

Sous la direction de
NATHALIE LYDIÉ

ÉTUDES SANTÉ

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida

Connaissances, attitudes,
croyances et comportements

éditions
inpes

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida

Connaissances, attitudes,
croyances et comportements

Sous la direction de
NATHALIE LYDIÉ



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Édition **Marie-Frédérique Cormand**
Nadine Gautier

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de
cette enquête sous réserve de la mention des sources.

ISBN 978-2-9161-9200-0

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

En partenariat avec

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

Les auteurs

Nathalie Beltzer, économiste de la santé,
chargée d'études, ORS Ile-de-France

Karine Fénies, socio-démographe, doctorante,
Université René Descartes — Paris V

Sandrine Halfen, socio-démographe,
chargée d'études, ORS Ile-de-France

France Lert, directrice de recherche, Inserm U687

Stéphane Levu, épidémiologiste, chargé de projet scientifique,
Institut de veille sanitaire

Nathalie Lydié, géo-démographe,
chargée d'études et de recherche, INPES

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson, INPES

Nathalie Beltzer, ORS Ile-de-France

Catherine Chardin, Direction générale de la santé

Philippe Guilbert, INPES

France Lert, Inserm

Florence Lot, InVS

Nathalie Lydié, INPES

Emmanuel Ricard, Société française de santé publique

Thierry Troussier, Direction générale de la santé

Remerciements

Pour leur disponibilité et leur collaboration dans l'accès aux données démographiques et épidémiologiques :

Catherine Borrel, Insee

Françoise Cazein, InVS

Corinne Régnard, ministère de l'Emploi,
de la Cohésion sociale et du Logement (DPM)

Xavier Thierry, Ined

Pour leur participation à l'analyse des données :

Claude Katz, retraitée du CNRS, formatrice en analyse de données

Karine Fenies, Université René Descartes – Paris V

Pour avoir rendu possible la mise en perspective des résultats de cette enquête avec ceux des deux autres enquêtes KABP (métropole et Antilles/Guyane) :

Nathalie Beltzer, ORS Ile-de-France, responsable
de l'enquête KABP métropole

Sandrine Halfen, ORS Ile-de-France, responsable de l'enquête KABP DFA

Pour leur relecture attentive :

Philippe Guilbert, INPES

Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France

Florence Lot, InVS

Caroline Semaille, InVS

Pour leur contribution à la recherche documentaire :

Olivier Delmer, **Céline Deroche** et **Elisabeth Piquet**, INPES

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :

Gaël Sliman, **Bérengère Gall**, **Caroline Suret** ainsi que toutes les
personnes de l'institut BVA qui ont participé à cette enquête.

Nos sincères remerciements vont aussi à toutes les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France qui ont bien voulu répondre à cette enquête et grâce auxquelles cette étude a pu être réalisée.

Les personnes photographiées dans cet ouvrage sont des modèles que nous remercions pour leur collaboration.



À l'Afrique ma passion, et aux femmes, mes sœurs.

Pragmatisme et équité

Les populations étrangères vivant en France sont trop longtemps restées absentes des programmes de recherche sur le sida et des politiques de prévention. Cette absence avait ses justifications. La première - qui nous a privés de chiffres pendant tant d'années - a été la crainte de voir stigmatisées ces populations. Crainte qui n'était pas infondée : il suffit pour s'en convaincre d'observer le nombre de pays qui, aujourd'hui encore, adoptent des politiques restrictives vis-à-vis des personnes séropositives. La deuxième renvoie au principe d'égalité républicaine cher à notre pays qui reconnaît les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Enfin, la troisième raison tient au fait qu'à la différence d'autres communautés qui ont su s'organiser pour exprimer leurs attentes et défendre leurs droits dans l'espace public, les populations issues de l'immigration sont longtemps restées dispersées et ne se sont que plus tardivement mobilisées sur cette question.

Au cours des dernières années, les choses ont évolué, les institutions publiques, comme les associations de lutte contre le sida ont accepté d'affronter une réalité mettant en évidence le poids croissant des populations étrangères - notamment celles provenant du continent africain - dans l'épidémie de VIH/sida. Il a fallu une action de longue haleine menée avec les associations pour convaincre que le principe républicain auquel chacun d'entre nous adhère n'était

pas incompatible avec les politiques de prévention ciblée et les outils statistiques auxquels elles s'adossent nécessairement.

En 2001, les populations immigrées sont, pour la première fois, retenues par le ministère de la Santé, comme un groupe prioritaire de la lutte contre le VIH/sida. Dès 2002, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé lance la première campagne de communication télévisée offrant une visibilité aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne. L'évaluation extrêmement positive de cette campagne aussi bien auprès de la population générale que des personnes originaires d'Afrique subsaharienne aidera à lever les craintes d'une possible stigmatisation.

La publication aujourd'hui des résultats d'une enquête destinée à mieux connaître les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations africaines vivant en Ile-de-France permet de franchir une étape supplémentaire vers une meilleure prise en compte de leurs réalités. Cette enquête répond à la fois à un besoin pragmatique et à un besoin d'équité. Les résultats de cette enquête sont très attendus; ils seront très rapidement intégrés aux stratégies de prévention du VIH/sida en direction des populations africaines vivant en France.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé

Sommaire

21 | Introduction | Les populations originaires d'Afrique subsaharienne : une priorité de la lutte contre le VIH/sida

Nathalie Lydié

Parce que particulièrement touchées par le VIH/sida, les populations originaires d'Afrique subsaharienne doivent faire l'objet d'une attention prioritaire en matière de lutte contre le VIH/sida. Ce chapitre expose les données du problème en termes épidémiologiques et démographiques et précise les objectifs de l'enquête.

33 | Principales caractéristiques de la zone d'étude et présentation méthodologique de l'enquête

Nathalie Lydié

Réalisée en Ile-de-France auprès de 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans, cette enquête a nécessité la mise en place d'une méthodologie originale.

50 | Les connaissances du VIH/ sida : modes de transmission, moyens de protection et traitements antirétroviraux

Nathalie Beltzer, Sandrine Halfen

Que savent les répondants des modes de transmission du VIH et des moyens de s'en protéger ? Des traitements et de leurs

effets ? Les réponses sont apportées dans ce chapitre.

76 | Les attitudes et opinions à l'égard du VIH/ sida et des préservatifs

France Lert

Quel est le degré d'acceptation des personnes séropositives ? Que pensent les répondants de la façon dont elles doivent être traitées dans la société ? Comment jugent-ils les préservatifs ? Des questions importantes abordées dans ce chapitre.

96 | La perception de la maladie et du risque personnel d'être contaminé

Nathalie Lydié, Karine Fénies

La perception du risque VIH/sida est décrite à travers la crainte du VIH/sida par rapport à d'autres risques et maladies, la perception que les répondants ont de leur propre risque de contamination et la crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida.

108 | Activité sexuelle et comportements préventifs

Nathalie Lydié

Âge au premier rapport sexuel, fréquence du multipartenariat, utilisation du préservatif, violence sexuelle et recours à l'IVG sont quelques-uns des thèmes abordés dans cette partie.

128 | Connaissances et pratiques liées au dépistage du VIH

Stéphane Le Vu

Connaissance des modalités du test de dépistage, des consultations de dépistage anonyme et gratuit, recours au test au cours de la vie, raisons et lieu du dernier test, motif de non-recours au test, autant de questions abordées dans ce chapitre consacré au dépistage.

149 | Synthèse des résultats et propositions d'actions

Nathalie Lydié

Quels sont les principaux enseignements de cette enquête ? Comment peuvent-ils servir les politiques de prévention ? Des réponses tentent d'être apportées dans cette dernière partie.

163 | Annexes

165 | Questionnaire de l'enquête

Intégralité des 106 questions de l'enquête. Les filtres et les consignes données aux enquêteurs sont précisés pour chacune des questions.

178 | Données par commune

180 | Liste des tableaux et des figures





ISSUE DE SECOURS

Attention
à l'usage
de la main
droite
à l'usage
de la main
gauche
à l'usage
de la main
gauche
à l'usage
de la main
gauche

Introduction

Les populations originaires d'Afrique subsaharienne : une priorité de la lutte contre le VIH/sida

NATHALIE LYDIÉ

Les données issues de la surveillance épidémiologique¹ reflètent clairement le risque accru d'infection par le VIH dans la population étrangère vivant en France², et notamment parmi les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Au 31 décembre 2002³, le taux d'incidence cumulée du sida était quinze fois plus important au sein des étrangers originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne qu'au sein de la population française : 12,3 cas pour 1 000 habitants *versus* 0,8. La part des étrangers originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les cas de sida en France a régulièrement augmenté jusqu'en 2002, passant de 5,7 % en 1994 à 24,4 % en 2002 ; elle s'est par la suite stabilisée (23,6 % en 2005).

Cette situation est observée dans toutes les régions, avec une variabilité liée à la proportion et à la structure de la population africaine dans la population totale. Dans huit régions (Alsace, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Nord-Pas-de-

Calais, Haute-Normandie, Picardie, Rhône-Alpes), la proportion d'étrangers originaires d'Afrique subsaharienne parmi les nouveaux diagnostics de sida est supérieure à 15 % pour la période 2003-2005. En Ile-de-France, cette proportion s'est stabilisée à environ

1. La surveillance épidémiologique est coordonnée par l'Institut national de veille sanitaire. Sauf mention contraire, les données utilisées dans cette partie ont été communiquées par l'InVS ; certaines sont directement accessibles sur le site de l'Institut (<http://www.invs.sante.fr>). Pour mémoire, la surveillance de l'infection à VIH repose en France sur deux systèmes anonymisés et complémentaires : la déclaration des cas de sida, instaurée en 1982 et obligatoire depuis 1986, et la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH mise en place en 2003.

2. Les données sociodémographiques recueillies dans le cadre de la surveillance épidémiologique concernent un nombre limité de variables : le sexe, l'âge et la nationalité au moment du diagnostic. Les personnes nées à l'étranger ayant acquis la nationalité française sont donc enregistrées avec les personnes françaises de naissance. Cependant, les Français par acquisition sont minoritaires au sein de la population immigrée. En 1999 (date du dernier recensement), 63,8 % des immigrés étaient des étrangers. C'était le cas de 64,6 % des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne.

3. À cette date, le ministère de l'Intérieur estimait à 318 373 le nombre d'étrangers originaires d'Afrique subsaharienne titulaires d'une autorisation de séjour. Aucune autre estimation n'est disponible à ce jour.

40 %, après une période de forte augmentation entre 1998 et 2002.

