationale, celle-ci passe de 61,9% en 2004 à 66,2% en 2010.

Les croyances en l'efficacité des stratégies centrées sur le choix et la communication avec le partenaire telles que « *poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée* » et « *choisir correctement ses partenaires* » restent partagées en 2010 par près de 50% des répondants franciliens (respectivement 53,4% et 50,3%). On note une hausse significative de la proportion de répondants croyant en l'efficacité de « *poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée* » par rapport à 2004. La croyance en l'efficacité « *d'avoir des relations sexuelles avec peu de partenaires différents* » est elle aussi en hausse par rapport à 2004, alors qu'elle n'avait cessé de baisser depuis 1992. En 2010, 43,3% des répondants franciliens croient en l'efficacité de cette stratégie.

Enfin, on constate une stabilité à un faible niveau de la croyance en l'efficacité de « *se laver après l'acte sexuel* » et de « *se retirer avant la fin de l'acte sexuel (coït interrompu)* » (respectivement 13,7% et 10,4% en 2010).

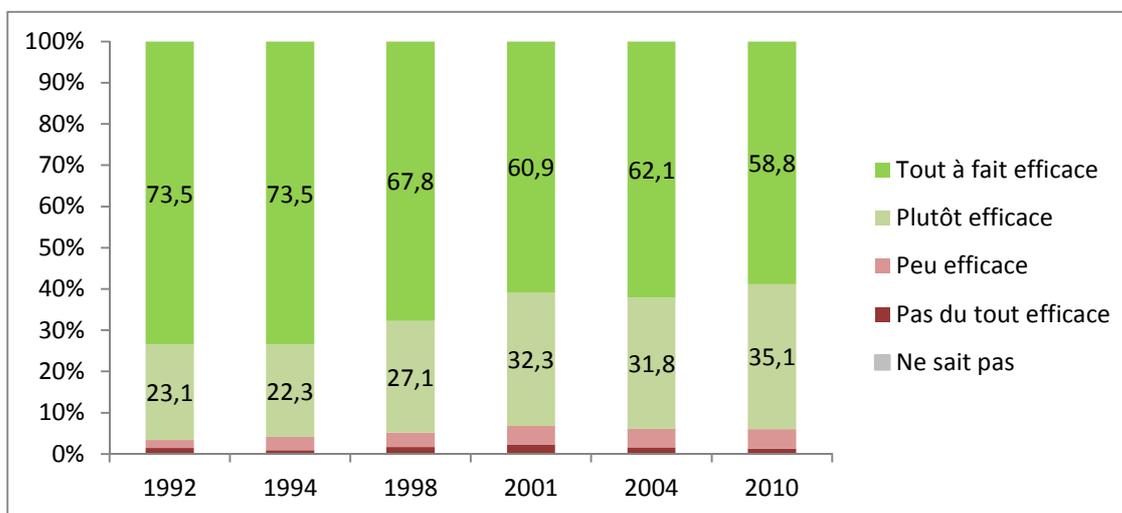
Dans l'enquête nationale, les niveaux de croyance sont proches de ceux de l'enquête francilienne : 94% des répondants de l'enquête nationale croient en l'efficacité d'« *utiliser un préservatif masculin* » et 85,2% en celle de « *demandeur un test de dépistage à son partenaire* » pour se protéger du virus du sida. Les évolutions sont similaires entre l'Ile-de-France et la France à l'exception des items « *faire régulièrement un test du virus du sida* » et « *choisir correctement ses partenaires* » : on observe en effet en France une hausse significative de la proportion de répondants croyant en l'efficacité de ces deux pratiques pour la première fois depuis 1992 (respectivement 66,2% et 53,3% en 2010 contre 61,9% et 50,6% en 2004).

2. Une efficacité du préservatif moins reconnue qu'auparavant

L'apparente stabilité de la croyance en l'efficacité du préservatif masculin pour se protéger du virus du sida peut toutefois se nuancer en observant le détail des réponses à cette question.

En effet, on peut voir sur le graphique 1.5 que la proportion de réponses « *tout à fait efficace* » n'a cessé de baisser depuis 1992 et la proportion de « *plutôt efficace* » d'augmenter : alors que 73,5% des répondants franciliens considéraient le préservatif « *très efficace* » en 1992 et en 1994, ils ne sont que 58,8% en 2010.

Graphique 1.5 : Evolution de la proportion de répondants croyant en l'efficacité du préservatif masculin pour se protéger du virus du sida – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

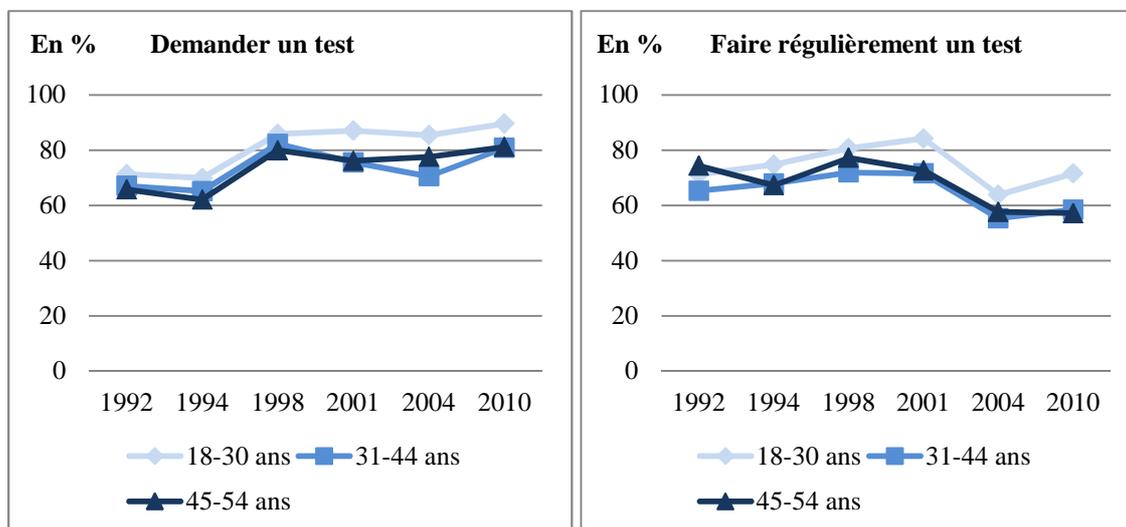
Même si la répartition des réponses « efficace » et « non efficace » reste stable, les résultats détaillés montrent que l'efficacité du préservatif est de plus en plus mise en doute au fil des vagues d'enquête.

3. Les stratégies centrées sur le test de dépistage considérées comme les plus efficaces par les 18-30 ans

La hausse de la croyance en l'efficacité de « demander un test de dépistage à ses partenaires » par rapport à 2004 se constate pour toutes les classes d'âge mais particulièrement pour les 31-44 ans : la proportion de répondants de 31 à 44 ans jugeant efficace le fait de demander un test de dépistage à ses partenaires augmente de 10 points entre 2004 et 2010 (passant de 70,5% à 80,8%). Les 18-30 ans sont depuis 2001 significativement plus nombreux à considérer ce moyen comme efficace : en 2010 ils sont 89,6% à juger ce moyen efficace contre 80,8% des 31-44 ans et 81,1% des 45-54 ans ($p < 0,001$).

Par ailleurs, les 18-30 ans sont aussi les plus nombreux à considérer que « faire régulièrement un test de dépistage » est un moyen efficace, et la proportion de répondants de cette classe d'âge jugeant ce moyen efficace est passée de 63,8% à 71,5% entre 2004 et 2010, alors que l'on n'observe pas de hausse pour les autres classes d'âge. Depuis 1994, les jeunes franciliens sont plus nombreux que les autres répondants à juger ce moyen efficace.

Graphique 1.6 : Evolution de la proportion de répondants croyant en l'efficacité (tout à fait ou plutôt) de demander un test de dépistage à leurs partenaires et de faire régulièrement un test de dépistage pour se protéger du sida selon la classe d'âge – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010 ^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=858** en 1992, **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

La proportion de personnes déclarant que « *poser des questions à son-sa partenaire* » est efficace pour se protéger du virus du sida augmente pour la première fois depuis 2001 pour toutes les classes d'âge. Cette hausse est plus marquée chez les 18-30 ans parmi lesquels la proportion de répondants croyant en l'efficacité de cette stratégie passe de 51,6% en 2004 à 63,7% en 2010.

L'augmentation de la part des personnes d'accord pour dire « *qu'avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents* » est efficace s'observe pour toutes les classes d'âge, mais en particulier chez les plus âgés (45-54 ans) et chez les plus diplômés.

4. Les plus diplômés croient plus en l'efficacité du préservatif et moins en l'efficacité des autres stratégies

Les régressions logistiques effectuées en 2010 sur chacun des items de l'enquête francilienne montrent que les moins diplômés croient moins en l'efficacité du préservatif que les plus diplômés et croient plus en l'efficacité de tous les autres moyens pour se protéger du virus du sida.

Les répondants franciliens connaissant dans leur entourage proche une personne séropositive croient moins en l'efficacité de « *poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée* », « *d'avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents* », de « *se laver après l'acte sexuel* » et de « *se retirer avant la fin du rapport sexuel* » que ceux ne connaissant pas de personne séropositive dans leur entourage proche.

Par ailleurs, les résultats de ces régressions confirment que les plus jeunes considèrent le fait de « demander un test de dépistage à ses partenaires », de « faire régulièrement un test du virus du sida » et de « poser des questions à son-sa partenaire sur sa vie sexuelle passée » comme des moyens plus efficaces que les plus âgés. Deux moyens sont considérés comme plus efficaces par les femmes que par les hommes : « demander un test de dépistage à ses partenaires », et « faire régulièrement un test du virus du sida ».

Enfin le fait de « se retirer avant la fin du rapport sexuel » est considéré comme plus efficace par les 45-54 ans et comme moins efficace par les répondants vivant en couple.

III. La connaissance des traitements contre le VIH

Suite à l'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996, des questions relatives à la connaissance de ces traitements ont été introduites dans les enquêtes KABP à partir de 1998.

1. Une moindre connaissance des multithérapies chez les jeunes

La proportion de répondants franciliens déclarant « avoir déjà entendu parler des trithérapies ou multithérapies » reste stable entre 2004 et 2010 : ils sont 71,3% en 2010, proportion significativement supérieure à celle de l'enquête nationale (65,4%).

Tableau 1.7 : Evolution de la connaissance de l'existence des multithérapies – Ile-de-France – Enquêtes 1998 à 2010^(a)

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

En % de oui	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution
	(n=836)	(n=1155)	(n=1213)	(n=1879)	1998/2010 ^(c)
Ensemble	77,2	69,8	73,2	71,3	↘
Homme	76,5	71,0	72,1	70,7	↘
Femme	77,9	68,7	74,3	71,9	↘
Selon l'âge					
18-30 ans	74,4	67,6	65,9	59,2	↘
31-44 ans	81,8	67,6	76,3	78,0	→
45-54 ans	74,0	76,3	78,5	76,5	→
Selon le niveau de diplôme					
Faible	58,9	31,4	39,3	44,9	→
Intermédiaire 1	60,9	56,2	56,1	54,2	↘
Intermédiaire 2	81,6	70,1	72,9	68,6	↘
Elevé	87,7	84,6	88,5	87,4	→

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Encore une fois pour cet item de connaissance et comme en 2004, les jeunes répondants sont les moins nombreux à déclarer connaître les multithérapies et l'écart avec les autres classes d'âge tend à s'accroître en 2010 : seuls 59,2% des 18-30 ans déclarent connaître l'existence des multithérapies contre 78% des 31-44 ans et 76,5% des 45-54 ans ($p < 0,001$). Le constat est identique en France où 52,5% des 18-30 ans déclarent connaître les multithérapies en 2010 (proportion en baisse significative par rapport à 2004 où ils étaient 57,8%) contre 71,2% des 31-44 ans et 71% des 45-54 ans ($p < 0,001$).

Comme les années précédentes, plus le niveau de diplôme est élevé, plus l'existence des traitements contre le VIH est connue et l'écart reste stable entre les différents niveaux de diplôme. Les répondants ayant un niveau de diplôme élevé sont en 2010 comme en 2004 deux fois plus nombreux à connaître les multithérapies que ceux ayant un niveau de diplôme faible, résultats observés également dans l'enquête nationale.

Tableau 1.8 : Facteurs influençant la connaissance de l'existence des multithérapies – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Homme	1	
Femme	1,0	0,8-1,3
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	2,0	1,5-2,6
45-54 ans	2,0	1,4-2,9
Vie en couple : Non	1	
Oui	1,1	0,8-1,4
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	0,4	0,3-0,5
Intermédiaire 1	0,2	0,1-0,2
Faible	0,1	0,1-0,2
Connaissance d'une personne séropositive : Non	1	
Oui	2,3	1,6-3,2

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 1.8: Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants âgés de 31 à 44 ans ont une probabilité plus élevée de connaître l'existence des multithérapies que les 18-30 ans.

Comme pour les questions de connaissance relatives aux modes de transmission et aux moyens de se protéger du sida, l'analyse multivariée confirme qu'en 2010 plus les personnes sont diplômées, plus elles ont entendu parler des multithérapies. De même, l'existence de ces traitements est davantage connue par les répondants connaissant une ou des personnes séropositives dans leur entourage proche, et par les plus âgés par rapport aux plus jeunes.

2. La connaissance de l'efficacité des traitements ARV (antirétroviraux) se stabilise à un haut niveau

En 2010, deux questions relatives à la perception de l'efficacité des multithérapies et à leurs conséquences ont été posées aux Franciliens déclarant en avoir entendu parler (oui ou peut-être). Il s'agissait de recueillir l'opinion des répondants sur les propositions suivantes : « grâce à ces traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida » et « grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida ».

Dans l'ensemble, l'opinion sur l'efficacité des traitements contre le VIH a peu évolué entre 2004 et 2010 et dépend toujours du niveau d'éducation des répondants. Les proportions de répondants adhérant à ces deux fausses croyances sont très faibles, à un niveau stable depuis 2001.

Tableau 1.9 : Evolution de l'opinion sur l'efficacité des multithérapies – Ile-de-France – Enquêtes 1998 à 2010^(a)

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

% de « tout à fait » ou « plutôt » d'accord	« grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida »					« grâce à ces traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida »				
	1998 (n=651)	2001 (n=820)	2004 ^(b) (n=908)	2010 ^(b) (n=1382)	Evolution 1998/ 2010 ^(c)	1998 (n=651)	2001 (n=820)	2004 ^(b) (n=908)	2010 ^(b) (n=1382)	Evolution 1998 /2010 ^(c)
Ensemble	11,2	7,2	4,2	3,9	↘	8,1	4,8	4,2	4,4	↘
Selon le sexe										
Homme	7,1	4,9	5,2	4,7	↘	9,0	6,1	5,0	5,9	↘
Femme	13,9	6,8	4,9	4,9	↘	9,1	6,1	5,2	5,6	↘
Selon l'âge										
18-30 ans	6,9	4,2	2,3	2,8	↘	6,7	5,1	3,4	3,3	↘
31-44 ans	10,3	7,0	3,8	4,2	↘	6,4	4,8	3,5	4,3	→
45-54 ans	19,2	11,2	7,1	4,6	↘	13,4	4,4	6,6	5,8	↘
Selon le niveau de diplôme										
Faible	31,3	21,5	19,3	10,6	↘	15,1	13,5	29,8	14,2	→
Intermédiaire 1	15,3	9,1	4,4	2,6	↘	20,4	7,1	1,1	6,2	→
Intermédiaire 2	11,2	6,9	3,5	5,7	↘	3,1	3,9	4,2	6,0	→
Elevé	7,2	5,7	3,2	3,0	↘	4,9	3,8	3,4	2,2	↘

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

La proportion de répondants déclarant être d'accord avec l'affirmation « *grâce à ces nouveaux traitements, on guérit définitivement du sida* » et « *grâce à ces nouveaux traitements, les séropositifs ne transmettent plus le virus du sida* » est stable par rapport à 2004 mais en baisse depuis 1998. Quels que soient les groupes de population, on observe des proportions faibles de répondants adhérant à cette croyance. Comme les autres années, les moins diplômés (niveau de diplôme faible) ont plus tendance à penser que l'on peut guérir définitivement du sida grâce aux multithérapies (ils ne sont cependant que 10%) et que les séropositifs traités ne transmettent plus le virus du sida.

De façon générale pour ces deux affirmations, on observe un resserrement du niveau de croyance entre les classes d'âge et les niveaux de diplôme au fil des vagues.

Dans l'enquête française, 4,8% des répondants déclarent être d'accord avec l'affirmation « *grâce à ces nouveaux traitements, on guérit définitivement du sida* » et 5,8% d'entre eux avec « *grâce à ces nouveaux traitements, les séropositifs ne transmettent plus le virus du sida* ». Les évolutions et les interactions observées sont les mêmes qu'en Ile-de-France.

3. Pour près de la moitié des Franciliens, les individus modifient leurs comportement du fait de l'existence des traitements

En 2010, l'avis des répondants ayant déclaré connaître les multithérapies (oui ou peut-être) a été demandé sur les deux affirmations suivantes : « *du fait de ces traitements les gens utilisent moins les préservatifs qu'avant* », et « *du fait de ces traitements les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au sida* » afin de mesurer les opinions relatives à l'influence de l'existence des multithérapies sur le comportement des individus.

Près de la moitié des répondants franciliens déclarant connaître l'existence des multithérapies sont d'accord avec le fait que « *du fait de ces traitements les gens utilisent moins les préservatifs qu'avant* » et « *les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au sida* » (respectivement 48,3% et 47,2% tableau 1.10).

En 2010 et pour la première fois depuis 1998, on observe une baisse significative de la proportion de répondants franciliens d'accord avec l'affirmation « *les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au sida* » par rapport à 2004. La proportion de répondants franciliens considérant que du fait de l'existence des multithérapies « *les gens utilisent moins les préservatifs qu'avant* » reste stable par rapport à 2004.

Pour chacune des deux affirmations, la baisse est significative chez les 18-30 ans entre 2004 et 2010, alors que l'on n'observe pas d'évolution significative pour les autres classes d'âge. En 2010, les 18-30 ans sont les moins nombreux à penser que « *du fait de ces traitements les gens utilisent moins les préservatifs qu'avant* » et que « *les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au sida* » (respectivement 35,5% et 37,0%). Pour les deux affirmations, il n'y a pas de lien significatif avec le niveau de diplôme en 2010.

Tableau 1.10 : Opinion relative à l'impact des multithérapies sur l'utilisation du préservatif et la perception de risque – Ile-de-France – Enquêtes 1998 à 2010^(a)

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

% de « tout à fait » ou « plutôt » d'accord	« du fait de ces traitements les gens utilisent moins les préservatifs qu'avant »		« du fait de ces traitements les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au sida »				Evolution 1998/2010 ^(c)
	2004 ^(b) (n=972)	2010 ^(b) (n=1459)	1998 (n=651)	2001 (n=820)	2004 ^(b) (n=908)	2010 ^(b) (n=1459)	
Ensemble	52,2	48,3	31,2	51,1	52,7	47,2	↗
Selon le sexe							
Homme	53,7	50,1	30,4	54,6	55,0	48,8	↗
Femme	50,7	46,6	32,1	47,6	50,4	45,6	↗
Selon l'âge							
18-30 ans	47,0	35,5	24,8	43,2	48,0	37,0	↗
31-44 ans	53,0	52,1	31,2	52,4	52,5	49,6	↗
45-54 ans	57,4	55,7	41,1	59,0	58,7	53,8	↗
Selon le niveau de diplôme							
Faible	55,9	43,8	36,2	67,7	60,1	52,6	→
Intermédiaire	48,6	41,3	37,1	53,9	51,4	42,6	→
Moyen	53,0	42,9	29,2	48,3	50,0	42,5	↗
Elevé	52,8	53,7	29,4	50,3	53,8	50,2	↗

- (a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.
- (b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).
- (c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

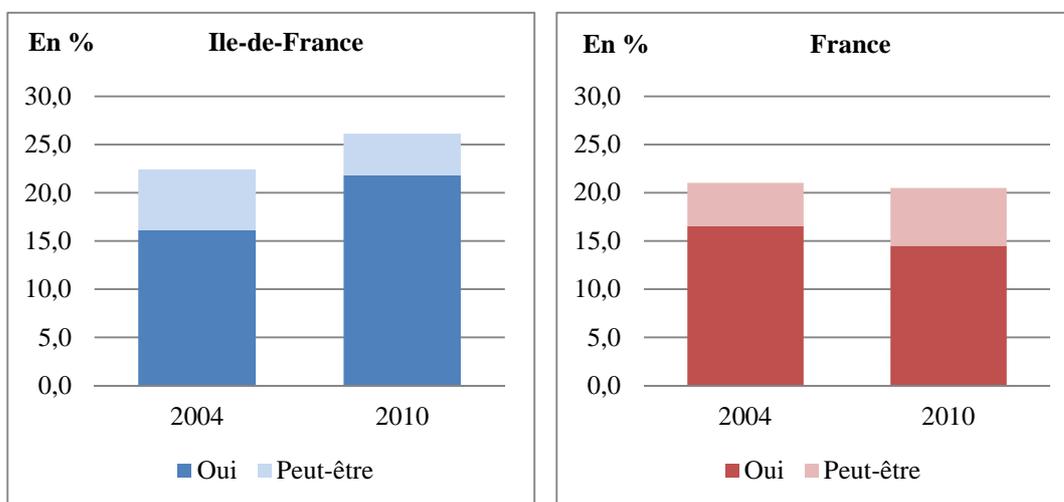
En France, les répondants connaissant l'existence des multithérapies sont significativement moins nombreux à penser que « du fait de ces traitements, les gens utilisent moins les préservatifs qu'avant » et que « que les gens se font moins de soucis qu'avant s'ils pensent avoir pris des risques par rapport au sida » en 2010 qu'en 2004 : les proportions diminuent respectivement de 53,5% à 47,6% et de 53,3% à 47,1% entre 2004 et 2010.

IV. L'existence d'un traitement d'urgence

Le traitement d'urgence, qui pris juste après un rapport sexuel non protégé peut réduire le risque de contamination, est plus connu des répondants franciliens en 2010 qu'en 2004 même si il reste peu connu. Ainsi, en 2010, 21,8% d'entre eux déclarent en avoir entendu parler et 4,3% « peut-être » contre respectivement 16,1% et 6,3% en 2004.

Graphique 1.7 : Evolution de la connaissance du traitement d'urgence – Ile-de-France et France – Enquêtes 2004 à 2010 ^(a)

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



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France **n=1213** en 2004, **n=1879** en 2010 et pour la France **n=3367** en 2004 et **n=6955** en 2010.

Cette hausse se vérifie aussi dans les données nationales, mais les répondants franciliens sont significativement plus nombreux à déclarer avoir entendu parler du traitement d'urgence que les répondants de l'échantillon national (ce qui n'était pas le cas en 2004).

Contrairement à la question relative à la connaissance de l'existence des multithérapies, on n'observe pas de lien significatif entre la connaissance du traitement d'urgence et le niveau de diplôme en 2010, résultat déjà observé en 2004 (tableau 1.11). On peut noter par contre que dans l'enquête nationale plus le niveau de diplôme est élevé, plus le traitement d'urgence est connu.

Tableau 1.11 : Connaissance du traitement d'urgence – Ile-de-France – Enquêtes 2004 et 2010^(a)

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

En pourcentage de « oui »	2004 ^(b) (n=1213)	2010 ^(b) (n=1879)
Ensemble	16,1	21,8
Selon le sexe		
Homme	17,3	22,9
Femme	15,0	20,8
Selon l'âge		
18-30 ans	15,5	28,9
31-44 ans	18,8	19,4
45-54 ans	12,4	16,5
Selon le niveau d'études		
Faible	18,1	19,6
Intermédiaire 1	12,9	18,9
Intermédiaire 2	14,0	25,1
Elevé	19,2	22,3

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

C'est la seule question de connaissance où l'on observe une hausse significative chez les 18-30 ans, classe d'âge qui, par ailleurs, a une meilleure connaissance que les autres : 28,9% des 18-30 ans déclarent en effet avoir entendu parler du traitement d'urgence contre 19,4% pour les 31-44ans et 16,5% pour les 45-54ans en 2010 ; ce constat est aussi observé avec les données nationales. C'est d'ailleurs la seule tranche d'âge parmi laquelle la proportion de répondants franciliens déclarant connaître le traitement d'urgence a augmenté significativement entre 2004 et 2010 (28,9% contre 15,5% en 2004).

Une régression logistique effectuée sur cette question confirme que les répondants franciliens des classes d'âges les plus âgées connaissent moins le traitement d'urgence que les plus jeunes et que ce traitement est mieux connu des répondants qui connaissent dans leur entourage proche une personne séropositive.

V. La découverte d'un vaccin contre le virus du sida

Dans la lignée d'une tendance observée depuis 1998, le pessimisme s'accroît en 2010 quant à la découverte d'un vaccin efficace contre le VIH. La proportion de répondants pensant que le vaccin existera dans les 10 ans qui viennent continue à chuter (65,9% contre 77,2% en 2004), tandis que la part de ceux pensant que le vaccin n'existera pas dans un avenir prévisible augmente toujours (28,4% contre 17,8% en 2004).

Tableau 1.12 : Evolution de la croyance en la découverte d'un vaccin contre le sida – Ile-de-France – Enquêtes 1998 à 2010^(a)

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

En pourcentage	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1998/2010 ^(c)
	(n=858)	(n=1155)	(n=1213)	(n=1879)	
Existe déjà	3,2	3,9	2,7	3,9	→
Existera dans les 10 ans	88,2	84,6	77,2	65,9	↘
N'existera pas dans un avenir prévisible	7,7	10,7	17,8	28,4	↗
Ne sait pas	0,9	0,7	2,2	1,9	→

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Cet accroissement du pessimisme est tant le fait des hommes que des femmes. Il est accentué davantage chez les répondants âgés entre 18 et 30 ans : la proportion de jeunes pensant que le vaccin n'existera pas dans un avenir prévisible augmente de 13 points entre 2004 et 2010 (la proportion passe de 19,1% à 32,5%), mais on retrouve des hausses pour toutes les classes d'âge et tous les niveaux de diplôme.

En 2010 comme en 2004, les personnes les plus jeunes sont les plus pessimistes quant à la découverte d'un vaccin efficace contre le virus du sida. En effet, les répondants de la classe d'âge 18-30 ans sont les plus nombreux à croire que ce vaccin n'existera pas dans un avenir prévisible (32% contre environ 19% parmi les 44-54 ans).

Comme le montre la régression logistique effectuée pour l'année 2010, toutes choses égales par ailleurs, ni le niveau de diplôme, ni la connaissance d'une personne séropositive ne sont liés statistiquement à la croyance en la découverte d'un vaccin contre le sida dans les années à venir.

On retrouve des évolutions et des interactions similaires en France : la proportion de répondants pensant que le vaccin existera dans les 10 ans chute de 77,5% en 2004 à 67,7% en 2010 et la part de ceux pensant que le vaccin n'existera pas dans un avenir prévisible augmente de 17,2% à 26,6%. Les jeunes sont là aussi les plus pessimistes : près d'un tiers des 18-30 ans (32,2%) de l'enquête nationale estime qu'un vaccin contre le sida n'existera pas dans un futur prévisible.

VI. Les opinions à l'égard du préservatif

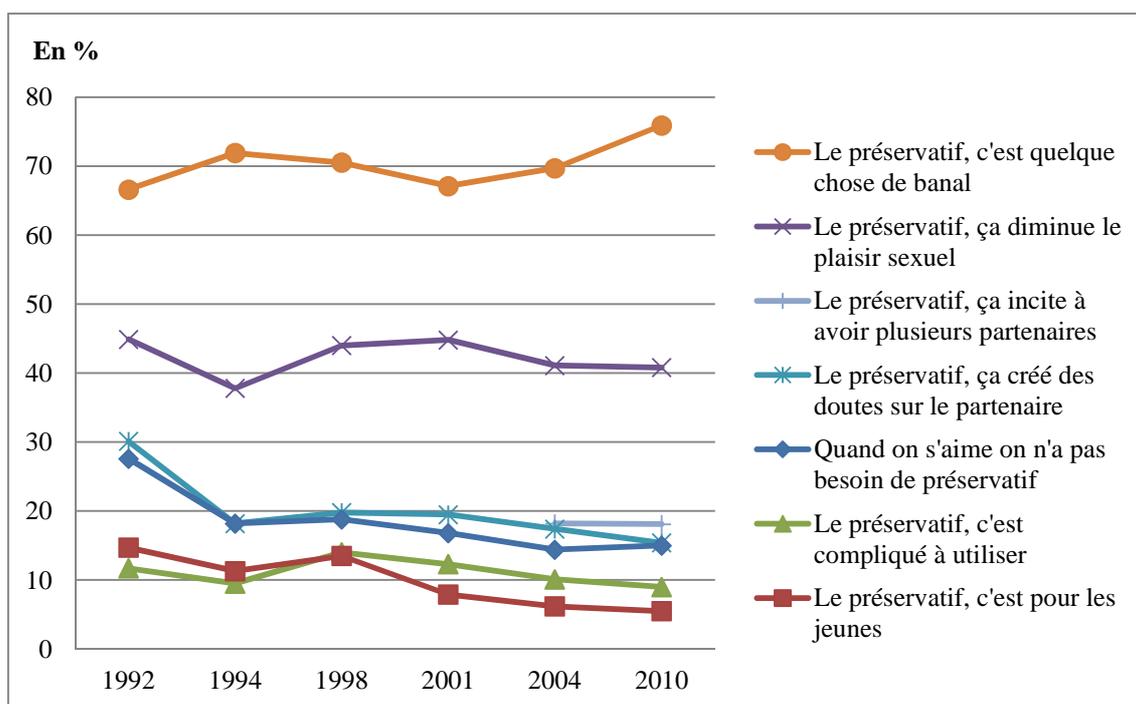
1. Le préservatif est considéré comme de plus en plus « banal »

Afin de mesurer l'image qu'ont les Franciliens du préservatif, on a interrogé les personnes sur quelques opinions concernant le préservatif depuis le début des enquêtes KABP : « le préservatif c'est quelque chose de banal », « le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel », « le préservatif, ça crée des doutes sur le partenaire », « quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatif », « le préservatif, c'est compliqué à utiliser », « le préservatif, c'est pour les jeunes » et « le préservatif ça incite à avoir plusieurs partenaires »⁵⁴.

Graphique 1.8: Evolution de l'opinion des répondants sur les préservatifs – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

Voici quelques opinions sur les préservatifs, pour chacune d'entre elles, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, plutôt pas ou pas du tout d'accord ?

(en pourcentage de tout à fait/plutôt d'accord avec les propositions)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004 et n=1879 en 2010.

En 2010 comme depuis le début des enquêtes, l'opinion la plus partagée est : « le préservatif, c'est banal » : 75,9% des répondants franciliens se déclarent d'accord avec cette affirmation, proportion égale quelle que soit la tranche d'âge. Cette proportion est en hausse significative par rapport à 2004. Cette hausse se retrouve également dans l'enquête nationale où la proportion passe de 69,9% en 2004 à 74,3% en 2010.

⁵⁴ Ce dernier item a été introduit dans l'enquête en 2004

La deuxième opinion la plus partagée est que « *le préservatif diminue le plaisir sexuel* » : 40,8% des répondants franciliens se déclarent d'accord avec cette opinion, proportion stable depuis 1992. Plus les répondants sont jeunes, plus ils le pensent : en 2010, cela concerne 47,7% des 18-30 ans (55,6% des hommes et 40,2% des femmes), 41,5% des 31-44 ans et 30,7% des 45-54 ans, alors que l'on n'observait pas ce lien lors des vagues précédentes.

Les autres opinions sont partagées par moins de 20% des répondants : 18,1% considèrent que « *le préservatif ça incite à avoir plusieurs partenaires* », 15,4% que « *le préservatif, ça crée des doutes sur le partenaire* », 15,0% que « *quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatif* », 9,0% que « *le préservatif, c'est compliqué à utiliser* », et 5,5% que « *le préservatif, c'est pour les jeunes* ». Tous ces items sont stables depuis 1994 et liés de la même façon à la classe d'âge : plus les répondants sont âgés plus ils partagent ces opinions.

Dans l'enquête nationale, on constate une baisse de la proportion de répondants considérant que le préservatif « *c'est pour les jeunes* » et que « *ça crée des doutes sur le partenaire* ».

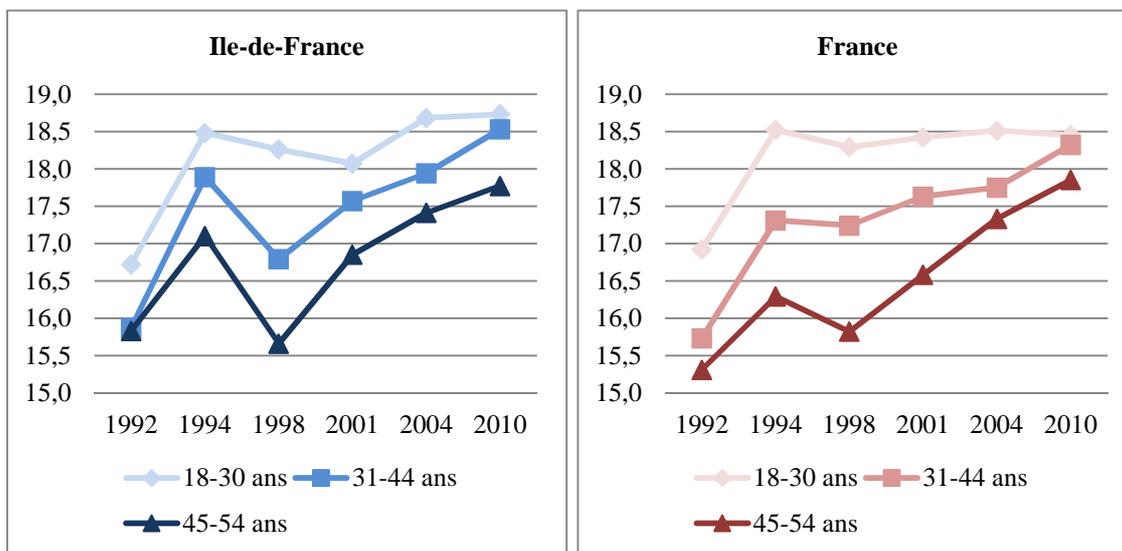
2. Une image du préservatif plus positive, sauf chez les jeunes

Afin de mieux saisir l'évolution globale de l'opinion à l'égard du préservatif, un score de perception positive du préservatif a été construit à partir de six des sept items du graphique 7.1⁵⁵. On attribue à chacun de ces items une valeur de 0 pour les réponses « tout à fait d'accord », 1 pour « plutôt d'accord », 2 pour « ni d'accord, ni pas d'accord », 3 pour « plutôt pas d'accord » et 4 pour « pas du tout d'accord », sauf pour l'item « utiliser un préservatif c'est quelque chose de banal » pour lequel l'attribution des valeurs est inversée. Après avoir sommé ces valeurs sur ces 6 items, on obtient un score d'opinion à l'égard du préservatif pouvant varier de 0 à 24. Plus la valeur moyenne du score est élevée, plus l'image perçue du préservatif est positive.

Après une détérioration entre 1994 et 1998, l'image perçue du préservatif s'améliore depuis 2001. En 2010, le score de perception positive du préservatif atteint son plus haut niveau depuis 1992 en Ile de France comme en France : respectivement 18,4 et 18,2. Cependant, comme l'indique le graphique 1.9, ce score est resté stable pour les 18-30 ans depuis 1994 alors qu'il s'améliore continuellement pour les 31-44 ans et les 45-54 ans.

⁵⁵ L'item « *le préservatif ça incite à avoir plusieurs partenaires* » n'ayant été introduit que depuis l'enquête de 2004, il n'est pas pris en compte dans le calcul du score de perception du préservatif.

Graphique 1.9 : Evolution de la valeur moyenne du score de perception positive du préservatif selon l'âge – Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit $n=858$ en 1992, $n=834$ en 1994, $n=836$ en 1998, $n=1155$ en 2001, $n=1213$ en 2004 et $n=1879$ en 2010.

Le modèle de régression linéaire présenté dans le tableau 1.13 souligne les facteurs déterminants du score d'opinion à l'égard du préservatif des répondants en 2010.

On remarque que toutes choses égales par ailleurs, les plus jeunes des répondants gardent une meilleure image du préservatif. Les femmes, les individus ayant un niveau de diplôme élevé, qui connaissent dans leur entourage une ou plusieurs personnes séropositives, accordent au préservatif une image plus positive. Cette opinion positive à l'égard du préservatif est également davantage exprimée si le répondant a une bonne maîtrise des modes de transmission du virus du sida.

Tableau 1.13 : Déterminants du score de perception positive du préservatif - Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	19,55	19,10-20,01
Sexe : Homme	1	
Femme	0,58	0,21 - 0,95
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	-0,62	-1,05 - -0,18
45-54 ans	-1,22	-1,74 - -0,69
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,04	-0,35 - 0,44
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	-0,67	-1,14 - -0,20
Intermédiaire 1	-1,19	-1,67 - -0,72
Faible	-2,01	-2,88 - -1,13.
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	0,70	0,25 - 1,15
Connaissance des modes certains de transmission du sida :		
Bonne	1	
Moyenne	-0,95	-1,38 - -0,53
Mauvaise	-2,26	-3,09 - -1,44

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 1.13 : Les valeurs reportées en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les femmes ont une opinion plus positive du préservatif que les hommes.

Chapitre 2. Les attitudes à l'égard des personnes séropositives et les opinions sur les mesures coercitives et le contrôle social

Ce chapitre présente les évolutions du niveau d'acceptation des personnes séropositives, la proximité à la maladie du sida, les évolutions de certaines opinions concernant les malades du sida, ainsi que l'adhésion à l'idée d'un dépistage obligatoire pour certains groupes ou dans certaines circonstances.