Le caractère fortement majoritaire de la transmission par voie hétérosexuelle est une autre caractéristique de l'épidémie de sida au sein de cette population : près de 90 % des étrangers originaires d'Afrique subsaharienne qui ont déclaré un sida entre 2003 et 2005 ont été contaminés par voie hétérosexuelle, contre 37 % pour les personnes de nationalité française. Dans la majorité des cas (54 %), il s'agissait de femmes.

On observe également parmi les cas de sida dans cette population, comme parmi tous les patients contaminés par voie hétérosexuelle, un dépistage plus tardif que dans les autres groupes de transmission, homosexuels et usagers de drogues injectables : parmi l'ensemble des cas de sida déclarés en 2005, on observe que, pour 53 % des cas liés à une contamination par voie hétérosexuelle, la séropositivité n'avait pas été diagnostiquée antérieurement (vs 43 % chez les personnes contaminées par voie homosexuelle et 15 % chez les personnes contaminées par usage de drogues injectables). Le pourcentage de personnes non dépistées diffère selon la nationalité : 42 % chez les personnes de nationalité française et 55 % chez les étrangers d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, dans l'enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH (Vespa) réalisée en 2003⁴, parmi les patients contaminés par voie hétérosexuelle diagnostiqués entre 1996 et 2003 et dont le diagnostic date de plus de six mois, 45,3 % des étrangers d'Afrique subsaharienne contre 31,8 % des personnes de nationalité française ont été diagnostiqués avec une infection avancée⁵. Deux catégories de personnes originaires d'Afrique subsaharienne et diagnostiquées tardivement pour le VIH ont été décrites par l'enquête Retard [1] : des hommes établis de longue date, professionnellement insérés, pour lesquels la connaissance tardive de la séropositivité

renvoie à un accès tardif au système de soins, doublé d'une méconnaissance de l'exposition aux risques et des femmes plus jeunes, arrivées en France récemment, sans emploi et vivant dans des conditions précaires, chez lesquelles l'accès tardif aux soins est tributaire du contexte de la migration.

Les données issues de la notification obligatoire de l'infection à VIH mise en place en 2003 confirment l'importance de l'épidémie parmi les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. En 2005, tous modes de contamination confondus, 30 % des nouvelles découvertes de séropositivité concernaient des personnes de nationalités d'Afrique subsaharienne. Parmi les personnes qui ont été contaminées par rapports hétérosexuels (52 %), 52 % des femmes et 40 % des hommes étaient originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne.

L'analyse des motifs de dépistage montre que les femmes africaines sont plus fréquemment diagnostiquées à l'occasion d'une grossesse que les femmes françaises (20 % vs 14 %). Le stade clinique lors de la découverte de la séropositivité varie également selon la nationalité : les hommes et les femmes d'Afrique subsaharienne contaminés par rapports hétérosexuels sont moins nombreux à découvrir leur séropositivité au moment de la primo-infection que les hétérosexuels français (2 % vs 11 % chez les hommes ; 2 % vs 10 % chez les femmes). Par contre, ils découvrent plus souvent que les Français leur séropositivité à un stade asymptomatique de l'infection (56 % vs 42 % chez les hommes et 69 % vs 61 % chez les femmes) et moins souvent à un stade très tardif de sida (17 % vs 24 % chez les hommes et 12 % vs 16 % chez les femmes).

4. Enquête financée par l'ANRS, menée sous la responsabilité de France Lert, Inserm U 687. En pourcentage de cas pour lesquels l'information est connue.

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

Le problème du retard au dépistage plus important chez les personnes d'Afrique subsaharienne, constaté à partir des cas de sida, est donc à nuancer au regard des découvertes actuelles de séropositivité, ces données indiquant que le dépistage chez les personnes d'Afrique subsaharienne semble se faire, en 2005, de façon moins tardive qu'auparavant.

Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne contaminées par rapports hétérosexuels, qui ont découvert leur séropositivité en 2005, étaient plus jeunes que celles de nationalité française, tant chez les femmes (32 ans *vs* 38 ans) que chez les hommes (38 ans *vs* 45 ans). Elles étaient originaires pour les trois quarts d'entre elles du Cameroun et de Côte-d'Ivoire, puis du Congo et du Mali, puis de la République démocratique du Congo et du Sénégal.

Logiquement, les étrangers de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés dans les files actives des services hospitaliers prenant en charge les personnes vivant avec le VIH. Dans l'enquête Vespa, les étrangers représentaient 18 % de la file active des 103 services interrogés dont 55 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne, alors que la proportion d'étrangers au sein de la population générale est de 6,1 % dont 9,2 % sont originaires d'Afrique subsaharienne.

Les caractéristiques socio-économiques de ces patients révèlent des conditions de vie dégradées par rapport aux personnes vivant avec le VIH nées en France [2-4]. Les patients originaires d'Afrique subsaharienne cumulent plus souvent des facteurs sociaux péjoratifs : absence de logements personnels, d'emploi et de revenus qui explique, en partie, la moins bonne observance thérapeutique chez ces patients [5].

La part croissante d'étrangers originaires d'Afrique subsaharienne dans l'épidémie de l'infection à VIH n'est pas propre à la France ; ce phénomène est observé dans plusieurs

pays d'Europe ayant des liens historiques d'immigration avec des pays à forte prévalence : les personnes originaires d'un pays d'épidémie généralisée⁶ représentent plus de 60 % des nouveaux cas hétérosexuels diagnostiqués en 2005 en Belgique, en Irlande et en Suède, environ la moitié au Royaume-Uni et en Allemagne [6].

Cette situation résulte à la fois de la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine et de l'évolution des flux migratoires observée ces dernières années.

L'Afrique subsaharienne, la région du monde la plus touchée

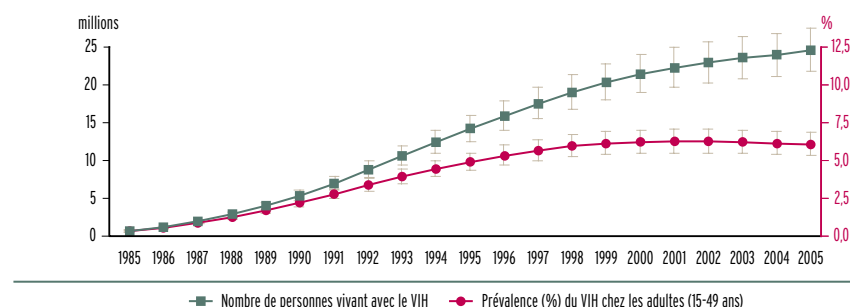
Avec 24,7 [21,8-27,7] millions de personnes vivant avec le VIH en 2006 [figure 1], l'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée par l'infection à VIH [7]. Ce sous-continent rassemble 63 % des personnes vivant avec le VIH à travers le monde : 75 % des femmes et 90 % des enfants de moins de 15 ans touchés par la maladie vivent en Afrique subsaharienne. L'Onusida estime à 2,8 [2,4-3,2] millions le nombre de personnes ayant contracté le virus au cours de l'année 2006 et à 2,1 [1,8-2,4] millions le nombre de décès liés au sida, représentant 72 % du total mondial des décès dus au sida. Malgré les efforts engagés ces dernières années, en Afrique subsaharienne, seul un million de personnes [930 000-1,15 million] a accès au traitement antirétroviral. La prévalence de l'infection à VIH chez les adultes (15-49 ans) est estimée à 5,9 %⁷ [5,2-6,7] ; elle apparaît stable ces dernières années, mais le nombre de personnes vivant avec le VIH continue

6. Pays où la prévalence du VIH est supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes, principalement situés en Afrique subsaharienne.

7. À titre de comparaison, la prévalence est estimée à 1,0 % [0,9-1,2] au niveau mondial, à 0,4 % [0,3-0,6] en Asie et à 0,5 % [0,4-0,7] en Europe occidentale.

FIGURE 1

Évolution de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne, 1985-2005



Source : [7].

d'augmenter en raison de l'accroissement naturel de la population.

L'importance de l'épidémie au sein du sous-continent africain fait parfois oublier qu'il existe en réalité une grande diversité de situations : les niveaux de prévalence peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre [figure 2], mais aussi parfois à l'intérieur d'un même pays. C'est en Afrique australe que les niveaux de prévalence sont les plus élevés : 32 % des personnes infectées par le VIH vivent dans cette sous-région, et elle compte 34 % des décès dus au sida de par le monde. Au Zimbabwe, au Botswana, en Namibie et au Swaziland, plus de 20 % des personnes âgées de 15 à 49 ans sont séropositives ou porteuses du sida. Au Swaziland, la prévalence enregistrée chez les femmes enceintes en consultation prénatale⁸ est passée de 4 % en 1992 à 43 % en 2004. L'Afrique du Sud compte aujourd'hui 5,5 [4,9-6,1] millions de personnes vivant avec le VIH. À l'Est, l'Afrique des grands lacs (Tanzanie, Kenya, Ouganda, Burundi et Rwanda) a vu l'épidémie se stabiliser et même décroître par endroits : au Kenya, la prévalence est passée de 10 % à la fin des années quatre-vingt-dix à 6 % en 2005. En Ouganda et en Tanzanie, environ 7 % des adultes sont contaminés par le virus du sida,

contre environ 3 % au Rwanda et au Burundi. Comparativement au reste de l'Afrique, les pays de l'Ouest et du Centre sont toujours apparus moins touchés par l'épidémie. Cependant, dans certains des pays les plus peuplés de cette région, la prévalence peut atteindre des niveaux relativement importants. En République démocratique du Congo, les données disponibles montrent que les niveaux de prévalence peuvent atteindre 7 % parmi les femmes enceintes dans des villes comme Lubumbashi. Au Cameroun et au Congo, environ 5 % de la population adulte sont infectés ; c'est le double en République centrafricaine (10,7 %). En Côte-d'Ivoire, 7,1 % des adultes sont touchés par l'épidémie. Avec 2,9 millions de personnes séropositives, le Nigeria est troisième au classement des pays comptant le plus grand nombre de

8. Dans ce pays, comme dans tous les pays d'Afrique subsaharienne, le principal système de surveillance repose sur le dépistage du virus dans les échantillons sanguins prélevés de manière systématique pendant les consultations prénatales auprès des femmes qui viennent pour leur première visite. Les tests sont effectués durant les trois premiers mois de l'année et concernent généralement 250 à 400 femmes enceintes. Ces mesures permettent de suivre l'évolution de l'infection dans ce groupe de population que l'on considère comme le plus représentatif de la population générale. C'est essentiellement à partir de ces données que l'Onusida estime, par la suite, le niveau de prévalence national dans la population adulte.