Les attitudes vis-à-vis des personnes séropositives sont toujours favorables : 94,3% des répondants accepteraient de « travailler en compagnie d'une personne séropositive », 91,3% de « partir en vacances avec elle », 90,2% « d'aller manger chez une personne séropositive ». Mais comme lors des enquêtes précédentes, plus les circonstances impliquent un degré de proximité élevé, moins ces personnes sont acceptées : 72,5% de « laisser leurs enfants ou leurs petits-enfants en sa compagnie » et 17,5% d'avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant en préservatif ».

Le nombre de répondants déclarant connaître une personne séropositive dans leur entourage proche (ami, parent, collègue ou partenaire) continue de baisser, 21,6% des répondants franciliens déclarent connaître un proche séropositif en 2010, proportion en baisse continue depuis 1998.

Peu de répondants se révèlent en faveur de mesures coercitives à l'égard des personnes malades du sida : 17,8% des répondants considèrent « qu'il faut isoler les malades du sida des autres patients dans les hôpitaux », en baisse par rapport à 2004 et un nombre faible et stable (2,5%) pense « qu'il faut interdire aux enfants atteints du virus du sida d'aller à l'école ».

Les Franciliens restent aussi nombreux à être en faveur d'un dépistage obligatoire pour les femmes enceintes (80,0%), les usagers de drogues (79,1%),

les prostituées (78,4%) et les professions médicales et paramédicales (75,2%). On observe une baisse de l'adhésion au dépistage obligatoire dans les prisons (63,3%), à l'entrée à l'hôpital (59,0%) et pour les étrangers aux frontières (36,5%), mais une hausse de la proportion de répondants en faveur d'un dépistage obligatoire pour toute la population (44,2%) et en médecine du travail (44,6%). Pour autant, plus de trois quarts des répondants considèrent qu'il n'est pas normal que les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne. .

Comme pour les connaissances, les réponses aux questions d'attitudes sont liées au niveau de diplôme : plus le niveau de diplôme est élevé, meilleure est la tolérance vis-à-vis des personnes séropositives et moindre est l'adhésion à un dépistage obligatoire du VIH, quelles que soient les circonstances. Comme depuis le début des enquêtes, une bonne connaissance des modes de transmission du virus du sida est liée à des attitudes positives vis-à-vis des personnes séropositives, et à une moindre adhésion au dépistage obligatoire,.

Alors que les jeunes exprimaient plus fréquemment des attitudes favorables que les plus âgés, leurs attitudes se rapprochent des autres classes d'âge. Ils sont plus nombreux que les autres à déclarer qu'ils refuseraient d'avoir des relations protégées avec une personne séropositive et sont aussi les moins nombreux à connaître dans leur entourage une personne séropositive.

I. Les attitudes à l'égard des personnes séropositives

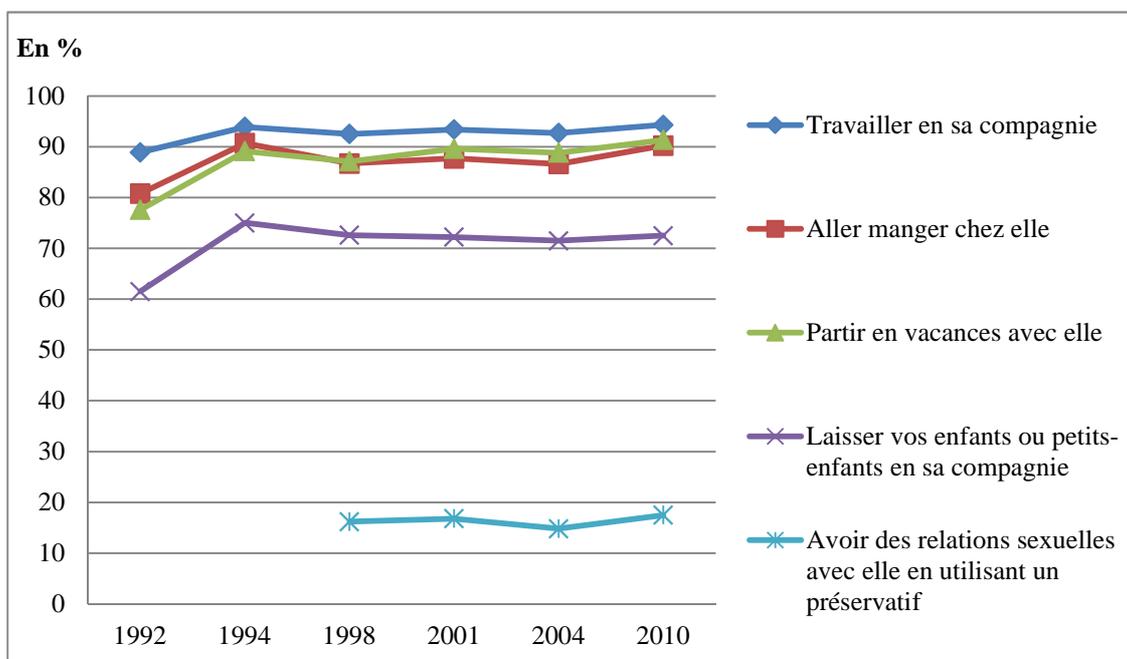
1. Les attitudes vis-à-vis des personnes séropositives sont en légère amélioration depuis 2004

Afin de mesurer l'acceptation des répondants envers les personnes séropositives, il leur a été demandé s'ils accepteraient (oui, non ou peut-être) de travailler en compagnie d'une personne séropositive, d'aller manger chez elle, de partir en vacances avec elle, de laisser leurs enfants ou petits-enfants en sa compagnie (depuis 1992) et d'avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant un préservatif (depuis 1998).

Après une stabilisation entre 1994 et 2004, on constate que certains des différents items relatifs à l'acceptation des personnes séropositives sont en hausse en 2010 alors que d'autres sont plutôt stables.

Graphique 2.1: Evolution des attitudes à l'égard des personnes séropositives (en pourcentage de oui) – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

Si vous saviez que quelqu'un est séropositif, accepteriez-vous de travailler en sa compagnie, d'aller manger chez lui, de partir en vacances avec lui, de continuer à le fréquenter ou de laisser vos enfants ou vos petits-enfants en sa compagnie ?...



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004 et n=1879 en 2010.

Ainsi, on observe une hausse significative par rapport à 2004 de la proportion de répondants qui accepteraient d'« *aller manger chez une personne séropositive* » et de « *partir en vacances avec elle* » (respectivement 90,2% et 91,3% en 2010 contre 86,6% et 88,8% en 2004) ; et des niveaux stables pour « *travailler en compagnie d'une personne séropositive* », « *laisser vos enfants ou petits-enfants en sa compagnie* » et « *avoir des relations sexuelles avec une personne séropositive en utilisant un préservatif* ».

Ces évolutions se retrouvent aussi dans l'enquête nationale où les hausses sont légèrement plus marquées : les proportions de répondants qui accepteraient de « *travailler en compagnie d'une personne séropositive* », « *d'aller manger chez elle* » et de « *partir en vacances avec elle* » sont en hausse significative. En 2010, les niveaux d'acceptation des personnes séropositives sont les mêmes en Ile-de-France et en France.

Cependant, en 2010 comme pour les années précédentes, plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé avec une personne séropositive, moins les répondants ont une attitude favorable : ainsi, on observe en 2010 un écart de 24 points entre les personnes prêtes à « *laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive* » (72,5% d'entre elles) et celles prêtes à « *travailler en sa compagnie* » (94,3%).

Par ailleurs, plus d'un Francilien sur deux (51,2%) en 2010 refuserait d'« *avoir des relations sexuelles avec une personne séropositive en utilisant un préservatif* », proportion qui a significativement baissé depuis 2004 (56,2%). Ils sont 17,5% à dire qu'ils l'accepteraient en 2010, proportion restant stable depuis 1998.

2. Le niveau d'acceptation se rapproche selon la classe d'âge mais dépend toujours du niveau de diplôme

Afin d'analyser le degré de tolérance des répondants vis-à-vis des séropositifs, il a été procédé à la construction d'un score d'acceptation. Les quatre premiers items du graphique 2.1⁵⁶ ont été codés de 0 à 2 suivant que les personnes ont déclaré « non », « peut-être/ne sait pas », ou « oui ». On obtient ainsi une valeur du score qui varie de 0 à 8 : plus la valeur du score est élevée et proche de 8, plus l'attitude à l'égard des personnes séropositives est favorable.

En Ile-de-France, après une augmentation entre 1992 et 1994 puis une baisse entre 1994 et 1998, le score d'acceptation des personnes séropositives n'évolue pas de façon significative depuis 1998 (tableau 2.1). Dans l'enquête nationale, on observe en 2010 une hausse significative du score d'acceptation pour la première fois depuis 1994.

⁵⁶ L'item « *avoir des relations sexuelles avec une personne séropositive en utilisant un préservatif* » n'est pas pris en compte dans le calcul du score d'acceptation car il a été introduit dans l'enquête en 1998 et ne permet pas une comparaison depuis 1992.

Tableau 2.1 : Evolution du score moyen d'acceptation – Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

Valeur moyenne du score		1992	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1992/2010 ^(c)
	IDF France	(n=858) (n=1494)	(n=834) (n=1198)	(n=836) (n=1769)	(n=1155) (n=3321)	(n=1213) (n=3367)	(n=1879) (n=6955)	
Ile-de-France		6,67	7,32	7,21	7,21	7,17	7,25	↗
France		6,62	7,10	7,14	7,16	7,14	7,26	↗

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

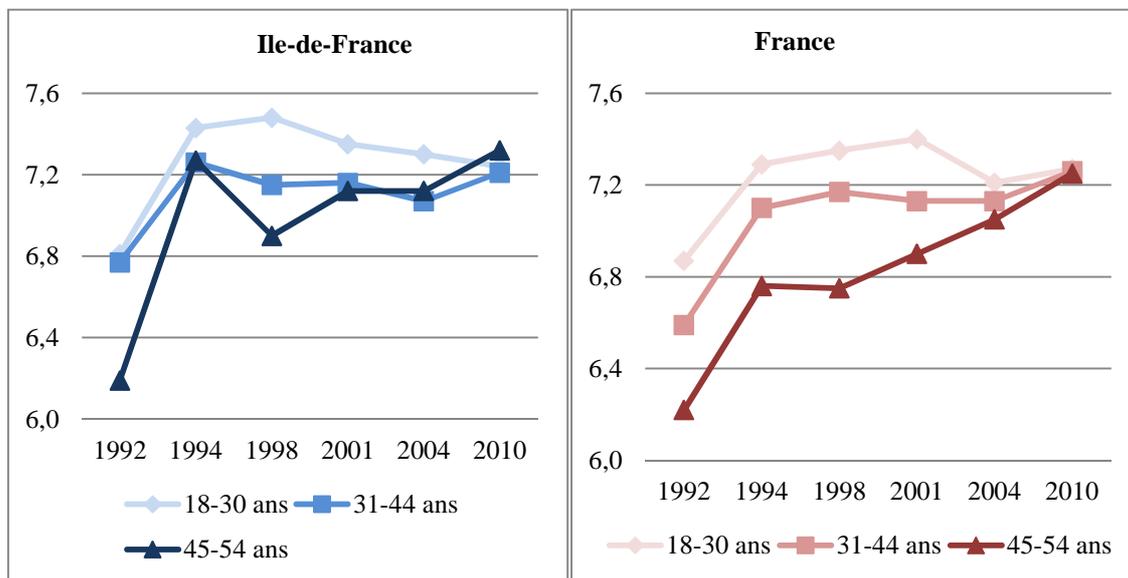
(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

En 2010, ce score est à un niveau élevé en Ile-de-France comme en France avec des moyennes respectives de 7,25 et 7,26 sur 8.

Si l'on s'intéresse à l'évolution du score d'acceptation en fonction de l'âge, on constate que le score moyen est en diminution chez les 18-30 ans depuis 1998 en Ile-de-France. Ainsi en 2010, pour la première fois ce ne sont plus eux qui ont le meilleur score (graphique 2.2). Parallèlement, le score moyen a augmenté chez les 45-54 ans et est resté relativement stable chez les 31-44 ans depuis 1998.

Graphique 2.2 : Evolution du score moyen d'acceptation selon la classe d'âge -- Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)



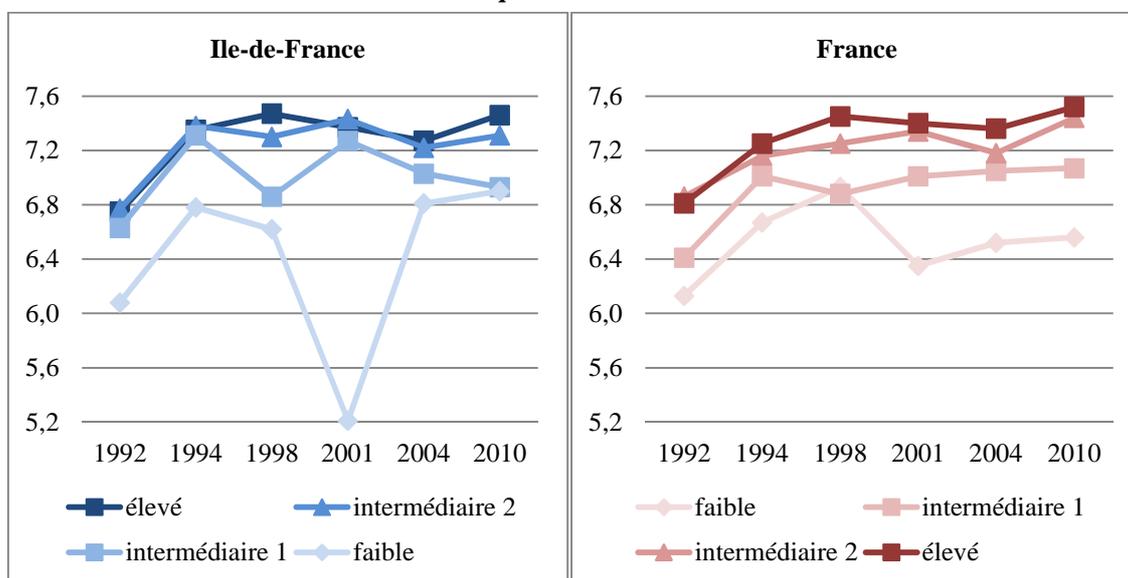
(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

En 2010, le score moyen s'est rapproché entre les différentes classes d'âge ce qui traduit un niveau d'acceptation proche quel que soit l'âge des répondants (score moyen de 7,24 pour les 18-30 ans, 7,21 pour les 31-44 ans et 7,32 pour les 45-54 ans).

Dans l'enquête nationale, un rapprochement selon les classes d'âge s'observe depuis 2001 et les scores d'acceptation moyens sont quasiment égaux selon la classe d'âge en 2010 : 7,27 pour les 18-30 ans, 7,26 pour les 31-44 ans et 7,25 pour les 45-54 ans.

Comme on peut le voir sur le graphique 2.3, il existe une relation positive entre le score d'acceptation et le niveau de diplôme depuis le début des enquêtes en Ile-de-France comme en France : plus le niveau de diplôme est élevé, meilleure est l'acceptation des personnes séropositives. Ceci se vérifie toujours en 2010, en Ile-de-France et en France.⁵⁷

Graphique 2.3 : Evolution du score moyen d'acceptation selon le niveau de diplôme – Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Par ailleurs, on remarque que la hausse du score observée en 2010 est plutôt le fait des répondants ayant un niveau de diplôme intermédiaire 2 ou élevé, en Ile-de-France comme en France.

Les résultats de la régression linéaire réalisée sur les données franciliennes en 2010 (tableau 2.2) confirment que l'acceptation des personnes séropositives est moins bonne chez les répondants avec un niveau de diplôme faible ou intermédiaire que chez ceux ayant un niveau de diplôme élevé.

⁵⁷ Les effectifs peu nombreux dans la catégorie de niveau de diplôme « faible » impliquent une grande variabilité pour cette catégorie, en particulier pour l'Ile-de-France, avec de grands intervalles de confiance, ce qui peut expliquer en partie la forte baisse constatée en 2001 pour cette catégorie.

Tableau 2.2 : Déterminants du score d'acceptation –Ile-de-France - Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	7,61	7,41-7,82
Sexe : Homme	1	
Femme	-0,01	-0,15 - 0,13
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	-0,22	-0,40 - -0,04
45-54 ans	-0,08	-0,27 - 0,11
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,04	-0,11 - 0,20
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	-0,13	-0,30 - 0,05
Intermédiaire 1	-0,36	-0,55 - -0,18
Faible	-0,32	-0,63 - -0,0
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	0,55	0,42 - 0,68
Connaissance des modes certains de transmission du sida :		
Bonne	1	
Moyenne	-0,45	-0,62 - -0,28
Mauvaise	-1,53	-1,95 - -1,10

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 2.2: Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants ayant un niveau de diplôme faible ont une moins bonne acceptation des personnes séropositives que ceux ayant un niveau de diplôme élevé.

On constate aussi que les 31-44 ans ont une moins bonne acceptation que les 18-30 ans toutes choses égales par ailleurs et que les répondants connaissant une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage proche ont un meilleur score que ceux qui n'en connaissent pas. Par ailleurs on peut remarquer que les répondants ayant une maîtrise faible ou moyenne des modes de transmission certains du virus du sida ont une moins bonne acceptation des personnes séropositives.

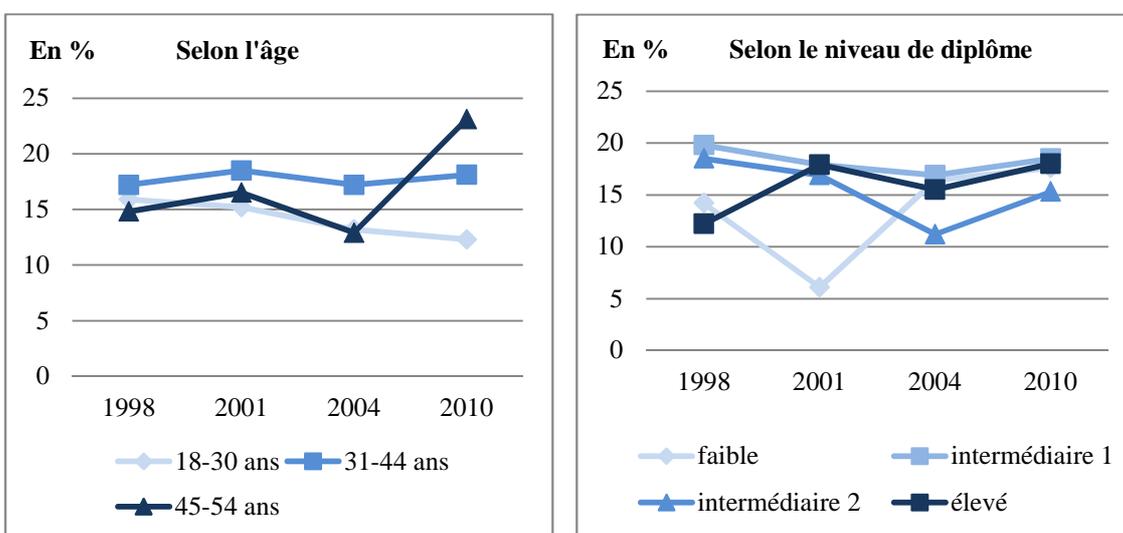
3. Accepter un rapport sexuel protégé avec une personne séropositive n'est pas lié au niveau de diplôme

Le fait d'accepter « d'avoir des relations sexuelles en utilisant un préservatif avec une personne séropositive » se distingue des items pris en compte dans le score d'acceptation puisque répondre « oui » à cette question est indépendant du niveau de diplôme, et ce depuis 1998 (date de l'introduction de cette question dans le questionnaire).

Le lien entre cet item et l'âge des répondants a quant à lui évolué depuis 1998 : l'écart entre les classes d'âges tend à s'accroître depuis 1998 et ce sont désormais les 45-54 ans qui accepteraient le plus d'avoir des rapports sexuels protégés avec une personne séropositive.

En effet, en 2010, plus les répondants sont âgés, plus ils déclarent qu'ils accepteraient « d'avoir des relations sexuelles en utilisant un préservatif avec une personne séropositive » : ils sont 23,1% parmi les 45-54 ans (en forte augmentation depuis 2004 où ils étaient 12,9%) contre 12,3% des 18-30 ans et 18,1% des 31-44 ans.

Graphique 2.4 : Evolution de la proportion de répondants déclarant qu'ils accepteraient d'avoir des relations sexuelles en utilisant un préservatif avec une personne séropositive – Ile-de-France – Enquêtes 1998 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

Dans l'enquête nationale, l'écart entre les classes d'âges était plus marqué qu'en Ile-de-France en 2001 et en 2004 où les 31-44 ans étaient les plus nombreux à déclarer qu'ils accepteraient d'avoir des rapports sexuels non protégés avec une personne séropositive. En 2010, l'écart ne s'accroît pas entre les classes d'âge mais comme en Ile-de-France, ce sont les 45-54 ans qui déclarent plus que les autres qu'ils accepteraient d'avoir des relations sexuelles en utilisant un préservatif avec une personne séropositive (21,1% des 45-54 ans contre 18,8% des 31-44 ans et 16,1% des 18-30 ans).

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

1. La proportion de répondants déclarant connaître une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage continue de baisser

On définit la proximité au VIH et à la maladie du sida par le fait de connaître au moins une personne séropositive ou un malade du sida dans son entourage proche (ami, parent, partenaire ou collègue de travail).

En 2010, cette proximité au VIH et à la maladie du sida est en baisse, confirmant une tendance observée depuis 1998 où la proportion de répondants franciliens qui déclaraient connaître au moins une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage proche avait atteint son niveau maximum (tableau 2.3).

Tableau 2.3 : Evolution de la proportion des répondants connaissant une ou plusieurs personnes séropositives ou malades du sida– Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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

En pourcentage	1992 <i>n=858</i>	1994 <i>n=834</i>	1998 <i>n=836</i>	2001 <i>n=1155</i>	2004^(b) <i>n=1213</i>	2010^(b) <i>n=1879</i>
Oui, une ou plusieurs connaissances proches (parent, ami, partenaire, collègue)	16,2	25,9	31,8	31,1	25,6	21,6
Oui mais pas personnellement (une connaissance, quelqu'un dont vous avez entendu parler)	4,6	7	9,2	6,7	4,6	6,3
Non	79,1	67,2	59	62,3	69,8	72,1

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

Seuls 21,6% des répondants franciliens déclarent connaître une ou plusieurs personnes séropositives ou malades du sida dans leur entourage proche, et 6,3% déclarent connaître une personne séropositive ou malade du sida mais pas personnellement en 2010. Comme en 2004, la diminution observée ne concerne que la connaissance de personnes dans l'entourage proche.

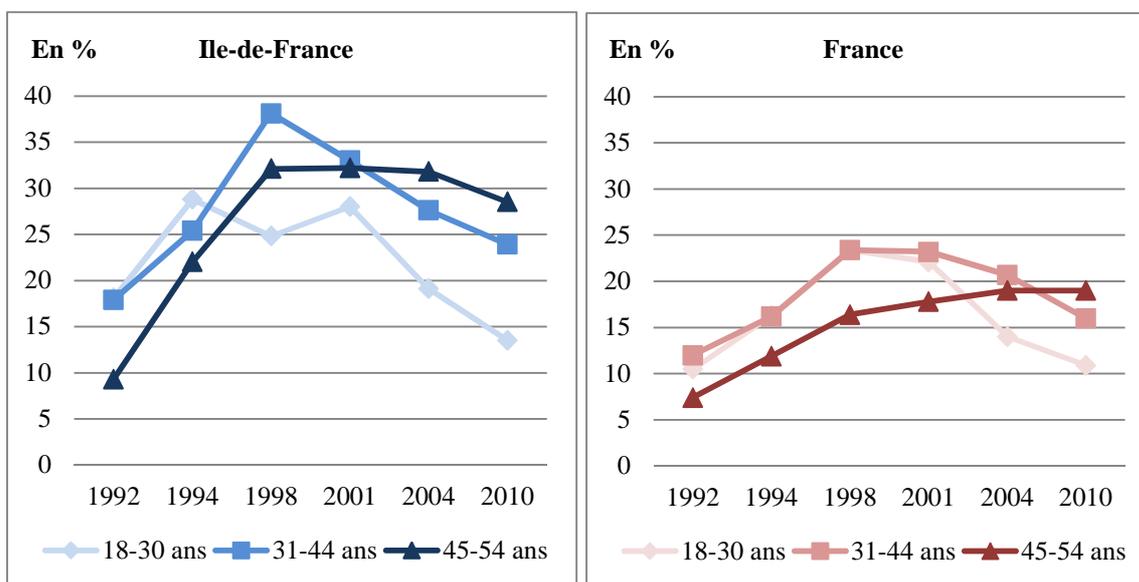
Dans l'enquête nationale, on observe aussi une baisse significative de la proportion de répondants déclarant connaître une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage proche : ils sont 15,3% en 2010 contre 17,9% en 2004.

Le nombre de personnes séropositives en France n'étant pas en diminution⁵⁸, cette évolution peut être interprétée comme une moindre visibilité de la maladie aussi bien pour les personnes malades que pour l'entourage, cela ne signifie pas pour autant qu'il y a une baisse de la discrimination envers les personnes malades du sida ou séropositives.

2. Les jeunes franciliens restent moins nombreux que leurs aînés à déclarer connaître une personne séropositive ou malade du sida.

Depuis 2001, la proximité au VIH et à la maladie sida ne cesse de baisser parmi les 18-30 ans et les 31-44 ans, en Ile-de-France et en France. En 2010 comme en 2004, en Ile-de-France, ce sont les répondants âgés entre 45 et 54 ans qui sont les plus nombreux à déclarer connaître dans leur entourage proche une ou plusieurs personnes séropositives ou malades du sida et l'écart entre les classes d'âge s'accroît (graphique 2.5). Ainsi en 2010, 28,5% des 45-54 ans déclarent connaître un ami, un parent, un partenaire ou un collègue séropositif ou malade du sida, contre 23,9% des 31-44 ans, et seulement 13,5% des 18-30 ans.

Graphique 2.5: Evolution de la proportion des répondants déclarant connaître une personne séropositive ou malade du sida selon la classe d'âge⁵⁹ – France et Ile-de-France - Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

⁵⁸ Du fait des traitements anti-retroviraux, la mortalité par sida a baissé et le nombre total de séropositifs augmente. (Référence : Cazein F. et al. « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France », 2009, BEH 45-46, 30 nov 2010, 467-472).

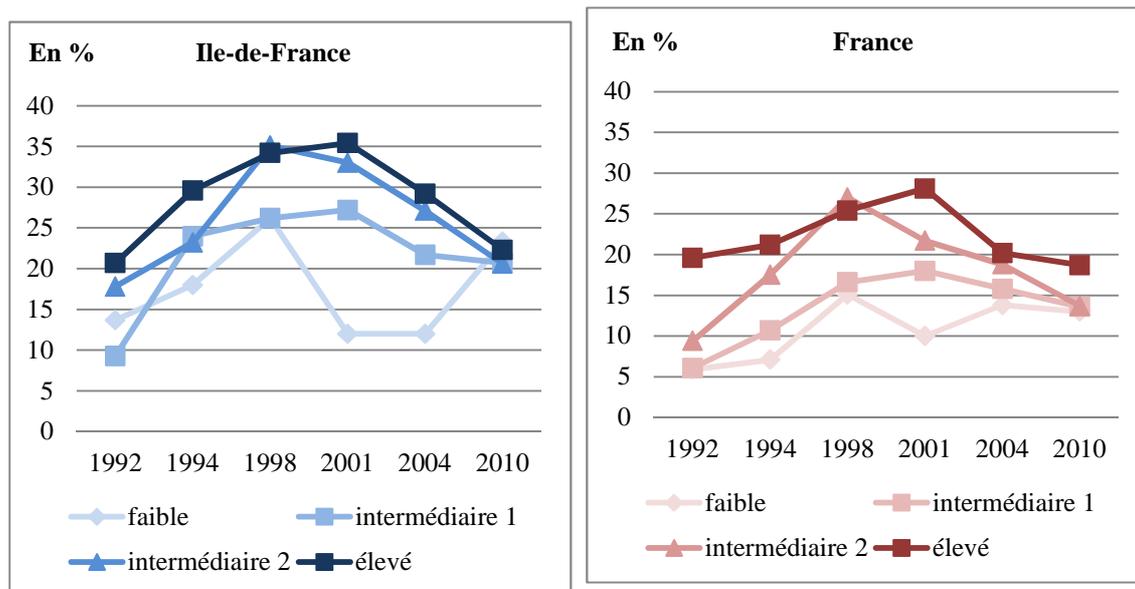
⁵⁹ La connaissance proche est définie par les répondants qui ayant déclaré connaître une ou plusieurs personnes séropositives ou malades du sida, précisent qu'il s'agit d'un ami, d'un parent, d'un partenaire ou d'un collègue de travail séropositif ou malade du sida.

Dans l'enquête nationale, les 45-54 ans sont en 2010 pour la première fois les plus nombreux à déclarer connaître une personne proche séropositive ou malade du sida (19,0% d'entre eux contre 16,0% des 31-44 ans et 10,9% des 18-30 ans).

3. La proximité au VIH n'est plus liée au niveau de diplôme des répondants en Ile-de-France

Alors qu'en 2001 et en 2004, plus les répondants franciliens étaient diplômés, plus ils déclaraient connaître une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage proche, ce n'est plus le cas en 2010 où la proportion de répondants connaissant un proche séropositif ou malade du sida est identique quel que soit le niveau de diplôme (graphique 2.6). On remarque que par opposition aux autres niveaux de diplôme, la proportion d'hommes et de femmes déclarant connaître un proche séropositif ou malade du sida parmi les répondants avec un niveau de diplôme faible est en augmentation depuis 2004.

Graphique 2.6: Evolution de la proportion des répondants déclarant connaître une personne séropositive ou malade du sida selon le niveau de diplôme – France et Ile-de-



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Dans l'enquête nationale, en 2010 les répondants ayant un niveau de diplôme élevé sont en revanche proportionnellement plus nombreux à déclarer connaître une ou plusieurs personnes séropositives ou malades du sida dans leur entourage proche.

Le modèle de régression logistique (tableau 2.4) souligne les facteurs liés au fait de déclarer connaître un ou plusieurs parents, amis, collègues ou partenaires sexuels séropositifs ou malades du sida. Il confirme que par rapport aux jeunes âgés entre 18 et 30 ans, les répondants franciliens entre 31 et 54 ans sont les plus nombreux à déclarer connaître des personnes séropositives ou malades du sida dans leur entourage proche.

Par contre, la probabilité de connaître une ou plusieurs personnes séropositives ou malade du sida est identique pour les hommes et les femmes, quel que soit leur niveau de diplôme, qu'ils vivent en couple ou pas.

Tableau 2.4 : Déterminants liés au fait de connaître un ou plusieurs amis, parents, collègues ou partenaires sexuels séropositifs ou malade du sida – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Hommes	1	
Femmes	0,97	0,77-1,23
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	2,15	1,55-2,98
45-54 ans	2,70	1,93-3,76
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,84	0,65-1,09
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	1,02	0,75-1,40
Intermédiaire 1	0,97	0,72-1,31
Faible	1,09	0,69-1,73

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 2.4 : Les cellules en gras indiquent une différence significative pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle (au risque de 5%). Par exemple, les répondants âgés de 31 à 44 ans ont une probabilité plus élevée de connaître une personne séropositive ou malade du sida que les 18-30 ans.

III. Les opinions concernant les malades du sida et certains groupes exposés au risque de contamination par le VIH

Depuis le début des enquêtes KABP, on demande aux répondants de se prononcer sur diverses mesures coercitives ou opinions concernant les malades du sida et certains groupes exposés au risque de contamination par le VIH. Trois items ont été conservés dans l'enquête de 2010 : « *il faut interdire aux enfants atteints du virus du sida d'aller à l'école* », « *les toxicomanes doivent être traités comme des délinquants* » et « *il faut isoler les malades du sida des autres patients dans les hôpitaux* ».

1. Les opinions à l'égard de certains groupes exposés au risque de contamination du VIH s'améliorent dans l'ensemble

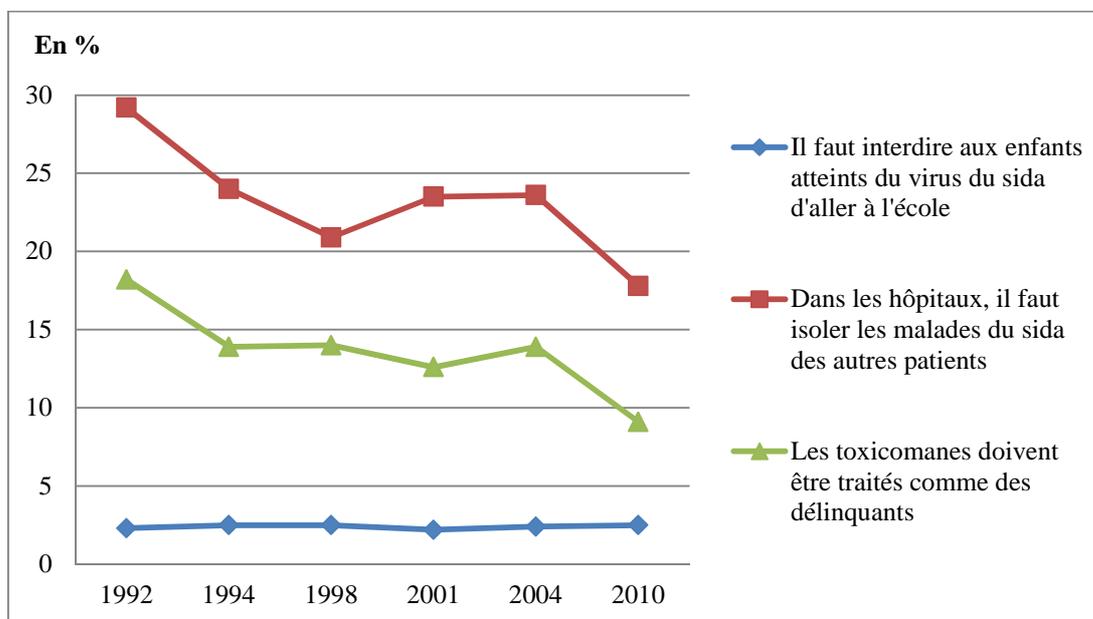
Après s'être stabilisées entre 2001 et 2004, les opinions des Franciliens à l'égard de certains groupes les plus exposés au virus du sida s'améliorent en 2010. Ainsi, en 2010, moins d'un répondant sur cinq (17,8%) considère « *qu'il faut isoler les malades du sida des autres patients dans les hôpitaux* » et moins d'un sur dix (9,1%) estime que « *les toxicomanes doivent être traités comme des délinquants* ». Ces deux proportions sont en baisse significative par rapport à 2004 (respectivement 23,6% et 13,9%).

La proportion de répondants considérant « *qu'il faut interdire aux enfants atteints du virus du sida d'aller à l'école* » reste stable depuis 1992 à un très faible niveau : 2,5%.

On observe des évolutions similaires dans l'enquête nationale, et les niveaux de 2010 sont proches de ceux de l'Ile-de-France. Dans l'enquête nationale, 19,4% des répondants considèrent « *qu'il faut isoler les malades du sida des autres patients dans les hôpitaux* », 10,4% que « *les toxicomanes doivent être traités comme des délinquants* » et 2,6% « *qu'il faut interdire aux enfants atteints du virus du sida d'aller à l'école* »).

Graphique 2.7 : Evolution de l'opinion sur certaines mesures coercitives et sur certains groupes exposés au risque de contamination du VIH (en % de « tout à fait ou plutôt d'accord » – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a))

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



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=858** en 1992, **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

2. Les jeunes ne sont plus ceux qui ont les opinions les plus favorables

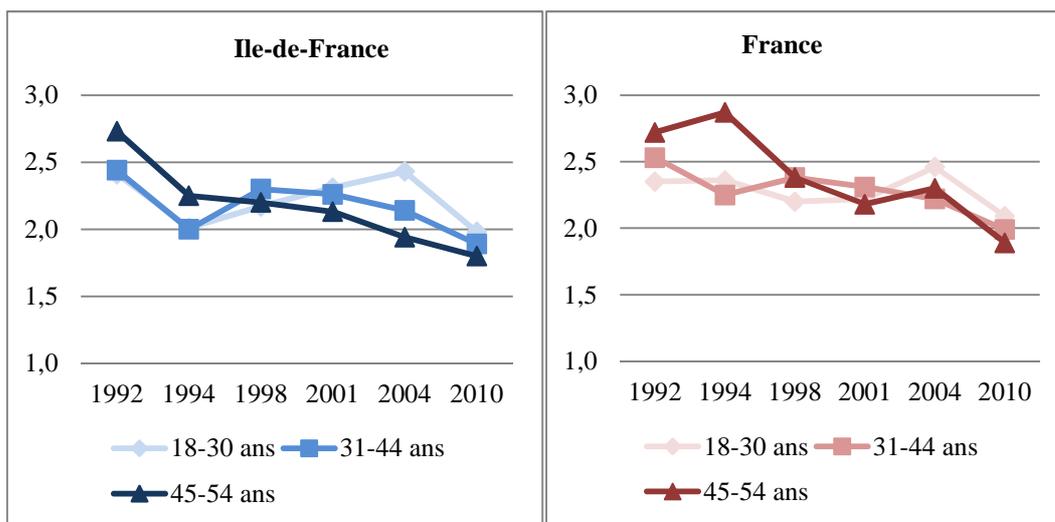
Afin de mieux saisir l'évolution globale des opinions exprimées par l'ensemble des répondants envers certains groupes exposés au virus du sida, on a procédé à la construction d'un score d'opinion négative. Chacun des items du graphique 2.7 a été codé de 0 à 4 suivant que les personnes ont répondu « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « ni d'accord, ni pas d'accord », « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord », aux différentes opinions proposées. On obtient ainsi une valeur du score qui varie de 0 à 12 : plus la valeur du score est élevée, plus les Franciliens interrogés expriment une opinion négative à l'égard des groupes de population cités.