Des flux migratoires en augmentation⁹

Entre 2000 et 2003, le nombre d'étrangers admis à séjourner en France¹⁰ a augmenté régulièrement, passant d'environ 160 000 personnes en 2000 à 215 000 en 2003 (+ 34,3 %). Dans le même temps, la part de l'immigration africaine est passée de 40,0 % (soit environ 64 000 personnes) à 47,2 % (soit environ 101 000 personnes). Les ressortissants des pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie) forment toujours les deux tiers de l'immigration africaine (66,9 %), loin devant les pays subsahariens. Cependant, les flux provenant de ces derniers ont fortement augmenté, leur part relative passant de 9,8 % en 1994 à 15,6 % en 2003. Les étrangers d'Afrique subsaharienne admis au titre de séjour sont originaires d'une grande diversité de pays, mais six pays génèrent 56,7 % des flux du sous-continent en 2003. Il s'agit, par ordre d'importance, du Sénégal, du Cameroun, de la Côte-d'Ivoire, de la République démocratique du Congo, du Congo et du Mali **[figure 3]**. Les effectifs provenant de ces six pays ont augmenté de 54,3 % entre 2000 et 2003, passant de 12 360 à 19 076 personnes. Les augmentations les plus fortes ont concerné les flux provenant de République démocratique du Congo (+ 93,6 %), du Cameroun (+ 82,6 %),

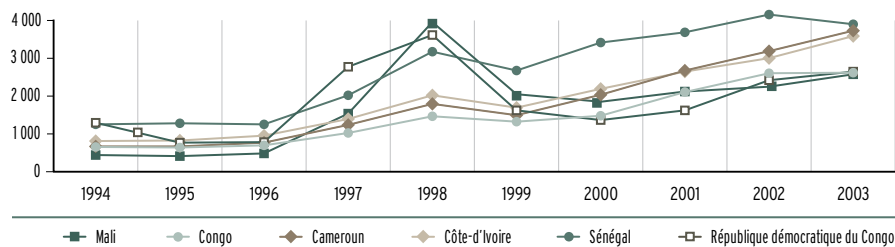
du Congo (+ 76,3 %) et de Côte-d'Ivoire (+ 64,3 %).

Au cours de la période 2000-2003, presque autant de femmes que d'hommes originaires d'Afrique subsaharienne ont été admises au séjour en France (97 femmes pour 100 hommes). Pour 46 % des personnes, cette admission a eu lieu dans le cadre d'un regroupement familial alors que, dans 29 % des cas, la raison était la poursuite d'études en France. Les migrations de travail sont très minoritaires puisqu'elles n'ont représenté que 2 % des admissions au séjour au cours de la période étudiée. Enfin, malgré une augmentation notable ces dernières années, les admissions au titre d'étrangers malades ont concerné moins de 3 000 personnes en 2003, provenant essentiellement du Cameroun, du Mali, de la Côte-d'Ivoire et de la République démocratique du Congo [8].

9. Cette partie a été écrite à partir des données sur les flux d'immigration que l'Ined met à disposition sur son site (http://statistiques_flux_immigration.site.ined.fr/). Elle porte sur la période qui a suivi le dernier recensement de la population de 1999. On peut également se référer à Xavier T. « Évolution récente de l'immigration en France et éléments de comparaison avec le Royaume-Uni ». *Population* 2004; 59 (5) : 725-64.

10. Il s'agit d'admissions au séjour pour une durée supérieure ou égale à un an, étudiants inclus. La mesure de la durée du séjour repose sur la durée de validité portée sur les titres de séjour. L'année est celle au cours de laquelle l'étranger a été autorisé à séjourner, sachant que les étrangers admis au séjour régulier une année donnée peuvent être arrivés en France au cours d'une année antérieure. L'année d'admission peut donc être différente de l'année d'entrée effective sur le territoire.

FIGURE 3



Une analyse par nationalité laisse apparaître des profils migratoires différents. Malgré son ancienneté, la migration malienne présente encore les caractéristiques du stade premier de l'histoire migratoire¹¹, avec seulement 42 femmes pour 100 hommes et une proportion élevée de célibataires (57 %). À l'inverse et, malgré son caractère récent, la migration camerounaise est marquée par une prépondérance de femmes (sex-ratio de 180), dont la majorité sont des conjoints de Français (76 %). La migration ivoirienne présente un profil particulier, marqué à la fois par la venue de nombreux célibataires (63 %), comme au premier stade migratoire, et par un nombre plus important de femmes que d'hommes (137 femmes pour 100 hommes). La migration sénégalaise, quant à elle, se distingue par sa forte proportion d'étudiants (46 %). Enfin, les flux provenant de la République démocratique du Congo et, dans une moindre mesure, du Congo sont marqués par un nombre important de réfugiés (respectivement 35 % et 18 %), rappelant l'instabilité politique qui règne dans cette région.

Les flux migratoires provenant d'Afrique subsaharienne sont remarquables par leur diversité. Parce qu'ils sont sous-tendus par des dynamiques complexes, ils s'éloignent parfois des schémas connus. Cependant, le fait que certains courants se caractérisent déjà par des profils individuels que l'on s'attendrait à observer ultérieurement montre la rapidité de leur cheminement par rapport au modèle migratoire classique.

Données de surveillance et flux migratoires : des évolutions qui se superposent

L'augmentation récente du nombre de cas de sida et de découvertes de séropositivité en France chez les personnes d'Afrique subsaharienne s'explique, en grande partie, par l'accroissement du flux migratoire en provenance de cette région du monde. La préva-

lence de l'infection à VIH étant très élevée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, le fait qu'un immigré soit infecté par le virus du sida est le plus souvent le résultat statistique de cette probabilité élevée. Les raisons de venue en France restent principalement le rapprochement familial et les études, la délivrance d'un titre de séjour pour raisons médicales ne représentant qu'un très faible pourcentage des motifs d'admission au séjour.

Cependant, une partie des découvertes de séropositivité chez les personnes d'Afrique subsaharienne est liée à des contaminations qui ont lieu sur le territoire français. Deux indicateurs reflètent cette dynamique : la proportion d'infections récentes¹² (inférieure ou égale à six mois) et la proportion de sous-type B¹³ parmi les découvertes de séropositivité. En 2005, 8,8 % [7,0-10,5] des personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne étaient porteuses d'une infection récente au moment du diagnostic VIH et 27,3 % [24,5-30,1] étaient infectées par un virus de sous-type B, suggérant que des contaminations ont lieu chez des personnes d'Afrique subsaharienne vivant en France [9]. Par ailleurs, le fait que 20 % des personnes de nationalité française dépistées positives en 2005 soient porteuses d'un virus de type non B traduit une certaine intrication de la transmission du VIH au sein des populations françaises et africaines.

11. Au commencement du cycle migratoire, il est généralement observé que les pays émettent une population à dominante masculine et célibataire à fin de travail. Il s'ensuit habituellement une migration de nature plutôt féminine et mariée au fur et à mesure que s'opèrent les regroupements familiaux avec les premiers arrivants. Dans un troisième temps, l'immigration est davantage liée aux mariages contractés par les enfants d'immigrés vivant en France, qu'ils aient ou non acquis la nationalité française.

12. La proportion d'infections récentes dépend de l'incidence de l'infection à VIH, mais aussi des comportements de recours au dépistage dans les différentes populations exposées au VIH. Plus le recours au dépistage est important, plus la probabilité de diagnostiquer une infection récente est importante.

13. L'Afrique subsaharienne se caractérise par la présence majoritaire de virus de sous-type non B, alors que ces derniers étaient quasiment absents en Europe de l'Ouest au début des années quatre-vingt-dix. Aujourd'hui, la proportion des sous-types non B est importante en France (41 % en 2005).

L'ENQUÊTE ET SES OBJECTIFS

Malgré la mise en évidence du poids grandissant des personnes originaires d'Afrique subsaharienne parmi les nouveaux diagnostics de VIH/sida, cette population n'a pas encore reçu autant d'attention de la recherche en sciences sociales que d'autres groupes touchés par le VIH. Il existe donc peu de données précises et actualisées dans des domaines importants pour la définition des stratégies de prévention. Quelques études qualitatives sont disponibles, mais elles portent sur des populations et des effectifs limités. Elles tendent à montrer la diversité des connaissances et comportements face au VIH, non seulement en fonction du pays d'origine et de la communauté d'appartenance, mais aussi en fonction du parcours migratoire [10]. C'est dans ce contexte que s'est inscrit le projet de mener une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida¹⁴ auprès de cette population¹⁵, dans la lignée de celles réalisées sur le VIH/sida en France métropolitaine depuis 1990 par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France [11].

L'objectif principal de cette enquête est de caractériser les représentations sociales que les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne ont du VIH/sida, leurs connaissances des modes de transmission et des traitements, les attitudes qui sont les leurs à l'égard des personnes touchées par l'épidémie, la perception qu'ils ont du risque de contamination et leurs modes d'adaptation face à ce risque.

Zone d'étude

L'enquête a été réalisée en Ile-de-France. Ce choix se justifie par les caractéristiques démographiques et épidémiologiques propres à cette région. Les données disponibles au moment de l'enquête montraient qu'en 1999 (date du dernier recensement disponible au moment de l'enquête),

60 % des natifs d'Afrique subsaharienne résidaient en Ile-de-France¹⁶. Par ailleurs, parmi les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2005, 65,0 % vivent dans la région parisienne.

PLAN DE L'OUVRAGE

L'ouvrage est organisé autour de six chapitres. Le premier chapitre décrit les choix méthodologiques qui ont guidé la réalisation de l'enquête ainsi que les caractéristiques de la population enquêtée. Le deuxième chapitre porte sur les connaissances de la maladie, en particulier les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger, ainsi que sur l'existence des traitements. Le troisième chapitre aborde l'évolution des attitudes de tolérance à l'égard des personnes séropositives, des opinions concernant les malades du sida et les préservatifs. L'évolution de la perception du risque d'être contaminé par le VIH et la crainte individuelle de la maladie font l'objet du quatrième chapitre. Le cinquième chapitre est plus particulièrement consacré aux connaissances relatives au dispositif de dépistage du VIH, à la fréquence du recours à ce test et aux circonstances qui l'ont motivé. Enfin, des éléments relatifs à l'activité sexuelle et aux comportements de prévention sont décrits dans le sixième et dernier chapitre. Des pistes de réflexions et des recommandations en termes d'actions sont proposées en conclusion de cet ouvrage.