Après une stabilité entre 1998 et 2004 (2,23 en 1998, 2,25 en 2001 et 2,20 en 2004 en Ile-de-France), la valeur moyenne du score d'opinion négative est en baisse en 2010 (score moyen de 1,9 en Ile-de-France), indiquant des opinions relativement positives des répondants envers les personnes atteintes par le VIH et les sous-groupes de la population les plus exposés au risque de contamination par le virus du sida.

Cette évolution se retrouve aussi dans les données nationales.

Comme le montre le graphique 2.8, en Ile-de-France comme en France, le score moyen d'opinion négative est en baisse pour toutes les classes d'âges depuis 2004. Alors qu'au début des enquêtes, les répondants les plus jeunes avaient un score plus faible que les répondants les plus âgés, en 2010 comme en 2004, ils ont le score le plus élevé, c'est-à-dire des opinions moins favorables à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination.

Graphique 2.8 : Evolution (en moyenne) du score d'opinion négative à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination selon l'âge des répondants – Ile-de-France et France - Enquêtes 1992 à 2010^(a)

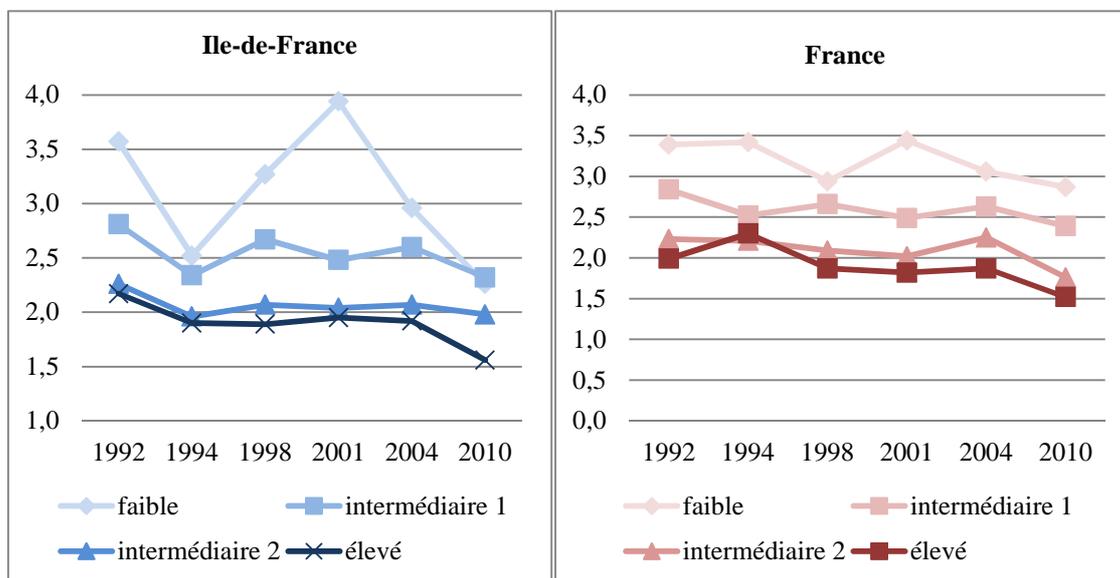


(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

3. Les plus diplômés restent en 2010 davantage opposés aux mesures coercitives proposées.

De la même manière, on observe une baisse du score moyen d'opinion négative pour tous les niveaux de diplôme par rapport à 2004 en Ile-de-France et en France (graphique 2.9). Depuis le début des enquêtes, plus le niveau de diplôme est élevé, plus le score est faible c'est-à-dire meilleure est l'acceptation des répondants à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination.

Graphique 2.9 : Evolution (en moyenne) du score d'opinion négative à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination selon le niveau de diplôme – Ile-de-France et France - Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Les résultats de la régression linéaire effectuée sur les données franciliennes de 2010 confirment que les répondants avec un niveau de diplôme faible et intermédiaire ont des opinions moins favorables à l'égard des personnes malades du sida ou de certains groupes exposés au risque de contamination que ceux avec un niveau de diplôme élevé. Par ailleurs, il apparaît ici que les femmes ont des opinions plus favorables que les hommes, de même pour les personnes connaissant une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage proche. La relation positive entre le fait d'être proche d'une personne séropositive ou malade du sida et d'avoir des opinions favorables à l'égard des personnes malades du sida se vérifie depuis le début des enquêtes.

Tableau 2.5 : Déterminants du score d'opinion négative à l'égard des personnes atteintes par le VIH et de certains groupes exposés au risque de contamination – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Coefficients</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	1,90	1,64 – 2,17
Sexe : Hommes	1	
Femmes	-0,26	-0,47 – -0,05
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	0,18	-0,08 – 0,44
45-54 ans	0,06	-0,23 – 0,34
Vie en couple : Non	1	
Oui	-0,21	-0,43 – -0,01
Niveau d'études : élevé	1	
Faible	0,67	0,23 – 1,12
Intermédiaire	0,74	0,46 – 1,03
Moyen	0,42	0,16 – 0,68
Connaissance d'une personne séropositive ou malade du sida :		
Non	1	
Oui	-0,79	-1,02 – -0,57

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 2.5 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les répondants ayant un niveau de diplôme faible ou intermédiaire sont plus défavorables que ceux ayant un niveau de diplôme élevé à l'égard de personnes atteintes par le VIH ou certains groupes exposés au risque de contamination.

IV. L'adhésion à l'idée d'un dépistage obligatoire pour certains groupes de la population

Depuis 1985, le dépistage du virus du sida est obligatoire pour tous les dons volontaires en France : sang, sperme, organes, cellules, lait maternel. Par ailleurs, il est systématiquement proposé dans le bilan pré-nuptial et le bilan pré-natal. Depuis le début des enquêtes KABP, on a demandé aux personnes interrogées si selon elles le dépistage devrait être obligatoire pour certains groupes spécifiques de population : « pour les prostitué(e)s », « pour les toxicomanes », « pour les femmes enceintes » « pour les professions médicales et paramédicales » « pour les étrangers aux frontières », « pour toute la population », et dans certaines situations où il n'est pas obligatoire en France : « en médecine du travail », « dans les prisons » et « à l'entrée à l'hôpital » .

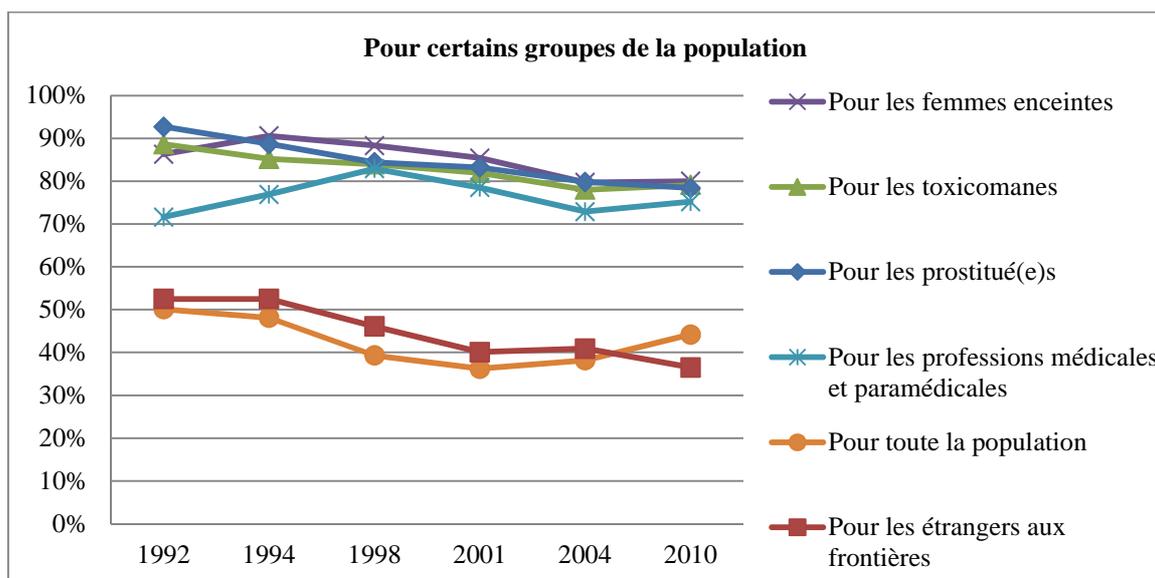
1. Une hausse de l'adhésion au dépistage obligatoire pour toute la population

Comme le montre le graphique 2.10, on observe des opinions stables pour la plupart des items relatifs au dépistage obligatoire pour certains groupes : l'adhésion au dépistage obligatoire « pour les femmes enceintes », « pour les toxicomanes », « pour les prostitué(e)s », et « pour les professions médicales et paramédicales » reste à un niveau élevé en 2010 (respectivement 80,0%, 79,1%, 78,4%, et 75,2%).

Parallèlement, l'adhésion au dépistage obligatoire « pour les étrangers aux frontières » est en baisse significative (36,5% en 2010 contre 40,9% en 2004).

Graphique 2.10 : Evolution de l'opinion sur le dépistage obligatoire dans certains groupes de population – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001 et n=1213 en 2004 et n=1879 en 2010.

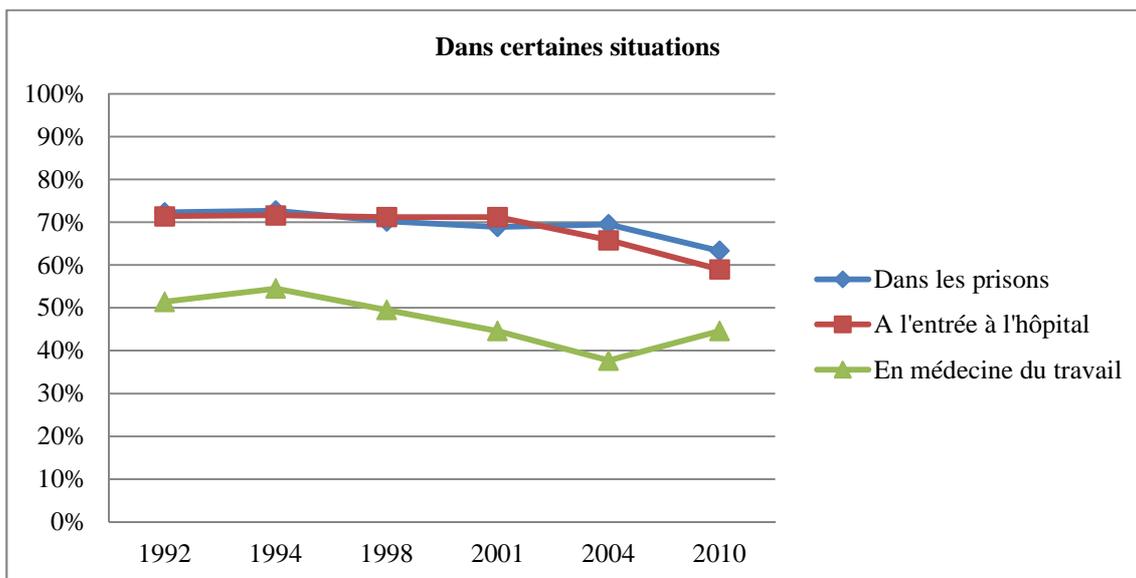
Pour la première fois depuis 1992, on constate une hausse significative de l'adhésion au dépistage « pour toute la population », de 38,2% en 2004 à 44,2% en 2010.

Comme on peut le voir sur le graphique 2.11, on observe une hausse significative de l'adhésion au dépistage obligatoire « en médecine du travail » entre 2004 et 2010 (44,6% en 2010 contre 37,7% en 2004) alors que cette opinion n'avait cessé de diminuer depuis 1994. Cet item se distingue de l'adhésion au dépistage obligatoire « dans les prisons » et « à l'entrée à l'hôpital » où le pourcentage de répondants

d'accord avec le fait que le dépistage du virus du sida devrait être obligatoire dans ces deux situations est en baisse significative par rapport à la dernière enquête (respectivement 63,5% et 59,0% en 2010 contre 69,5% et 65,5% en 2004).

Graphique 2.11 : Evolution de l'opinion sur le dépistage obligatoire dans certaines situations – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001 et n=1213 en 2004 et n=1879 en 2010.

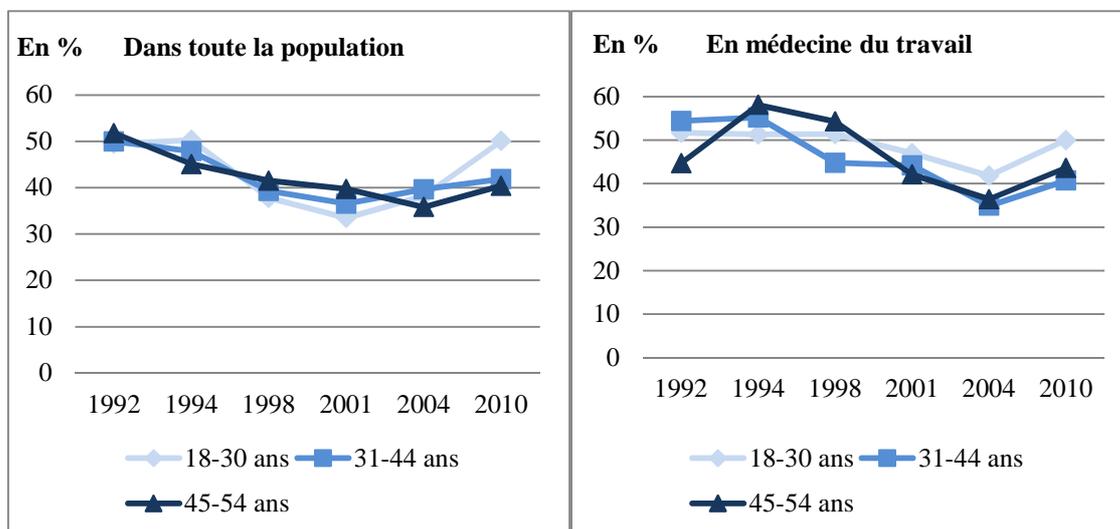
On observe les mêmes évolutions dans l'enquête nationale à deux exceptions près : les proportions de répondants adhérant au dépistage obligatoire « pour les femmes enceintes » et « pour les professions médicales et paramédicales » sont en hausses significatives en 2010 en France alors qu'elles sont stables en Ile-de-France.

2. Les répondants les moins diplômés sont davantage en faveur du dépistage obligatoire quel que soit le groupe ou la situation concernés

La hausse de l'adhésion au dépistage obligatoire « pour toute la population » concerne surtout les plus jeunes des enquêtés franciliens : la proportion de 18-30 ans y adhérant a augmenté de 12 points entre 2004 et 2010, passant de 38,2% à 50,1% (graphique 2.12). En 2010, on retrouve les niveaux d'adhésion de 1992 et 1994 pour ce groupe ce qui ne se vérifie pas pour les autres classes d'âge pour qui le niveau d'adhésion reste inférieur à celui des premières enquêtes.

Par contre, la hausse de la proportion de répondants adhérant au dépistage obligatoire « en médecine du travail » concerne toutes les classes d'âge.

Graphique 2.12 : Evolution de la proportion de répondants adhérant au dépistage obligatoire dans toute la population et en médecine du travail selon la classe d'âge – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a) (en pourcentage de tout à fait/plutôt d'accord)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=858** en 1992, **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

Après avoir réalisé des régressions logistiques sur chacun des items relatifs au dépistage obligatoire en 2010, on constate que dans la totalité des cas en Ile-de-France, plus le niveau de diplôme est élevé, moins les répondants adhèrent au dépistage obligatoire.

Ceci est particulièrement vrai pour le dépistage obligatoire « *pour les étrangers aux frontières* » où seuls 20,9% des répondants franciliens ayant un niveau d'étude élevé soutiennent cette mesure contre 60,5% des répondants ayant un niveau de diplôme faible. De même, 29% des répondants ayant un niveau d'étude élevé adhèrent à l'idée d'un dépistage « *pour toute la population* », ils sont 62,2% parmi ceux ayant un niveau de diplôme faible.

Toutes choses égales par ailleurs, l'âge se distingue dans trois cas uniquement : le dépistage obligatoire « *pour les étrangers aux frontières* », « *dans les prisons* » et « *à l'entrée à l'hôpital* ». Dans ces trois situations, les répondants franciliens âgés entre 31 et 54 ans sont plus favorables au dépistage obligatoire que les 18-30 ans. Par ailleurs, les femmes adhèrent plus que les hommes au dépistage obligatoire « *pour les toxicomanes* » et « *pour les femmes enceintes* ».

Dans trois cas, les franciliens connaissant dans leur entourage proche une personne séropositive ou malade du sida sont moins favorables au dépistage obligatoire que les autres répondants : « *pour les prostitué(e)s* », « *pour les toxicomanes* » et « *en médecine du travail* ».

Les répondants franciliens maîtrisant mal les modes de transmission certains du virus du sida et ceux croyant en l'efficacité de « *demandeur un test à son partenaire* » et de « *faire régulièrement un test de dépistage du virus du sida* » pour se protéger du virus du sida adhèrent plus au dépistage obligatoire pour la quasi-totalité des groupes et des situations (sauf « *pour les femmes enceintes* »).

3. Une très large majorité des répondants est défavorable au fait que les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne

Deux questions d'opinion ont été ajoutées dans l'enquête de 2010.

La première demandait aux répondants de se prononcer sur l'opinion « *Pour éviter les discriminations un-e seropositif-ve a raison de garder son diagnostic secret* ». 72,8% des Franciliens interrogés se sont déclarés « tout à fait ou plutôt d'accord », l'opinion est partagée par la population quels que soient la tranche d'âge ou le niveau de diplôme des répondants.

Cette proportion est très proche dans l'enquête nationale. Ils sont 70,4% en accord avec le fait que « *Pour éviter les discriminations un-e seropositif-ve a raison de garder son diagnostic secret* » ; ce sont par contre les répondants les plus jeunes les moins nombreux à partager cette opinion (66,4% des 18-30 ans contre 72% des 31-44 ans et des 45-54 ans) et plus les répondants sont diplômés, plus ils sont d'accord avec cette mesure.

Plus des trois quarts des Franciliens (76,9%) ne sont pas d'accord (« *plutôt pas d'accord* » ou « *pas du tout d'accord* ») avec le fait « *qu'il est normal que les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne* ».

Tableau 2.6 : Facteurs influençant le fait d'être d'accord (plutôt ou tout à fait) avec « *Il est normal que les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne* » – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Homme	1	
Femme	0,6	0,5-0,8
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	1,6	1,2-2,2
45-54 ans	1,8	1,2-2,6
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,9	0,7-1,2
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	1,2	0,8-1,6
Intermédiaire 1	1,7	1,2-2,3
Faible	1,6	1,0-2,4
Connaissance d'une personne séropositive ou malade du sida : Non	1	
Oui	0,8	0,6-1,0

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 2.6.: Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les femmes ont une probabilité moins élevée d'être d'accord avec l'affirmation « il est normal que les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne » que les hommes.

Si l'on s'appuie sur les résultats de la régression logistique effectuée sur cette question (tableau 2.6), on constate que ce sont les femmes, les jeunes et les répondants ayant un niveau de diplôme élevé qui sont plus opposés que les autres au fait que « *les hôpitaux fassent le test sans prévenir la personne* ».

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

Ce chapitre présente l'évolution de la perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens, de la crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH, du niveau de crainte du sida par rapport à différentes maladies et différents risques ainsi que de la perception de la contagiosité du sida comparée à la grippe.

La perception du risque d'être contaminé par le VIH par rapport à la moyenne des gens est stable en 2010 : 44,3% des répondants considèrent qu'ils ont « plus de risque » ou « le même risque » d'être contaminés que la moyenne des gens.

La crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH continue à augmenter depuis 1998 : en 2010, 38,0% des répondants déclarent avoir déjà craint d'être contaminés, proportion en hausse par rapport à 2004, en particulier chez les hommes.

La crainte du sida « pour soi-même » est quant à elle en baisse depuis 1994. Alors que le sida était plus craint que les autres infections sexuellement transmissibles lors des premières enquêtes, son niveau de crainte est aujourd'hui similaire à celui des autres IST : 27,1% des répondants déclarent craindre « beaucoup ou pas mal » le sida pour eux-mêmes. Le niveau de crainte du cancer des accidents de la circulation et des maladies cardiaques reste beaucoup plus élevé que celui du sida (respectivement craints « beaucoup ou pas mal » par 59,6%, 55,8% et 36,9% des répondants en 2010).

Bien que stable, le fait de penser que le sida s'attrape plus ou aussi facilement que la grippe reste élevé : 40,9% des répondants franciliens pensent que le sida s'attrape plus ou aussi facilement que la grippe.

Comme depuis le début des enquêtes, les jeunes craignent plus le sida et les maladies associées (IST, hépatites et tuberculose) et les répondants plus âgés les maladies cardiaques et les démences séniles. Les jeunes continuent à se considérer comme ayant plus de risque d'être contaminé par rapport à la moyenne des gens que les plus âgés.

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

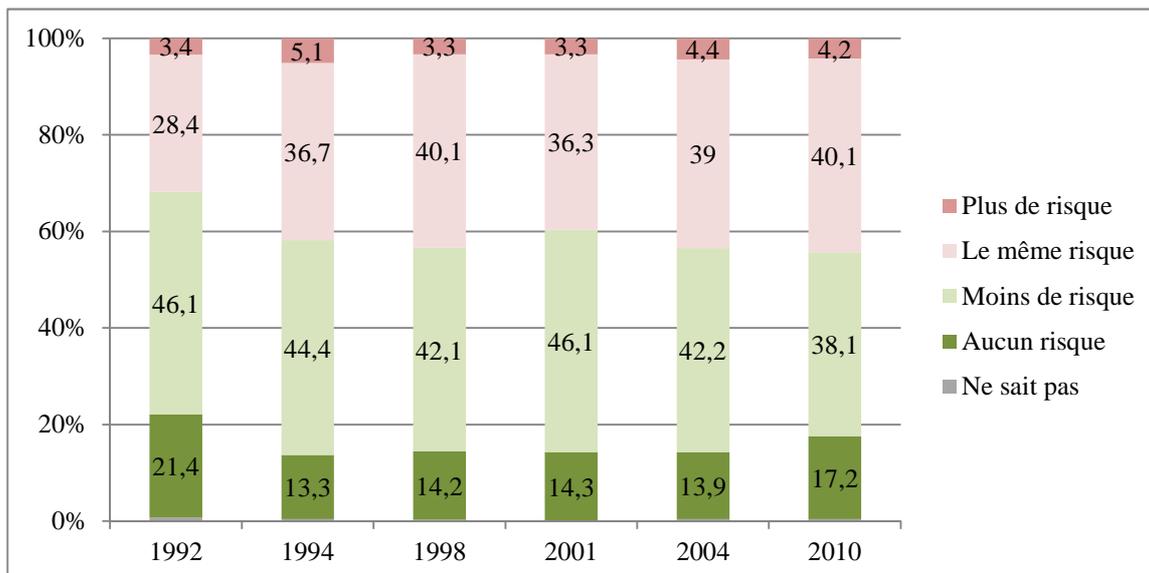
1. La perception du risque de contamination est stable depuis 1994

Afin de mesurer la perception que les Franciliens ont du risque d'être contaminés par le VIH on a demandé aux répondants de se situer par rapport à la moyenne des gens quant à leur risque d'être contaminés (« plus de risque », « le même risque », « moins de risque », « aucun risque »).

La perception du risque personnel de contamination par le VIH est globalement stable en 2010 : 44,3% des répondants franciliens considèrent qu'ils ont « plus de risque » ou « le même risque » d'être contaminés par le virus du sida que la moyenne des gens, cette proportion n'ayant pas évolué depuis 1994. Cependant, on constate que la répartition entre la proportion de réponses « moins de risque » et « aucun risque » évolue entre 2004 et 2010 (graphique 3.1). En effet, la proportion de répondants considérant qu'ils n'ont « aucun risque » d'être contaminés par le virus du sida est en hausse significative (17,2% en 2010 contre 13,9% en 2004) et la proportion de répondants pensant qu'ils ont « moins de risque » que la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida est en baisse (38,1% en 2010 contre 42,2% en 2004).

Graphique 3.1: Evolution de la perception individuelle du risque d'être contaminé par le VIH (par rapport à la moyenne des gens) – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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



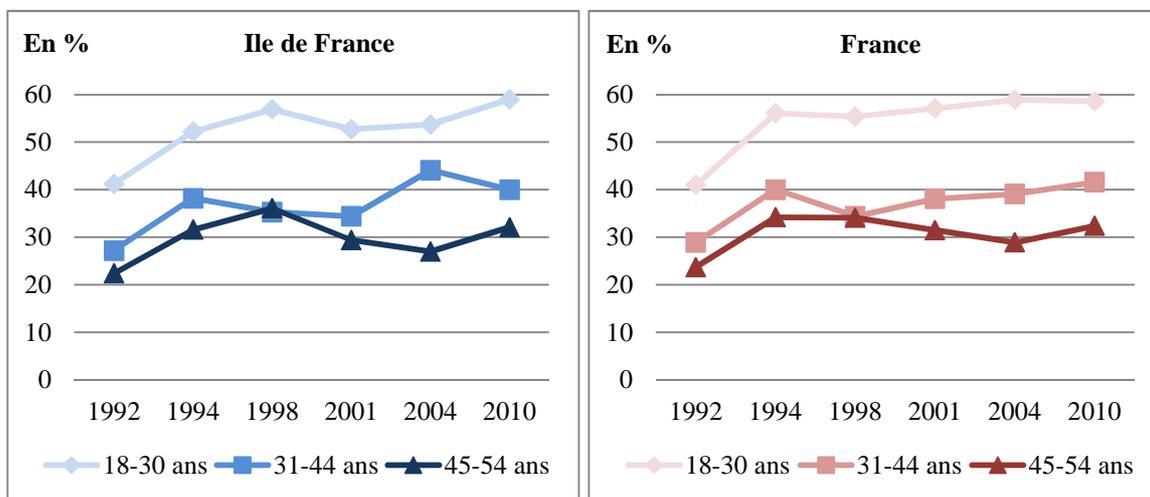
(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004 et n=1879 en 2010.

Les évolutions observées entre 2004 et 2010 se retrouvent aussi dans l'enquête nationale : les répondants sont aussi nombreux en 2010 qu'en 2004 à considérer qu'ils ont plus ou le même risque d'être contaminés, mais ils sont plus nombreux à se considérer comme n'ayant « aucun risque » d'être contaminés par le virus du sida. En 2010, on observe un niveau de perception du risque équivalent en Ile de France et en France : dans l'enquête nationale, 44,2% des répondants considèrent qu'ils ont plus ou le même risque d'être contaminés par le virus du sida que la moyenne des gens.

2. Une perception du risque de contamination par le VIH plus élevée chez les jeunes mais qui n'est pas liée à la proximité au VIH

Depuis le début des enquêtes, la perception du risque de contamination par le VIH est beaucoup plus forte chez les répondants jeunes âgés entre 18 et 30 ans, ceci se vérifie en Ile-de-France comme en France. Ainsi en 2010, ils sont près de 60% (59,0% en Ile-de-France et 58% en France) à déclarer qu'ils ont « plus de risque » ou « le même risque » que la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida contre environ 40% des 31-44 ans (40,0% en Ile-de-France et 41,6% en France) et un peu plus de 30% des 45-54 ans (32,1% en Ile-de-France et 32,4% en France).

Graphique 3.2 : Evolution de la perception individuelle du risque de contamination par le VIH (supérieur ou égal) par rapport à la moyenne des gens selon la classe d'âge – Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

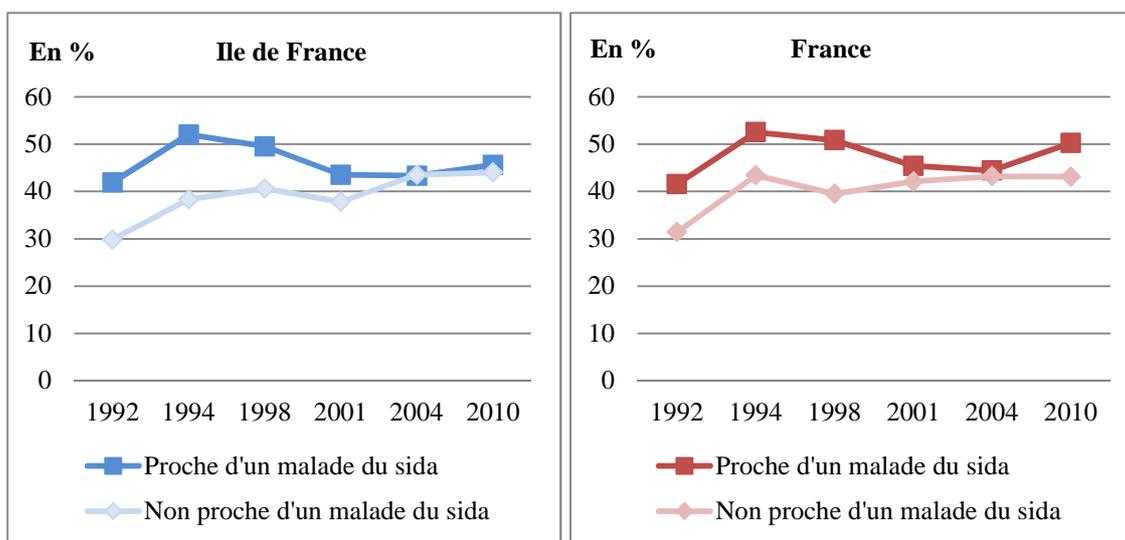


^(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Alors que les répondants franciliens connaissant une personne séropositive ou un malade du sida dans leur entourage proche avaient une perception du risque de contamination plus élevée entre 1992 et

1998, ce n'est plus le cas depuis 2001 où la perception du risque est la même que les répondants soient proches du VIH ou de la maladie sida ou pas⁶⁰ (graphique 3.3).

Graphique 3.3 : Evolution de la perception individuelle du risque de contamination par le VIH (supérieur ou égal) par rapport à la moyenne des gens selon la proximité au VIH et à la maladie sida – Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)



^(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1494 en 1992, n=1198 en 1994, n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Cette évolution est similaire dans l'enquête nationale jusqu'en 2004. Par contre, en 2010, le lien entre la proximité au VIH ou à la maladie sida et la perception du risque de contamination est de nouveau significatif en 2010 en France : ainsi 50,2% des répondants connaissant une personne séropositive ou un malade du sida dans leur entourage proche déclarent avoir « plus de risque » ou « le même risque » que la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida contre 43,1% des répondants n'en connaissant pas dans leur entourage proche.

Les résultats de la régression logistique réalisée sur les données franciliennes en 2010 (tableau 3.1) confirment que la perception du risque de contamination par le VIH est moins élevée chez les 31-44 ans et les 45-54 ans que chez les 18-30 ans et est équivalente que les enquêtés soient proches du VIH ou de la maladie sida ou non. On constate aussi que les répondants avec un niveau de diplôme intermédiaire ont une perception du risque plus forte que ceux avec un niveau de diplôme élevé. Enfin, les répondants vivant en couple considèrent beaucoup moins qu'ils ont plus ou le même risque par rapport à la moyenne des gens d'être contaminés que ceux ne vivant pas en couple.

⁶⁰ La proximité au VIH ou à la maladie du sida est définie par le fait de connaître au moins une personne séropositive ou malade du sida dans son entourage proche (ami, parent, partenaire ou collègue de travail).

Le niveau de connaissance des modes de transmission certains du virus du sida n'explique pas la perception du risque de contamination, par contre les répondants ne connaissant pas l'existence des traitements anti-rétroviraux ont une perception du risque plus faible que ceux les connaissant.

Tableau 3.1 : Déterminants d'une perception du risque de contamination par le VIH supérieure ou égale à la moyenne des gens – Ile-de-France –Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Homme	1	
Femme	0,9	0,7 - 1,1
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	0,7	0,5 - 0,8
45-54 ans	0,4	0,3 - 0,6
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,3	0,3 - 0,4
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 1	1,6	1,2 - 2,1
Intermédiaire 2	1,5	1,1 - 1,9
Faible	1,0	0,7 - 1,6
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	1,2	0,9 - 1,5
Connaissance des modes certains de transmission du sida : Bonne	1	
Moyenne	0,9	0,7 - 1,2
Mauvaise	1,0	0,7 - 1,5
Connaissance des multithérapies : Oui	1	
Non	0,7	0,5 - 0,9

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 3.1 : Les cellules en gras indiquent une différence significative pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle (au risque de 5%). Par exemple, les répondants vivant en couple ont une probabilité moins élevée de se percevoir comme ayant un risque de contamination supérieur ou égal à la moyenne des gens que ceux ne vivant pas en couple.

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

1. La crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida est en augmentation par rapport à 2004

Alors que la perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens est restée stable depuis 1994, la crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida n'a cessé d'augmenter depuis 1998 (année où la question a été introduite dans l'enquête) en Ile-de-France. En 2010, 38% des répondants franciliens déclarent avoir déjà craint d'être contaminés, proportion en hausse significative par rapport à 2004 (33,4%).

Tableau 3.2 : Evolution de la crainte d'être soi-même contaminé par le VIH selon le sexe – Ile-de-France - Enquêtes 1998 à 2010^(a, b)

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

En % de oui	1998 (n=836)	2001 (n=1155)	2004 ^(b) (n=1213)	2010 ^(b) (n=1879)	Evolution 1998/2010 ^(c)
Ensemble	27,4	30,6	33,4	38,0	↗
Homme	23,6	28,0	32,1	39,1	↗
Femme	31,2	33,1	34,6	36,9	→

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

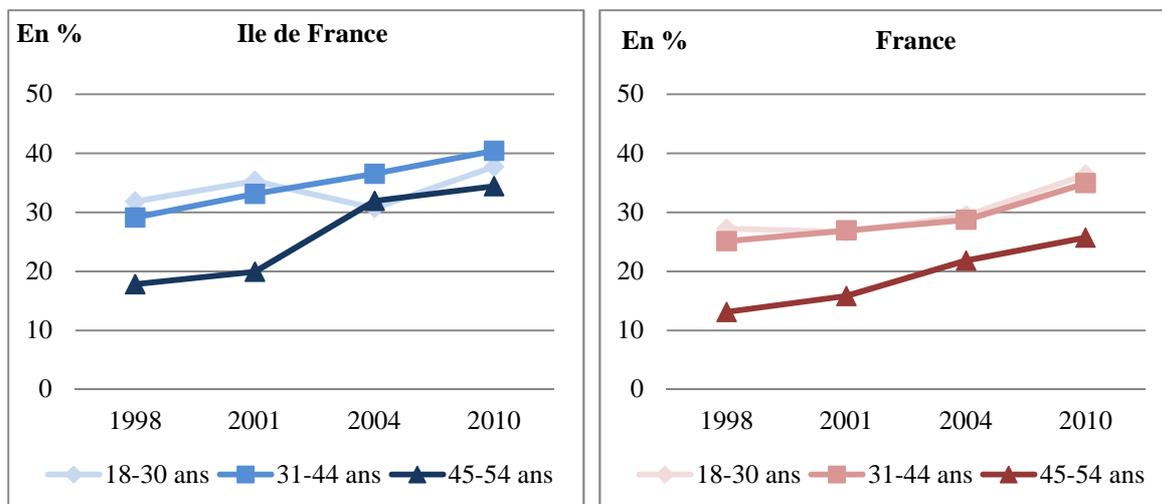
(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

La hausse de la crainte d'avoir déjà été contaminé se retrouve aussi dans les données nationales où la proportion de répondants ayant déjà craint être contaminé est passée de 27,2% à 32,7% entre 2004 et 2010.

En 1998 et en 2001, les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà craint une contamination par le virus du sida, mais ce n'est plus le cas depuis 2004 où les hommes et les femmes sont aussi nombreux à avoir déjà craint d'être contaminés.

En 1998 et en 2001, les répondants plus âgés étaient les moins nombreux à avoir déjà craint être contaminés par le VIH, mais depuis 2004 il n'existe plus de lien significatif entre la classe d'âge et cette crainte en Ile-de-France (graphique 3.4). Par contre, le lien avec la classe d'âge est significatif en France : depuis 1998, les répondants âgés entre 44 et 54 ans déclarent moins que les autres avoir déjà craint d'être contaminés par le VIH que les autres répondants.

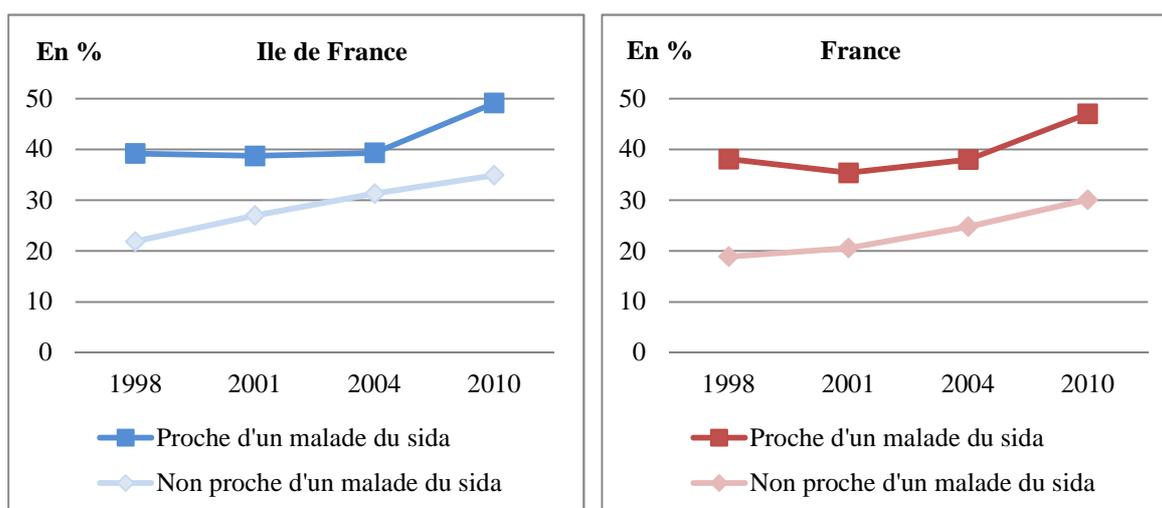
Graphique 3.4 : Evolution de la crainte d'être soi-même contaminé par le VIH selon la classe d'âge – Ile-de-France et France – Enquêtes 1998 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

Depuis l'introduction de la question dans l'enquête en 1998, les répondants franciliens connaissant dans leur entourage proche une personne séropositive ou un malade du sida sont significativement plus nombreux que les autres à déclarer avoir déjà craint d'être contaminés : en 2010 près de la moitié des enquêtés proches d'une personne séropositive ou d'un malade du sida (49,1%) déclare avoir déjà craint d'être contaminé contre 34,9% de ceux n'en connaissant pas (graphique 3.5). Comme en Ile-de-France, les répondants de l'enquête nationale proches d'un séropositif ou d'un malade du sida sont plus nombreux à avoir déjà craint être contaminés par le virus du sida depuis 1998.

Graphique 3.5 : Evolution de la crainte d'être soi-même contaminé par le VIH selon la proximité au VIH ou à la maladie sida– Ile-de-France et France –Enquêtes 1998 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004, n=1879 en 2010 et pour la France n=1769 en 1998, n=3321 en 2001, n=3367 en 2004 et n=6955 en 2010.

2. Les répondants ne vivant pas en couple et ceux proches connaissant une personne séropositive sont les plus nombreux à avoir déjà craint la contamination par le virus du sida en 2010

Le modèle de régression logistique du tableau 3.3 met en évidence les facteurs associés à la crainte de la contamination par le VIH chez les Franciliens interrogés en 2010.

Cette crainte d'avoir déjà été contaminé est plus fréquente chez les répondants ne vivant pas en couple et chez ceux connaissant dans leur entourage proche une personne séropositive ou un malade du sida. Par contre, on n'observe pas de différence significative selon la classe d'âge, ni selon le sexe ou le niveau du diplôme, résultats déjà observés en 2004.

Tableau 3.3 : Déterminants de la crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH – Ile-de-France - Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Homme	1	
Femme	0,9	0,7 - 1,1
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	1,2	0,9 - 1,5
45-54 ans	0,9	0,6 - 1,2
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,6	0,5 - 0,7
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	0,9	0,7 - 1,2
Intermédiaire 1	1,0	0,7 - 1,3
Faible	1,0	0,7 - 1,6
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	1,7	1,4 - 2,2
Connaissance des modes certains de transmission du sida :		
Bonne	1	
Moyenne	1,1	0,7 - 1,1
Mauvaise	0,8	0,7 - 1,7
Connaissance des multithérapies : Oui	1	
Non	0,6	0,5 - 0,8

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 3.3 : Les cellules en gras indiquent une différence significative pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle (au risque de 5%). Par exemple, les répondants connaissant une personne séropositive ou malade du sida dans leur entourage proche ont une probabilité plus élevée d'avoir déjà craint d'être contaminés par le VIH que ceux n'en connaissant pas.

La connaissance des modes de transmission certains du virus du sida n'est par contre pas liée à la crainte d'avoir déjà été contaminé. Les répondants qui ne connaissent pas l'existence des multithérapies déclarent moins que les autres avoir déjà craint la contamination par le VIH. Ces deux constats étaient déjà vérifiés en 2004.

III. La crainte de différents risques et maladies pour soi-même

1. La crainte pour soi-même du sida et des différents risques et maladies reste globalement stable entre 2004 et 2010

Depuis 1992, on a demandé aux enquêtés s'ils craignaient pour eux-mêmes (pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup) différentes maladies et risques : les accidents de la circulation, le cancer, les maladies cardiaques, le sida, les infections sexuellement transmissibles (IST) hors sida, les hépatites virales, la tuberculose et les démences séniles comme la maladie d'Alzheimer⁶¹. Cette question permet de situer le niveau de crainte du sida et des maladies associées⁶², telles que les IST hors sida, les hépatites virales et la tuberculose par rapport aux autres risques et maladies.

En Ile-de-France comme en France, on constate en 2010 que le niveau de crainte des accidents de la circulation et des différentes maladies reste globalement stable par rapport à 2004 (graphique 3.6).

Le cancer et les accidents de la circulation restent les deux craintes majeures qui se distinguent des autres, respectivement craints « *beaucoup* » ou « *pas mal* » par 59,6% et 55,8% des répondants en 2010, le cancer passant devant les accidents de la circulation pour la première fois.

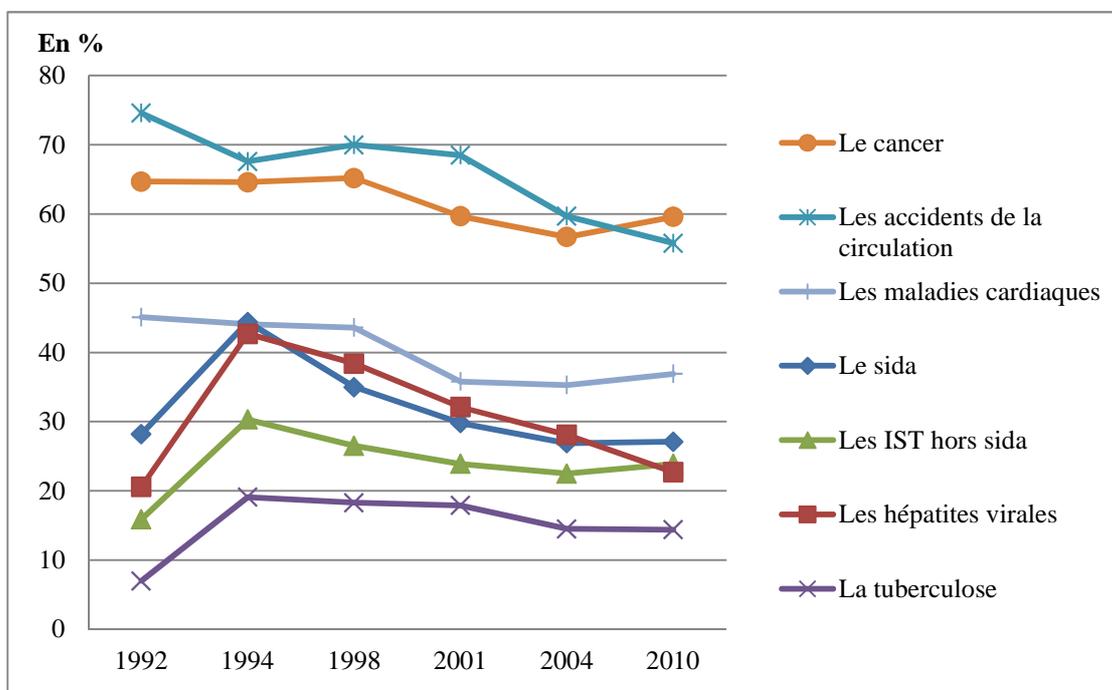
Les maladies cardiaques se situent à la troisième place des maladies et risques les plus craints, place qui ne change pas malgré une baisse du niveau de crainte entre 1998 et 2001. La stabilisation de la crainte de ces maladies, observée depuis 2001 se confirme : ces maladies sont craintes « *beaucoup* » ou « *pas mal* » par 36,9% des répondants en 2010.

⁶¹ Ce dernier item n'est pas représenté sur le graphique 3.4 car il a été introduit uniquement dans les enquêtes de 1994, de 1998 et de 2010.

⁶² Elles sont associées au sida, car ce sont des maladies opportunistes du sida et elles reposent sur des modes de contamination similaires.

Graphique 3.6 : Evolution de la crainte de différents risques et maladies – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=858** en 1992, **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

Vient ensuite le sida qui retrouve sa quatrième place en 2010 et dont la crainte a fortement baissé depuis 1994. Le niveau de crainte des autres maladies associées au sida : les IST hors sida et les hépatites est équivalent en 2010 avec une baisse de la crainte des hépatites virales équivalente à celle du sida. Alors que le sida était beaucoup plus craint que les autres IST lors des deux premières enquêtes, le niveau de crainte n'a cessé de se rapprocher de celui des IST hors sida depuis 1998 et les proportions de répondants franciliens craignant le sida et les IST hors sida pour eux-mêmes en 2010 sont proches : respectivement 27,1% et 23,9%.

La seule évolution significative constatée entre 2004 et 2010 est la baisse de la crainte des hépatites virales (de 28,1% en 2004 à 22,7% en 2010) ce qui confirme la tendance à la baisse de la crainte de ces maladies depuis 1994.

La tuberculose est quant à elle crainte par 14,4% des enquêtés franciliens en 2010, à un niveau stable depuis 1994.

L'item relatif aux « démences séniles par exemple la maladie d'Alzheimer » a été réintroduit dans l'enquête de 2010, et il apparaît que 35,0% des enquêtés déclarent craindre pas mal ou beaucoup ces maladies pour eux-mêmes. On avait observé des proportions similaires en 1994 et 1998 (respectivement 37,3% et 35,1%).

2. Les jeunes craignent toujours davantage le sida et les IST, les plus âgés davantage les maladies cardiaques et les démences séniles

Depuis le début des enquêtes, les femmes déclarent plus que les hommes craindre les accidents de la circulation et le cancer : en 2010, en Ile-de-France, elles sont 60,0% contre 51,4% des hommes à craindre les accidents de la route et 65,3% contre 53,8% des hommes à craindre le cancer pour elles-mêmes. C'est aussi le cas pour les démences séniles : 39,6% des femmes craignent beaucoup ou pas mal contre 30,2% des hommes. Pour les autres risques et maladies, on n'observe pas de différences entre les hommes et les femmes.

La crainte des accidents de la circulation ne diffère pas selon la classe d'âge en 2010 comme depuis le début des enquêtes. C'est aussi le cas pour le cancer en 2010 (alors que la crainte était plus élevée pour les 45-54 ans en 2004) et pour les hépatites virales (crainte qui n'était déjà pas liée à l'âge pour ces maladies en 2004).

Par contre, les jeunes franciliens craignent plus pour eux-mêmes le sida et les IST hors sida que les répondants appartenant aux autres classes d'âge, et ce depuis 1992. Ainsi ils sont 37,4% à craindre le sida et 34,8% à craindre les IST hors sida en 2010 (contre respectivement 24,2% et 19,9% des 31-44 ans et 18,1% et 15,9% des 45-54 ans). Ils sont aussi significativement plus nombreux à craindre la tuberculose en 2010 (17,4% des 18-30 ans contre 14,1% des 31-44 ans et 10,9% des 45-54 ans), ce qui n'était pas le cas en 2004.

Les répondants plus âgés craignent eux davantage que les plus jeunes les maladies cardiaques et les démences séniles, ceci se vérifie en 2010 comme pour les enquêtes précédentes. En 2010 en Ile-de-France, 42,9% des enquêtés âgés entre 45 et 54 ans déclarent craindre pour eux-mêmes les maladies cardiaques (contre 35,0% des 18-30 ans et 34,8% des 31-44 ans) et 43,1% d'entre eux les démences séniles (contre 30,2% des 18-30 ans et 33,8% des 31-44 ans).

3. Le sida et les maladies associées sont davantage craints par les Franciliens de niveau de diplôme peu élevé

Afin de synthétiser la crainte pour soi-même des différents risques et maladies, deux scores ont été construits. Le premier regroupe le sida et les maladies associées : tuberculose, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles. Il a été choisi d'attribuer les valeurs "1", "2" ou "3", lorsque les répondants disent craindre respectivement *peu*, *pas mal* ou *beaucoup* la maladie ou le risque cité. La valeur de ce score est ainsi comprise entre 4 (toutes les maladies sont peu craintes) et 12 (toutes les maladies sont beaucoup craintes). Le second score est construit selon le même procédé à partir de trois maladies ou risques représentant les principales causes de décès en France (valeur minimale de 3 et valeur maximale de 9) : les maladies cardiovasculaires, les cancers et les accidents de la circulation. Plus la valeur des scores est élevée, plus les risques et maladies cités sont craints pour soi-même.

Tableau 3.4 : Evolution des scores moyens de crainte de différents risques et maladies– Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

Valeur moyenne du score de crainte	IDF France	1992 (n=858) (n=1494)	1994 (n=834) (n=1198)	1998 (n=836) (n=1769)	2001 (n=1155) (n=3321)	2004 ^(b) (n=1213) (n=3367)	2010 ^(b) (n=1879) (n=6955)	Evolution 1992/2010 ^(c)
Le sida et des maladies associées	Ile-de-France	4,9	6,1	5,8	5,6	5,5	5,4	↗
	France	5,0	6,2	5,7	5,5	5,2	5,1	↗
Les maladies et risques représentant les principales causes de décès en France	Ile-de-France	5,6	5,6	5,5	5,4	5,2	5,3	↘
	France	5,7	6,0	5,7	5,6	5,2	5,3	↘

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

On peut constater que l'évolution du score de crainte du sida et des maladies associées est similaire en Ile-de-France et en France : après une forte augmentation entre 1992 et 1994 puis une baisse entre 1994 et 2001, la valeur moyenne se stabilise depuis 2001 (tableau 3.4). Ceci signifie que le sida et les maladies associées sont aujourd'hui moins craintes qu'en 1994, mais autant qu'en 2001 et en 2004, en Ile-de-France comme en France.

L'évolution du niveau de crainte des maladies et risques représentant les principales causes de décès en France (maladies cardiovasculaires, cancers et accidents de la route) est aussi similaire en Ile de France et en France depuis 1994 : après avoir baissé entre 1994 et 2004 en Ile de France et en France, le score moyen de crainte des maladies et risques représentant les principales causes de décès en France reste stable par rapport à 2004 et est identique en 2010 en Ile de France et en France : 5,3 sur 9.

Les résultats de la régression logistique effectuée sur les données franciliennes en 2010 (tableau 3.5) confirment que les répondants plus âgés craignent moins le sida et les maladies associées que les 18-30 ans, de même que ceux vivant en couple par rapport à ceux ne vivant pas en couple.

Par ailleurs, les répondants ayant un niveau de diplôme faible ou intermédiaire ont une plus forte crainte que ceux ayant un diplôme élevé ainsi que ceux maîtrisant mal les modes de transmission du VIH.

Tableau 3.5 : Déterminants du score de crainte du sida et des maladies associées– Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	5,13	4,82-5,44
Sexe : Homme	1	
Femme	0,09	-0,13 - 0,31
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	-0,15	-0,43 - 0,13
45-54 ans	-0,48	-0,77 - -0,18
Vie en couple : Non	1	
Oui	-0,41	-0,66 - 0,17
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	0,25	0,0 - 0,50
Intermédiaire 1	1,05	0,73 - 1,37
Faible	0,85	0,33 - 1,36.
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	0,25	-0,02 - 0,52
Connaissance des modes certains de transmission du sida :		
Bonne	1	
Moyenne	0,13	-0,14 - 0,39
Mauvaise	0,86	0,31 - 1,40
Connaissance des multithérapies : Oui	1	
Non	0,31	0,01 - 0,61

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 3.5 : Les cellules en gras indiquent une différence significative pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle (au risque de 5%). Par exemple, les répondants âgés entre 44 et 54 ans craignent moins le sida et les maladies associées que les 18-30 ans.

Contrairement au sida et aux maladies associées, les maladies et risques représentant les principales causes de décès en France, depuis le début des enquêtes, moins craintes par les plus jeunes et davantage par les plus, en France comme en Ile-de-France. Par ailleurs, ces risques et maladies sont aussi davantage craints par les femmes que par les hommes.

IV. La contagiosité du sida par rapport à la grippe

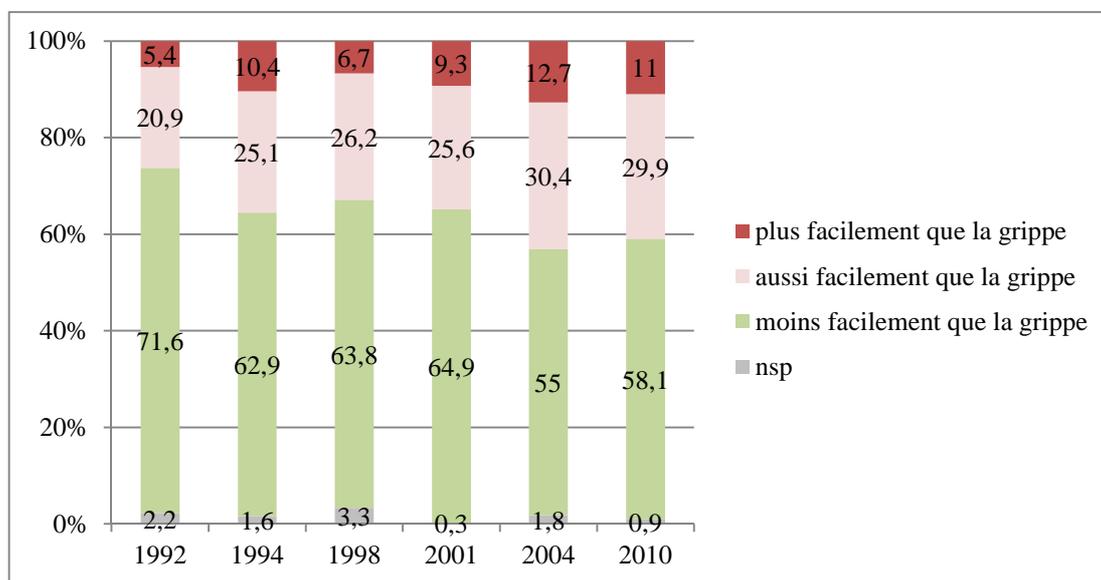
Depuis le début des enquêtes KABP, on demande aux répondants de situer la contagiosité du sida par rapport à celle de la grippe.

1. La perception de la contagiosité du sida comparée à celle de la grippe est stable

Après une augmentation de la proportion de répondants pensant que le sida peut s'attraper « plus facilement » ou « aussi facilement » que la grippe entre 2001 et 2004, les proportions restent stables en 2010 par rapport à 2004. Alors que la majorité des répondants franciliens (58,1%) considère que le sida peut s'attraper « moins facilement » que la grippe en 2010, ils sont 29,9% à penser que le sida s'attrape « aussi facilement » et 11% « plus facilement » que la grippe (graphique 3.7).

Graphique 3.7 : Evolution de la perception de la contagiosité du sida comparée à celle de la grippe – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

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



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit n=858 en 1992, n=834 en 1994, n=836 en 1998, n=1155 en 2001, n=1213 en 2004 et n=1879 en 2010.

En France, après avoir observé en 2004 une hausse de la proportion de répondants pensant que le sida s'attrape aussi facilement que la grippe, cette proportion est en baisse en 2010 et l'on retrouve le niveau de 2001. En 2010, le niveau de perception de la contagiosité du sida par rapport à la grippe est

similaire à celui de l'enquête francilienne en 2010 : 55,7% des répondants de l'enquête nationale considèrent que le sida s'attrape moins facilement que la grippe, 31,6% aussi facilement et 12,1% plus facilement que la grippe.

2. Les répondants les moins diplômés et ceux maîtrisant mal les modes de transmission du virus du sida sont plus nombreux à penser que le sida s'attrape plus ou aussi facilement que la grippe

La régression logistique réalisée sur cette question en 2010 (tableau 3.6) fait apparaître que les répondants franciliens d'un niveau de diplôme faible ou intermédiaire et ceux maîtrisant mal ou moyennement les modes de transmission du VIH ont plus tendance à penser que le sida s'attrape plus facilement que la grippe. Par ailleurs, les hommes, les répondants âgés entre 31 et 44 ans, ceux vivant en couple et ceux ayant une bonne acceptation des personnes séropositives déclarent moins que les autres que le sida s'attrape plus ou aussi facilement que la grippe.

Tableau 3.6 : Déterminants de la perception de la contagiosité plus grande ou équivalente du virus du sida comparée à celle de la grippe – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>IC à 95%</i>
Sexe : Homme	1	
Femme	1,3	1,2 - 1,4
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	0,9	0,8 - 1,0
45-54 ans	1,0	0,8 - 1,1
Vie en couple : Non	1	
Oui	0,8	0,7 - 0,8
Niveau d'études : Elevé	1	
Intermédiaire 2	1,6	1,4 - 1,8
Intermédiaire 1	1,9	1,6 - 2,2
Faible	1,9	1,6 - 2,4
Connaissance d'une personne séropositive ou d'un malade du sida : Non	1	
Oui	1,1	1,0 - 1,3
Connaissance des modes certains de transmission du sida :		
Bonne	1	
Moyenne	1,4	1,2 - 1,6
Mauvaise	1,8	1,5 - 2,2
Connaissance des multithérapies : Oui	1	
Non	1,1	1,0 - 1,2

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 3.6 : Les cellules en gras indiquent une différence significative pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle (au risque de 5%). Par exemple, les répondants vivant en couple ont par rapport à ceux ne vivant pas en couple une probabilité plus élevée de penser que le sida s'attrape plus facilement que la grippe.

Chapitre 4 – L'usage de drogues et la perception de la politique de réduction des risques

Le chapitre 4 présente de nouvelles questions introduites dans l'enquête de 2010 concernant l'usage de drogues, la proximité avec les personnes usagères de drogues, des opinions vis-à-vis des personnes toxicomanes ainsi que la perception de la politique de réduction des risques (vente de seringues aux personnes toxicomanes en pharmacie et éventuelle introduction de salles d'injection en France).

En Ile-de-France, 21,3% des hommes et 10,7% des femmes déclarent avoir consommé une substance psychoactive illicite au cours des douze derniers mois, les produits les plus cités étant le cannabis (19,6% des hommes et 9,7% des femmes) et la cocaïne (2,2% des hommes et 1,2% des femmes). L'expérimentation de la drogue par voie intraveineuse au cours de la vie concerne 1,4% des Franciliens et 0,2% des Franciliennes.

Plus d'un répondant francilien sur cinq déclare connaître dans son entourage proche au moins une personne toxicomane et 6,5% au moins une personne qui utilise des drogues par voie intraveineuse.

Une très forte majorité des répondants considèrent que « les toxicomanes ont droit au meilleur traitement possible » (85,2%) et que les « toxicomanes sont des personnes malades » (84,0%). Ils sont aussi 49,1% à penser que « les toxicomanes sont des personnes malades » et 41,3% qu'ils sont « responsables de ce qui leur arrive ».

Environ deux tiers des Franciliens sont favorables à la vente de seringues aux toxicomanes en pharmacie et à l'éventuelle introduction en France de « lieux

médicalisés où les toxicomanes peuvent s'injecter des drogues dans des conditions d'hygiène satisfaisantes afin de limiter la transmission du virus du sida et des hépatites ».

Les répondants les plus diplômés sont ceux qui ont les opinions les plus tolérantes vis-à-vis des personnes usagères de drogue et qui se déclarent les plus favorables à la vente de seringue et à la mise en place de salles d'injection en France.

Les jeunes déclarent davantage que les plus âgés avoir consommé de la drogue au cours des douze derniers mois, mais ne sont pas plus nombreux que les autres à déclarer connaître une personne usagère de drogue. Leurs attitudes sont plutôt moins favorables que les répondants plus âgés : ils sont en effet moins nombreux à penser que les « toxicomanes ont droit au meilleur traitement possible », sont moins favorables à la vente de seringues aux toxicomanes en pharmacie ainsi qu'à l'éventuelle introduction de salles d'injection en France.

La politique de réduction des risques⁶³ à destination des usagers de drogue a été initiée en France à la fin des années 1980 afin de réduire l'épidémie de VIH sida chez les usagers de drogue. Vingt-cinq ans après cette mise en place, il semblait intéressant d'interroger les répondants de l'enquête KABP sur leurs usages de drogues, sur leurs représentations vis-à-vis des personnes toxicomanes⁶⁴ ainsi que sur l'acceptabilité des politiques de réduction des risques. Ainsi, plusieurs questions permettant de mesurer la consommation de drogues des personnes interrogées, leur proximité avec des personnes toxicomanes, leurs opinions envers ces personnes et leur perception de la politique de réduction des risques ont été intégrées à l'édition 2010 de l'enquête KABP.

I. L'usage de drogues

1. Près de 15% des Franciliens déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois

En 2010, parmi les répondants de l'enquête francilienne âgés entre 18 et 54 ans, 15,9% (21,3% des hommes et 10,7% des femmes) déclarent avoir consommé au moins une fois une substance psychoactive illicite au cours des douze derniers mois, les Franciliens interrogés sont ainsi plus nombreux que les Franciliennes à déclarer une consommation de drogue dans l'année passée. Ces proportions sont d'autant plus élevées que les répondants sont jeunes.

Dans l'enquête nationale, 13,4% des répondants (7,8% des femmes et 19,1% des hommes) déclarent avoir consommé au moins une fois une drogue illicite au cours des douze derniers mois.

Tableau 4.1 : Prévalence de substances psychoactives consommées au cours des douze derniers mois – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

Dans les douze derniers mois, avez-vous consommé de la drogue, comme du cannabis, des poppers ou de la cocaïne... ? Ne serait-ce qu'une seule fois ? De quelle(s) drogue(s) s'agissait-il ?

% de réponses citées (plusieurs réponses possibles)	Homme n=847	Femme n=1032	Ensemble n=1879
Cannabis	19,6	9,7	14,6
Cocaïne	2,2	1,2	1,7
Poppers	1,2	0,8	1,0
Ectasy	0,6	0,1	0,4
Héroïne	0,5	0,0	0,2
Crack	0,4	0,0	0,2
Lsd	0,3	0,0	0,2
Autres	0,2	0,1	0,1

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

⁶³ La politique de réduction des risques est une politique de santé publique qui vise à réduire la transmission du VIH et des hépatites dans la population des usagers de drogue. Les principales mesures ont été la mise en vente libre des seringues en 1986 et la mise en place des traitements de substitution des opiacées à partir de 1995.

⁶⁴ Le terme toxicomane est peu usité actuellement, si ce n'est dans le champ de la prise en charge, mais il a été conservé dans l'enquête KABP 2010, afin de respecter les formulations sur ces questions qui avaient été utilisées dans l'enquête KABP de 1994

Le produit le plus cité est le cannabis (tableau 4.1) avec 19,6% des Franciliens et 9,7% des Franciliennes qui déclarent avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours des douze derniers mois, les jeunes âgés entre 18 et 30 ans étant beaucoup plus nombreux que leur aînés à déclarer avoir consommé du cannabis (tableau 4.2).

Tableau 4.2 : Prévalence de cannabis consommé au cours des douze derniers mois selon l'âge – Ile-de-France – Enquête 2010^{(a) (b)}

% de réponse « cannabis »	Homme <i>n=847</i>	Femme <i>n=1032</i>	Ensemble <i>n=1879</i>
Ensemble	19,6	9,7	14,6
Selon l'âge			
18-30 ans	35,7	21,0	30,2
31-44 ans	15,2	5,0	11,0
45-54 ans	6,5	2,1	5,2

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test de χ^2 simple a été effectué sur les effectifs redressés : les cellules en gras indiquent une différence significative selon la modalité de la variable âge ($p < 0,05$).

Les résultats d'une régression logistique réalisée sur la question de la consommation de cannabis confirment que toutes choses par ailleurs, les hommes et les jeunes âgés de 18 à 30 ans sont plus nombreux à déclarer avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, c'est aussi le cas pour les répondants ne vivant pas en couple et ceux connaissant une personne séropositive dans leur entourage proche. Par ailleurs, le lien entre la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois et le niveau de diplôme d'une part et la situation professionnelle d'autre part n'apparaît pas significatif

La cocaïne est la deuxième drogue la plus citée : 1,7% des répondants franciliens déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Là encore, les jeunes âgés entre 18 et 30 ans sont plus nombreux que leur aînés à déclarer avoir consommé de la cocaïne : 4,0% des jeunes hommes et 3,1% des jeunes femmes contre 1,9% et 0,5% des hommes et des femmes âgés entre 35 et 44 ans et 0,6% et 0,0% de ceux âgés entre 45 et 54 ans.

Dans l'enquête nationale, 12,6% des répondants (18,0% des hommes et 7,3% des femmes) déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois et 1,4% de la cocaïne (2,2% des hommes et 0,7% des femmes).

2. Moins de un pour cent des Franciliens déclare avoir expérimenté de la drogue par voie intraveineuse

Parmi les répondants franciliens âgés entre 18 et 54 ans, 0,8% (1,4% des hommes et 0,2% des femmes) déclarent avoir déjà pris ne serait-ce qu'une seule fois au cours de leur vie de la drogue par voie intraveineuse.

Ces Franciliens déclarant avoir déjà expérimenté au cours de leur vie de la drogue par voie intraveineuse représentent 16 répondants, la majorité étant des hommes âgés entre 45 et 54 ans. Pour 14 répondants sur 16 soit 78%, la dernière fois date de plus de cinq ans, pour un répondant entre un et cinq ans et un répondant déclare une consommation dans les douze derniers mois.

Dans l'enquête nationale, 1,1% des hommes et 0,2% des femmes déclarent avoir expérimenté de la drogue par voie intraveineuse au cours de leur vie (n=49). Pour 90% d'entre eux (n=44), la dernière fois date d'il y a plus de cinq ans.

II. Les attitudes vis-à-vis des personnes toxicomanes

1. Plus d'un Francilien sur cinq déclare connaître au moins une personne toxicomane⁶⁵

Plus d'un répondant sur cinq (22,7%) déclare connaître au moins une personne toxicomane dans son entourage : en effet, 8,1% des Franciliens interrogés déclarent connaître personnellement dans leur entourage (famille, amis, collègues) une personne toxicomane et 14,6 % d'entre eux plusieurs personnes toxicomanes (tableau 4.3). La connaissance d'une personne toxicomane est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (27,6% des hommes contre 17,9% des femmes), mais ne dépend ni de la classe d'âge ni du niveau de diplôme.

Les personnes connaissant dans leur entourage proche une personne utilisant des drogues par voie intraveineuse représentent 6,5% des répondants. Cette proportion ne varie pas significativement selon le sexe ou l'âge, en revanche les répondants ayant un niveau de diplôme faible ou moyen sont plus nombreux que les autres à connaître dans leur entourage proche un ou plusieurs utilisateurs de drogue par voie intraveineuse.

⁶⁵ Le terme « toxicomane » est ici employé pour rendre compte de la formulation de la question, sachant que son acception au sein de la population est polymorphe.

Tableau 4.3 : Connaissance d'une ou plusieurs personnes toxicomanes dans l'entourage proche – Ile-de-France – Enquête 2010^(a) ^(b)

En pourcentage	<i>« Connaissez-vous personnellement, dans votre entourage, une ou plusieurs personnes toxicomanes ? »</i>	<i>« Connaissez-vous personnellement, dans votre entourage, une ou plusieurs personnes qui utilisent des <u>drogues par voie intraveineuse</u> ? »</i>
	<i>n=1879</i>	
Ensemble	22,7	6,5
Selon le sexe		
Homme	27,6	6,5
Femme	17,9	6,4
Selon l'âge		
18-30 ans	22,1	6,0
31-44 ans	21,2	6,0
45-54 ans	25,8	7,9
Selon le niveau de diplôme		
Faible	24,6	9,0
Intermédiaire 1	22,1	4,3
Intermédiaire 2	24,5	9,3
Elevé	21,8	5,8

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test de χ^2 simple a été effectué sur les effectifs redressés : les cellules en gras indiquent une différence significative selon la modalité de la variable socio-démographique ($p < 0,05$).

Par ailleurs, la moitié (49,2%) des répondants connaissant une personne toxicomane par voie intraveineuse dans son entourage connaît aussi une personne séropositive dans son entourage.

Les niveaux de proximité sont similaires à ceux observés dans l'enquête nationale : 23,3% des répondants connaissent au moins une personne toxicomane dans leur entourage proche et 6,8% au moins une personne qui utilise des drogues par voie intraveineuse. Comme en Ile-de-France, les hommes sont plus nombreux que les femmes à connaître une personne toxicomane et les répondants âgés entre 31 et 44 ans déclarent moins que les autres connaître une personne toxicomane dans leur entourage proche (21,3% contre 24,7% des 18-30 ans et des 45-54 ans). On ne constate pas de différence selon le sexe, l'âge ou le niveau de diplôme pour la proportion de répondants connaissant un utilisateur de drogue par voie intraveineuse dans leur entourage proche en France.

2. Les répondants les plus diplômés ont les opinions les plus tolérantes vis-à-vis des personnes usagères de drogue

Les répondants ont été interrogés sur leurs représentations des personnes toxicomanes à partir de quatre affirmations relatives à la maladie, la dangerosité, la responsabilité et le droit au meilleur traitement des personnes toxicomanes (tableau 4.4). Alors qu'une grande majorité de répondants franciliens se déclare d'accord

(plutôt ou tout à fait) avec l'opinion selon laquelle « *les toxicomanes ont droit au meilleur traitement médical possible* » et que « *les toxicomanes sont des personnes malades* » (respectivement 85,2% et 84,0%), la moitié d'entre eux est en accord avec l'idée que « *les toxicomanes sont dangereux pour les autres* » (49,1%) et 41,3% avec l'idée que « *les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive* ».

Tableau 4.4 : Opinions à l'égard des personnes toxicomanes – Ile-de-France – Enquête 2010 ^{(a) (b)}

Je vais vous citer un certain nombre d'affirmations, à propos des personnes toxicomanes qui utilisent des drogues intraveineuses. Pour chacune d'elles pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait, plutôt, ni d'accord ni pas d'accord, plutôt pas ou pas du tout d'accord ?

% de « tout à fait » ou « plutôt » d'accord	« les toxicomanes ont droit au meilleur traitement médical possible »	« les toxicomanes sont des personnes malades »	« les toxicomanes sont dangereux pour les autres »	« les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive »
	<i>n=1879</i>			
Ensemble	85,2	84,0	49,1	41,3
Selon le sexe				
Homme	86,1	82,9	49,3	46,9
Femme	84,2	85,1	48,8	35,7
Selon l'âge				
18-30 ans	82,5	84,6	48,0	42,9
31-44 ans	85,2	85,4	48,3	40,1
45-54 ans	88,6	81,0	51,5	41,0
Selon le niveau de diplôme				
Faible	90,2	82,4	55,9	53,6
Intermédiaire 1	79,3	78,9	57,5	51,6
Intermédiaire 2	84,5	88,3	53,3	42,1
Elevé	87,8	85,0	40,9	32,7

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test de χ^2 simple a été effectué sur les effectifs redressés : les cellules en gras indiquent une différence significative selon la modalité de la variable socio-démographique ($p < 0,05$).

Plus les répondants sont âgés, plus ils considèrent que « *les toxicomanes ont droit au meilleur traitement médical possible* ». Les hommes partagent davantage que les femmes l'opinion selon laquelle « *les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive* ». On ne retrouve pas d'autres liens significatifs avec le sexe ou la classe d'âge. Par ailleurs, les quatre items sont liés au niveau de diplôme mais d'une façon différente : ainsi les répondants avec un niveau de diplôme élevé considèrent moins que les autres que « *les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive* » et que « *les toxicomanes sont dangereux pour les autres* », mais la relation n'est pas linéaire pour les deux autres items (qui sont plutôt moins stigmatisants) : les plus diplômés et les moins diplômés étant ceux qui partagent le plus d'opinions positives.

Afin de pouvoir analyser de façon très synthétique les opinions exprimées envers les personnes toxicomanes, on a procédé à la construction d'un score d'opinion. Chacun des items du tableau 2.8 a été codé de 0 à 4 suivant que les personnes ont répondu « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « ni d'accord, ni

pas d'accord », « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord », aux items « *les toxicomanes ont droit au meilleur traitement médical possible* » et « *les toxicomanes sont des personnes malades* » et de 4 à 0 pour les items « *les toxicomanes sont dangereux pour les autres* » et « *les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive* ». On obtient ainsi une valeur du score qui varie de 0 à 16 : plus la valeur du score est élevée, plus les Franciliens interrogés expriment une opinion positive à l'égard des personnes toxicomanes.

Le score moyen de tolérance est de 10,2, il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (10,4 contre 10,0) et augmente avec le niveau de diplôme (9,8 pour les répondants ayant un niveau de diplôme faible, 9,4 pour ceux ayant un niveau intermédiaire 1, 10,1 pour ceux ayant un niveau intermédiaire 2 et 10,7 pour ceux ayant un niveau de diplôme élevé), ce qui indique que les femmes et les répondants ayant un niveau de diplôme élevé ont des opinions plus tolérantes envers les personnes toxicomanes. En revanche, il ne diffère pas significativement selon la classe d'âge.

Le modèle de régression linéaire (tableau 4.5) souligne les déterminants du score d'opinion positive à l'égard des personnes toxicomanes.

Tableau 4.5 : Déterminants du score d'opinion positive à l'égard des personnes toxicomanes – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression linéaire</i>	<i>Coefficients</i>	<i>IC à 95%</i>
Constante	10,25	9,90 – 10,60
Sexe : Hommes	1	
Femmes	0,47	0,22 – 0,72
Age : 18-30 ans	1	
31-44 ans	0,05	-0,25 – 0,35
45-54 ans	0,18	-0,22 – 0,58
Vie en couple : Non	1	
Oui	-0,03	-0,32 – 0,27
Niveau d'études : élevé	1	
Intermédiaire 2	-0,62	-0,95 – -0,29
Intermédiaire 1	-1,24	-1,56 – 0,92
Faible	-0,84	-1,38 – -0,31
Connaissance d'une personne séropositive : Non	1	
Oui	0,50	0,18 – 0,82
Connaissance d'une personne toxicomane par voie intraveineuse : Non	1	
Oui	0,50	-0,02 – 1,03

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 2.9 : Les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les femmes ont des opinions plus favorables que les hommes à l'égard des personnes toxicomanes.