14. Enquêtes dites KABP pour « Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices ». Sur la genèse de ces enquêtes, on peut se référer à : Caraël M., « Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique : forces et faiblesses ». In J.-P. Dozon et L. Vidal (dir.), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Actes de l'Atelier de Bingerville (Côte-d'Ivoire), 15-17 mars 1993. Paris : Orstom, 1993 : 27-36.

15. Par facilité de langage, cette enquête sera parfois appelée « KABP migrants » en référence aux enquêtes « KABP métropole » et « KABP DFA » réalisées par l'ORS Ile-de-France en 2004.

16. Les données des deux premières enquêtes annuelles du recensement nouvelle formule ont montré que cette proportion était restée la même en 2004-2005 [12].

Bibliographie

- [1] Calvez M., Semaille C., Fierro F., Laporte A.
Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004.
BEH 2006 ; 31 : 227-9.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/31/beh_31_2006.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [2] Mortier E., Chan Chee C., Bloch M., *et al.*
Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine.
BEH 2003 ; 01 : 2-3.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/01/beh_01_2003.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [3] Lert F.
Les migrants touchés par l'épidémie de VIH-sida : qui sont-ils ?
Communication au colloque « Prévention du VIH/sida chez les migrants ». Marseille, 26-27 mai 2005.
- [4] Valin N., Lot F., Larsen C., Gouëzel P., Blanchon T., Laporte A.
Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002.
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2004 : 55 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/vih_afrique/vih_afrique.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [5] Dray-Spira R., Spire B., Heard I., Lert F. and the Vespa Study Group.
Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study.
AIDS 2007 ; 21 (Suppl 1): S5-S12.
- [6] EuroHIV.
HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005.
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. No. 73.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/eurohiv_rapport73/report_eurohiv_73.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007].
- [7] Onusida.
Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2006.
Genève, Suisse : Onusida, 2006 : 96 p.
En ligne : http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Fr.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007].
- [8] Régnaud C.
Immigration et présence étrangère en France en 2004. Rapport annuel de la Direction de la population et des migrations.
Paris : La Documentation française, 2006 : 260 p.
- [9] Lot F., Cazein F., Pillonel J., *et al.*
Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005.
BEH 2006 ; 48 : 371-78.
En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2006/48/index.htm>
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [10] Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006.
Paris : ministère de la Santé et de la Protection sociale, non daté : 64 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/progvihmigtotal.pdf>
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [11] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou W., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en France : évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005 : 176 p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [12] Borrel C.
Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004.
Insee Première 2006 ; 1098 : 1-4.
En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1098/ip1098.pdf>
[Dernière consultation le 29/03/2007]





JAVA
HOLLANDAIS

Principales caractéristiques de la zone d'étude et présentation méthodologique de l'enquête

NATHALIE LYDIÉ

LA ZONE D'ÉTUDE

L'enquête a été conduite dans l'ensemble des départements de la région Ile-de-France, à savoir : Paris, les départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne), les départements de la grande couronne (Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise).

L'Ile-de-France, première région de résidence des populations originaires d'Afrique subsaharienne

En 1999, au moment du recensement de la population, 4,31 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine, soit 7,4 % de la population **[tableau 1] [1]**. Les immigrés sont inégalement répartis sur le territoire, trois régions regroupant à elles seules 60 % des immigrés vivant en métropole : l'Ile-de-France (37 %), Rhône-Alpes (11 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (9 %).

Les 1,61 million d'immigrés qui résident en Ile-de-France en 1999 constituent 14,7 % de la population francilienne, alors que ce même pourcentage est de 5,7 % en province **[2]**.

Les immigrés franciliens proviennent essentiellement d'Europe méditerranéenne et du Maghreb ; les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne représentent 15 % des immigrés résidant en Ile-de-France¹ contre 9,1 % au niveau national. Ainsi, les ressortissants d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés en Ile-de-France : 60,7 % résident dans la région de la capitale. La majorité d'entre eux (68 %) sont originaires, par ordre d'importance, du Mali, de Côte-d'Ivoire, du Sénégal, de République démocratique du Congo et du Cameroun.

Les immigrés subsahariens résidant en Ile-de-France sont, dans 68,2 % des cas, des étrangers, c'est-à-dire des personnes nées

1. En 1999, sur 100 immigrés, environ 29 venaient du Maghreb, 28 d'un pays de l'Europe des Quinze, 17 d'Asie (dont la Turquie), 15 d'un pays d'Afrique, 7 d'un pays d'Europe n'appartenant pas à l'Union européenne et 4 d'Amérique et d'Océanie **[3]**.

TABLEAU I

Nombre d'immigrés en France et en Ile-de-France au recensement de 1999

	France	Ile-de-France	Poids de l'Ile-de-France (en %)
Population (en millions)	58,52	10,95	18,7
Nombre d'immigrés en millions (tous pays de naissance confondus)	4,31	1,61	37,3
Étrangers nés à l'étranger	2,75	1,11	40,4
Français par acquisition	1,56	0,50	32,1
Nombre d'immigrés d'Afrique subsaharienne (hors Maghreb)	394 000	239 000	60,7
Étrangers nés à l'étranger	254 000	163 000	64,2
Français par acquisition	140 000	76 000	54,3

Source : Insee, recensement de la population 1999.

à l'étranger et de nationalité étrangère. Les autres (31,8 %) sont des personnes nées «étrangères à l'étranger» et qui ont acquis la nationalité française.

Les ménages immigrés sont surtout présents dans les communes des départements de la petite couronne, et en particulier en Seine-Saint-Denis. À Paris, ils résident plus souvent dans les 18^e et 19^e arrondissements, et le Val-d'Oise est le département de la grande couronne dans lequel ils sont le plus représentés [4].

La première région métropolitaine touchée par le VIH/sida²

Parmi les personnes diagnostiquées séropositives sur l'ensemble du territoire entre 2003 et 2005, 48,3 % étaient domiciliées en Ile-de-France. Le nombre de cas rapporté à la population est quatre fois plus élevé dans la région francilienne qu'en province, soit 46,6 cas pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 11,5 en province [tableau II]. Les données relatives aux cas de sida montrent des tendances similaires : les personnes diagnostiquées au stade sida depuis le début de l'épidémie et domiciliées en Ile-de-France représentent 45,2 % de l'ensemble des cas déclarés en France.

Que l'on raisonne sur les nouveaux cas

de sida ou sur les nouvelles découvertes de séropositivité, les disparités départementales au sein de la région Ile-de-France sont importantes, Paris et les départements de la petite couronne étant les zones les plus touchées. Rapporté à la population, le nombre de cas de séropositivités pour la période 2003-2005 était de 99,8 pour 100 000 habitants à Paris, contre 46,6 pour 100 000 en Ile-de-France. Pour les cas de sida, ces mêmes évaluations étaient respectivement de 26,3 et 13,5. Parmi les départements de la petite couronne, c'est la Seine-Saint-Denis qui apparaît comme le département le plus touché avec un taux de 63,7 nouveaux diagnostics de séropositivité pour 100 000 habitants et un taux de nouveaux cas de sida de 19,6. Les départements de la région Ile-de-France les moins concernés sont les Yvelines et l'Essonne.

L'analyse des caractéristiques des personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2005 montre la surreprésentation des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France : 65,0 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaha-

2. Sauf mention contraire, cette partie a été rédigée à partir de la base de données VIH et de la base de données sida disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire (<http://www.invs.sante.fr>).

TABLEAU II

Nombre de cas de séropositivité et de sida par zone de domicile entre 2003 et 2005 et taux pour 100 000 habitants. Proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les cas de séropositivités diagnostiqués entre 2003 et 2005

	Population ¹	Diagnostics VIH			Diagnostics sida	
		Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Pourcentage d'étrangers africains ³	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Ile-de-France	11 290 831	5 259	46,6	51,8	1 527	13,5
Paris	2 163 535	2 160	99,8	41,5	568	26,3
Hauts-de-Seine	1 494 269	525	35,1	52,2	163	10,9
Seine-Saint-Denis	1 416 598	902	63,7	63,8	278	19,6
Val-de-Marne	1 258 575	532	31,9	53,8	194	15,4
Seine-et-Marne	1 256 568	251	42,3	45,6	79	6,3
Yvelines	1 390 170	244	17,6	46,2	68	4,9
Essonne	1 172 301	280	23,9	56,1	63	5,4
Val-d'Oise	1 138 815	365	32,1	59,9	114	10,0
Hors Ile-de-France	49 049 169	5 628	11,5	22,4	2 008	4,1
France	60 340 000	11 270 ²	18,7	37,4	3 565 ⁴	5,9

1. Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2004 (<http://www.insee.fr>).

2. Y compris les 383 cas pour lesquels la région de domicile est inconnue.

3. En pourcentage de cas dont la nationalité est connue.

4. Y compris les 30 cas pour lesquels la région de domicile est inconnue.

Source : InVS, données au 31 décembre 2005. Données 2004 et 2005 provisoires non redressées (<http://www.invs.sante.fr>).

rienne qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2005 habitent dans la région francilienne. À Paris, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2005, plus de quatre personnes sur dix (41,5 %) sont originaires d'Afrique subsaharienne contre à peine plus d'une sur cinq (22,4 %) en province [tableau II]. Dans cinq départements franciliens – Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Essonne et Val-d'Oise –, plus de la moitié des cas de VIH diagnostiqués entre 2003 et 2005 l'ont été chez des personnes originaires d'un pays du sud du Sahara.

Les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2005 étaient principalement originaires du Cameroun et de Côte-d'Ivoire, qui sont, par ailleurs, les deux pays d'émigration qui enregistrent les niveaux de prévalence les plus élevés (respectivement 5,4 % et 7,1 %), suivis du Congo et du Mali [5].

L'ENQUÊTE

Constitution de la base de sondage

Au moment de l'enquête, les seules données de cadrage disponibles étaient celles du recensement de la population de 1999. À partir de ces données, il était possible de créer une base de sondage constituée de l'ensemble des personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France au moment du recensement. Cependant, compte tenu de l'ancienneté du recensement par rapport à la date de l'enquête (six ans), cette base n'aurait que très imparfaitement reflété la population immigrée d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France en 2005. Pour rappel, le nombre d'étrangers provenant d'un pays d'Afrique subsaharienne admis au titre de séjour a augmenté de 44,7 % entre 2000

et 2003³. Une méthodologie différente a donc été choisie *via* la création d'une base de sondage constituée de la liste des communes d'Ile-de-France comportant plus de 5 000 habitants au recensement de 1999, en posant l'hypothèse que, si le nombre d'immigrés originaires d'Afrique subsaharienne avait augmenté ces dernières années, leur répartition géographique était sensiblement la même en 2005 que lors du dernier recensement de la population en 1999⁴.