Il montre que toutes choses égales par ailleurs, les femmes, les répondants ayant un niveau de diplôme élevé et les répondants connaissant dans leur entourage proche une personne séropositive ont des opinions plus tolérantes envers les personnes toxicomanes. En revanche, le score est identique quelle que soit la classe d'âge et que les répondants vivent en couple ou pas.

III. La perception de la politique de réduction des risques

Deux questions relatives à la politique de réduction des risques ont été intégrées à l'enquête de 2010. Il a été demandé aux répondants de donner leur avis sur la vente de seringues aux toxicomanes par les pharmaciens et sur l'éventuelle introduction en France de lieux médicalisés où les toxicomanes pourraient s'injecter des drogues.

Tableau 4.6 : Opinions à l'égard de la politique de réduction des risques – Ile-de-France – Enquête 2010 ^{(a) (b)}

% de « tout à fait » ou « plutôt » favorable	« les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues aux toxicomanes. Y êtes-vous favorable? »	« Dans certains pays d'Europe, il existe des lieux médicalisés où les toxicomanes peuvent s'injecter des drogues dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, afin de limiter la transmission du virus du sida et des hépatites. Seriez-vous favorable à ce que de tels lieux existent en France? »
	<i>n=1879</i>	
Ensemble	66,6	67,0
Selon le sexe		
Hommes	68,3	69,0
Femmes	64,9	65,1
Selon l'âge		
18-30 ans	43,6	57,2
31-44 ans	77,5	69,8
45-54 ans	79,3	75,4
Selon le niveau de diplôme		
Faible	46,2	65,4
Intermédiaire 1	55,5	58,1
Intermédiaire 2	61,7	63,6
Elevé	79,2	74,2

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test de χ^2 simple a été effectué sur les effectifs redressés : les cellules en gras indiquent une différence significative selon la modalité de la variable socio-démographique ($p < 0,05$).

Deux tiers des répondants franciliens se déclarent « *tout à fait* » ou « *plutôt* » favorables au fait que les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues aux toxicomanes et une proportion égale de répondants serait favorable à ce qu'il existe en France « *des lieux médicalisés comme dans certains pays d'Europe où les toxicomanes peuvent s'injecter des drogues dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, afin de limiter la transmission du virus du sida et des hépatites* » (tableau 4.6).

On remarque que les répondants âgés entre 18 et 30 ans se déclarent beaucoup moins favorables que les répondants entre 31 et 54 ans aux deux mesures.

Les régressions logistiques réalisées sur chacune des deux questions confirment que toutes choses par ailleurs, les jeunes âgés de 18 à 30 ans et les répondants ayant un niveau de diplôme faible, moyen ou intermédiaire se déclarent moins favorables que les autres répondants à la vente de seringues par les pharmaciens et à l'éventuelle mise en place de lieux d'injection médicalisés. En revanche, les répondants connaissant dans leur entourage proche une personne toxicomane par voie intraveineuse et ceux ayant un score élevé d'opinions positives envers les personnes toxicomanes sont plus favorables à ces mesures.

Dans l'enquête nationale, 62,8% des répondants se déclarent favorables à la vente de seringues en pharmacie et 64,9% à l'éventuelle mise en place de lieux d'injection médicalisés ; on retrouve les mêmes interactions avec la classe d'âge et le niveau de diplôme, et contrairement à ce que l'on observe en Ile-de-France, les femmes sont moins favorables que les hommes à ces deux mesures.

Chapitre 5- Le test de dépistage du VIH/sida

Ce chapitre présente l'évolution de la déclaration du recours au test de dépistage du VIH au cours de la vie et des douze derniers mois, des caractéristiques de ce test (lieu et raisons du test) et des raisons justifiant le non recours au test au cours de la vie. Des questions relatives aux nouvelles stratégies de dépistage sont également abordées.

Le nombre de Franciliens déclarant s'être déjà fait dépister au moins une fois au cours de la vie est en hausse par rapport à 2004 : 66,2% des hommes et 78,5% des femmes déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage au cours de leur vie en 2010.

On observe également en 2010 une augmentation des dépistages du virus du sida effectués récemment: 19,8% des répondants franciliens déclarent s'être fait dépister au cours des douze derniers mois, proportion en hausse par rapport à 2004, en particulier pour les hommes, qui sont aussi nombreux que les femmes à déclarer un test au cours des douze derniers mois.

Ces tests récents sont réalisés pour la majorité dans un laboratoire d'analyses que soit avec ou sans prescription médicale. Alors que les tests plus anciens (datant de plus de un an), sont principalement effectués dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial, les tests plus récents sont davantage réalisés sans raison particulière, c'est-à-dire juste pour savoir, se rassurer, pour voir.

Les Franciliens n'ayant jamais fait de test au cours de leur vie le justifient toujours par une absence de risque pour trois quart d'entre eux

Environ 80% des répondants franciliens accepteraient de se faire dépister lors de leur prochaine visite chez le médecin et lors d'un passage dans un service d'urgence et 70% d'entre eux lors de leur prochaine visite chez le dentiste. Près de trois quarts des Franciliens déclarent qu'ils se dépisteraient plus facilement s'il existait un test du dépistage à faire soi-même à domicile.

Les jeunes Franciliens et Franciliennes sont plus nombreux que leurs aînés à déclarer s'être fait dépister au cours des douze derniers mois.

Les évolutions constatées en Ile-de-France se retrouvent aussi dans l'enquête nationale : la déclaration d'un test de dépistage au cours de la vie et au cours des douze derniers mois est en hausse. En France, plus les répondants sont diplômés, plus ils déclarent avoir effectué un test au cours des douze derniers mois ce qui n'est pas le cas en Ile-de-France.

I. Le test de dépistage du virus du sida au cours de la vie

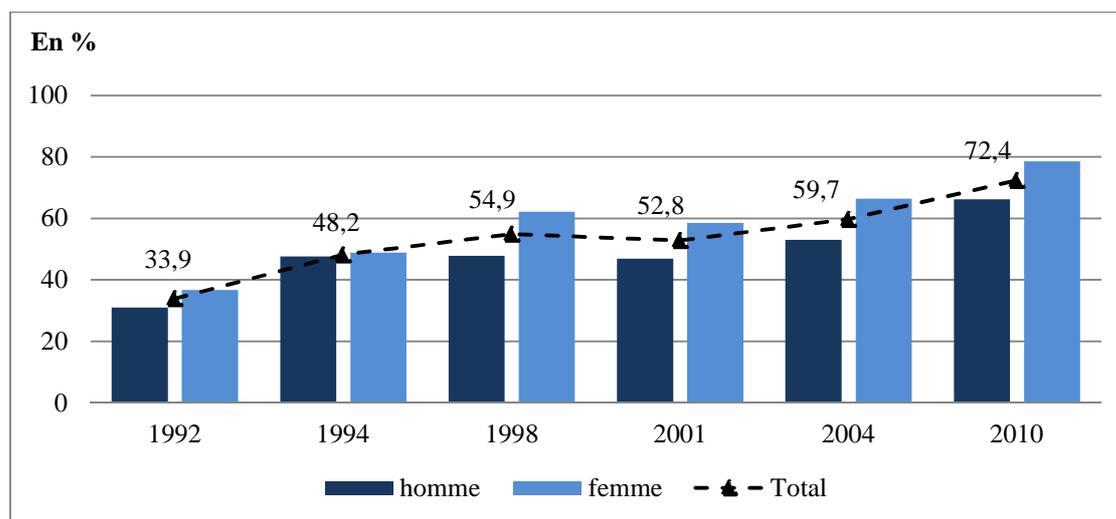
1. Près de trois quarts des franciliens déclarent s'être fait dépister au moins une fois dans la vie

Après une augmentation continue entre 1992 et 1998, une stabilisation entre 1998 et 2001 et une légère hausse entre 2001 et 2004, la proportion d'hommes et de femmes Franciliens déclarant avoir réalisé au moins une fois un test de dépistage du VIH au cours de leur vie est en nette augmentation en 2010 (graphique 5.1). En 2010, 66,2% des répondants hommes et 78,5% des répondants femmes déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage au cours de leur vie, ils étaient respectivement 53,0% et 66,4% en 2004. La proportion d'hommes et de femmes déclarant avoir fait un test au cours de leur vie a plus que doublé entre 1992 et 2010.

Les hommes et les femmes qui se sont déjà fait dépister plusieurs fois sont plus nombreux que ceux l'ayant fait une seule fois. En 2010, les hommes et les femmes qui se sont déjà fait dépister plusieurs fois représentent respectivement 35,7% et 47,4% des répondants contre 27,4% et 36,4% en 2004.

Graphique 5.1. Evolution de la proportion de personnes déclarant avoir effectué au moins un test de dépistage du VIH dans leur vie selon le sexe – Ile-de-France – Enquêtes 1992-2010^(a)

Au cours de votre vie, avez-vous déjà effectué un test de dépistage du virus du sida ?



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit **n=858** en 1992, **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004 et **n=1879** en 2010.

Dans l'enquête nationale, on observe une évolution similaire depuis 1992. En 2010, 62% des hommes et 71,9% des femmes déclarent s'être déjà fait dépister au cours de leur vie (contre respectivement 41,1% et 58,8% en 2004).

Depuis 1998, en Ile-de-France comme en France, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer s'être fait dépister au cours de leur vie, le recours quasi systématique au test de dépistage au cours des grossesses explique sans doute ce décalage⁶⁶.

2. Le recours au dépistage augmente chez les jeunes hommes pour la première fois depuis 1994

Chez les hommes en Ile-de-France, la proportion de répondants déclarant s'être déjà fait dépister augmente significativement parmi les 18-30 ans et les 31-44 ans entre 2004 et 2010. En France, l'augmentation est significative pour toutes les classes d'âge.

En 2010, les hommes âgés entre 31 et 44 ans, qui ont commencé leur vie sexuelle avec l'apparition du sida, sont les plus nombreux à s'être déjà fait dépister : ils sont près de 77,4% en Ile-de-France et 72,1% en France, proportions en augmentation continue depuis 1992.

Parmi les hommes âgés entre 18 et 30 ans, la proportion de Franciliens ayant déjà effectué le test de dépistage augmente pour la première fois depuis 1994 pour dépasser même le niveau d'alors. On retrouve une évolution similaire dans l'enquête nationale (graphique 5.2).

Chez ceux âgés entre 45 et 54 ans, la hausse déjà observée en 2004 se poursuit. En 2010, ils sont trois fois plus nombreux qu'en 1992 à s'être déjà fait dépister dans cette classe d'âge pour l'Ile-de-France (60,9% en 2010 contre 17,8% en 1992), et quatre fois plus nombreux pour la France (52,8% en 2010 contre 12,4% en 1992).

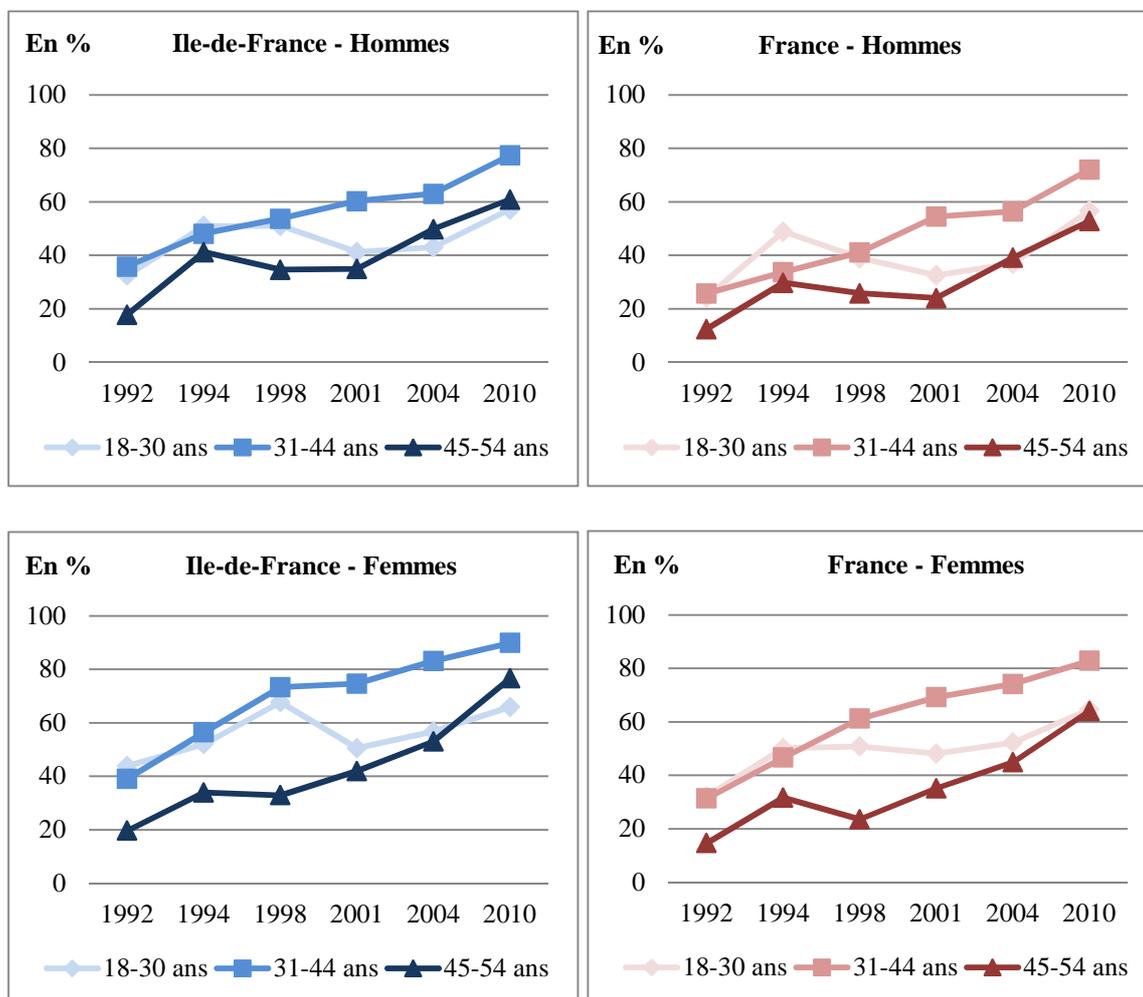
Chez les Franciliennes, on observe une augmentation significative uniquement chez les femmes âgées entre 31 et 44 ans et entre 45 et 54 ans, alors que la hausse est significative pour les trois classes d'âge en France.

Parmi les femmes âgées entre 45 et 54 ans, on observe une forte augmentation en Ile-de-France comme en France : on passe de 53,0% en 2004 à 76,6% en 2010 en Ile-de-France et de 44,8% à 64,0% en France.

La proportion de jeunes femmes (18-30 ans) déclarant s'être déjà fait dépister est stable en Ile-de-France (56,7% en 2004 et 65,9% en 2010, évolution statistiquement non significative), mais augmente en France (52,2% en 2004 et 64,6% en 2010).

⁶⁶ Le test de dépistage du VIH-Sida est systématiquement proposé lors des grossesses depuis 1985.

Graphique 5.2. Evolution de la proportion de répondants déclarant avoir effectué au moins un test de dépistage du VIH dans leur vie selon la classe d'âge – Ile-de-France et France– Enquêtes 1992-2010^(a)



a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France $n=858$ en 1992, $n=834$ en 1994, $n=836$ en 1998, $n=1155$ en 2001, $n=1213$ en 2004, $n=1879$ en 2010 et pour la France $n=1494$ en 1992, $n=1198$ en 1994, $n=1769$ en 1998, $n=3321$ en 2001, $n=3367$ en 2004 et $n=6955$ en 2010.

Comme chez les hommes, ce sont les femmes âgées entre 31 et 44 ans (qui ont commencé leur vie sexuelle avec l'apparition du sida) qui sont les plus nombreuses à s'être déjà fait dépister : près de 90% d'entre elles en 2010 (89,8%), proportion en augmentation continue depuis 1992 où elles étaient moitié moins nombreuses (39%). L'évolution est similaire en France où 82,8% des femmes entre 31 et 44 ans déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage au cours de leur vie.

II. L'évolution du recours au test de dépistage dans les douze derniers mois

1. Le recours au test de dépistage au cours des douze derniers mois est en augmentation pour la première fois depuis 1994

Après une baisse de 1992 à 2001 puis une stabilité entre 2001 et 2004, on observe une hausse conséquente de la proportion de répondants franciliens déclarant avoir eu recours au test de dépistage en 2010 où près de 20% des répondants franciliens (19,6% des hommes et 20% des femmes) déclarent s'être fait dépister au cours des douze derniers mois. On retrouve le niveau de 1994 où la proportion avait atteint son maximum (tableau 5.1).

Dans l'enquête nationale, les proportions de femmes et d'hommes déclarant s'être fait dépister au cours des douze derniers mois sont en hausse significative entre 2004 et 2010 (16,2 % des hommes et 16,1% des femmes en 2010 contre respectivement 8,5% et 13,4% en 2004).

Tableau 5.1 : Evolution du recours au test de dépistage au cours des 12 derniers mois – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010^(a)

En pourcentage de « oui »	1992 (n=858)	1994 (n=834)	1998 (n=836)	2001 (n=1155)	2004 ^(b) (n=1213)	2010 ^(b) (n=1879)	Evolution 1992/2010 ^(c)
Ensemble	15,1	20,3	15,0	12,0	13,5	19,8	↗
Selon le sexe							
Homme	15,5	21,2	12,1	9,9	10,6	19,6	→
Femme	14,6	19,4	17,9	13,9	16,3	20,0	↗

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

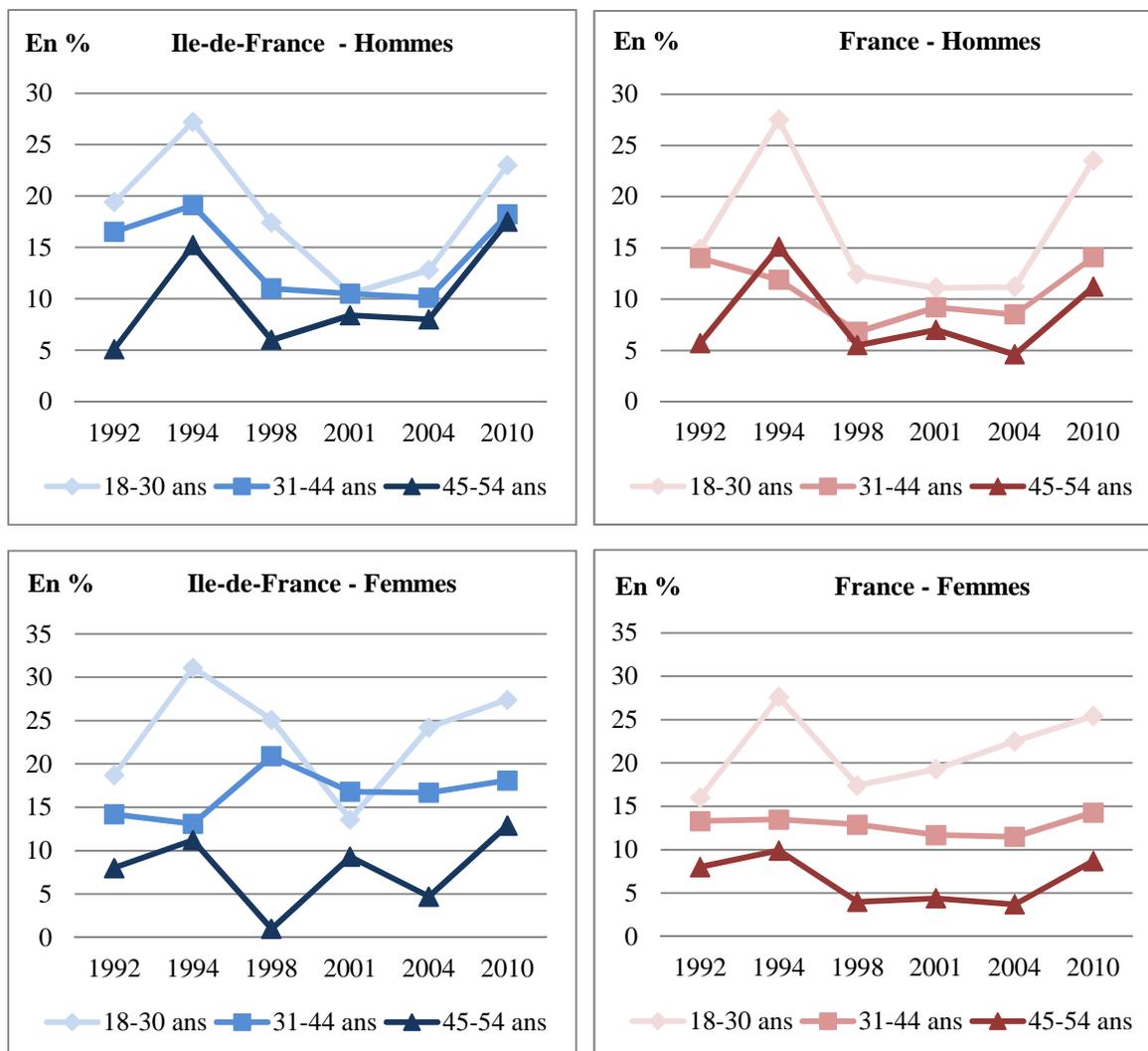
(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

On peut constater que la proportion de Franciliennes et de Franciliens déclarant s'être fait dépister au cours de l'année est identique en 2010, ce qui n'était pas le cas en 2004 où les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (16,3% contre 10,6%). Ceci se vérifie aussi dans les données nationales.

En Ile-de-France, la hausse est particulièrement forte chez les hommes où elle double presque par rapport à 2004 et est significative pour toutes les classes d'âge : on passe de 12,8% à 23,0% pour les 18-30 ans, de 10,1% à 18,2% pour les 31-44 ans et de 8% à 17,5% pour les 45-54 ans (graphique 4.3).

Graphique 5.3 : Evolution du recours au test de dépistage au cours des 12 derniers mois selon la classe d'âge– Ile-de-France et France – Enquête 1992 à 2010^(a)



a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans, soit pour l'Ile-de-France **n=858** en 1992, **n=834** en 1994, **n=836** en 1998, **n=1155** en 2001, **n=1213** en 2004, **n=1879** en 2010 et pour la France **n=1494** en 1992, **n=1198** en 1994, **n=1769** en 1998, **n=3321** en 2001, **n=3367** en 2004 et **n=6955** en 2010.

Parmi les femmes, la hausse est significative uniquement chez les répondantes âgées de 45 à 54 ans en Ile-de-France comme en France.

En 2010, comme c'était déjà le cas en 2004, les jeunes femmes (18-30 ans) sont plus nombreuses que les autres à déclarer s'être fait dépister au cours des douze derniers mois (27,4% des 18-30 ans contre 18,1% des 31-44 ans et 12,9% des 45-54 ans), alors que l'on n'observe pas de variations significatives selon la classe d'âge pour les hommes. Dans l'enquête nationale par contre, un dépistage plus élevé au cours des douze derniers mois chez les jeunes se constate parmi les femmes comme parmi les hommes.

Par ailleurs, la proportion de femmes déclarant s'être fait dépister dans les douze mois augmente uniquement parmi celles ne vivant pas en couple. Chez les hommes, l'augmentation se constate à la fois chez ceux vivant et ne vivant pas en couple.

2. Les jeunes ainsi que les répondants ne vivant pas en couple ont davantage recours au test de dépistage dans l'année

Une analyse multivariée menée sur les données de l'année 2010 permet de souligner les déterminants du recours au test de dépistage dans les douze derniers mois (tableau 5.2).

On observe que toutes choses égales par ailleurs, les hommes âgés entre 45 et 54 ans ont une plus faible probabilité que les plus jeunes d'avoir déclaré avoir effectué un test dans l'année précédant l'enquête. Par ailleurs, connaître une personne séropositive dans son entourage proche entraîne une plus forte probabilité de déclarer un test dans les douze mois pour les hommes, ce qui ne se vérifie pas chez les femmes.

Pour les femmes, il est confirmé que les plus jeunes d'entre elles (18-30 ans) déclarent davantage que les autres avoir effectué un test au cours des douze derniers mois.

Et, pour les hommes comme pour les femmes, le fait d'avoir déjà craint d'être contaminé et de ne pas vivre en couple implique une probabilité beaucoup plus forte de s'être fait dépister au cours des douze derniers mois.

Il n'existe pas de lien significatif entre le niveau de diplôme, la connaissance des modes de transmission certains du virus du sida et le fait de déclarer avoir effectué un dépistage dans les douze mois, ni pour les hommes, ni pour les femmes.

Tableau 5.2 : Caractéristiques influençant le recours au test de dépistage du virus du sida dans l'année – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
	<i>Odds ratios (IC à 95%)</i>	<i>Odds ratios (IC à 95%)</i>
Age : 18-30 ans	1	1
31-44 ans	0,8 (0,6-1,0)	0,5 (0,4-0,7)
45-54 ans	0,65 (0,5-0,9)	0,3 (0,2-0,4)
Niveau d'études : Elevé	1	1
Intermédiaire 2	0,8 (0,6-1,0)	1,0 (0,8-1,3)
Intermédiaire 1	0,9 (0,7-1,1)	1,1 (0,9-1,5)
Faible	1,1 (0,7-1,6)	1,0 (0,7-1,5)
Vie en couple : Non	1	1
Oui	0,4 (0,3-0,5)	0,6 (0,5-0,7)
Score de connaissances certaines : Elevé	1	1
Moyen	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,7-1,1)
Faible	1,1 (0,8 – 1,6)	0,72 (0,5-1,0)
Connaissance d'un séropositif ou malade du sida: Non connaissance	1	1
Dans l'entourage proche	2,2 (1,7-2,9)	1,3 (1,0-1,65)
Avoir déjà craint d'être contaminé par le VIH : Non	1	1
Oui	2,4 (1,9-3,0)	2,3 (1,8-2,8)

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 4.4 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les hommes et les femmes vivant en couple ont une probabilité moins élevée que ceux ne vivant pas en couple d'avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.

3. Un test principalement réalisé dans un laboratoire d'analyses

Il était ensuite demandé aux répondants ayant effectué au moins un test de dépistage du virus du sida au cours des douze derniers mois de préciser le lieu où avait été effectué ce test ou le dernier de ces tests (s'il y en avait plusieurs).

Comme en 2004, ce test a majoritairement été réalisé dans un laboratoire d'analyses (tableau 5.3). Environ 40% des hommes et 60% des femmes déclarent avoir effectué le dernier test dans un laboratoire suite à la prescription d'un médecin et 15,8% des hommes et 7,1% des femmes dans un laboratoire sans prescription d'un médecin.

Vient ensuite l'hôpital pour environ 17% des hommes et 16% des femmes, le Centre de dépistage anonyme et gratuit pour environ 10% des hommes et 6% des femmes, et à l'occasion d'un don de sang ou d'organe pour environ 9% des hommes 7% des femmes (en augmentation significative pour les femmes en 2010).

Tableau 5.3 : Lieux où a été effectué le dernier test de dépistage selon le sexe et l'âge – Ile-de-France – Enquêtes 2004 et 2010^(a)

Où avez-vous effectué ce test ou ce dernier test de dépistage ? (si dépistage au cours des douze derniers mois)

En pourcentage	Hommes		Femmes	
	2004 (n=68)	2010 (n=172)	2004 (n=109)	2010 (n=202)
Dans un laboratoire d'analyses suite à la prescription d'un médecin	37,4	43,1	67,2	60,8
Dans un hôpital (hors CDAG)	23,1	17,3	18,6	16,1
Dans un laboratoire d'analyses sans prescription d'un médecin	14,1	15,8	4,8	7,1
Dans un CDAG	4,6	9,7	4,4	6,1
A l'occasion d'un don du sang, d'organe, etc.	10,5	8,9	0,0	7,0
Dans un centre de planning familial, PMI, DAV	1,8	3,3	0,6	1,3
Autres	8,7	1,8	4,4	1,7

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans ayant effectué au moins un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative au seuil ($p < 0,05$).

Dans une moindre mesure, sont citées des circonstances telles que le don de sang ou d'organe et le centre de planning familial, la protection maternelle et infantile, dispensaire antivénérien.

On n'observe pas d'évolutions significatives entre 2004 et 2010 à l'exception d'une augmentation du dépistage à l'occasion d'un don de sang ou d'organe pour les femmes.

4. Le recours à un Centre ou à une Consultation de dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) est aussi fréquent en 2010 qu'en 2004

Si l'on considère le CDAG en particulier, on constate que la proportion de femmes et d'hommes s'étant fait dépister dans un centre de dépistage anonyme et gratuit lors de leur dernier test n'évolue pas entre 2004 et 2010. En 2010, 12,3% des hommes et 7,3% des femmes ayant réalisé au moins un test au cours des cinq dernières années⁶⁷ déclarent l'avoir effectué dans un CDAG, ce qui correspond à 28 hommes et 23 femmes. Les trois quarts des ces répondants sont des hommes et des femmes âgées entre 18 et 30 ans.

A ces 51 répondants, on a demandé la raison principale pour laquelle ils avaient choisi d'effectuer leur test lors d'une consultation de dépistage anonyme et gratuite. Près de la moitié des hommes (12 d'entre eux) justifient ce choix par le fait que le CDAG est pour eux « l'endroit le plus facile pour demander un test du VIH », la deuxième raison citée par les hommes est l'anonymat (cité par 4 hommes soit 10%). La première raison citée par les femmes est la gratuité du CDAG (10 femmes soit 36%) vient

⁶⁷ Ici on considère les tests dans les cinq dernières années plutôt qu'au cours des douze derniers mois en raison des faibles effectifs liés au recours au test dans un CDAG

ensuite la proximité (« *c'est proche de chez moi* »). En 2004, les deux raisons les plus citées en Ile-de-France, pour les hommes comme pour les femmes étaient la gratuité et l'anonymat.

Dans l'enquête nationale, 9,5% des hommes et 6,6% des femmes déclarent avoir effectué leur dernier test de dépistage du VIH dans un CDAG, 82% des hommes et 72% des femmes déclarant avoir eu recours au CDAG étaient âgées entre 18 et 30 ans. Comme pour l'enquête francilienne, la première raison donnée par les hommes pour justifier leur choix du CDAG est qu'ils le considèrent comme « *l'endroit le plus facile pour demander un test du VIH* », alors que pour les femmes il s'agit de la gratuité.

5. Le test dans l'année est réalisé majoritairement à l'initiative des répondants

Tableau 5.4 Principales raisons pour lesquelles les répondants ont fait un test de dépistage – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

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

En pourcentage de oui (plusieurs réponses possibles)	Hommes		Femmes	
	Dernier test dans les 12 mois ^(b) (n=172)	Dernier test datant de plus d'un an ^(b) (n=400)	Dernier test dans les 12 mois ^(b) (n=202)	Dernier test datant de plus d'un an ^(b) (n=610)
Sans raison particulière (juste pour savoir, me rassurer, pour voir, etc.)	26,8	20,1	24,1	14,8
Dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial	2,2	21,2	20,3	42,4
Vous ou votre partenaire vouliez commencer à avoir des rapports sexuels en connaissant votre statut sérologique	18,8	19,4	16,5	15,6
Bilan, sur proposition d'un médecin (y compris à l'hôpital)	16,4	12,0	15,0	8,4
Suite à un risque d'exposition particulier (relation non protégée, rupture de préservatif, exposition au sang, partage de seringue, agression)	11,7	12,6	10,1	10,2
Lors d'un don de sang, d'organe, de lait ou de sperme	7,8	4,7	6,2	2,4
Demande de l'employeur, d'une banque...	3,3	5,9	2,1	1,0
Test fait régulièrement	6,3	0,5	1,8	0,1
Symptômes ou signes inquiétants	2,2	2,2	2,0	1,8
Doute sur le statut du partenaire	0,6	0,6	1,5	2,8
Demande du partenaire	1,0	2,5	0,9	0,7
Autre raison	5,6	2,3	6,0	2,6

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, ayant réalisé au moins un test de dépistage au cours de leur vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre les deux proportions (dernier test dans les douze derniers mois et dernier test datant de plus d'un an) est significative au seuil de 5%.

Lorsque l'on considère les répondants ayant effectué un test de dépistage au cours des douze derniers mois, la principale raison invoquée par ces hommes et ces femmes est « *sans raison particulière, juste pour savoir, me rassurer, pour voir* », cette raison est citée par environ un quart des hommes et des femmes ayant réalisé un test au cours des douze derniers mois (respectivement 26,8% et 24,1%). Par contre, si l'on s'intéresse aux tests datant de plus d'un an, la raison principale est l'examen prénatal ou prénuptial (tableau 5.4).

On observe schématiquement deux attitudes vis-à-vis du dépistage. Une partie des hommes et des femmes se font tester uniquement dans les circonstances d'un test systématiquement proposé, tel que lors d'examens prénataux ou prénuptiaux. L'autre groupe augmente cette fréquence en faisant également des tests en routine de leur propre initiative. Ce dernier déclare alors logiquement un test plus récent et plus fréquemment sans raison particulière

III. Le non-recours au test du virus du sida au cours de la vie

1. Les répondants les moins diplômés ont moins recours au test de dépistage au cours de la vie

En 2010, 33,8% des répondants hommes et 21,5% des répondants femmes déclarent n'avoir jamais effectué de test de dépistage du VIH au cours de leur vie en Ile-de-France.

Une analyse multivariée menée sur les données de 2010 permet de mettre en lumière les déterminants du non recours au test de dépistage au cours de la vie (tableau 5.5).

On constate que les Franciliens et les Franciliennes entre 18 et 30 ans et entre 45 et 54 ans (par rapport à ceux âgés entre 31 et 44 ans, c'est-à-dire ceux qui ont commencé leur vie sexuelle avec le sida) et ceux n'ayant jamais craint d'être contaminés par le virus du sida ont une plus grande probabilité que les autres de ne s'être jamais fait dépister.

De plus, pour les hommes, il s'agit aussi de ceux ayant un faible niveau de diplôme (niveau faible, moyen ou intermédiaire, par rapport à ceux ayant un niveau de diplôme élevé), alors que dans le cas du dépistage au cours des douze derniers mois, ce lien avec le niveau de diplôme n'est pas observé.

Pour les femmes, celles qui ne vivent pas en couple et celles ayant un niveau de connaissance faible des modes de transmission certains du virus du sida ont une probabilité plus élevée de n'avoir jamais effectué de test.

Tableau 5.5 : Caractéristiques influençant le non recours au test de dépistage du virus du sida au cours de la vie – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Homme</i> <i>Odds ratios (IC à 95%)</i>	<i>Femme</i> <i>Odds ratios (IC à 95%)</i>
Age : 18-30 ans	1	1
31-44 ans	0,5 (0,3-0,8)	0,30 (0,2-0,5)
45-54 ans	0,9 (0,6-1,5)	0,79 (0,5-1,2)
Niveau d'études : Elevé	1	1
Intermédiaire 2	2,1 (1,3-3,2)	1,1 (0,7-1,8)
Intermédiaire 1	1,6 (1,0-2,4)	0,95 (0,6-1,5)
Faible	2,6 (1,4-4,8)	1,1 (0,6-2,2)
Vie en couple : Non	1	1
Oui	0,8 (0,5-1,2)	0,4 (0,3-0,6)
Score de connaissances certaines : Elevé	1	1
Moyen	1,2 (0,8 - 1,8)	1,3 (0,9-2,0)
Faible	1,5 (0,8 – 2,8)	3,3 (1,9-5,7)
Connaissance d'un séropositif : Non connaissance	1	1
Dans l'entourage proche	0,6 (0,4-0,9)	0,65 (0,4-1,0)
Avoir déjà craint d'être contaminé par le VIH : Non	1	1
Oui	0,2 (0,1-0,3)	0,16 (0,1-0,25)

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 4.6 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les hommes et les femmes ayant déjà craint d'être contaminé par le virus du sida ont une probabilité moins élevée que ceux ne l'ayant jamais craint de n'avoir jamais effectué un test de dépistage du VIH au cours de leur vie.

2. La principale raison invoquée reste « l'absence de risque »

Comme lors des vagues précédentes, il a été demandé aux répondants n'ayant jamais effectué de test au cours de leur vie pour quelles raisons ils ne s'étaient jamais fait dépister. La raison la plus citée, par environ trois quarts des répondants (75,2% des femmes et 75,5% des hommes) reste, comme en 2004 « penser ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida », ce pourcentage étant en baisse pour les hommes (tableau 5.6).

Tableau 5.6 : Evolution des raisons invoquées par les personnes non testées dans la vie selon le sexe (en pourcentage de « oui ») – Ile-de-France – Enquêtes 1992 à 2010 ^(a)

En pourcentage de oui	Hommes Femmes	1992	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)
		(n=263) (n=285)	(n=211) (n=203)	(n=198) (n=145)	(n=235) (n=240)	(n=230) (n=208)	(n=275) (n=220)
Vous pensez ne pas avoir de risques	Homme	74,3	76,7	81,4	80,1	81,8	75,2
	Femme	79,8	82,4	82,1	81,0	75,1	75,5
Vous n'y avez jamais pensé	Homme	-	-	-	-	30,7	11,5
	Femme	-	-	-	-	39,1	9,5
Pas le temps	Homme	-	-	-	-	-	4,5
	Femme	-	-	-	-	-	3,5
Vous redoutez d'en connaître le résultat	Homme	7,0	10,6	7,1	13,1	8,8	3,7
	Femme	5,2	10,9	9,1	7,1	7,7	2,0
Aucun médecin ne vous l'a proposé	Homme	-	-	-	-	-	2,1
	Femme	-	-	-	-	-	2,9
Vous pensez que cela ne sert à rien	Homme	5,3	8,9	8,7	10,3	7,4	1,1
	Femme	3,6	6,7	6,6	12,3	6,9	1,1
Vous ne savez pas où vous adresser	Homme	6,6	11,0	6,1	8,1	7,0	0,3
	Femme	2,1	6,4	8,1	2,7	4,3	0,9
Si vous étiez contaminé par le virus du sida, vous auriez peur que quelqu'un de votre entourage l'apprenne	Homme	-	-	-	-	12,6	0,0
	Femme	-	-	-	-	14,9	0,0
Vous pensez que les tests ne sont pas valables	Homme	1,0	3,2	0,8	3,7	0,9	0,0
	Femme	0,9	0,2	0,3	0,9	1,4	0,0
Autres	Homme	-	-	-	-	-	4,3
	Femme	-	-	-	-	-	7,6

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans n'ayant jamais réalisé de test de dépistage du VIH au cours de leur vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

La deuxième raison est le fait de « n'y avoir jamais pensé », citée par 11,5% des hommes et 9,5% des femmes, en nette diminution par rapport à 2004.