Les principales étapes de la constitution de la base de sondage ont été les suivantes :

- La liste des communes d'Ile-de-France de plus de 5 000 habitants a été obtenue auprès de l'Insee. En plus du nom des 325 communes concernées, cette liste indiquait le nombre d'habitants âgés de 18 à 49 ans recensés en 1999 dans chaque commune et, parmi eux, le nombre de personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne.
- Les 113 communes dont le pourcentage de personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne était inférieur à 2 % et les 7 communes dans lesquelles leur nombre était inférieur à 100 ont été exclues en raison des difficultés qu'aurait présenté le fait de trouver des personnes éligibles dans ces zones. La base de sondage réduite comportait donc 205 communes.
- Avant de procéder au tirage au sort des communes, celles-ci ont été réparties en trois strates : la première strate comportait les communes dans lesquelles les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne consti-

tuaient plus de 6 % de la population recensée (n=32) ; dans la seconde, ils représentaient entre 4 % et 6 % de la population (n=51) alors que dans la troisième, leur poids était inférieur à 4 % mais supérieur à 2 % (n=122).

- Afin d'avoir une multiplicité et une bonne dispersion des points d'enquête, 50 communes ont été tirées au sort, de manière proportionnelle à l'importance relative de la strate. Le nombre de communes à enquêter dans chacune des strates était respectivement de 8, 12 et 30 [tableau III].
- La taille de l'échantillon a été fixée à 1 800 personnes (âgées de 18 à 49 ans), fruit d'un compromis entre le coût de l'étude et la puissance statistique acceptable. Cette taille d'échantillon a cependant permis d'obtenir une fraction de sondage de la population relativement élevée puisqu'on peut estimer qu'environ 1 personne sur 140⁵ a été interrogée.
- À partir de la taille globale de l'échantillon préalablement définie, le nombre d'immigrés à enquêter dans chacune des strates

3. Voir introduction.
4. Cette hypothèse semble raisonnable si l'on considère que les populations immigrées ont tendance à se regrouper par nationalité [4]. Seules les données du recensement en cours permettront de vérifier cette hypothèse.
5. En 2004-2005, l'Insee a estimé à 570 000 le nombre d'immigrés originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France [6]. Si l'on applique à ce chiffre les répartitions en termes d'âge et de lieu de résidence du recensement de 1999, le nombre d'immigrés originaires d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 49 ans vivant en Ile-de-France se situerait autour de 250 000 personnes en 2004 (contre 174 000 en 1999).

TABLEAU III

Récapitulatif du nombre de communes et d'immigrés recensés et à enquêter

Répartition des communes	Proportion d'immigrés parmi la population recensée	Nombre de communes (base sondage)
Strate 1	Supérieure ou égale à 6,00 %	32 (16 %)
Strate 2	De 4,00 % à 5,99 %	51 (25 %)
Strate 3	De 2,01 % à 3,99 %	122 (59 %)
Total		205 (100 %)

et dans chacune des communes tirées au sort a été calculé proportionnellement à leur poids respectif dans les différents niveaux.

Déroulement de l'enquête

La sélection des sites d'enquête

L'enquête a été réalisée en lieux ouverts, à partir de sites d'enquête fixes. Des sites communs à l'ensemble des communes sélectionnées et susceptibles de drainer des populations différentes ont été recherchés. Ces sites d'enquête ont finalement été au nombre de quatre :

- site 1 : gare RER, sortie de bouches de métro, terminus de bus ;
- site 2 : marché ouvert ;
- site 3 : bureau de poste ;
- site 4 : entrée/sortie de centre commercial, supermarché.

Pour chaque site, un recensement des différents lieux a été réalisé avec l'aide des services municipaux (nombre de postes, nombre de marchés, etc.). Lorsque plusieurs lieux correspondaient à un même type de site, ils étaient classés en fonction de leur fréquentation/importance ; par exemple, entre plusieurs bureaux de poste, la poste principale était choisie.

À partir des sites sélectionnés, un circuit d'enquête était créé. Lorsque cela a été possible, soit dans dix-sept des cinquante communes, plusieurs circuits ont été constitués, permettant ainsi la multiplication des points d'enquête. Les sites étaient visités

par les enquêteurs dans un ordre précis. Afin de tenir compte de la densité différentielle de la population immigrée africaine dans les communes, une durée de présence était à respecter sur chaque site. Elle était inversement proportionnelle à la densité de la population immigrée recensée. Ainsi, dans les communes où la population immigrée représentait plus de 6 % de la population recensée, le temps de présence sur chaque site était de deux heures, de trois heures dans les communes accueillant 2 à 4 % d'immigrés et quatre heures dans les autres. Quel que fût le nombre de personnes à enquêter dans la commune, un circuit complet était effectué. Si, à l'issue de ce circuit, le nombre préalablement défini d'interviews n'était pas réalisé, les enquêteurs commençaient un nouveau tour de circuit, toujours dans le même sens et toujours en respectant le temps d'enquête. Le site par lequel le nouveau tour de circuit démarrait était tiré au sort, de manière à ne surreprésenter aucun site. Lorsque l'enquêteur avait atteint le nombre d'interviews à réaliser à l'issue du temps d'enquête qu'il avait à respecter, il pouvait sortir du circuit indépendamment du site sur lequel il se trouvait.

La population enquêtée

Pour être éligible, une personne devait remplir trois critères :

- Être née dans un pays d'Afrique subsaharienne. Afin d'éviter toute ambiguïté, chaque enquêteur disposait de la liste des pays éligibles ;

Nombre de communes tirées au sort	Nombre d'immigrés au recensement de 1999	Nombre d'immigrés à enquêter
8	43 813	491
12	53 802	603
30	62 906	706
50	160 521	1 800

■ Être âgée de 18 à 49 ans. Cela était le cas de 73 % des personnes recensées en 1999. Par ailleurs, l'âge moyen des personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2004 était de 38 ans pour les hommes et de 32 ans pour les femmes ;

■ Résider habituellement en Ile-de-France. Aucune durée de résidence minimale n'était exigée. La personne interrogée pouvait soit habiter dans la commune de l'interview, soit dans une autre commune.

L'enquêteur devait solliciter l'ensemble des personnes qui, *a priori*, pouvaient remplir ces critères, dans le respect du temps affecté à chaque site et de l'ordre du circuit.

Le recueil des données

La mise en œuvre du recueil des données a été confiée à l'institut de sondages BVA. Elle a été assurée par quarante-deux enquêteurs encadrés par quatre chefs d'équipe et cinq responsables terrain. Après une phase pilote permettant de s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire et de la faisabilité de l'enquête (mai 2005), le recueil des données a été réalisé du 3 juin au 6 juillet 2005, du lundi au samedi.

Les enquêteurs, qui étaient tous originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne, ont reçu une formation de deux jours dispensée par l'équipe de BVA et les responsables de l'enquête à l'INPES. Sur le terrain, ils ont travaillé en binôme (une femme/un homme). Le questionnaire a été administré en face-à-face sur les sites sélectionnés à l'aide de questionnaires papier. Dans la mesure du possible, l'enquêteur tentait de s'isoler avec la personne interrogée. Le questionnaire a été passé en français ; les hommes ont interrogé les hommes ; les femmes ont interrogé les femmes. À l'issue du questionnaire et en guise de remerciement, l'enquêteur remettait à la personne interrogée une carte téléphonique prépayée d'une valeur de 10 € permettant d'appeler dans les pays d'Afrique subsaharienne, ainsi qu'un document de

prévention sous forme d'un roman-photo, intitulé *La menace*, réalisé par l'INPES en 2004 spécifiquement pour la population africaine. En cas de questions relatives au VIH, la personne était orientée vers Sida Info Service, dont le numéro de téléphone figurait sur le document qui lui était remis.

Les enquêteurs avaient pour consigne de relever, à l'aide d'un tableau, l'ensemble des contacts qui n'avaient pas donné lieu à la passation d'un questionnaire. Un échange était considéré comme un « contact » à partir du moment où l'enquêteur avait eu la possibilité de lire à la personne la partie introductive du questionnaire qui expliquait la nature de l'enquête et énonçait les critères d'éligibilité. Les informations recueillies dans le tableau étaient les suivantes : (a) a refusé de répondre à l'enquête, (b) n'est pas éligible – dans ce cas, le critère non rempli était précisé (moins de 18 ans et plus de 49 ans ; non natif des pays listés, ne réside pas en Ile-de-France), (c) a déjà répondu à l'enquête.

Le questionnaire utilisé – disponible en annexe – avait été directement adapté des questionnaires développés par l'ORS Ile-de-France dans le cadre des enquêtes KABP métropole et KABP DFA. Il avait été conçu de manière à ce que la durée de passation n'excède pas trente minutes.

Au final, 14 164 contacts ont été établis pendant la durée de l'enquête. Dans 69,9 % des cas, (n=9 901), ces contacts ont concerné des personnes éligibles [tableau IV]. Parmi celles-ci, 19,6 % (n=1 941) ont accepté de répondre à l'enquête. Après vérification, 67 questionnaires ont été écartés parce qu'ils comportaient trop d'incohérences.

Le nombre de questionnaires à réaliser dans chaque groupe et dans chaque commune a été globalement respecté avec des variations peu importantes [tableau IV et annexe 2 pour le détail par commune].

La durée moyenne de passation du questionnaire a été de vingt-six minutes.

TABLEAU IV

Récapitulatif du recueil des données

Nombre de contacts	14 164	100,0 %
Nombre de personnes non éligibles	4 263	30,1 %
Personnes non éligibles en termes d'âge	1 385	32,5 %
Personnes non originaires des pays listés	2 437	57,2 %
Personnes n'habitant pas en Ile-de-France	441	10,3 %
Nombre de personnes éligibles	9 901	69,9 %
Parmi les personnes éligibles	9 901	100,0 %
Nombre de refus	7 822	79,0 %
Nombre d'abandons	138	1,4 %
Nombre de questionnaires complets	1 941	19,6 %
Nombre de questionnaires exploitables	1 874	96,5 %
Communes de la strate 1 :	511 sur les 491 attendus (+8)	
Communes de la strate 2 :	595 sur les 603 attendus (-8)	
Communes de la strate 3 :	768 sur les 706 attendus (+62)	

En cours de passation, 138 questionnaires ont donné lieu à un abandon : 71 abandons (51,4 %) sont intervenus vers le milieu du questionnaire dans la partie qui portait sur les connaissances, attitudes et opinions relatives au VIH/sida (questions 17 à 35) ; 35 (25,4 %) dans la première partie du questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques (questions 1 à 16) ; 32 (23,2 %) à partir de la question 36, cette dernière ouvrant le module sur la sexualité.

Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie des enquêtés

Sexe et âge

Sensiblement plus de femmes que d'hommes ont été interrogées au cours de l'enquête (51,9 % vs 48,1 %). L'âge moyen des répondants était de 30,2 ans. La moyenne d'âge était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (31,0 ans vs 29,4 ans ; $p < 0,001$).

Pays de naissance et nationalité

Près de six répondants sur dix (59,3 %) sont nés dans un pays d'Afrique de l'Ouest,

principalement au Sénégal, en Côte-d'Ivoire et au Mali, alors que les personnes nées en Afrique centrale (34,5 %) proviennent essentiellement du Cameroun, de la République démocratique du Congo et du Congo. Au moment de l'enquête, 23,1 % des répondants avaient acquis la nationalité française. Cette situation concernait davantage de femmes que d'hommes (28,3 % vs 17,4 % ; $p < 0,001$), essentiellement originaires du Sénégal, de Côte-d'Ivoire, du Mali et du Cameroun.

Date et raison de venue en France

Les dates d'arrivée en France des personnes interrogées étaient comprises entre 1962 et 2005 mais, dans 40,8 % des cas, il s'agissait d'immigration récente, postérieure à 1999. L'âge médian d'arrivée en France était de 22,0 ans pour les hommes et de 19,0 ans pour les femmes ($p < 0,001$). Environ 10 % de l'échantillon est arrivé avant l'âge de 10 ans et autant après 30 ans. Les principales raisons d'immigration étaient, pour les hommes, la poursuite d'études (38,7 %) et la recherche d'un emploi (27,4 %) tandis que, chez les femmes, la migration s'est d'abord faite dans le cadre d'un rapproche-

ment familial (42,8 %) puis dans le cadre des études (35,4 %). Plus d'hommes que de femmes ont déclaré être venus en France pour des raisons politiques (12,4 % vs 5,3 % ; $p < 0,001$). Il s'agissait essentiellement de personnes originaires de République démocratique du Congo et, dans une moindre mesure, du Congo, de Côte-d'Ivoire et d'Angola. La venue en France pour raisons médicales a été invoquée par 1,8 % des hommes et 3,5 % des femmes interrogés, sans qu'il leur soit demandé de préciser la pathologie en cause.

Niveau d'études

La majorité des personnes interrogées (53,3 %) ont déclaré avoir réalisé au moins une année d'études après le baccalauréat. Cette situation concerne significativement plus d'hommes que de femmes (57,0 % vs 49,9 % ; $p < 0,001$). Seule une minorité de répondants (3,2 % des hommes et 2,8 % des femmes) n'ont jamais été scolarisés.

Religion et pratique

Moins de 5 % des personnes interrogées (4,8 %) ont déclaré qu'elles n'avaient pas de religion alors qu'une même proportion de catholiques et de musulmans (38,1 %) a été enregistrée dans notre échantillon. Environ 16 % (15,8 %) des personnes interrogées ont dit qu'elles étaient protestantes et 2,9 % ont déclaré une autre religion (Église évangéliste, témoins de Jéhovah, etc.). La religion occupe une place particulièrement importante pour cette population, 51,2 % des personnes interrogées ayant déclaré une pratique religieuse régulière. Les personnes qui pratiquent régulièrement sont pour la majorité d'entre elles de confession musulmane : 66,0 % des musulmans ont déclaré pratiquer régulièrement contre 37,0 % des catholiques ($p < 0,001$). Ces derniers déclarent davantage ne pratiquer que de temps en temps ou lors d'événements importants (51,0 % d'entre eux).

Activité professionnelle et revenus

Au moment de l'enquête, significativement plus d'hommes que de femmes ont déclaré une activité professionnelle (52,7 % vs 42,8 % ; $p < 0,001$). Les employés et les ouvriers constituaient la majorité de la population active (82,5 %), les professions intermédiaires, les cadres, artisans commerçants représentant 12,8 % des actifs. Les femmes en activité sont très majoritairement des employées (84,5 %), alors que les hommes sont employés (43,6 %) et ouvriers (34,8 %). Plus de femmes que d'hommes ont déclaré poursuivre des études (27,6 % vs 21,9 % ; $p = 0,002$) alors qu'un pourcentage équivalent d'hommes et de femmes se sont dits sans activité professionnelle (22,9 % vs 19,4 % ; différence non significative). Plus d'une personne interrogée sur deux (51,8 %) a jugé sa situation financière juste ou difficile, impliquant un endettement pour 3,8 % d'entre elles. Le manque de moyens financiers avait obligé 21,8 % des personnes interrogées à renoncer à des soins de santé.

Statut matrimonial et environnement familial

Au moment de l'enquête, 33,4 % des hommes et 35,5 % des femmes étaient mariés. Dans la majorité des cas (92,0 %), il s'agissait d'une union monogame. Cependant 8,6 % des hommes (25/291) et 7,6 % (24/317) des femmes mariées ont déclaré appartenir à une union polygame. Une proportion identique d'hommes et de femmes vivaient en couple cohabitant ou non (33,9 % des hommes et 33,6 % des femmes), ou étaient célibataires (32,7 % des hommes et 31,0 % des femmes).

Les personnes interrogées vivaient dans des foyers comportant entre 1 et 15 personnes. Si la majorité des foyers est composée de plus d'une personne, les hommes ont été plus nombreux que les femmes à déclarer vivre seuls (21,1 % vs 14,6 % ; $p < 0,001$). Ils sont également plus nombreux à vivre exclusive-

ment avec des personnes qui ne sont pas de leur famille (11,8 % vs 6,9 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, les femmes sont plus nombreuses à déclarer vivre en couple avec ou sans enfant (32,2 % vs 27,0 % ; $p = 0,01$) et 9,2 % d'entre elles ont déclaré vivre seules avec un enfant. Le nombre moyen de personnes par foyer était de 3,5 personnes, les femmes ayant déclaré des foyers sensiblement plus grands que les hommes (3,6 personnes en moyenne vs 3,3 ; $p = 0,005$). La langue la plus parlée en famille est le français pour 53,3 % des personnes interrogées, sans différence entre les hommes (54,5 %) et les femmes (52,1 %).

Logement

La majorité des personnes interrogées (59,0 %) ont déclaré louer le logement qu'elles occupent au moment de l'enquête. Du fait qu'ils vivent plus souvent seuls, les hommes sont plus nombreux à vivre dans un foyer ou dans un centre d'hébergement (14,3 % vs 6,6 % ; $p < 0,001$). Un nombre équivalent d'hommes et de femmes (respectivement 23,9 % et 26,2 %) ont déclaré être hébergés soit par de la famille, soit par des amis.

Protection sociale et situation administrative

Au moment de l'enquête, 60,2 % des répondants bénéficiaient à la fois d'une couverture sociale et d'une mutuelle, les femmes plus souvent que les hommes (63,4 % vs 56,7 % ; $p = 0,003$). Une même proportion d'hommes et de femmes ne disposaient que de la Sécurité sociale (respectivement 37,4 % et 33,6 %), alors que plus d'hommes que de femmes ont déclaré n'avoir ni couverture sociale ni mutuelle complémentaire (5,9 % vs 3,0 % ; $p = 0,002$).

Parmi les personnes qui bénéficiaient d'une couverture sociale, 79,2 % dépendaient de la sécurité sociale, 16,1 % de la Couverture médicale universelle (CMU)

et 4,7 % de l'Aide médicale d'État (AME). Quant aux personnes qui bénéficiaient d'une mutuelle complémentaire, il s'agissait dans 56,0 % des cas de la CMU complémentaire.

Hormis les répondants de nationalité française, ont été considérées en séjour stable les personnes qui étaient détentrices d'une carte de résident, d'une carte de réfugié ou d'une carte de séjour temporaire, bien que celle-ci ne soit pas toujours assortie d'une autorisation de travail. Parmi les personnes de nationalité étrangère ($n = 1\,432$), 83,0 % peuvent être considérées en séjour stable ; davantage de femmes que d'hommes se trouvent dans cette situation (86,2 % vs 80,0 % ; $p = 0,002$). Au moment de l'enquête, 11,5 % des personnes de nationalité étrangère de notre échantillon n'avaient pas de titre de séjour ; il s'agissait essentiellement d'hommes (14,0 % contre 8,9 % de femmes ; $p = 0,002$). Une minorité de répondants ont déclaré être en possession d'un récépissé de demande de carte de séjour (2,9 %), d'une autorisation provisoire de séjour (1,7 %) ou d'un visa touristique (0,4 %).

Ce cadre général laisse cependant apparaître des situations contrastées si l'on prend en compte la période d'arrivée en France des personnes interrogées.