Viennent ensuite des raisons citées par moins de 5% des répondants : « le manque de temps », le fait de redouter le résultat (en diminution et à son plus faible niveau depuis 1992) et le fait que ce test n'a été proposé par aucun médecin.

La proportion de répondants pensant que « cela ne sert à rien » est en baisse et ne concerne en 2010 que 1,1% des hommes et des femmes interrogées. Quasiment aucun répondant n'invoque qu'il « ne sait pas où s'adresser » (0,3% des hommes et 0,9% des femmes, en baisse par rapport à 2004) et aucun qu'il aurait « peur que quelqu'un l'apprenne si il était contaminé » et que « les tests ne sont pas valables ».

IV. Les nouvelles modalités de recours au test de dépistage

En 2010, de nouvelles questions ont été introduites dans l'enquête afin de mesurer si les répondants accepteraient de se faire tester dans certaines circonstances : chez le médecin, chez le dentiste, dans un service d'urgences et si il existait un test à domicile.

1. Une grande majorité de Franciliens accepteraient un test lors de leur prochaine visite chez le dentiste, le médecin ou aux urgences

Environ 70% des répondants franciliens accepteraient de faire un test de dépistage du VIH « lors de leur prochaine visite chez le dentiste » et 80% « lors de leur prochaine visite chez leur médecin » ou « lors d'un passage dans un service d'urgences » si ce test leur était proposé (tableau 5.7). Ces proportions ne diffèrent pas significativement selon le sexe. Dans l'enquête nationale, les niveaux sont équivalents.

Tableau 5.7 : Acceptation supposée du recours au test de dépistage dans différentes circonstances selon la classe d'âge et le niveau de diplôme – Ile-de-France – Enquête 2010^{(a)(b)}

Accepteriez-vous de faire un test de dépistage s'il vous l'était proposé...

En pourcentage de Oui	Lors de votre prochaine visite chez le dentiste		Lors de votre prochaine visite chez le médecin		Lors d'un passage dans un service d'urgences	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
	(Hommes n=847 - Femmes n=1032)					
Ensemble	68,1	71,9	79,5	82,2	80,0	81,4
Selon l'âge						
18-30 ans	73,4	77,2	84,5	88,1	79,3	81,7
31-44 ans	64,5	69,4	77,3	81,4	81,3	83,6
45-54 ans	66,8	68,9	76,8	75,3	79,1	77,1
Selon le niveau de diplôme						
Faible	63,0	74,2	76,8	81,0	78,9	82,3
Intermédiaire 1	77,0	73,6	86,2	85,1	82,1	78,7
Intermédiaire 2	67,0	75,9	80,1	86,9	75,9	84,0
Elevé	64,5	68,4	76,1	78,1	80,9	81,2

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

(b) Un test de χ^2 simple a été effectué sur les effectifs redressés : les cellules en gras indiquent une différence significative selon la modalité de la variable socio-démographique ($p < 0,05$).

Plus les femmes sont jeunes, plus elles déclarent qu'elles accepteraient de faire un test de dépistage si il leur était proposé lors de leur prochaine visite chez le médecin : 88,1% des femmes de 18-30 ans accepteraient en effet ce test contre 81,4% de celles âgées de 31 à 44 ans et 75,3% de celles âgées de 45 à 54 ans. Pour les autres cas, on n'observe pas de différence significative selon la classe d'âge. Dans l'enquête nationale, les femmes plus jeunes sont les plus nombreuses à déclarer qu'elles accepteraient de faire un test de dépistage dans les trois situations proposées. Les hommes jeunes sont aussi les plus nombreux « *lors de votre prochaine visite chez le dentiste* » et « *lors de votre prochaine visite chez le médecin* ».

On n'observe pas de lien significatif entre ces questions et le niveau de diplôme ni en Ile-de-France, ni en France.

En Ile-de-France, les hommes n'ayant jamais fait de test au cours de leur vie sont aussi nombreux que les autres à déclarer qu'ils accepteraient d'effectuer un test de dépistage lors de leur prochaine visite chez le médecin, chez le dentiste ou lors d'un passage aux urgences. Par contre, les femmes n'ayant jamais été testées accepteraient moins que les autres un dépistage lors d'un passage aux urgences (74,3% de celles jamais testées contre 83,4% parmi celles qui ont déjà effectué un test).

2. Près de trois quarts des répondants franciliens déclarent qu'ils se dépisteraient plus facilement s'il existait un test à domicile

Dans l'enquête de 2010, il était demandé aux participants si l'existence d'un test de dépistage du VIH à domicile pourrait faciliter le recours au dépistage pour eux mais aussi pour les autres. Plus de 80% des répondants (86,6% des hommes et 83,3% des femmes) estiment que « *s'il existait un test de dépistage du VIH à faire soi-même à domicile avec un résultat immédiat, les gens se dépisteraient plus facilement* » (tableau 5.8).

Lorsqu'il s'agit d'eux-mêmes, le pourcentage est plus faible puisque 75% des répondants hommes et 69,8% des femmes déclarent « *qu'eux-mêmes se dépisteraient plus facilement s'il existait un test de dépistage du VIH à faire soi-même à domicile avec un résultat immédiat* ».

Tableau 5.8 : Attitudes de dépistage s'il existait un test de dépistage à domicile selon la classe d'âge et le niveau de diplôme– Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>S'il existait un test de dépistage du VIH à faire soi-même à domicile avec un résultat immédiat...</i>				
En	<i>les gens se dépisteraient plus facilement</i>		<i>vous-même vous dépisteriez-vous plus facilement</i>	
	<i>(Hommes n=847 - Femmes n=1032)</i>			
pourcentage de	Homme	Femme	Homme	Femme
Oui				
Ensemble	86,6	83,3	75,0	69,8
Selon l'âge				
18-30 ans	89,8	85,0	80,0	76,8
31-44 ans	87,1	80,5	75,5	65,7
45-54 ans	82,1	85,5	68,1	67,2
Selon le niveau de diplôme				
Faible	85,8	84,2	72,2	75,0
Intermédiaire	84,8	81,7	80,5	73,6
Moyen	84,6	81,8	74,2	69,3
Elevé	88,8	84,9	72,7	67,2

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

(b) Un test de χ^2 simple a été effectué sur les effectifs redressés : les cellules en gras indiquent une différence significative selon la modalité de la variable socio-démographique ($p < 0,05$).

La réponse à ces deux questions n'est liée ni à la classe d'âge ni au niveau de diplôme des répondants qu'ils soient de sexe masculin ou féminin.

En France, les niveaux sont similaires à ceux de l'enquête francilienne (85,5% des hommes et 85% des femmes pensent que les gens se dépisteraient plus facilement et 71,8% des hommes et 70,3% des femmes estiment qu'eux/elles-mêmes se dépisteraient plus facilement). Plus les hommes et les femmes sont jeunes, plus ils déclarent qu'ils se dépisteraient plus facilement si il existait un test à domicile.

Chapitre 6- L'activité sexuelle et les comportements de prévention

Ce chapitre présente les caractéristiques de l'activité sexuelle des répondants ainsi que les comportements de prévention adoptés à différents moments de la vie sexuelle : l'entrée dans la sexualité (le premier rapport sexuel), les douze derniers mois et lors du dernier rapport sexuel. Sont présentées aussi les évolutions des déclarations d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) ainsi que les violences sexuelles.

Au moment de l'initiation à la sexualité, les comportements sont similaires à ceux constatés en 2004 : l'âge médian au premier rapport est stable, pour les hommes et pour les femmes (16,5 ans et 17,2 ans) et ce premier rapport est toujours bien protégé. Parmi les répondants ayant eu leur premier rapport sexuel dans les années 2000, 80% déclarent avoir utilisé un préservatif. Lorsque l'on considère l'activité sexuelle déclarée au cours des douze derniers mois, on observe aussi une stabilité dans les comportements depuis le début des années 2000 : la proportion de répondants déclarant plusieurs partenaires ou au moins un nouveau partenaire au cours de cette période est stable. Parmi ces répondants, 16,4% des hommes et 16,6% des femmes n'ont jamais utilisé de préservatif au cours des douze derniers mois, proportions équivalentes à celles de l'enquête 2004.

Pour la grande majorité des répondants (65,5% des hommes et 67,1% des femmes), le dernier rapport sexuel a eu lieu avec le ou la conjoint-e, à savoir plus précisément le partenaire avec lequel il ou elle habite et dont la relation a commencé il y a plus de six mois. L'utilisation du préservatif lors de ce rapport est d'autant plus fréquente que la relation avec le partenaire est récente. Mais on globalement, on observe en 2010 que les Franciliennes déclarent moins souvent qu'en 2004 avoir utilisé un préservatif lors de ce dernier rapport, surtout parmi celles qui fréquentent leur partenaire depuis plus de six mois mais qui ne vivent pas avec lui. Cette moindre utilisation ne semble pas compensée par l'utilisation d'un autre moyen de contraception.

La proportion d'hommes et de femmes déclarant une IST ou une IVG est stable par rapport à 2004 : 2,2% des Franciliens et 4,3% des Franciliennes

déclarent avoir eu une infection sexuellement transmissible (hors mycose) au cours des cinq dernières années. Et 23,7% des hommes et 21,9% des femmes déclarent avoir déjà interrompu volontairement (ou leur partenaire) une grossesse. Toutefois, les jeunes Franciliennes sont plus nombreuses en 2010 qu'en 2004 à déclarer avoir eu une IST (hors mycose) dans les cinq dernières années.

En Ile-de-France, 8,0% des hommes et 17,9% interrogés déclarent avoir subi des violences sexuelles (en hausse pour les hommes par rapport à 2004) et 2,1% des hommes et 10,1% des femmes des rapports sexuels forcés.

Dans l'enquête nationale, on observe des évolutions similaires à l'Ile-de-France pour le premier rapport sexuel et l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois. Par contre, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel est en baisse à la fois chez les hommes et chez les femmes (elle ne s'observe que chez les femmes en Ile-de-France).

I. Initiation à l'activité sexuelle

En 2010, les Franciliens et les Franciliennes déclarant n'avoir jamais eu de rapports sexuels représentent moins de 5% des répondants, proportion identique chez les hommes et les femmes (respectivement 3,7% et 2,5%). Dans l'enquête nationale, 2,0% des hommes et 2,5% des femmes déclarent n'avoir jamais eu de rapports sexuels.

1. L'âge médian au premier rapport sexuel est stable chez les hommes et chez les femmes

L'âge médian d'entrée dans la sexualité est constant entre 1994 et 2010 chez les hommes et chez les femmes (tableau 6.1). En 2010, les hommes sont en moyenne toujours 8 mois plus jeunes que les femmes au moment de leur initiation sexuelle : leur âge médian au premier rapport est de 16,5 ans contre 17,2 ans pour les femmes.

Tableau 6.1 : Evolution de l'âge des répondants au moment du premier rapport sexuel- Ile-de-France - Enquêtes 1994 à 2010^(a)

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

En pourcentage	1994	1998	2001	2004	2010	Evolution
Pour les hommes	<i>n=390</i>	<i>n=397</i>	<i>n=487</i>	<i>n=526</i>	<i>n=826</i>	1994/2010 ^(c)
16 ans ou moins	32,8	33,6	32,5	34,3	37,3	→
17 - 19 ans	49,9	46,7	46,8	47,6	46,5	→
20 ans ou plus	16,7	19,7	19,8	18,1	16,2	→
Moyenne	17,5	17,5	17,7	17,6	17,3	→
Médiane	16,8	16,7	16,7	16,6	16,5	
Pour les femmes	<i>n=419</i>	<i>n=408</i>	<i>n=637</i>	<i>n=635</i>	<i>n=996</i>	
16 ans ou moins	15,9	18,9	22,8	17,8	24,1	↗
17 - 19 ans	53,6	58,1	51,2	56,6	53,7	→
20 ans ou plus	30,4	23	25,9	25,6	22,1	↗
Moyenne	18,6	18,2	18,3	18,5	18,2	↘
Médiane	17,7	17,3	17,3	17,4	17,2	

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans et déclarant au moins un rapport sexuel au cours de la vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Comme l'indique le tableau 6.1, la structure par âge de l'entrée dans la sexualité est stable depuis 1994 pour les hommes, près de la moitié d'entre eux (46,5% en 2010) déclarant avoir eu leur premier rapport sexuel entre 17 et 19 ans, 37,3% à 16 ans ou moins et 16,2% à vingt ans ou après. Les femmes sont quant à elles plus nombreuses en 2010 qu'en 1994 à déclarer un premier rapport à 16 ans ou moins et moins nombreuses à avoir eu ce premier rapport à 20 ans ou après, avec une baisse de l'âge moyen au premier rapport par rapport à 1994 mais aussi entre 2004 et 2010.

Dans l'enquête nationale, on observe en 2010 une hausse de la proportion de répondants déclarant un premier rapport à 16 ans ou moins par rapport à 2004, à la fois chez les hommes et chez les femmes : respectivement 39,5% et 27,2% en 2010 contre 32,9% et 23,0% en 2004.

2. Un premier rapport davantage « souhaité » par les hommes que par les femmes

Comme en 2004, ce premier rapport sexuel apparaît davantage souhaité par les hommes que par les femmes en 2010, puisque respectivement 92,3% des Franciliens contre 84,3% des Franciliennes déclarent que « *ce premier rapport était quelque chose qu'il/elle souhaitait à ce moment-là* » (tableau 6.2). Les femmes déclarent davantage avoir « *accepté ce rapport sans l'avoir vraiment souhaité* » : 14,2% d'entre elles contre 6,1% des hommes ; 1,5% des femmes et 1,2% des hommes déclarant avoir été forcés à avoir ce rapport. Ces proportions sont stables par rapport à 2004.

Tableau 6.2 : Désir de ce premier rapport sexuel selon le sexe– Ile-de-France - Enquêtes 2004 à 2010^(a)

Ce premier rapport sexuel était quelque chose... ?

En pourcentage	Hommes		Femmes	
	2004 ^(b) n=526	2010 ^(b) n=826	2004 ^(b) n=635	2010 ^(b) n=996
...que vous souhaitiez à ce moment là	93,6	92,3	82,9	84,3
...que vous avez accepté mais que vous ne souhaitez pas vraiment	6,2	6,1	15,3	14,2
...que vous avez été forcé de faire contre votre volonté	0	1,2	1,7	1,5
Non réponse	0,2	0,3	0,1	0

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans et déclarant au moins un rapport sexuel au cours de la vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$).

Il a aussi été demandé en 2010 aux répondants si leur premier partenaire avait déjà eu des rapports sexuels. La majorité des répondants franciliens commencent leur sexualité avec un partenaire déjà expérimenté, ceci étant plus souvent le cas pour les femmes. En effet, plus de 70% des femmes, et plus de 50% des hommes déclarent que leur premier ou première partenaire avait eu des rapports sexuels avant eux (respectivement 72,5% et 58,1% des franciliennes et franciliens âgés entre 18 et 54 ans).

3. Une meilleure protection contraceptive des premiers rapports sexuels

Parmi les Franciliens ayant déjà eu au moins un rapport hétérosexuel au cours de la vie, 60,5% des hommes et 70,3% des femmes déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel dans l'enquête de 2010, ces proportions différant fortement selon la date à laquelle a eu lieu ce premier rapport. Aussi, pour tenir compte du contexte, les résultats sont présentés selon le moment du premier rapport, quelle que soit l'année de l'enquête, selon six périodes quinquennales : les rapports ayant eu lieu avant 1985, entre 1985 et 1989, entre 1990 et 1994, entre 1995 et 1999, entre 2000 et 2004 et entre 2005 et 2010. Les rapports sexuels ayant eu lieu avant 1985 correspondent à la période précédant l'apparition du sida et ceux après 1995 à la période faisant suite à l'arrivée des traitements antirétroviraux.

On observe que 35,7% des hommes et 48,1% des femmes ont protégé leurs premiers rapports lorsque celui-ci a eu lieu avant 1985. Par contre, les hommes et les femmes qui ont commencé leur sexualité dans les années 2000, sont plus de 80% à avoir utilisé une méthode de contraception (tableau 6.3).

Tableau 6.3 : Proportion d'hommes et de femmes ayant utilisé une méthode de contraception lors du premier rapport sexuel selon l'année du premier rapport et l'âge au premier rapport – Ile-de-France - Enquêtes 2001 à 2010 ^(a)

Lors du premier rapport sexuel, est-ce que vous ou votre partenaire avez employé une méthode pour éviter une grossesse ?

En pourcentage de « oui »	<1985 (n=771)	1985-1989 (n=295)	1990-1995 (n=273)	1995-1999 (n=235)	2000-2004 ^(b) (n=153)	2005-2010 ^(b) (n=63)	Evolution <1985 / >=2005 ^(c)
Hommes							
Ensemble	35,7	59,5	65,6	68,0	84,1	84,5	↗
Selon l'âge au premier rapport							
16 ans ou moins	29,2	53,0	68,0	66,3	84,3	88,0	↗
17 - 19 ans	38,7	64,5	70,8	73,4	87,3	80,8	↗
20 ans ou plus	41,8	61,3	54,5	60,4	76,2	88,8	↗
Femmes	(n=998)	(n=355)	(n=363)	(n=259)	(n=178)	(n=106)	
Ensemble	48,1	62,0	75,2	82,1	87,4	81,0	↗
Selon l'âge au premier rapport							
16 ans ou moins	43,3	66,5	78,8	78,0	95,5	83,9	↗
17 - 19 ans	49,5	62,5	73,3	86,7	82,7	86,8	↗
20 ans ou plus	48,8	54,7	77,2	77,6	89,7	72,1	↗

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans et ayant eu au moins un rapport hétérosexuel au cours de la vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre les rapports ayant eu lieu entre 2000 et 2004 et ceux ayant eu lieu entre 2005 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$)

(c) Les flèches indiquent la significativité de l'évolution entre les rapports ayant eu lieu avant 1985 et ceux entre 2005 et 2010 : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Pour les premiers rapports sexuels plus anciens (avant les années 2000), les femmes sont plus nombreuses à déclarer l'utilisation d'une protection que les hommes, différence qui disparaît pour les premiers rapports plus récents. En effet, les hommes ne sont pas toujours au courant de l'utilisation par leur partenaire d'une méthode de contraception ou l'oublient lorsque les premiers rapports sont plus anciens.

Si l'on considère les premiers rapports ayant eu lieu depuis 2000, on n'observe pas de différence significative selon l'âge au premier rapport ni pour les hommes ni pour les femmes en Ile-de-France.

Dans l'enquête nationale, 87,3% des hommes et 86,4% des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2005 et 2010 déclarent avoir utilisé une méthode de contraception. Comme dans l'enquête francilienne, on n'observe pas de différence significative selon l'âge au premier rapport. Par contre, pour les rapports ayant eu lieu entre 2000 et 2004, l'utilisation est d'autant plus forte que les femmes étaient jeunes lors de leur premier rapport sexuel (92,3% chez celles qui étaient âgées de 16 ans ou moins, 89,6% pour celles entre 17 et 19 ans et 80,4% pour celles âgées de 20 ans ou plus).

4. Une utilisation du préservatif toujours fréquente au moment de l'entrée dans la sexualité

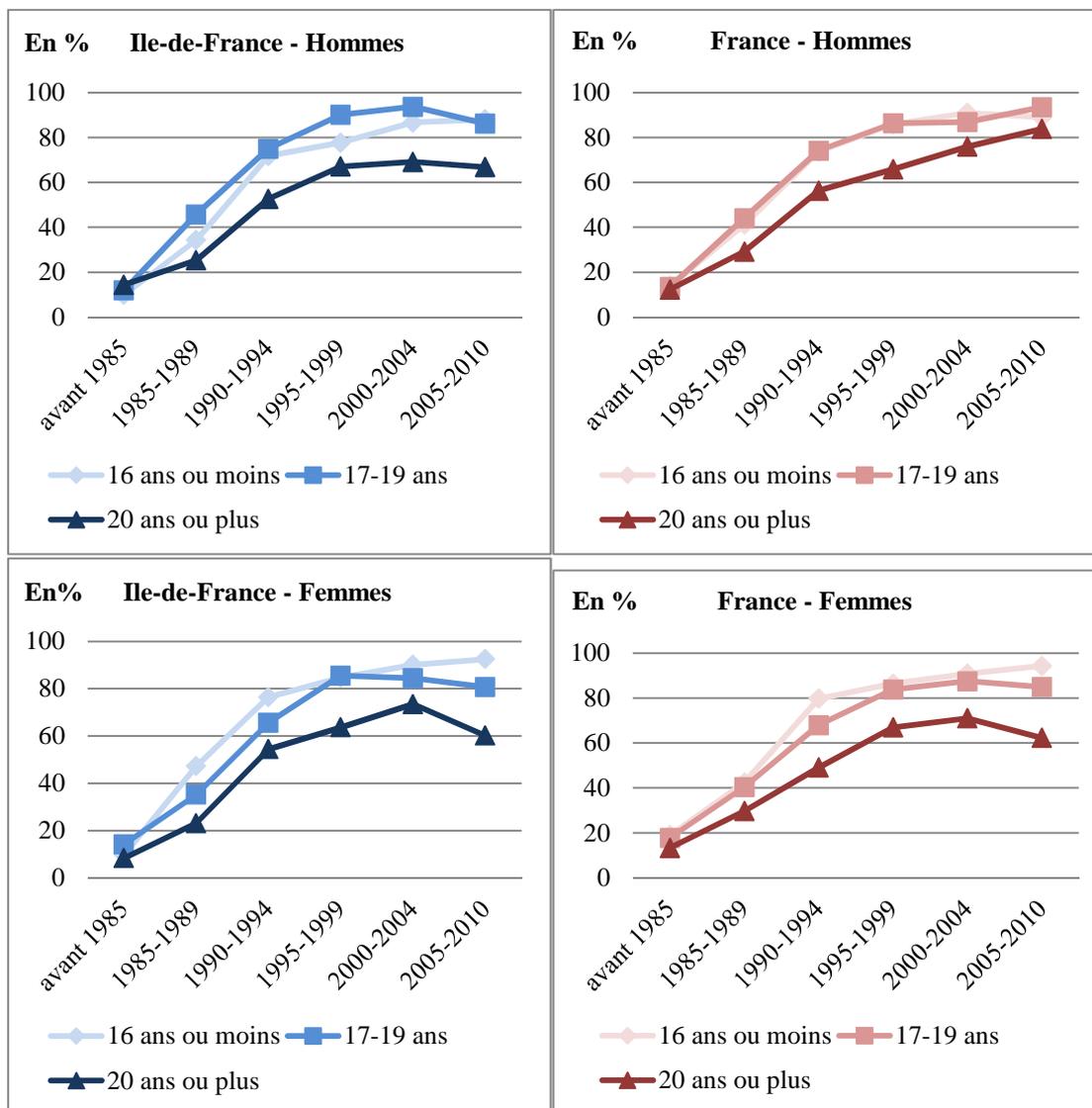
En 2010, 52,5% des Franciliens et 54,6% des Franciliennes ayant déjà eu au moins un rapport sexuel déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel⁶⁸ (premiers rapports hétérosexuels uniquement⁶⁹): ces proportions passent de 18,6% pour les hommes et 18,3% pour les femmes lorsque ce premier rapport a eu lieu avant 1985 à respectivement plus de 85% pour les premiers rapports après 2000 (87,2% et 86,3% lorsque celui-ci a eu lieu entre 2000 et 2004 et à 84,7% et 75,8% lorsque le premier rapport a eu lieu entre 2005 et 2010).

On constate que l'utilisation du préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité est stable pour les premiers rapports ayant eu lieu après les années 2000, quel que soit l'âge des hommes et des femmes au moment de ce premier rapport (16 ans ou moins, de 17 ans à 19 ans ou 20 ans ou plus) dans l'enquête francilienne comme dans l'enquête nationale (graphique 6.1).

⁶⁸ Ce pourcentage regroupe les réponses à deux questions différentes : la proportion de répondants qui, ayant déclaré avoir utilisé une méthode de contraception, citent le préservatif et la proportion de ceux qui, ne citant pas le préservatif ou disant ne pas avoir utilisé de méthode de contraception, répondent avoir utilisé un préservatif au cours de ce rapport

⁶⁹ Ici sont mentionnés uniquement les premiers rapports hétérosexuels du fait du faible nombre de premiers rapports homosexuels rapportés.

Graphique 6.1 : Evolution de la proportion d'hommes et de femmes ayant utilisé le préservatif lors du premier rapport hétérosexuel selon l'année et l'âge au moment de leur premier rapport – Ile-de-France et France - Enquêtes 1994 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans ayant déjà eu au moins un rapport hétérosexuel au cours de la vie, soit pour l'Ile-de-France : hommes **n=1294** pour les rapports avant 1985, **n=440** entre 1985 et 1989, **n=356** entre 1990 et 1994, **n=254** entre 1995 et 1999, **n=153** entre 2000 et 2004 et **n=63** pour les rapports entre 2005 et 2010, et les femmes **n=1555** pour les rapports avant 1985, **n=507** entre 1985 et 1989, **n=449** entre 1990 et 1994, **n=289** entre 1995 et 1999, **n=178** entre 2000 et 2004 et **n=106** pour les rapports entre 2005 et 2010. Et pour la France : hommes **n=3637** pour les rapports avant 1985, **n=1167** entre 1985 et 1989, **n=1003** entre 1990 et 1994, **n=745** entre 1995 et 1999, **n=514** entre 2000 et 2004 et **n=254** pour les rapports entre 2005 et 2010, et les femmes **n=4443** pour les rapports avant 1985, **n=1407** entre 1985 et 1989, **n=1279** entre 1990 et 1994, **n=914** entre 1995 et 1999, **n=588** entre 2000 et 2004 et **n=303** pour les rapports entre 2005 et 2010.

Pour les rapports ayant eu lieu entre 1985 et 2004, déclarer avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel est d'autant plus fréquent que les répondants étaient jeunes au moment du premier rapport. Ainsi, pendant cette période, les femmes et les hommes qui ont eu leur premier rapport après 19

ans déclarent moins souvent avoir utilisé un préservatif lors de ce rapport que celles et ceux qui ont eu un âge d'initiation plus jeune, dans l'enquête francilienne comme dans l'enquête nationale.

C'est toujours le cas pour les rapports ayant eu lieu entre 2005 et 2010 pour les femmes où dans l'enquête francilienne, 92,7% d'entre elles âgées de 16 ans ou moins lors de leur premier rapport déclarent avoir utilisé un préservatif contre 80,7% des répondantes qui étaient âgées entre 17 et 19 ans et 60,2% de celles qui étaient âgées de 20 ans ou plus (dans l'enquête nationale : elles sont respectivement 94,3%, 84,9% et 62,3%). Par contre, ce lien n'est plus vrai pour les rapports ayant eu lieu entre 2005 et 2010 pour les hommes, en Ile-de-France comme en France, la proportion d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel ne variant pas selon l'âge du répondant au moment de ce premier rapport.

5. L'utilisation de la double contraception au premier rapport est stable

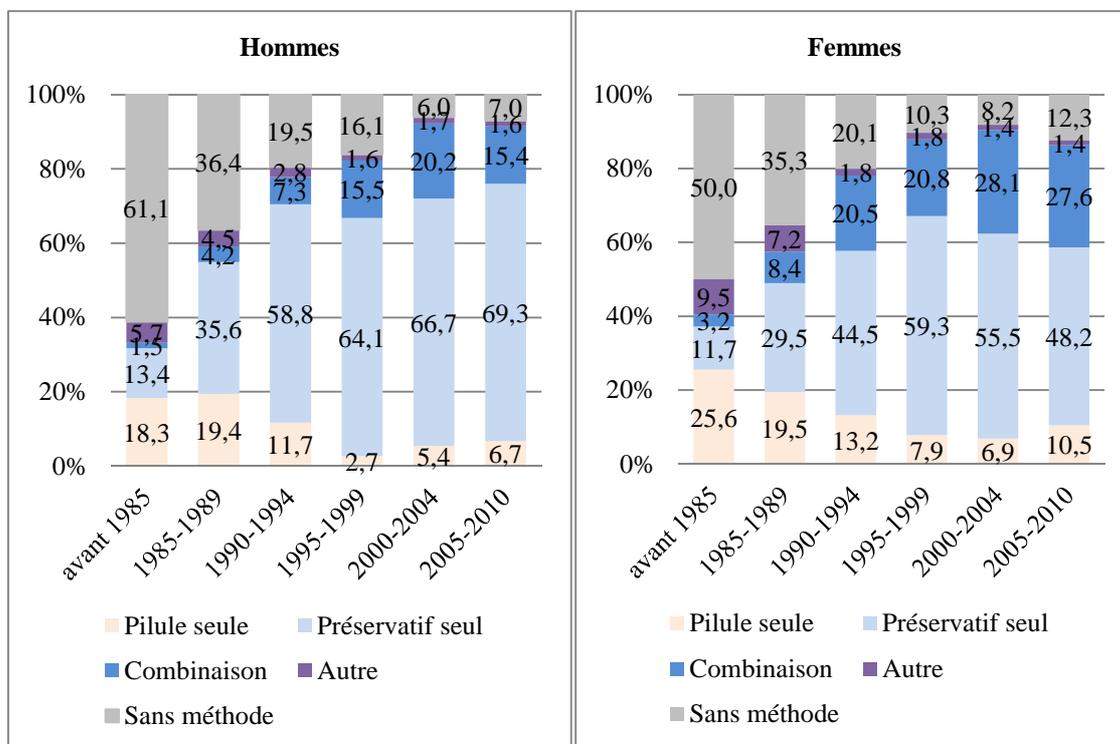
Le graphique 6.2 détaille l'évolution des méthodes de contraception utilisées au moment de l'entrée dans la sexualité selon l'année du premier rapport sexuel.

Si les premiers rapports sont davantage protégés aujourd'hui qu'avant 1985, les méthodes contraceptives ont aussi évolué : le préservatif est le moyen le plus fréquemment utilisé, mais de plus en plus en combinaison avec la pilule. Les Franciliennes qui ont commencé leur sexualité dans les années 2000 sont près de 30% à avoir utilisé à la fois la pilule et le préservatif lors de leur premier rapport, elles étaient un peu plus de 8% lorsqu'elles ont eu leur premier rapport entre 1985 et 1989, et seulement 3% avant 1985.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer que seul un préservatif a été utilisé, et ce quel que soit la date de ce premier rapport, soulignant le fait qu'ils ne sont pas toujours informés par leur partenaire de l'utilisation d'une autre contraception.

Graphique 6.2: Evolution de l'utilisation du préservatif et de la pilule lors du premier rapport selon l'année de ce premier rapport – Ile-de-France - Enquêtes 2001 à 2010 ^{(a) 70}

« Quelle méthode avez-vous utilisé ? »



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans ayant déjà eu au moins un rapport hétérosexuel au cours de la vie, soit pour l'Ile-de-France : hommes $n=1294$ pour les rapports avant 1985, $n=440$ entre 1985 et 1989, $n=356$ entre 1990 et 1994, $n=254$ entre 1995 et 1999, $n=153$ entre 2000 et 2005 et $n=63$ pour les rapports entre 2005 et 2010, et les femmes $n=1555$ pour les rapports avant 1985, $n=507$ entre 1985 et 1989, $n=449$ entre 1990 et 1994, $n=289$ entre 1995 et 1999, $n=178$ entre 2000 et 2005 et $n=106$ pour les rapports entre 2005 et 2010. Et pour la France : hommes $n=3637$ pour les rapports avant 1985, $n=1167$ entre 1985 et 1989, $n=1003$ entre 1990 et 1994, $n=745$ entre 1995 et 1999, $n=514$ entre 2000 et 2005 et $n=254$ pour les rapports entre 2005 et 2010, et les femmes $n=4443$ pour les rapports avant 1985, $n=1407$ entre 1985 et 1989, $n=1279$ entre 1990 et 1994, $n=914$ entre 1995 et 1999, $n=588$ entre 2000 et 2005 et $n=303$ pour les rapports entre 2005 et 2010.

Il était également demandé aux répondants s'ils avaient ou non utilisé la pilule du lendemain à la suite de leur premier rapport sexuel, utilisation qui, si elle est déclarée, peut être un indicateur d'une prise de risque lors de ce premier rapport.

Si l'on considère les rapports ayant eu lieu entre 2005 et 2010, on constate que 4,8% des Franciliens et 5,8% des Franciliennes déclarent avoir utilisé la pilule du lendemain après leur premier rapport, proportions stables comparées aux rapports ayant eu lieu entre 2000 et 2004 (respectivement 2,8% et 3,5%).

⁷⁰ La catégorie « autre » regroupe les réponses « diaphragme », « retrait avant l'éjaculation », « douche vaginale », « éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse », « méthode Ogino, méthode des températures », « crèmes spermicides », « autres » et « ne sait pas ».

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

Afin d'étudier l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois, il était demandé aux répondants la date de leur dernier rapport sexuel, le nombre de partenaires hommes et femmes au cours des douze derniers mois, et si parmi ces partenaires, certains étaient nouveaux, c'est-à-dire pour lesquels la relation a commencé il y a moins d'un an.

Les Franciliens et les Franciliennes sont plus nombreux en 2010 qu'en 1992 à déclarer avoir été abstinentes (c'est-à-dire ne pas avoir eu de rapports sexuels au cours des douze derniers mois): respectivement 6,4% en 2010 contre 1,7% en 1992 chez les hommes et 8,6% contre 2,9% chez les femmes.

1. La proportion d'hommes et de femmes déclarant plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois est stable

Après une baisse continue entre 1992 et 2001, la proportion d'hommes et de femmes déclarant plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois reste stable depuis dans l'enquête francilienne comme dans l'enquête nationale. En 2010, 18,0% des Franciliens et 7,9% des Franciliennes interrogés déclarent avoir eu plusieurs partenaires au cours de l'année, proportions stables depuis 1994 (tableau 6.4).

Comme lors des enquêtes précédentes, le multipartenariat, c'est-à-dire avoir plusieurs partenaires au cours de l'année, est davantage le fait des hommes, en Ile-de-France comme en France. En 2010, les hommes sont environ deux fois plus nombreux que les femmes à avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois.

Tableau 6.4 : Evolution du multipartenariat au cours des 12 derniers mois – Ile-de-France et France - Enquêtes 1992 à 2010 ^(a)

Au cours des douze derniers mois, avec combien d'hommes / combien de femmes avez-vous eu des rapports sexuels ?

En pourcentage de « deux ou plus »		1992	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1992/2010 ^(c)
Hommes	IDF	(n=386)	(n=390)	(n=397)	(n=487)	(n=526)	(n=826)	
	France	(n=671)	(n=516)	(n=838)	(n=1388)	(n=1559)	(n=3164)	
	Ile-de-France	25,2	19,9	16,7	14,9	16,1	18,0	↘
	France	22,4	17,5	14,1	11,7	14,7	13,5	↘
Femmes	IDF	(n=453)	(n=419)	(n=408)	(n=637)	(n=635)	(n=996)	
	France	(n=787)	(n=653)	(n=874)	(n=1830)	(n=1992)	(n=3629)	
	Ile-de-France	11,3	9,3	11,1	7,6	10,8	7,9	↘
	France	9,6	6,5	7,7	6,4	8,5	6,9	↘

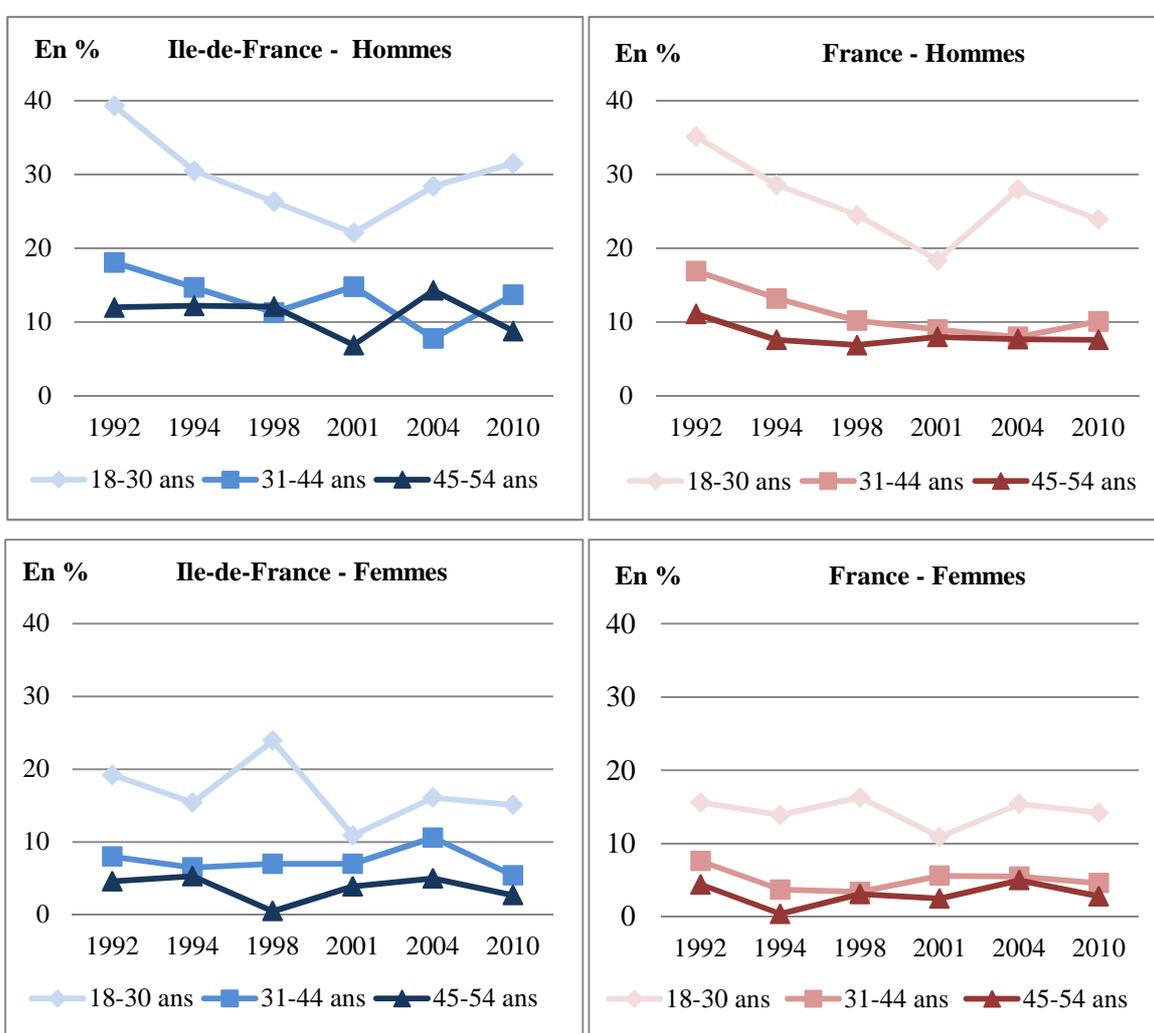
(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans déclarant avoir eu au moins une relation au cours de la vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative au seuil de 5%.