Caractéristiques des personnes interrogées selon la date d'arrivée en France

L'analyse des principales caractéristiques socio-économiques en fonction de la période d'arrivée en France montre une amélioration des conditions de vie des personnes immigrées avec la durée de séjour [tableau V]. Ainsi, les personnes arrivées avant 1989 présentent la situation la plus favorable : elles sont plus souvent détentrices d'un titre de séjour stable (ou de la nationalité française) ; les deux tiers exercent une activité professionnelle ; elles bénéficient très majoritairement d'une

couverture sociale complète et elles louent le plus souvent leur logement. À l'inverse, les personnes arrivées le plus récemment en

France, c'est-à-dire depuis 2000, se trouvent dans les situations les plus précaires. Dans une situation administrative moins assurée,

TABLEAU V

Principales caractéristiques socio-économiques de l'échantillon selon la période d'arrivée en France

	Arrivée jusqu'en 1989 (n=453) (1)		Arrivée entre 1990 et 1999 (n=643) (2)		Arrivée depuis 2000 (n=754) (3)		Différence	
	n		n		n		(1)/(2)	(2)/(3)
Caractéristiques de la population								
Sexe								
Hommes	198	43,7 %	309	48,1 %	383	50,8 %	ns	ns
Femmes	255	56,3 %	334	51,9 %	371	49,2 %		
Âge médian à l'enquête	453	36,0 ans	643	30,0 ans	754	26,0 ans	***	***
Âge médian d'arrivée en France	453	15,0 ans	643	20,0 ans	754	23,0 ans	***	***
Durée médiane de résidence	453	20,0 ans	643	9,0 ans	754	3,0 ans	***	***
Nationalité								
Étrangère	282	62,4 %	519	80,7 %	708	94,0 %	***	***
Française par acquisition	170	37,6 %	124	19,3 %	45	6,0 %		
Raison de la venue en France								
Familiale	209	46,4 %	224	35,0 %	145	19,3 %	***	***
Scolaire	135	29,9 %	198	30,9 %	351	46,8 %	ns	***
Professionnelle	69	15,3 %	155	24,2 %	122	16,3 %	***	***
Politique	23	5,1 %	44	6,9 %	94	12,5 %	ns	***
Médicale	10	2,2 %	11	1,7 %	29	3,9 %	ns	**
Autre	05	1,1 %	8	1,3 %	9	1,2 %	ns	ns
Langue parlée en famille								
Français	255	59,2 %	344	56,5 %	338	47,3 %	ns	***
Autre langue	176	40,8 %	265	43,5 %	377	52,7 %		
Logement								
Locataire	340	75,0 %	404	62,9 %	350	46,4 %	***	***
Foyer/cité universitaire/hôtel	18	4,0 %	72	11,2 %	143	19,0 %	***	***
Hébergé	57	12,6 %	150	23,3 %	253	33,5 %	***	***
Autre	38	8,4 %	17	2,6 %	8	1,1 %	***	**
Activité professionnelle								
Actif	303	66,9 %	346	53,9 %	233	31,1 %	***	***
Chômeur	79	17,4 %	130	20,2 %	171	22,8 %	ns	ns
Étudiant	44	9,7 %	131	20,4 %	286	38,2 %	***	***
Autre inactif	27	6,0 %	35	5,5 %	59	7,9 %	ns	ns
Protection sociale								
Sécurité sociale + mutuelle	311	69,9 %	427	69,2 %	381	52,3 %	ns	***
Sécurité sociale seule	128	28,8 %	171	27,7 %	305	41,8 %	ns	***
Ni Sécurité sociale ni mutuelle	6	1,3 %	19	3,1 %	43	5,9 %	ns	**
Situation administrative								
Séjour stable	435	96,0 %	585	81,0 %	578	76,7 %	***	***
Séjour précaire	18	4,0 %	58	9,0 %	176	23,3 %		

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

elles sont plus souvent inactives et sans protection sociale ou avec une couverture sociale incomplète. Ces personnes sont également plus souvent hébergées et elles utilisent, dans leur majorité, une autre langue que le français en famille.

Le **tableau V** permet également de souligner l'évolution des raisons de venue en France, notamment la part croissante, ces dernières années, de l'immigration pour raisons politiques ou raisons médicales. Par ailleurs, on notera l'évolution de l'âge d'arrivée en France des personnes interrogées, qui est allé croissant au cours des différentes périodes d'arrivée. Cette évolution résulte, d'une part, des effets d'une politique d'immigration progressivement plus restrictive et, d'autre part, de l'arrivée d'immigrés en début de vie adulte, dans le but, notamment, de poursuivre des études supérieures [7].

Population enquêtée et population recensée

La loi du 27 février 2002 a instauré un nouveau dispositif de recensement de la population. La nouvelle méthode de recensement substitue au comptage traditionnel effectué tous les huit ou neuf ans une technique d'enquêtes annuelles [8]. Les deux premières enquêtes annuelles ont eu lieu en janvier 2004 et 2005; les résultats obtenus peuvent s'interpréter, selon l'Insee, « *comme décrivant une situation moyenne conventionnellement datée mi-2004* » [6].

Il a été possible d'obtenir auprès de l'Insee l'écart observé entre les données de notre enquête et celles générées par les deux premières enquêtes annuelles du recensement pour les variables présentées dans le tableau ci-dessous [tableau VI]. La répartition par sexe n'est pas significativement différente; il est en de même pour la répartition par pays de naissance : les personnes interrogées proviennent dans des propor-

tions semblables à celle du recensement des six premiers pays d'émigration régulière que sont le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, le Congo, le Mali, la République démocratique du Congo et le Sénégal.

Les immigrés d'Afrique subsaharienne qui ont participé à l'enquête sont significativement plus jeunes que la population qu'ils représentent. Une différence de cinq ans en moyenne a été observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. De ce fait, la proportion d'hommes et de femmes célibataires est également plus importante parmi les personnes interrogées.

L'échantillon compte aussi significativement plus de personnes ayant suivi un cursus scolaire, tant chez les hommes que chez les femmes. À noter enfin que, compte tenu du fait que le profil des populations diffère de manière importante selon la période d'arrivée, une partie des différences observées entre les données de notre enquête et celles du recensement est imputable au fait que les personnes qui sont arrivées depuis 2000 sont surreprésentées dans notre échantillon.

Il est évident que le profil particulier de notre échantillon (personnes plus jeunes et plus scolarisées) aura un impact sur les résultats attendus; ces caractéristiques devront être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Méthodes d'analyses statistiques utilisées

Différentes procédures ont été utilisées dans le cadre d'analyses univariées et multivariées. Le test de khi-deux de Pearson a été utilisé pour étudier la relation entre deux variables qualitatives repérées par des catégories ou des modalités – comme, par exemple, le sexe et la crainte du VIH. Ce test mesure la différence entre le tableau attendu si les deux facteurs se croisaient sous l'effet du hasard et le tableau effective-

TABLEAU VI

Comparaison de l'échantillon avec les données des deux premières enquêtes annuelles du recensement de la population (2004-2005). Population née dans un pays d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France

	Enquête INPES 2005 [IC à 95 %]	Recensement de la population Insee 2004-2005 ^a	Différence
Sexe			
Proportion d'hommes	48,1 [44,8–51,4]	+0,2	ns
Âge moyen (ans)			
Hommes	31,0 [30,5–31,5]	–5,1	***
Femmes	29,4 [28,9–29,9]	–5,0	***
Ensemble	30,2 [29,8–30,6]	–5,0	***
Proportion de personnes nées dans les six premiers pays d'émigration régulière^b (en %)			
Hommes	68,3 [65,3–71,3]	0,0	ns
Femmes	70,0 [67,1–72,9]	+2,4	ns
Ensemble	69,2 [67,1–71,3]	+1,2	ns
Proportion de personnes jamais scolarisées (en %)			
Hommes	3,2 [2,1–4,3]	–15,1	***
Femmes	2,8 [1,8–3,8]	–12,1	***
Ensemble	3,0 [2,2–3,8]	–13,5	***
Proportion de personnes arrivées depuis 2000 (en %)			
Hommes	43,0 [39,7–46,3]	+16,3	***
Femmes	38,6 [35,5–41,7]	+11,7	***
Ensemble	40,8 [38,6–43,0]	+13,9	***

a. Source : Catherine Borrel, communication personnelle.

b. Cameroun, Côte-d'Ivoire, Congo, Mali, République démocratique du Congo, Sénégal.

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

ment observé. Dans notre exemple, le khi-deux, évaluant l'importance de l'écart, s'est révélé significatif permettant de conclure qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes quant à la crainte du VIH.

Le test t de Student a été utilisé pour comparer la différence entre des moyennes. Si l'on considère par exemple le nombre moyen de partenaires par an chez les hommes et chez les femmes, le test t de Student permet, comme le khi-deux pour deux variables qualitatives, d'évaluer l'écart entre les moyennes observées. Si l'écart est important, il est possible de conclure que le nombre moyen de partenaires par an diffère significativement selon le sexe du répondant.

La régression logistique permet de créer un modèle mathématique liant une série de

variables à une seule variable cible dichotomique («oui»/«non», «d'accord»/«pas d'accord», 0/1). Compte tenu des variables retenues, le modèle permet de mesurer l'influence de chaque variable «explicative» introduite dans la régression sur la variable cible «à expliquer», «toutes choses égales par ailleurs». La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'odds ratio accompagné de son intervalle de confiance à 95 %.

La régression linéaire, quant à elle, estime les coefficients de l'équation linéaire, impliquant une ou plusieurs variables «explicatives», qui estiment le mieux la valeur de la variable à expliquer. À la différence de la régression logistique, la variable à expliquer est continue (par exemple, un score allant de 0 à 10). De la même manière que l'odds

ratio, le coefficient est accompagné de son intervalle de confiance à 95 %.

Dans l'ensemble des analyses, la probabilité que les différences observées soient le fruit du hasard est exprimée à travers le degré ou seuil de significativité « p ». Le test a été considéré significatif à un seuil de probabilité de « p » inférieur à 0,05 (5 %). Cela signifie que la différence observée dans l'échantillon a moins de cinq chances de se produire si l'on tirait au hasard cent échantillons différents dans la population où il n'y aurait pas de différence entre les groupes. Il est donc possible de conclure que ce n'est probablement pas le hasard qui induit cette différence. Dans les tableaux, les degrés de significativité sont indiqués de la manière suivante :

* : $p < 0,05$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur vingt tirages au sort ;

** : $p < 0,01$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur cent tirages au sort ;

*** : $p < 0,001$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur mille tirages au sort.

Les effectifs présentés dans les tableaux sont bruts ; les données n'ont été ni pondérées ni redressées. Dans la majorité des cas, les résultats sont présentés pour les hommes et les femmes séparément.

Mise en perspective des résultats de l'enquête⁶

Deux autres enquêtes sur la perception sociale du VIH ont été réalisées en 2004, l'une en population générale vivant en France métropolitaine, la seconde auprès des personnes vivant dans les départements des Antilles et de la Guyane. Bien que de méthodologies différentes, une mise en perspective des résultats est effectuée dans les discussions de chaque chapitre, comparant les données relatives aux personnes

originaires d'Afrique subsaharienne et celles de la population interrogée dans les enquêtes KABP métropole et DFA⁷.

Ces deux enquêtes, réalisées par téléphone, reposent sur un échantillon tiré au sort aléatoirement parmi la liste des numéros de téléphone⁸. Il est possible que des personnes originaires d'Afrique subsaharienne aient été interrogées dans le cadre de ces deux enquêtes, en particulier dans le cadre du KABP métropole. Mais, de toute évidence, ces personnes représenteraient un effectif trop faible pour les comparer aux répondants de notre enquête.

Au-delà de ces différences méthodologiques, certaines variables, parce que regroupant des items de réponses différentes, ne sont pas strictement comparables. C'est le cas notamment pour le niveau d'études qui, dans l'enquête KABP auprès de personnes originaires d'Afrique subsaharienne, est exprimé à travers le niveau de scolarisation, alors que dans les enquêtes réalisées en métropole et dans les DFA il se traduit davantage par le niveau de diplôme acquis.