(c) Test unilatéral de comparaison de proportions : → non significatif, ↘ et ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Comme depuis le début des enquêtes, le nombre de partenaires déclaré au cours des douze derniers mois varie selon l'âge des répondants en Ile-de-France comme en France : les plus jeunes sont plus souvent multipartenaires que les répondants plus âgés, chez les hommes comme chez les femmes (graphique 6.3). Ainsi en 2010 en Ile-de-France, 31,5% des hommes âgés entre 18 et 30 ans déclarent avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois, contre 13,7% des 31-44 ans et 8,8% des 45-54 ans ; pour les Franciliennes, celles qui se déclarent multipartenaires au cours des douze derniers mois représentent 15,1% des 18-30ans, 5,4% des 31-44 ans et 2,7% des 45-54 ans.

Graphique 6.3 : Evolution de la proportion de multipartenaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et la classe d'âge –Ile-de-France et France - Enquêtes 1992 à 2010^(a)



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans ayant déjà eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie, soit pour l'Ile-de-France : hommes $n=386$ en 1992, $n=390$ en 1994, $n=397$ en 1998, $n=487$ en 2001, $n=526$ en 2004 et $n=826$ en 2010, et les femmes $n=453$ en 1992, $n=419$ en 1994, $n=408$ en 1998, $n=637$ en 2001, $n=635$ en 2004, et $n=996$ en 2010 et pour la France hommes $n=930$ en 1992, $n=516$ en 1994, $n=838$ en 1998, $n=1388$ en 2001, $n=1559$ en 2004 et $n=3164$ en 2010, et les femmes $n=1094$ en 1992, $n=653$ en 1994, $n=874$ en 1998, $n=1830$ en 2001, $n=1992$ en 2004, et $n=3629$ en 2010.

Même si globalement la proportion de multipartenaires est stable, on observe en Ile-de-France en 2010 une hausse significative du multipartenariat chez les hommes âgés entre 31 et 44 ans et une baisse significative de celui-ci chez les femmes du même âge par rapport à 2004 ; la proportion reste stable chez les 18-30 ans et les 45-54 ans.

Dans l'enquête nationale, le multipartenariat chez les femmes entre 45 et 54 ans est en baisse significative (50,% en 2010 contre 2,7% en 2004) et la proportion de multipartenaires est stable chez les hommes et pour les autres classes d'âges chez les femmes.

Ce multipartenariat traduit davantage un renouvellement des relations, puisque seuls 3,6% des Franciliens et 1,4% des Franciliennes déclarent avoir plusieurs partenaires au moment de l'enquête, proportions stables par rapport à 2004. Cette stabilité se retrouve aussi dans l'enquête nationale où 2,8% des hommes et 1,0% des femmes déclarent plusieurs partenaires au moment de l'enquête en 2010. Aussi, les situations où les hommes et les femmes ont plusieurs partenaires en même temps sont donc peu fréquentes et ne durent pas longtemps.

Le modèle de régression logistique du tableau 6.5 met en évidence les facteurs associés à la déclaration de plus d'un partenaire dans l'année chez les Franciliens et les Franciliennes interrogés en 2010.

Chez les hommes comme chez les femmes, déclarer plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois est plus fréquent chez les jeunes, parmi ceux ne vivant pas en couple, parmi ceux ayant déjà craint d'être contaminé par le VIH, et enfin parmi ceux ayant réalisé un test de dépistage du virus du sida au cours des douze derniers mois.

Tableau 6.5 : Déterminants liés au multipartenariat au cours des douze derniers mois – Ile-de-France - Enquête 2010^(a)

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans ayant déjà eu un rapport sexuel au

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes</i> <i>Odds ratios</i> <i>(IC à 95%)</i>	<i>Femmes</i> <i>Odds ratios</i> <i>(IC à 95%)</i>
Age : 18-30 ans	1	1
31-44 ans	0,6 (0,4-1,0)	0,4 (0,2-0,7)
45-54 ans	0,4 (0,2-0,7)	0,2 (0,1-0,4)
Vie en couple : Non	1	1
Oui	0,2 (0,1-0,3)	0,2 (0,1-0,3)
Niveau d'études : Elevé	1	1
Intermédiaire 2	1,1 (0,6-2,0)	0,6 (0,3-1,1)
Intermédiaire 1	1,2 (0,7-2,1)	0,4 (0,2-0,9)
Faible	1,5 (0,6-3,5)	0,6 (0,2-2,1)
Connaissance d'une personne séropositive : Non	1	1
Oui	1,8 (1,1-3,2)	1,0 (0,5-2,0)
Connaissance des modes de transmission certains du VIH :	1	1
Bonne		
Moyenne	0,9 (0,6-1,6)	0,6 (0,3-1,2)
Faible	0,8 (0,4-1,7)	0,5 (0,2-1,4)
Crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH : Non	1	1
Oui	1,7 (1,1-2,8)	3,0 (1,7-5,5)
Avoir réalisé un test de dépistage du VIH au cours de l'année : Non	1	1
Oui	1,7 (1,1-2,8)	2,68 (1,5-4,9)

cours de la vie. Les valeurs sont calculées sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 6.7 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes ayant effectué un test au cours des 12 derniers mois ont une probabilité plus élevée de déclarer plusieurs partenaires au cours de l'année que celles qui n'ont pas effectué de test de dépistage.

2. La proportion d'hommes et de femmes déclarant au moins un nouveau partenaire dans l'année est stable

Entre 2004 et 2010, la proportion de Franciliens et de Franciliennes déclarant avoir eu au moins un nouveau partenaire dans l'année⁷¹ est restée globalement stable. La proportion de répondants déclarant plus d'un nouveau partenaire dans l'année est en 2010 identique à celle de 1992 chez les hommes comme chez les femmes (tableau 6.6). Toutefois, les femmes sont plus nombreuses en 2010 qu'en 1992 à déclarer un seul nouveau partenaire dans l'année (12,7% contre 8,1%).

Tableau 6.6 : Evolution du nombre de nouveaux partenaires au cours de l'année – Ile-de-France - Enquêtes 1992 à 2010^(a)

Combien parmi ce(s) partenaire(s) étai(en)t de nouveau(x) partenaire(s), c'est à dire des personnes avec qui vous n'aviez pas de rapports sexuels il y a plus de 1 an ?

En pourcentage	1992	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1992/2010 ^(c)
Hommes	(n=385)	(n=378)	(n=394)	(n=471)	(n=509)	(n=770)	
Ancien partenaire	72,4	72,7	78,5	76,8	77,9	77,2	→
Un nouveau partenaire	14,0	14,9	12,0	13,6	13,9	10,6	→
Plus d'un nouveau partenaire	13,6	12,5	9,6	9,7	8,2	12,2	→
Femmes	(n=444)	(n=409)	(n=400)	(n=604)	(n=611)	(n=901)	
Ancien partenaire	87,3	83,1	82,0	82,0	81,2	82,9	→
Un nouveau partenaire	8,1	12,2	12,2	14,9	11,9	12,7	↗
Plus d'un nouveau partenaire	4,6	4,8	5,7	3,0	6,9	4,4	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans déclarant au moins un partenaire dans les douze derniers mois. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Comme dans les enquêtes précédentes, les femmes restent sensiblement plus nombreuses que les hommes à déclarer être avec un ancien partenaire en 2010 et les répondants les plus jeunes sont proportionnellement les plus nombreux à déclarer avoir eu de nouveaux partenaires durant l'année. Ainsi, 41,9% des Franciliens et 26,6% des Franciliennes âgés entre 18 et 30 ans déclarent *un* ou *plusieurs nouveaux partenaires* contre respectivement 12,6% et 8,2% chez les répondants âgés entre 31 et 44 ans et 8,7 et 5,3% chez ceux âgés entre 45 et 54 ans.

⁷¹ C'est à dire (au moins) une personne avec laquelle ils n'avaient pas de rapports sexuels il y a plus d'un an.

3. Une utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois stable parmi les multipartenaires ou ceux ayant un nouveau partenaire

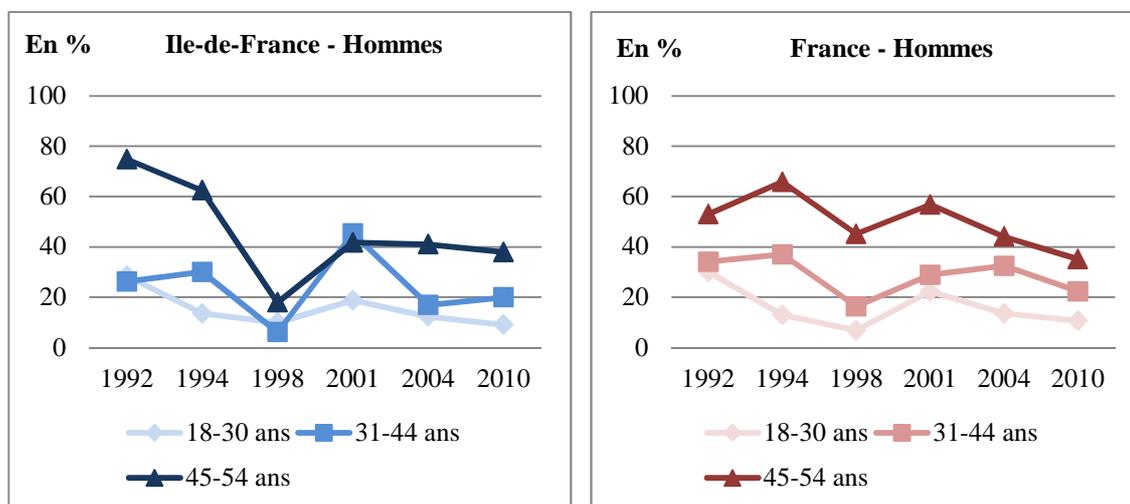
Parmi les Franciliens interrogés déclarant au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois, 43,7% des hommes et 36,4% des femmes déclarent avoir utilisé un préservatif au moins une fois au cours des douze derniers mois dans l'enquête de 2010, proportions d'autant plus fortes que les répondants sont jeunes : respectivement 68,1% et 53,2% des répondants âgés entre 18 et 30 ans, 39,0% et 33,4% de ceux âgés entre 31 et 44 ans et 22,5% et 17,8% de ceux âgés entre 45 et 54 ans.

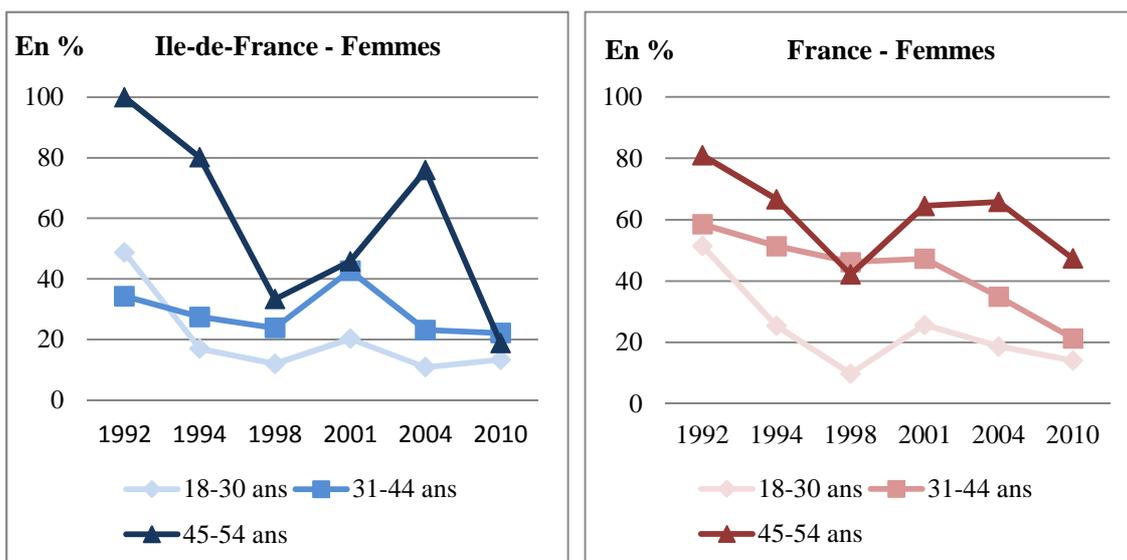
Ces résultats ne permettant pas de savoir à quelle fréquence le préservatif a été utilisé au cours des douze derniers mois. On présente donc ici plutôt l'évolution de la proportion d'hommes et de femmes n'ayant jamais utilisé de préservatif dans l'année parmi ceux et celles se déclarant multipartenaires ou ayant eu un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois, indicateur plus pertinent pour décrire des situations à risque.

En Ile-de-France, parmi les hommes et les femmes multipartenaires ou ayant eu au moins un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois, la proportion déclarant n'avoir jamais utilisé de préservatif est stable entre 2004 et 2010. Ainsi en 2010, 16,6% des femmes et 16,4% des hommes dans l'enquête francilienne et 20,3% des femmes et 17,4% des hommes dans l'enquête nationale se trouvent dans ces situations à risque.

Si l'on détaille par classes d'âges, on constate qu'entre 2004 et 2010, la proportion de femmes déclarant plusieurs partenaires ou un nouveau partenaire dans les 12 derniers mois à n'avoir jamais utilisé le préservatif est en baisse chez les franciliennes âgées entre 45 et 54 ans ainsi que chez les femmes âgées entre 31 et 44 ans dans l'enquête nationale. Pour toutes les autres classes d'âge, la proportion de répondants n'ayant jamais utilisé de préservatif au cours des douze derniers mois parmi ceux déclarant plusieurs partenaires ou un nouveau partenaire dans les 12 derniers mois est stable (graphique 6.4).

Graphique 6.4 : Evolution de la proportion de répondants n'ayant jamais utilisé le préservatif au cours des douze derniers mois parmi les multipartenaires ou ceux ayant un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois selon la classe d'âge – Ile-de-France et France – Enquêtes 1992 à 2010





(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans ayant eu plusieurs partenaires ou au moins un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois, soit pour l'Ile-de-France : hommes $n=123$ en 1992, $n=120$ en 1994, $n=99$ en 1998, $n=129$ en 2001, $n=134$ en 2004 et $n=205$ en 2010, et les femmes $n=75$ en 1992, $n=76$ en 1994, $n=82$ en 1998, $n=128$ en 2001, et $n=126$ en 2004 et $n=168$ en 2010 et pour la France hommes $n=187$ en 1992, $n=127$ en 1994, $n=186$ en 1998, $n=293$ en 2001 et $n=350$ en 2004 et $n=666$ en 2010, et les femmes $n=110$ en 1992, $n=90$ en 1994, $n=135$ en 1998, $n=276$ en 2001, $n=316$ en 2004 et $n=492$ en 2010.

III. Le dernier partenaire sexuel

1. Près de 10% des Franciliens ont eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire qu'ils fréquentent depuis moins de six mois

Afin de pouvoir étudier les comportements sexuels récents de façon plus précise, on a posé des questions aux répondants sexuellement actifs au cours des douze derniers mois sur leur dernier partenaire sexuel, notamment s'il s'agissait de la personne avec laquelle ils vivaient et sur la durée de cette relation.

En Ile-de-France, 2,5% des hommes et 1,3% des femmes n'ont eu qu'un seul rapport avec leur dernier partenaire, soit parce que la relation commence seulement au moment de l'enquête, soit parce qu'il s'agit d'un partenaire occasionnel. Dans l'enquête nationale, ces proportions s'élèvent respectivement à 2,4% et 0,9%.

Parmi ceux ayant eu plusieurs rapports, près de deux tiers des Franciliens (hommes comme femmes) déclarent avoir eu leur dernier rapport sexuel avec la personne avec laquelle ils/elles habitent et avec qui la relation dure depuis plus de six mois, proportion stable depuis 1994 pour les hommes mais en baisse significative pour les femmes par rapport à 2004 (tableau 6.7). Ils sont aussi près de 10% (10,9% chez les Franciliens et 8,2% chez les Franciliennes) à avoir eu leur dernier rapport avec un partenaire avec lequel la relation a commencé il y a moins de six mois.

Tableau 6.7 : Evolution de quelques caractéristiques du dernier partenaire sexuel – Ile-de-France - Enquêtes 1994 à 2010^(a)

En pourcentage ^(a)	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution ^(c) 1994/2010
Pour les hommes	<i>n=349</i>	<i>n=359</i>	<i>n=449</i>	<i>n=479</i>	<i>n=754</i>	
Type de partenaire						
Relation de moins de six mois (partenaire cohabitant ⁷² ou non).	12,9	10,5	15,2	10,3	10,9	→
Relation de plus de six mois avec un partenaire non cohabitant.	21,4	20,2	17,0	21,6	23,6	→
Relation de plus de six mois avec un partenaire cohabitant.	65,7	69,4	67,8	68,1	65,5	→
Pour les femmes	<i>n=385</i>	<i>n=369</i>	<i>n=574</i>	<i>n=569</i>	<i>n=874</i>	
Type de partenaire						
Relation de moins de six mois (partenaire cohabitant ou non).	6,0	8,1	13,0	7,4	8,2	→
Relation de plus de six mois avec un partenaire non cohabitant.	19,7	20,9	16,5	20,0	24,7	→
Relation de plus de six mois avec un partenaire cohabitant.	74,3	70,9	70,6	72,7	67,1	↘

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et ayant eu plus d'un rapport avec ce partenaire. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Dans l'enquête nationale, la proportion de répondants déclarant avoir eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire cohabitant est stable depuis 1994, pour les hommes comme pour les femmes. En 2010, 69,1% des hommes et 73,0% des femmes déclarent que leur dernier rapport sexuel a eu lieu avec la personne avec laquelle ils habitent depuis plus de six mois, 22,3% des hommes et 20,0% des femmes avec un partenaire non cohabitant avec qui la relation dure depuis plus de six mois et 8,7% et 7,0% avec un partenaire avec qui la relation dure depuis moins de six mois.

⁷² Le partenaire cohabitant est la personne avec laquelle le répondant habite au moment de l'enquête

2. L'utilisation du préservatif avec le dernier partenaire sexuel est en baisse chez les Franciliennes

Si l'on s'intéresse à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, on observe en 2010, et pour la première fois depuis 1994, une baisse significative de la proportion de Franciliennes déclarant avoir utilisé un préservatif par rapport à 2004. La proportion de Franciliens déclarant avoir utilisé un préservatif reste quant à elle stable depuis 1994.

L'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel est d'autant plus élevée que les hommes et les femmes interrogés sont jeunes, et ce depuis le début des enquêtes (tableau 6.8). Les jeunes âgés entre 18 et 30 ans sont ainsi plus de deux fois plus nombreux que les répondants des autres classes d'âge à déclarer avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. On peut noter que les hommes âgés entre 45 et 54 ans sont plus nombreux qu'en 1994 à déclarer avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Tableau 6.8 : Evolution de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel selon la classe d'âge – Ile-de-France – Enquêtes 1994 à 2010^(a)

En pourcentage	1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1994/2010 ^(c)
Pour les hommes	<i>n=349</i>	<i>n=359</i>	<i>n=449</i>	<i>n=479</i>	<i>n=754</i>	
Ensemble	22,1	22,9	22,3	24,5	23,1	→
18 - 30 ans	45,6	50,6	45,3	45,2	39,0	→
31 - 44 ans	13,5	10,9	11,8	15,4	18,4	→
45 - 54 ans	4,3	5,4	10,7	13,3	13,1	↗
Pour les femmes	<i>n=385</i>	<i>n=369</i>	<i>n=574</i>	<i>n=569</i>	<i>n=874</i>	
Ensemble	18,6	22,4	22,5	21,6	16,7	→
18 - 30 ans	29,8	37,0	36,9	36,1	27,4	→
31 - 44 ans	16,3	18,7	15,5	17,5	12,5	→
45 - 54 ans	7,5	7,6	14,6	11,1	9,4	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et ayant eu plus d'un rapport avec ce partenaire. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

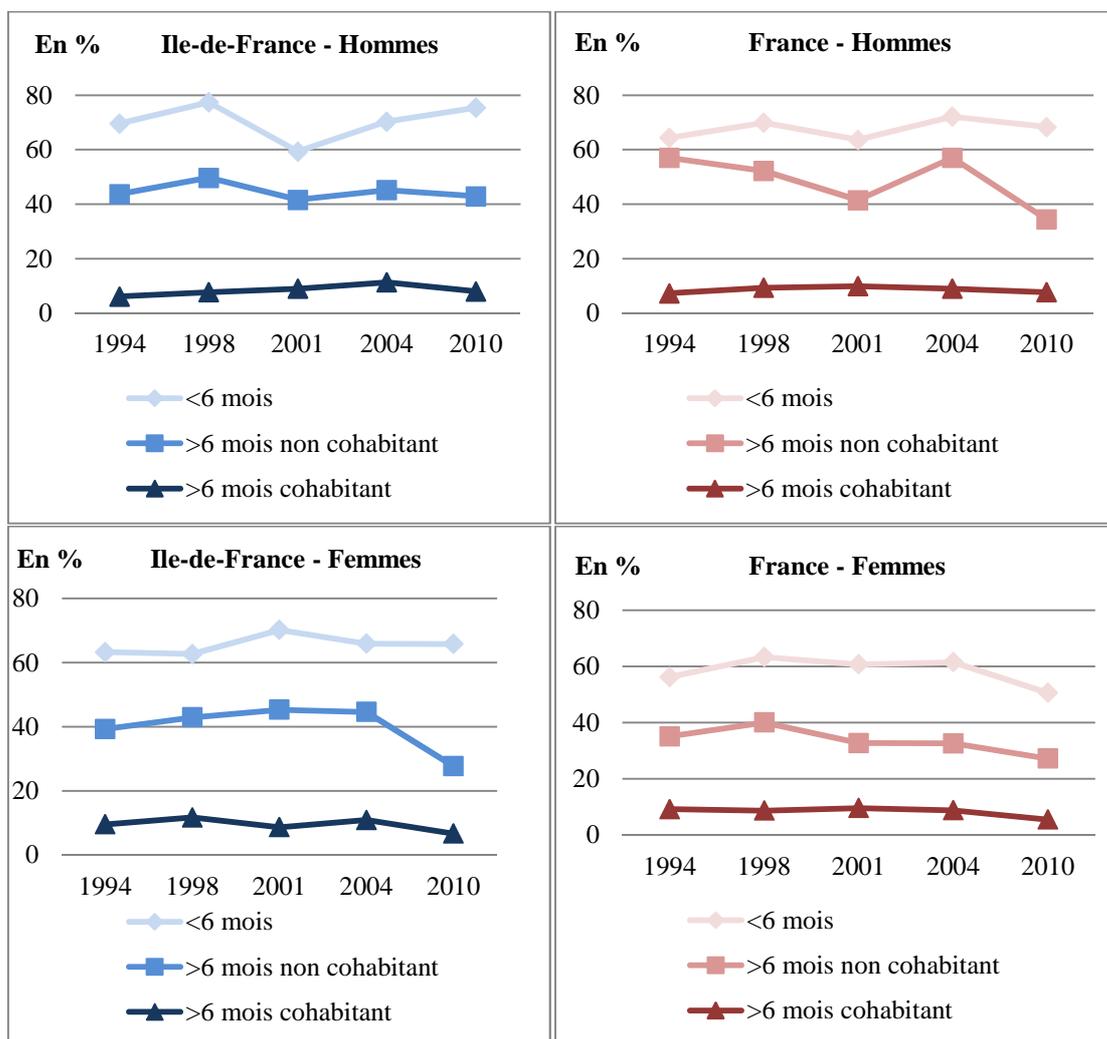
(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

La baisse de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel s'observe également dans l'enquête nationale, pour les hommes et pour les femmes, passant respectivement de 24,1% et 16,5% en 2004 à 18,5% et 13,0% en 2010.

En Ile-de-France, ce sont essentiellement les Franciliennes en relation depuis plus de six mois avec leur partenaire sans habiter avec lui qui sont en 2010 moins nombreuses qu'en 2004 à avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, respectivement 27,7% et 44,6%. Pour les Franciliens, la déclaration de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel est stable quel que soit le partenaire (graphique 6.5).

Graphique 6.5 : Evolution de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel selon le type de partenaire – Ile-de-France et France – Enquêtes 1994 à 2010



(a) Pourcentages redressés et effectifs bruts calculés à partir de la population âgée de 18 à 54 ans ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois avec un partenaire de sexe opposé, soit pour l'Ile-de-France : hommes n=349 en 1994, n=359 en 1998, n=449 en 2001, n=479 en 2004 et n=754 en 2010, et les femmes n=385 en 1994, n=369 en 1998, n=574 en 2001, n=569 en 2004, et n= 874 en 2010 et pour la France hommes n=468 en 1994, n=774 en 1998, n=1284 en 2001, n=1453 en 2004 et n=2906 en 2010, et les femmes n=598 en 1994, n=780 en 1998, n=1659 en 2001, n=1775 en 2004, et n= 3253 en 2010.

Dans l'enquête nationale, la baisse de l'utilisation du préservatif observée entre 2004 et 2010 concerne les femmes qui ont eu leur dernier rapport avec un partenaire cohabitant qu'elles fréquentent

depuis plus de six mois (de 8,8% à 5,5% en 2010), mais aussi les hommes qui ont eu leur dernier rapport avec un partenaire non cohabitant et qu'ils fréquentent également depuis plus de six mois (la proportion passe de 57,0% en 2004 à 34,4% en 2010).

Toutefois, l'utilisation du préservatif est d'autant plus élevée que la relation avec le dernier partenaire est récente, chez les hommes comme chez les femmes, et en Ile-de-France comme en France.

Si l'on s'intéresse à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel selon que les répondants aient ou non effectué un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois, on observe globalement que les répondants ne déclarent pas avoir davantage utilisé un préservatif lorsqu'ils ne se sont pas fait dépister au cours des douze derniers mois, ceci se vérifie en 2010 comme depuis le début des enquêtes. En 2010 parmi les hommes, l'utilisation est même plus élevée lorsque ceux-ci ont réalisé un test au cours des douze derniers mois : 35,4% des Franciliens ayant réalisé un test de dépistage déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel contre 21,6% n'ayant pas été testés au cours des douze derniers mois (tableau 6.9).

Tableau 6.9 : Evolution de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel selon le recours au test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois – Ile-de-France – Enquêtes 1994 à 2010^(a)

En pourcentage	1994	1998	2001	2004^(b)	2010^(b)	Evolution^(c) 1994/2010
Hommes	<i>n=349</i>	<i>n=359</i>	<i>n=449</i>	<i>n=479</i>	<i>n=754</i>	
Oui, dépistage dans les 12 mois	28,7	24,5	22,1	24,5	35,4	→
Pas de dépistage 12 mois (jamais dépisté ou test > 12 mois)	20,4	22,7	22,4	24,6	21,6	→
Femmes	<i>n=385</i>	<i>n=369</i>	<i>n=574</i>	<i>n=569</i>	<i>n=874</i>	
Oui, dépistage dans les 12 mois	24,2	37,1	18,4	27,4	21,0	→
Pas de dépistage 12 mois (jamais dépisté ou test > 12 mois)	17,1	18,9	23,2	20,3	15,6	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et ayant eu plus d'un rapport avec ce partenaire. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$).

(c) Un test χ^2 simple a été effectué : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$).

Pour les répondants dont la relation avec le dernier partenaire a commencé il y a moins de six mois, on remarque que l'utilisation du préservatif est plus élevée lorsque les répondants n'ont pas fait de test, en particulier chez les femmes : 80,6% des Franciliens et 78,8% des Franciliennes n'ayant pas réalisé de test au cours des douze derniers mois déclarent avoir utilisé un préservatif (contre 69,4% et 51,2% ayant réalisé un test), proportions stables par rapport à 2004.

3. Des derniers rapports sexuels non protégés pour 29% des Franciliennes

Le tableau 6.10 détaille l'évolution des méthodes de contraception utilisées lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire en 2010.

Tableau 6.10 : Evolution de l'utilisation d'une méthode de contraception au dernier rapport sexuel selon le type de partenaire – Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

En Pourcentage	Relation <6 mois	Relation > 6 mois, partenaire non cohabitant	Relation > 6 mois, partenaire cohabitant	Ensemble
Hommes	<i>n=75</i>	<i>n=186</i>	<i>n=430</i>	<i>n=691</i>
Méthode médicale uniquement ⁷³	7,0	24,3	38,9	32,2
Préservatif uniquement	49,5	34,7	8,0	18,5
Les deux	27,5	8,3	1,4	5,7
Méthode non médicale ⁷⁴	3,0	2,7	3,1	3,0
Pas de méthode	13,1	28,7	42,5	36,3
Non concerné ⁷⁵	0,0	1,4	6,1	4,4
Femmes	Relation <6 mois <i>n=77</i>	Relation > 6 mois, partenaire non cohabitant <i>n=238</i>	Relation > 6 mois, partenaire cohabitant <i>n=505</i>	Ensemble <i>n=543</i>
Méthode médicale uniquement	23,2	43,5	44,8	42,8
Préservatif uniquement	33,7	20,3	8,8	13,6
Les deux	32,2	8,1	0,7	5,1
Méthode non médicale	2,9	4,6	3,5	3,7
Pas de méthode	7,0	19,5	35,2	29,1
Non concerné	1,0	3,9	7,0	5,8

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et ayant eu plus d'un rapport avec ce partenaire. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

⁷³ La catégorie « méthode médicale » regroupe les réponses « pilule », « stérilet » et « ligature des trompes ».

⁷⁴ La catégorie « méthode non médicale » regroupe les réponses « diaphragme », « retrait avant l'éjaculation », « douche vaginale », « éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse », « méthode Ogino, méthode des températures », « crèmes spermicides », « autres » et « ne sait pas ».

⁷⁵ Hommes dont la dernière partenaire est enceinte ou ménopausée et femmes enceintes et ménopausées.

On observe que pour les relations de moins de 6 mois, la quasi-totalité des rapports sexuels sont protégés soit par le préservatif, soit par une contraception ou par les deux pour environ 30% des répondants. Seuls 13,1% des hommes et 7,0% des femmes déclarent ne pas avoir protégé leur dernier rapport lorsque celui-ci a eu lieu avec un partenaire fréquenté depuis moins de six mois.

Quand la relation avec le dernier partenaire est plus ancienne (plus de six mois), la part des rapports non protégés est plus importante : 28,7% pour les hommes et 19,5% pour les femmes lorsque le partenaire est non cohabitant et respectivement 42,5% et 35,2% lorsque le dernier partenaire est cohabitant.

Globalement, les rapports non protégés (par aucune méthode de contraception) représentent en 2010, 36,3% des derniers rapports pour les hommes et 29,1% pour les femmes.

Pour les Franciliennes qui fréquentent leur partenaire depuis plus de six mois sans habiter avec lui, on observe que la baisse de l'utilisation du préservatif ne semble pas être compensée par une autre méthode de contraception⁷⁶, la proportion de rapports protégés (par le préservatif ou une méthode de contraception) passant de 83,7% à 78,6% ($p>0,05$) entre 2004 et 2010.

Dans l'enquête nationale, ces femmes tendent à être plus nombreuses à n'utiliser aucune méthode de contraception, en effet 75% des femmes ayant eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire qu'elles fréquentent depuis plus de six mois sans habiter avec lui déclarent avoir protégé ce rapport en 2010 contre 81% en 2004 ($p=0,07$).

Les résultats de la régression réalisée sur les facteurs liés à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport en Ile-de-France indiquent bien que toutes choses égales par ailleurs, les hommes et les femmes ayant eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire qu'ils fréquentent depuis moins de six ont une probabilité beaucoup plus élevée d'utiliser un préservatif que ceux pour qui le dernier rapport a eu lieu avec un partenaire qu'ils fréquentent depuis plus de six mois et qu'ils habitent ou non avec ce partenaire (tableau 6.11).

On remarque aussi que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes n'ayant pas effectué de test de dépistage du VIH dans les douze derniers mois sont plus nombreuses à utiliser le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

⁷⁶ La comparaison avec l'enquête de 2004 n'est possible que pour les derniers rapports sexuels ayant eu lieu avec un partenaire non cohabitant.

Tableau 6.11 : Caractéristiques influençant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel– Ile-de-France – Enquête 2010^(a)

<i>Modèle de régression logistique</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
	<i>Odds ratios (IC à 95%)</i>	<i>Odds ratios (IC à 95%)</i>
Age : 18-30 ans	1	1
31-44 ans	1,0 (0,6-1,6)	0,7 (0,4-1,1)
45-54 ans	0,6 (0,3-1,2)	0,5 (0,3-0,8)
Niveau d'études : Elevé	1	1
Intermédiaire 2	0,5 (0,2-0,9)	0,9 (0,6-1,6)
Intermédiaire 1	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,5-1,5)
Faible	0,8 (0,3-1,9)	1,5 (0,7-3,5)
Type de partenaire : Relation >6 mois, cohabitant	1	1
Relation <6 mois	41,5 (19,9-86,3)	30,8 (15,4-61,6)
Relation >6 mois, non cohabitant	9,6 (5,4-17,0)	5,6 (3,4-9,4)
Score de connaissances certaines : Elevé	1	1
Faible	0,6 (0,3-1,3)	0,7 (0,3-1,4)
Moyen	1,0 (0,6-1,7)	0,8 (0,5-1,3)
Connaissance d'un séropositif : Non connaissance	1	1
Dans l'entourage proche	1,0 (0,6-1,9)	1,0 (0,6-1,7)
Avoir déjà craint d'être contaminé par le VIH : Non	1	1
Oui	0,6 (0,4-1,0)	0,9 (0,6-1,4)
Test de dépistage au cours des douze derniers mois :		
Oui	1	1
Non	1,0 (0,5-2,0)	1,8 (1,0-3,2)

(a) La population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois avec un partenaire de sexe opposé. Les calculs sont effectués sur une population pondérée et redressée.

Lecture du tableau 4.4 : les cellules en gras indiquent une différence significative (au risque de 5%) pour le groupe concerné par rapport au groupe de référence tout en ajustant sur les autres variables présentées dans le modèle. Par exemple, les hommes et les femmes vivant en couple ont une probabilité moins élevée que ceux ne vivant pas en couple d'avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.

IV. Le refus d'utiliser un préservatif

Comme en 2004, il a été demandé aux répondants s'il leur était déjà arrivé au cours des cinq dernières années de vouloir utiliser un préservatif avec un partenaire qui ne le souhaitait pas ou bien si eux-mêmes avaient déjà refusé d'en utiliser un, puis de décrire ce qui s'est passé en cas de refus.

1. Sept Franciliens sur cent ont confrontés au refus de leur partenaire d'utiliser un préservatif

Parmi les répondants ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, seule une minorité déclare avoir été confrontée à un refus de l'un de ses partenaires d'utiliser le préservatif dans les cinq dernières années, situation aussi souvent vécue par les femmes (7,1%) que par les hommes (6,6%), proportions stables par rapport à l'enquête précédente (tableau 6.12).

Tableau 6.12 : Proportion d'hommes et de femmes déclarant qu'un de leur partenaire a déjà refusé d'utiliser un préservatif au cours des 5 dernières années selon l'âge – Ile-de-France - Enquête 2004 à 2010^(a)

Au cours des 5 dernières années, est-ce qu'un(e) de vos partenaire a refusé d'utiliser un préservatif avec vous ?

En pourcentage de « oui une fois » ou « oui plusieurs fois »	Hommes		Femmes	
	2004 <i>n=526</i>	2010 <i>n=826</i>	2004 <i>n=635</i>	2010 <i>n=996</i>
Ensemble	8,0	6,6	10,3	7,1
Selon l'âge				
18-30 ans	15,8	12,1	15,1	10,4
31-44 ans	5,7	3,9	11,1	5,4
45-54 ans	1,2	4,4	3,3	6,0

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

Alors qu'en 2004, ces refus étaient davantage déclarés par les plus jeunes, ce n'est plus le cas pour les Franciliennes en 2010 où la proportion ne diffère pas significativement selon l'âge des répondantes. Les jeunes Franciliens sont par contre toujours plus nombreux que les plus âgés à déclarer qu'une de leur partenaire a déjà refusé d'utiliser un préservatif au cours des cinq dernières années. On note aussi une baisse de la proportion de Franciliennes âgées entre 31 et 44 ans confrontées à cette situation entre 2004 et 2010.

Dans l'enquête nationale, la proportion de femmes déclarant qu'un de leur partenaire a déjà refusé d'utiliser un préservatif au cours des cinq dernières années est en baisse significative par rapport à 2004 : elles sont 5,7% en 2010 contre 8,7% en 2004, la proportion d'hommes étant quant à elle stable (5,3%).

Lorsque les Franciliens et les Franciliennes sont interrogés sur leur propre refus d'utiliser un préservatif, ils sont moins nombreux à reconnaître avoir vécu cette situation en 2010 comme c'était déjà le cas en 2004. Parmi les répondants ayant eu un rapport hétérosexuel, seulement 2,8% des femmes et 3,8% des hommes reconnaissent avoir eux-mêmes refusé d'utiliser un préservatif avec un partenaire en 2010.

2. Les répondants confrontés au refus d'utiliser un préservatif sont plus nombreux en 2010 à avoir accepté un rapport sans préservatif

Si le refus d'utiliser un préservatif reste peu fréquent, une proportion élevée (plus de la moitié) des hommes et des femmes confrontés à cette situation en 2010 ont finalement eu le rapport sans préservatif, proportion stable pour les femmes par rapport à 2004, mais qui a doublé pour les hommes (tableau 6.13).

Tableau 6.13 : Comportement des hommes et des femmes refusant ou faisant face à un refus d'un partenaire d'utiliser le préservatif – Ile-de-France - Enquêtes 2004 et 2010^(a)

Qu'avez-vous fait ?

En pourcentage de oui	Hommes		Femmes	
	2004 ^(b) n=56	2010 ^(b) n=74	2004 ^(b) n=69	2010 ^(b) n=92
A renoncé à avoir le rapport	22,2	11,4	15,7	21,7
A eu le rapport sans pénétration	12,7	2,2	19,8	4,9
A eu le rapport sans préservatif	26,4	52,6	42,2	55,2
A quand même utilisé le préservatif	38,8	34,0	22,3	18,2

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans ayant déjà eu un rapport hétérosexuel au cours de la vie et ayant refusé d'utiliser ou ayant été confronté à un refus d'un partenaire d'utiliser le préservatif. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population redressée et pondérée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que la différence entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

V. Les infections sexuellement transmissibles et les IVG

L'enquête KABP s'intéresse aux IST (depuis 1994) et aux IVG (depuis 2001) déclarées par les répondants. En effet, ces deux indicateurs sont considérés comme des indicateurs de prise de risques et les IST sont des vecteurs qui peuvent faciliter la transmission du VIH ;

1. La proportion d'hommes et de femmes déclarant au moins une infection sexuellement transmissible (IST) est stable

Parmi les Franciliens ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, 15,1% des hommes et 20,7% des femmes déclarent en 2010 avoir déjà eu au moins une IST au cours de leur vie, déclaration stable par rapport à 2004 et 1994. Cette évolution est différente de celle observée pour la France entière, la proportion de femmes déclarant avoir déjà contracté au moins une IST ayant augmenté depuis 1994.

Cette déclaration élevée d'IST s'explique par le nombre important des « *mycoses, champignons, candidoses* » dans les IST alors que celles-ci n'en sont pas toujours.

Si l'on considère la déclaration d'une IST au cours des cinq dernières années en excluant les *mycoses, champignons et candidoses*, on constate que 2,2% des Franciliens et 4,3% des Franciliennes interrogés déclarent avoir contracté au moins une IST en 2010 (21 hommes et 42 femmes), proportions stables par rapport à 1994 (tableau 6.14).

Tableau 6.14: Evolution du nombre de IST (hors mycoses) au cours des cinq dernières années – Ile-de-France et France - Enquêtes 1994 à 2010^(a)

Combien de fois avez-vous eu dans votre vie une maladie ou une infection qui se transmet sexuellement ? (hors mycoses, champignons et candidoses et si cette maladie date de moins de cinq ans)

En % de « au moins une »		1994	1998	2001	2004 ^(b)	2010 ^(b)	Evolution 1994/2010 ^(c)
Hommes	IDF France	(n=390) (n=516)	(n=397) (n=838)	(n=487) (n=1388)	(n=526) (n=1559)	(n=826) (n=3164)	
	Ile-de-France	3,5	1,0	0,9	1,1	2,2	→
	France	2,0	0,9	1,6	1,3	1,5	→
Femmes	IDF France	(n=419) (n=653)	(n=408) (n=874)	(n=637) (n=1830)	(n=635) (n=1992)	(n=996) (n=3629)	
	Ile-de-France	4,6	2,0	1,9	3,1	4,3	→
	France	3,8	1,0	1,5	2,4	2,7	→

(a) La population de base (effectifs bruts indiqués entre parenthèses) est composée des individus âgés de 18 à 54 ans et déclarant au moins un rapport sexuel au cours de la vie. Les pourcentages indiqués sont calculés sur une population pondérée et redressée.

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$).

(c) Test unilatéral de comparaison de proportions : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

Ces proportions varient selon la classe d'âge, la déclaration d'IST étant quasi nulle chez les 45-54 ans : pour les hommes elle est de 2,6% parmi les 18-30 ans, 3,2% parmi les 31-44 ans, et 0,3% parmi les 45-54 ans, et chez les femmes de 9,4% parmi les 18-30 ans, 2,8% parmi les 31-44 ans et 0,5% parmi les 45-54 ans.

Dans l'enquête nationale, en 2010, 1,5% des hommes et 2,7% des femmes déclarent avoir eu au moins une IST hors mycose au cours des cinq dernières années, proportions elles aussi stables depuis 1994.

Si le nombre d'IST déclarées est globalement stable, on remarque une augmentation de la proportion d'IST déclarée au cours des cinq dernières années parmi les femmes âgées entre 18 et 30 ans en Ile de France : 9,4% en 2010 contre 3,6% en 2004 ($p=0,04$), cette proportion étant stable parmi les jeunes hommes franciliens âgés entre 18 et 30 ans. On ne retrouve pas de hausse significative parmi les jeunes dans l'enquête nationale.

Parmi les Franciliens déclarant avoir contracté au moins une IST au cours des cinq dernières années, 34,4% des hommes (8 hommes) et 37,9% des femmes (18 femmes) indiquent que cette maladie (ou la dernière) date de moins d'un an. Si l'on rapporte ces chiffres à l'échantillon total, cela signifie que 0,8% des Franciliens et 1,6% des Franciliennes ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie déclarent avoir contracté une IST hors mycose au cours des douze derniers mois. Dans l'enquête nationale, ces proportions sont de 0,5% pour les hommes et 0,7% pour les femmes.

En Ile-de-France, parmi les hommes ayant eu une IST dans les cinq ans, les maladies les plus fréquemment citées sont le « *papillomavirus/condylome/crête de coq* » (5 hommes) et le « *gonocoque/blennorragie* » (5 hommes). Pour les femmes, il s'agit également du « *papillomavirus/condylome/crête de coq* » (13 femmes), suivi des chlamydias (8 femmes). En 2004, l'herpès génital était la maladie la plus citée par les femmes. En 2010 en Ile-de-France, aucun répondant ne déclare avoir contracté le VIH-sida, ni l'hépatite B, au cours des cinq dernières années. Seule une personne déclare avoir le VIH, découvert il y a plus de cinq ans et une autre l'hépatite B.

Dans l'enquête nationale, le *papillomavirus condylome crête de coq* est également la maladie la plus citée par les hommes et les femmes (18,3% des hommes et 37,3% des femmes) ayant contracté une IST hors mycose au cours des cinq dernières années. Deux personnes ont citées le VIH et 15 l'hépatite B, parmi celles ayant déclaré avoir eu une IST il y a plus de cinq ans.

Ces IST déclarées dans les cinq ans sont dans la majorité des cas découvertes à la suite « *de symptômes ou à des craintes qui les ont amenés à consulter un médecin* » : c'est le cas pour 65% des Franciliens (14 hommes) et 60% des Franciliennes (25 femmes) ayant eu une IST au cours des cinq dernières années.

Et si les Franciliens ont principalement consulté *un médecin généraliste* (59% : 12 hommes), les Franciliennes se sont adressées en priorité à *un gynécologue* (75% : 31 femmes).

2. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est stable entre 2004 et 2010

Une proportion identique de femmes et d'hommes déclare avoir elles-mêmes ou leurs partenaires (pour les hommes) déjà subi une IVG au cours de leur vie, respectivement 21,9% et 23,7% en 2010, proportion stable depuis 2001 (tableau 6.15).

Tableau 6.15 : Evolution de la proportion de répondants ayant déjà fait une IVG - Ile-de-France et France - Enquêtes 2001 à 2010^(a)

(Femmes) *Vous est-il arrivé d'avoir subi une IVG dans votre vie ?*

(Hommes) *Est-il arrivé que l'une de vos partenaires, enceinte de vous, ait fait une IVG ?*

	Hommes				Femmes			
	2001 <i>n=482</i>	2004 <i>n=520</i>	2010 <i>n=809</i>	Evolution 2001/2010 ^(c)	2001 <i>n=622</i>	2004 <i>n=637</i>	2010 <i>n=995</i>	Evolution 2001/2010 ^(c)
En pourcentage								
Ile-de-France	20,4	19,6	23,7	→	24,8	24,0	21,9	→
France	13,9	14,8	19,2	↗	21,8	20,1	22,0	→

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est significative ($p < 0,05$).

(c) Test unilatéral de comparaison de proportions : → non significatif, ↘ ou ↗ baisse ou hausse statistiquement significative entre les enquêtes extrêmes ($p < 0,05$)

L'âge moyen au moment de la première IVG des femmes est de 25,5 ans en 2010 ; 44,4% des Franciliennes déclarent avoir interrompu une grossesse entre 18 et 24 ans, 22,5% entre 25 et 30 ans et 25,5% à plus de 30 ans. Seules 6,9% des femmes ont eu une IVG avant 18 ans.

Dans l'enquête nationale, 21,8% des femmes et 19,2% des hommes déclarent avoir elles-mêmes ou leurs partenaires (pour les hommes) déjà subi une IVG au cours de leur vie, proportions également stables depuis 2001 pour les femmes, mais en augmentation pour les hommes.

VI. Les violences sexuelles

1. Un Francilien sur dix déclare avoir subi des attouchements sexuels au cours de la vie.

Comme en 2004, l'enquête de 2010 s'est intéressée aux problèmes relatifs aux violences sexuelles. En Ile-de-France, 8,0% des hommes et 17,9% des femmes interrogés déclarent avoir subi au moins une fois des attouchements sexuels au cours de leur vie en 2010, proportion en hausse pour les hommes et stable pour les femmes par rapport à 2004 (tableau 6.16).

Tableau 6.16 : Evolution de la proportion de répondants déclarant avoir subi des attouchements sexuels – Ile-de-France – Enquêtes 2004 à 2010^(a)

Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à des attouchements sexuels ?

En pourcentage	Hommes		Femmes	
	2004 ^(b) <i>n=544</i>	2010 ^(b) <i>n=847</i>	2004 ^(b) <i>n=669</i>	2010 ^(b) <i>n=1032</i>
Non jamais	95,2	91,9	83,7	81,9
Oui, une fois	3,5	5,3	9,0	9,7
Oui, plusieurs fois	1,2	2,7	7,2	8,2
Non réponse	0,2	0,1	0,2	0,2

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules grisées indiquent que l'évolution entre 2004 et 2010 est significative ($p < 0,05$).

Comme en 2004, les répondants déclarent majoritairement que ces actes se sont déroulés pendant l'enfance, puisqu'en 2010, 94,5% des hommes et 81,5% des femmes ayant subi des attouchements déclarent les avoir subis avant l'âge de 18 ans : les garçons étant plus jeunes, en moyenne à l'âge de 10,6 ans et les filles à l'âge de 11,7 ans.

2. Dix femmes et deux hommes sur cent déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés

Parmi l'ensemble des Franciliens âgés de 18 à 54 ans, 10,1% des femmes et 2,1% des hommes déclarent avoir subi des rapports sexuels contre leur volonté au cours de leur vie en 2010 (tableau 6.17), proportions stables par rapport à 2004. Parmi eux, 84,9% des hommes et 51,2% des femmes étaient mineurs au moment des faits.

Tableau 6.17 : Evolution de la proportion de répondants déclarant avoir subi des rapports sexuels forcés – Ile-de-France - Enquêtes 2004 à 2010^(a)

Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir un rapport sexuel contre votre volonté ?

En pourcentage	Hommes		Femmes	
	2004 ^(b) <i>n=544</i>	2010 ^(b) <i>n=847</i>	2004 ^(b) <i>n=669</i>	2010 ^(b) <i>n=1032</i>
Non	97,2	97,8	92,5	89,6
Oui	2,7	2,1	7,5	10,1
Refus	0,1	0,1	0,0	0,3

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

(b) Un test χ^2 simple a été effectué : aucune différence entre 2004 et 2010 n'est ($p < 0,05$).

Comme en 2004, parmi les répondants ayant subi au moins un rapport sexuel forcé, les femmes déclarent pour un tiers d'être elles qu'il s'agissait d'un ex-conjoint et pour un autre tiers d'une connaissance alors que pour environ 60% des hommes il s'agissait d'une connaissance.

Synthèse et principales conclusions

Ce rapport est consacré à la présentation des premiers résultats de l'enquête KABP réalisée entre janvier et juillet 2010 auprès de la population générale adulte. Il porte essentiellement sur les résultats franciliens et l'évolution sur 18 ans des principaux indicateurs de connaissance sur le VIH/sida et les traitements, d'attitudes et d'opinions à l'égard des personnes atteintes, de la perception du risque de se contaminer par le virus, du recours au test de dépistage et de l'utilisation du préservatif. Ces indicateurs sont également comparés avec ceux de l'enquête nationale. Il s'agit donc de données essentiellement descriptives, qui retracent les principales évolutions en Ile-de-France, et pour l'année 2010 d'une mise en regard avec les tendances observées au niveau national. Ces résultats sont mis ici en perspective en tenant compte de l'évolution du contexte social et épidémiologique, ainsi que des avancées thérapeutiques dans lesquels a eu lieu le recueil des données ; ils contribuent ainsi à éclairer les responsables politiques de la lutte contre le sida dans le domaine des programmes de prévention.

L'enquête KABP est réalisée en France métropolitaine et en Ile-de-France depuis 1992 à intervalle régulier (1992, 1994, 1998, 2001 et 2004) et a été renouvelée en 2010 à partir d'un protocole d'interview quelque peu modifié, afin de tenir compte de l'évolution de la couverture téléphonique en France (développement de la téléphonie mobile et multiplicité des opérateurs). La comparabilité des indicateurs a toutefois été assurée¹. Au total, ce sont 26 519 individus âgés de 18 à 69 ans qui ont été interrogés depuis le début des enquêtes (11 019 en 2010) dont 8 608 Franciliens (2 781 en 2010). Mais pour des raisons de comparabilité, les résultats présentés ici ne portent que sur les répondants âgés de 18 à 54 ans (soit 6 775 Franciliens au total dont 1 879 en 2010) ayant répondu en 2010 à la version classique du questionnaire (cf. méthodologie dans la partie introductive).

La sixième édition de cette enquête s'inscrit dans un contexte épidémiologique marqué par un nombre de personnes découvrant leur séropositivité en légère augmentation en 2009². D'autres indicateurs, comme le nombre de cas d'IST³, l'incidence de l'hépatite aiguë B⁴ ou encore le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)⁵ soulignent la persistance des comportements à risque.

Chacune des éditions de l'enquête KABP a été réalisée dans un contexte social, épidémiologique et médiatique spécifique qu'il est intéressant de rappeler brièvement pour mieux saisir l'ampleur des évolutions et interpréter celles de 2010.

Comparée à l'enquête de 1992, celle de 1994 a été réalisée à une période où l'épidémie était particulièrement visible. Le nombre de décès par sida a atteint cette année-là son maximum. Les résultats de l'enquête KABP réalisée en 1994, avait montré en France comme en Ile-de-France, une prise de conscience de l'existence d'un risque de transmission par le VIH aussi bien au niveau individuel que pour la société dans son ensemble. Les répondants déclaraient alors adopter en conséquence différentes stratégies de prévention allant de la réduction du nombre de partenaires à un recours plus fréquent au test de dépistage du VIH ou encore à une

¹ Sommen C, Warzawski J, Beck F., Beltzer N. Publication en cours.

² Cazein F. et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009, BEH n°45-46, 30 nov 2010, 467-472.

³ InVS, Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance, BEH n°26-27-28, juillet 2011.

⁴ Antona D, Letort MJ, Larsen C, Levy-Bruhl D. L'infection par le virus de l'hépatite B : une infection sexuellement transmissible. [Hepatitis B virus infection: a sexually transmitted infection]. BEH n°26-27-28, 2011, 307-10.

⁵ Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », Population & Sociétés, n°407, décembre 2004.

utilisation plus fréquente du préservatif. Toutefois, si on observait le renforcement d'un certain consensus autour d'une solidarité à l'égard des personnes atteintes, un refus des politiques coercitives et une promotion du préservatif, l'efficacité préventive espérée par l'adoption des comportements de prévention se payait en échange d'une recherche d'une certaine forme de contrôle social⁶ : demande de dépistage obligatoire, d'entorses au secret médical ou d'établissements spécialisés pour les malades du sida.

L'analyse des données produites en 1998, soit dix-huit mois après l'introduction des traitements antirétroviraux, souligne les premiers changements de la représentation sociale du VIH/sida dans la population générale, avec notamment une perception d'une chronicisation de la maladie et dont les enjeux deviennent principalement médicaux. Le VIH suscitait en effet moins de crainte et l'intérêt porté aux campagnes d'information et de prévention diminuait. On observait également une plus grande indifférence à l'égard des personnes atteintes, une moins bonne connaissance des modes de transmission et une plus grande réticence à utiliser le préservatif. Toutefois, cette modification dans la représentation sociale ne se traduisait pas par une modification des comportements de prévention, contrairement à ce qui était observé dans la population homosexuelle masculine. Seul le recours au test de dépistage a fortement diminué entre 1994 et 1998, notamment chez les jeunes.

Avec le début des années 2000 a commencé une période où le VIH/sida devient moins médiatique. En 2001, une synthèse des articles publiés dans les journaux de l'année menée à partir des revues de presse du CRIPS⁷ suggérait une moindre médiatisation mais une forte médicalisation du sida. Il était présenté davantage comme une maladie chronique que mortelle. En 2004, suite à une analyse des principaux quotidiens nationaux sur la période qui recouvrait le recueil des données de la cinquième édition de l'enquête, le sida apparaissait comme étant plutôt un enjeu politique que médical, et même davantage un enjeu de politique étrangère que de politique sanitaire. C'est en effet pendant cette période qu'ont eu lieu les débats concernant l'accès aux traitements génériques des pays du sud, le financement d'organisations internationales pour la mise en place de programmes de prévention et de soins ou encore la mise en œuvre de l'initiative « 3 by 5 »⁸.

Dans ce contexte, les résultats de l'enquête de 2001, confirmés par ceux de 2004, indiquaient que la transformation amorcée en 1998 se poursuivait, notamment auprès des jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans. Si la crainte de se contaminer restait élevée, le risque du sida lui-même était perçu comme moins dangereux. Les Franciliens inscrivaient de plus en plus le VIH/sida dans le paysage des autres risques sanitaires. Surtout, pour la première fois, cette « banalisation » du VIH s'est accompagnée de signes d'un relâchement des comportements de prévention en population générale. La proportion d'individus déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de l'année avait diminué entre 1998 et 2001. D'autres enquêtes avaient conduit à des résultats similaires et parfois même plus préoccupants. Par exemple l'étude NATSAL⁹ en Grande Bretagne indiquait une utilisation moins régulière du préservatif avec parallèlement une augmentation de la proportion d'individus déclarant plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. Cette augmentation du multipartenariat, qui n'était pas observée en Ile-de-France, l'était au niveau national. En Ile-de-France, les femmes étaient toutefois plus nombreuses à

⁶ Moatti J.P., Grémy I., Obadia Y., Bajos N., Doré V., et al. L'évolution des connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population française sur le sida – Enquête 1994 KABP/ACSF, *Le journal du sida*, n°80, déc 1995.

⁷ Centre régional d'information et de prévention du sida.

⁸ Initiative conjointe de l'OMS et de l'ONUSIDA dans l'objectif de soigner fin 2005, 3 millions de personnes vivant avec le virus du sida dans les pays à faibles revenus.

⁹ Johnson A.M. et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behavior. *The Lancet*, vol 358, dec. 1, 2001:1835-1842.

déclarer commencer de nouvelles relations en 2004. Cette évolution enregistrée chez les femmes est corroborée par l'analyse de l'enquête sur le contexte de la sexualité en France réalisée en 2006^{10 11}.

Les acteurs de la prévention en Europe comme en France, ont été alertés dès le début des années 2000 par différents signaux tels que l'augmentation de la prévalence des IST^{12 13}, notamment chez les homosexuels masculins et plus particulièrement en Ile-de-France : augmentation du nombre de gonococcies et résurgence de la syphilis et de la lymphogranulomatose vénérienne rectale notamment. Ces infections constituent non seulement un facteur de risque supplémentaire de transmission du VIH, mais l'augmentation de leur prévalence témoigne également de l'accroissement de rapports sexuels non protégés. La mise en place du système de surveillance épidémiologique du VIH (déclaration obligatoire de la séropositivité au VIH), opérationnel à partir de mars 2003, montre que ce sont plus de 7 500 personnes qui découvrent leur séropositivité chaque année entre 2003 et 2005.

C'est dans ce contexte qu'est rendu public en 2005 un nouveau programme de lutte contre le VIH/sida (2005-2008), qui, dans un souci de cohérence intègre les orientations en matière d'infections sexuellement transmissibles dans un programme unique VIH/sida et IST. La lutte contre le VIH/sida reconnue « grande cause nationale 2005 » par le Premier Ministre et inscrite dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 est (à nouveau) une priorité de santé publique.

Ensuite, avec le constat qu'une partie de la population est diagnostiquée à un stade trop tardif, alors que de nouveaux médicaments sont mis à disposition, que des indications de mise sous traitement des personnes séropositives s'élargissent¹⁴, et qu'il est possible de réduire le risque de transmission au partenaire sexuel dans le cas de charge virale faible, le dépistage devient un des axes stratégiques du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014¹⁵.

En 2010, les premiers résultats de l'enquête KABP indiquent que les évolutions observées en 2004 se poursuivent et même s'accroissent pour certains groupes de la population et dans certaines situations. Les tendances observées ces dix-huit dernières années ne sont pas homogènes, et leur interprétation nécessite une certaine prudence. Elles sont parfois contradictoires entre indicateurs ou entre groupes de population (jeunes, plus âgés), révélant une représentation sociale du sida plus confuse. Mais ces tendances s'accroissent au fil des enquêtes et invitent de ce fait à s'interroger sur les actions mises en place auprès des jeunes et plus globalement sur la perception du préservatif comme outil de prévention et/ou de contraception.

Des connaissances, attitudes, croyances et comportements : une évolution de plus en plus ambivalente

Les modes de transmission, les mécanismes de prévention et l'existence des traitements antirétroviraux (ARV) et leurs propriétés sont toujours bien connus en 2010. Depuis le début des enquêtes, les Franciliens savent que le VIH peut être transmis lors de rapports sexuels sans préservatif ou lors d'une piqûre de drogue avec une

¹⁰ Bajos N., Bozon M., Beltzer N. *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, Genre et Santé*. La Découverte, Paris, 609 p. (2008).

¹¹ Certaines pratiques sexuelles sont mieux déclarées parce que mieux acceptées et ces évolutions observées traduisent tout autant une plus grande facilité à parler de certaines expériences qu'un changement de comportements.

¹² InVS, L'infection à VIH en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence, BEH n°45-46, 30 nov 2010

¹³ InVS, L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida, BEH n°43-44, 29 nov 2011.

¹⁴ Yeni P. (dir.) *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations 2010 du groupe d'experts*. La documentation française, 2010.

¹⁵ Ministère de la santé et des sports. *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Rapport du Ministère*, novembre 2010.

seringue déjà utilisée. Le préservatif reste le moyen considéré comme le plus efficace pour se protéger du VIH, suivi des stratégies de prévention centrées sur le recours au test de dépistage du VIH, qu'il s'agisse alors de le faire soi-même régulièrement ou de le demander à son partenaire.

Toutefois de fausses croyances persistent, notamment la transmission par piqûre de moustiques, celle dans les toilettes publiques ou encore celle en buvant dans le verre d'une personne atteinte. Surtout, il semble s'amorcer en 2010 une remise en question de certains mécanismes de prévention, puisque la transmission du virus du sida lors de rapports sexuels avec un préservatif ou lors d'une piqure de drogue avec une seringue neuve est davantage considéré comme possible qu'en 2004. Parallèlement, des doutes semblent s'exprimer sur l'efficacité du préservatif comme outil de prévention, les Franciliens étant ces dernières années de moins en moins nombreux à le considérer comme tout-à-fait efficace pour se protéger du VIH.

Les attitudes à l'égard des personnes séropositives, si elles restent globalement favorables, soulignent également une certaine ambiguïté. Les Franciliens acceptent toujours de partager le quotidien d'une personne séropositive, en acceptant d'aller manger, de partir en vacances ou de travailler avec elle. Ils sont toutefois plus réticents pour ce qui concerne des circonstances impliquant un degré de proximité plus élevé, telles que laisser ses enfants ou petits-enfants en sa compagnie et surtout avoir des rapports sexuels protégés avec elle. Par ailleurs, alors que du fait de l'efficacité des traitements ARV, le nombre de personnes vivant avec le virus du sida augmente en France et en Ile-de-France, la probabilité de connaître dans son entourage une personne atteinte devrait croître au fil des enquêtes, ce n'est pas le cas. Les Franciliens sont, depuis 1998, de moins en moins nombreux à dire connaître un proche séropositif. Le VIH semble donc moins visible, aussi bien parce que les ARV permettent aux personnes atteintes de s'insérer ou de se réinvestir socialement et professionnellement et donc de vivre un quotidien proche de celui de personnes non malades, mais aussi parce qu'elles sont moins perçues par l'entourage. L'allongement de la survie et l'amélioration du pronostic modifient la perception de la maladie par les individus.

Parallèlement à cette moindre visibilité, le sida est une maladie qui fait moins peur. Moins craint que le cancer, les accidents de la circulation ou les maladies cardiaques, depuis le début des enquêtes, l'inquiétude qu'il suscite rejoint en 2010 celle liée aux autres IST. Comparativement à la moyenne des gens, les Franciliens ne se perçoivent pas non plus davantage à risque d'être contaminé par le VIH. Mais s'il fait moins peur comme maladie, la crainte d'avoir été contaminé est en augmentation. Les Franciliens sont plus nombreux à s'être déjà interrogés sur leur risque d'avoir déjà été contaminé. Cette apparente contradiction révèle certainement que le VIH est aujourd'hui perçu comme une maladie moins grave qu'avant parce que moins mortelle, mais toujours présente.

Le recours plus fréquent au test de dépistage du VIH observé en 2010 corrobore cette augmentation de la crainte d'avoir déjà été contaminé. Cette hausse du recours au test de dépistage concerne en Ile-de-France essentiellement les hommes qui se retrouvent ainsi, pour la première fois, aussi nombreux à avoir effectué un test dans les douze derniers mois que les Franciliennes, autour de 20%. Or, la différence entre les hommes et les femmes constatée jusqu'à présent s'expliquait en partie par le fait que ces dernières avaient plus souvent l'opportunité de test systématiquement proposé dans le cadre d'une surveillance de grossesse. Et, les tests les plus récents (ceux qui datent de moins d'un an) ont été plus souvent motivés sans raison particulière, « *juste pour savoir, pour se rassurer* », à la différence des plus anciens davantage à l'initiative d'un médecin. Schématiquement deux attitudes vis-à-vis du dépistage se dessinent : une partie des personnes ne sont testées que dans les circonstances d'un test systématique, alors que l'autre fait en plus des tests de routine à leur initiative, augmentant ainsi la fréquence de ces dépistages, attitude qui va dans le sens des recommandations émises par le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014.

Les premiers rapports sexuels sont toujours très bien protégés des risques d'infection et de grossesse, puisque plus de neuf Franciliens et Franciliennes sur dix ayant commencé leur sexualité dans les années 2000 ont utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport, essentiellement le préservatif, pour 80% d'entre eux. Le préservatif peut être associé ou non à une autre méthode de contraception, en général la pilule. Ces proportions étaient beaucoup plus faibles pour celles et ceux qui ont commencé leur vie sexuelle avant les années 1985 (date des premières campagnes sur le préservatif) : seul un tiers des Franciliens et la moitié des Franciliennes avaient protégé leurs premiers rapports sexuels. Le préservatif protégeait un peu plus de 10% des premiers rapports sexuels, la pilule étant alors la méthode la plus utilisée. Celle-ci est depuis soit abandonnée, soit utilisée en association avec le préservatif.

Malgré un seuil qui semble atteint ces dernières années, cette évolution de l'utilisation du préservatif témoigne du succès des campagnes de prévention. Ce dernier apparaît aujourd'hui comme un code d'entrée dans la sexualité¹⁶. Ce succès est toutefois limité tout d'abord par une utilisation moins régulière du préservatif observée depuis 1998, essentiellement parmi les Franciliens ayant soit commencé une nouvelle relation, soit ayant plusieurs partenaires, c'est-à-dire une population qui aurait particulièrement intérêt à protéger les rapports sexuels du VIH et des autres IST. Ensuite, on observe en 2010 une baisse de la proportion de Franciliennes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, diminution observée pour la première fois depuis le début des enquêtes. Cette moindre utilisation est observée chez les hommes et les femmes au niveau national. En Ile-de-France, cette baisse ne concerne pas les relations les plus récentes, mais essentiellement les femmes qui ont eu leur dernier rapport avec un partenaire qu'elles fréquentent depuis plus de six mois, mais avec lequel elles n'habitent pas¹⁷. Et cette moindre utilisation du préservatif ne semble pas compensée par l'utilisation d'une autre méthode de contraception. Ces femmes tendent même au niveau national à être plus nombreuses à n'utiliser aucune méthode de contraception.

L'usage du préservatif ne semble pas lié au fait d'avoir effectué ou non un test de dépistage du VIH dans les 12 mois, puisqu'il est autant utilisé par les hommes et les femmes dépistés que par ceux et celles qui ne se sont pas fait tester récemment. Pour autant les Franciliens et Franciliennes qui n'ont pas effectué de test et qui fréquentent leur partenaire depuis moins de six mois sont autour de 80% à avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Si, dans une certaine mesure ces résultats peuvent être nuancés, la baisse de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les Franciliennes interroge, surtout dans un contexte où sont exprimés de plus en plus des doutes sur l'efficacité du préservatif pour protéger des risques du VIH. Une analyse approfondie du module « nouvelles rencontres », à savoir l'étude des interactions entre les enjeux préventifs et contraceptifs tout au long d'une relation, devrait permettre de mieux saisir le contexte de l'abandon du préservatif et les mécanismes conduisant ou non à un relais contraceptif.

Une mise à distance du VIH accentuée chez les jeunes ?

Certains indicateurs interrogent donc sur la perception de l'efficacité du préservatif et de son lien avec les enjeux préventifs, notamment de la part des jeunes.

¹⁶ Beltzer N, Bajos N. De la contraception à la prévention ; les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles, in Bajos N., Bozon M., Beltzer N. *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, Genre et Santé*. La Découverte, Paris (2008), 437-460.

¹⁷ Soit 25% des Franciliennes qui ont eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois.

Ces jeunes, âgés dans l'enquête entre 18 et 30 ans, sont nés entre 1980 et 1992. Ils ont commencé leur sexualité après 1996, soit après l'introduction des traitements ARV, donc dans un contexte épidémiologique et social du sida différent de leurs aînés.

Or, si le niveau de connaissance de la maladie reste globalement bon, ce niveau continue de baisser chez les jeunes depuis 1998, alors qu'il augmente parmi les personnes âgées entre 45 et 54 ans. Ils sont aussi de plus en plus nombreux dans ces générations les plus jeunes à ne pas connaître l'existence des traitements ARV. Pour la première fois en 2010, en Ile-de-France comme en France, ils maîtrisent moins bien les mécanismes de transmission et de protection que leurs aînés. Un quart d'entre eux (25%) par exemple pensent que la transmission du virus est possible par piqûre de moustique, ils sont 20% parmi les plus âgés. De même, si une moindre proximité à la maladie est observée pour toute la population depuis 1998, elle touche plus particulièrement les jeunes. Ils ne sont plus que 14% en 2010 à déclarer connaître un ami, un parent, un collègue séropositif contre plus de 25% des plus de 30 ans et 30% des jeunes de l'enquête de 2001. Ils sont donc en 2010 moins nombreux qu'hier et moins que leurs aînés à dire connaître une personne porteuse du virus du sida.

Le VIH, fortement craint pour soi-même dans les enquêtes précédentes, l'est aujourd'hui autant que les autres IST. Il se confond de plus en plus avec les autres risques sanitaires et apparaît comme un risque moins visible. Cette moindre préoccupation déjà observée en 2004, semble s'accroître en 2010 pour l'ensemble de la population, mais surtout dans la jeune génération.

De plus, l'évolution de la perception même du préservatif par cette génération questionne. Bien que le préservatif soit toujours très utilisé au moment des premiers rapports sexuels, les jeunes semblent douter de son efficacité, et ce davantage encore que leurs aînés. Non seulement ils sont de moins en moins nombreux à le considérer comme tout à fait efficace pour se protéger du VIH, mais de surcroît ils sont de plus en plus à penser que la transmission du virus est possible lors de rapports sexuels avec un préservatif. Par rapport aux plus âgés, ils déclarent plus souvent qu'ils refuseraient d'avoir des relations sexuelles protégées avec une personne séropositive.

Par ailleurs, plus le niveau d'instruction est élevé, meilleures sont les connaissances sur la maladie et les comportements préventifs, et, plus grande est la tolérance envers les malades. Mais cette corrélation est moins vraie depuis 2004 où l'on assiste à un phénomène d'homogénéisation, de convergence de la perception du risque et des comportements de prévention. L'écart entre diplômés et non diplômés s'atténue, renforçant cette banalisation de la maladie. Le VIH apparaît donc comme un risque de plus en plus éloigné des préoccupations des Franciliens, et des jeunes en particulier, constat qui se retrouve également au niveau national. Si cette banalisation est en partie une conséquence de l'allongement de la survie et reflète l'efficacité des ARV, il faut rester attentif à ce qu'elle ne s'accompagne pas de l'abandon du préservatif.

Or l'ambivalence de ces évolutions et cette mise à distance du VIH, particulièrement chez les jeunes, s'accompagnent ici aussi de résultats nuancés en termes de prévention.

Le suivi sur 18 ans de connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population générale suggère que tout se passe comme si le VIH perçu comme un risque majeur au début des années 1990 est aujourd'hui devenu un risque banal. Certes, on peut craindre d'avoir été contaminé, mais les conséquences même d'être diagnostiqué séropositif sont moins effrayantes, la mortalité liée à cette infection étant moins fréquente et moins visible.

Les générations, qui ont vécu les années « noires » du sida, avaient intégré ce risque majeur du VIH dans leur représentation et dans leurs comportements. Avec l'évolution du contexte épidémiologique, social et

médical du VIH/Sida, ce risque s'est banalisé, influant sur les représentations et les comportements des nouvelles générations. Et les jeunes semblent avoir aujourd'hui une représentation très floue des enjeux préventifs. Le préservatif est toujours aujourd'hui un code d'entrée dans la sexualité, et c'est un vrai succès des campagnes de prévention. Pour autant, les doutes exprimés sur son efficacité doivent nous interroger, comme doivent nous interpeler cette baisse de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel des Franciliennes, baisse que l'on retrouve au niveau national chez les femmes et chez les hommes.

L'étude des déterminants des prises de risque n'est pas nouvelle. Quelles sont les causes de cette baisse de l'utilisation du préservatif ? S'agit-il de rechute, phénomène déjà constaté chez les homosexuels masculins notamment¹⁸, c'est-à-dire d'un retour occasionnel à des situations à risque sur des périodes plus ou moins courtes. Ou bien, d'un abandon du préservatif dans le cadre de relations plus longues ? Le préservatif est un outil utilisé lors des premiers rapports, outil normatif de l'entrée dans la sexualité et des nouvelles relations, mais il semble ensuite être abandonné, sans qu'un test soit réalisé, et sans relais contraceptif chez les femmes qui fréquentent leur partenaire depuis plus de six mois sans vivre avec lui. Les jeunes ne semblent pas clairement appréhender les mécanismes de la prévention des IST ou du VIH par rapport aux enjeux contraceptifs.

Les enjeux de l'action préventive sont véritablement de cerner les motivations liées à l'adoption à la fois des comportements de prévention et de protection. Et si c'est un enjeu permanent dans l'élaboration des politiques, il apparaît aujourd'hui encore plus crucial devant le nombre important d'IVG et l'augmentation des IST chez les jeunes en particulier.

Il convient donc de renforcer les actions de prévention à l'égard des jeunes, en incorporant le VIH dans l'ensemble des risques sexuels, comme celui des grossesses et des autres IST, et donc en préconisant une prévention qui intègre à la fois les enjeux préventifs et contraceptifs.

¹⁸ Velter A, Barin F, Bouyssou-Michel A, & al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009. BEH n°45-46 (30 novembre 2010):464-466.

Observatoire régional de santé d'île-de-France
43 RUE BEAUBOURG 75003 PARIS - TÉL : 01 77 49 78 60 - FAX : 01 77 49 78 61
e-mail : ors-idf@ors-idf.org - Site internet : www.ors-idf.org

L'ORS île-de-France, département autonome de l'IAU île-de-France,
est un observatoire scientifique indépendant financé par
l'Agence régionale de santé d'île-de-France et le Conseil régional d'île-de-France