Par ailleurs, la structure des échantillons présente des différences importantes. L'échantillon des personnes originaires d'Afrique subsaharienne est plus jeune que celui de l'enquête KABP métropole ou Antilles/Guyane : 47,0 % des hommes d'Afrique subsaharienne et 54,8 % des femmes ont moins de 30 ans : ils sont

6. Partie écrite avec la contribution de Nathalie Beltzer et Sandrine Halfen.

7. Les comparaisons se font sur la population âgée entre 18 et 49 ans (soit $n=3\,152$ pour KABP métropole et $n=2\,130$ pour KABP DFA). Certains indicateurs des KABP métropole et KABP DFA ont dû être recalculés pour ne prendre en compte que les 18-49 ans. Ils ont été réalisés par les responsables de ces enquêtes (Nathalie Beltzer et Sandrine Halfen).

8. Pour une description détaillée de la méthodologie, voir les deux rapports : Halfen S., Fenies K., Ung B., Grémy I. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. Paris : Rapport de l'ORS Ile-de-France, avril 2006 : 280 p., et Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou W., Vongmany N., Grémy I. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France*. Paris : Rapport de l'ORS Ile-de-France, novembre 2005 : 176 p.

respectivement 36,6 % et 37,5 % parmi les hommes et les femmes de l'enquête métropole et 37,6 %, et 33,7 % dans l'enquête KABP Antilles/Guyane [tableau VII].

Comparé à l'échantillon de l'enquête KABP métropole ou à celui de l'enquête KABP Antilles/Guyane, celui de l'enquête sur les populations africaines est constitué d'une plus forte proportion d'hommes et de femmes ayant un niveau d'études élevé : 57,0 % des hommes et 49,9 % des femmes originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un niveau d'études équivalant au supérieur ; ils sont un peu plus d'un tiers dans l'échantillon de l'enquête KABP métropole et un

peu moins d'un quart dans l'enquête KABP Antilles/Guyane [tableau VIII].

Pour toutes ces raisons, nous avons fait le choix de ne pas calculer de tests de signification sur des pourcentages observés entre les trois enquêtes et la mise en perspective des différents résultats doit s'accompagner d'une certaine prudence. Elle permet cependant d'appréhender des éléments de compréhension extrêmement intéressants en mettant en regard des données issues de la population générale avec celles de deux populations prioritaires du programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST, fortement touchées par l'épidémie [9].

TABLEAU VII

Comparaison de la structure par âge des hommes et des femmes âgés de 18 à 49 ans dans les enquêtes KABP métropole, Antilles/Guyane et KABP populations africaines

	Hommes			Femmes		
	KABP populations africaines (n=901)	KABP métropole (n=1389)	KABP DFA (n=829)	KABP populations africaines (n=973)	KABP métropole (n=1763)	KABP DFA (n=1301)
18-24 ans	22,5	21,6	23,4	32,6	21,8	20,0
25-29 ans	24,5	15,0	14,2	22,2	15,7	13,7
30-34 ans	19,4	16,8	17,0	16,8	17,5	17,3
35-39 ans	16,7	14,3	15,8	14,2	15,3	16,1
40-49 ans	16,9	32,3	29,7	14,3	29,8	33,0

TABLEAU VIII

Comparaison de la structure niveau d'études chez les hommes et chez les femmes âgés de 18 à 49 ans dans les enquêtes KABP métropole, Antilles/Guyane et KABP populations africaines

	Hommes			Femmes		
	KABP populations africaines (n=901)	KABP métropole (n=1389)	KABP DFA (n=829)	KABP populations africaines (n=973)	KABP métropole (n=1763)	KABP DFA (n=1301)
Sans diplôme ou jamais allé à l'école/niveau primaire	8,3	7,3	21,8	8,3	9,1	20,2
CAP/CEP ou niveau collège	12,5	37,3	36,1	16,9	30,3	31,8
Bac ou niveau lycée	22,2	19,9	20,4	24,9	22,3	22,8
Supérieur	57,0	35,5	21,8	49,9	38,3	25,2

Bibliographie

- [1] Boëldieu J., Borrel C.
Recensement de la population 1999 : la proportion d'immigrés est stable depuis 25 ans.
Insee Première 2000 ; 748 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP748.zip
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [2] Portas C.
Les immigrés franciliens : une population qui se diversifie.
Insee Ile-de-France à la page 2004 ; 242 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/rfc/docs/alapage242.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [3] Insee et Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations.
Atlas des populations immigrées en Ile-de-France – Regards sur l'immigration.
Paris : Insee 2004 : 60 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/publi/atlasimmigres.htm
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [4] Simon M.
Quatre étrangers sur dix résident en Ile-de-France.
Insee Ile-de-France à la page 2001 ; 203 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/rfc/docs/alapage203.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [5] Lot F., Cazein F., Pillonel J., et al.
Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005.
BEH 2006 ; 48 : 371-8.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/48/beh_48_2006.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [6] Borrel C.
Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004.
Insee Première 2006 ; 1098 : 1-4.
En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1098/ip1098.html>
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [7] Insee.
Les immigrés en France. Édition 2005.
Paris : Insee, coll. Références, 2005 : 161 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ppp/publications/ficref_frame.asp?ref_id=IMMFRA05&webco=IMMFRA05&lien=1
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [8] Desplanques G., Royer J.-F.
Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004. 62 millions d'habitants en France au 1^{er} janvier 2004.
Insee Première 2005 ; 1 000 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1000.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [9] Ministère de la Santé et des Solidarités.
Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]





L'essentiel

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne interrogées dans le cadre de cette enquête connaissent bien les modes de transmission du VIH : 97,0 % des répondants savent que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif, 96,4 % en recevant du sang, 95,0 % lors d'une piqûre intraveineuse de drogue avec une seringue déjà utilisée et 87,6 % de la mère à son enfant. Elles sont néanmoins nombreuses à penser également que la transmission du VIH est possible dans des situations qui, en réalité, ne transmettent pas le VIH : par exemple, près d'une personne interrogée sur trois déclare que la transmission du VIH est possible par une piqûre de moustique (32,8 %) ou lors de rapports sexuels avec préservatif (32,3 %), et près d'une personne sur quatre que le VIH peut être transmis en embrassant une personne contaminée (24,4 %). Les hommes ont un meilleur niveau de connaissance des modes de transmission que les femmes, étant mieux informés à la fois des circonstances qui transmettent le VIH et de celles qui ne le transmettent pas. On retrouve aussi une meilleure connaissance des mécanismes de transmission parmi les répondants ayant un niveau d'études élevé.

Connaissant, dans leur quasi-totalité, le risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels, les personnes interrogées sont 87,3 % à indiquer que le préservatif est un

moyen efficace de protection du VIH. Néanmoins, d'autres stratégies de protection du VIH, moins fiables, comme « *être fidèle à un seul partenaire* » ou « *demandeur un test à son/ses partenaire(s)* » recueillent des proportions comparables à « *utiliser un préservatif* » (respectivement 86,3 % et 85,8 %). Cela témoigne d'une tendance à valoriser des types de stratégies qui peuvent limiter le risque de contamination mais dont l'efficacité est plus faible que celle du préservatif. En revanche, les répondants connaissent bien les stratégies qui ne sont pas efficaces pour se protéger du VIH : environ neuf personnes sur dix savent que se laver après l'acte sexuel, se retirer avant la fin des rapports sexuels, boire des tisanes ou avoir recours à un féticheur ne sont pas des moyens efficaces de protection du VIH.

Les résultats de l'enquête montrent que près des trois quarts des personnes interrogées ont indiqué avoir déjà entendu parler des préservatifs féminins (73,6 %), sans différence selon l'âge ou selon le sexe. Ce moyen de prévention est davantage connu par les individus les plus concernés par le risque VIH et par ceux qui ont un niveau d'études élevé. Parmi les personnes interrogées, 62,7 % des hommes et 50,7 % des femmes ont indiqué avoir déjà entendu parler des traitements anti-rétroviraux. La corrélation entre le niveau d'études et la connaissance de l'existence des traitements anti-

rétroviraux est, là également, nettement retrouvée. Les personnes faiblement diplômées sont nettement moins nombreuses à connaître l'existence de ces traitements et, lorsqu'elles en connaissent l'existence, elles sont moins nombreuses à savoir quels sont leurs effets en termes de bénéfices pour la santé ou de transmission du VIH.

Les différentes analyses conduites sur les déterminants des connaissances relatives au VIH/sida montrent que les variables qui caractérisent la migration interviennent peu ou pas, que ce soit lorsqu'on tient compte du pays d'origine de la personne, de son année d'arrivée en France ou encore des raisons de la migration. En revanche, le niveau d'études apparaît comme le déterminant le plus marqué du niveau de connaissances des individus sur le VIH/sida. On notera également que les femmes interrogées ont une plus faible connaissance du VIH que les hommes ayant des caractéristiques comparables (d'âge, de diplôme, etc.), que ce soit sur les modes de transmission ou sur l'existence des traitements anti-rétroviraux. Ces éléments suggèrent de prendre davantage en compte, dans les messages de prévention destinés aux populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France, les diversités sociales et culturelles de ces populations et de donner une priorité aux femmes.

Les connaissances du VIH/sida : modes de transmission, moyens de protection et traitements antirétroviraux

NATHALIE BELTZER
SANDRINE HALFEN

INTRODUCTION

L'ensemble des travaux se référant au *Health Belief Model* (HBM) montrent que de fortes perceptions individuelles du risque et du bénéfice attendu de l'action de prévention constituent de bons prédicateurs d'une modification des comportements. Or, l'amélioration des connaissances est un des facteurs nécessaires, mais non suffisants, qui contribuent à améliorer cette perception individuelle du risque.

Plusieurs questions ont été posées aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne afin de mesurer leurs connaissances sur les différentes circonstances dans lesquelles le VIH peut être transmis ou non, sur les moyens de s'en protéger et enfin sur l'existence des traitements antirétroviraux et leur efficacité.

Les modes de transmission proposés dans l'enquête regroupent aussi bien les circonstances dans lesquelles la transmission est scientifiquement avérée (lors de rapports sexuels sans préservatif, en recevant du

sang, lors d'une piqûre avec une seringue déjà utilisée, et de la mère à son enfant) que des circonstances qui ne transmettent pas le VIH : par une piqûre de moustique, lors de rapports sexuels avec un préservatif, en embrassant une personne contaminée, en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée, dans les toilettes publiques, en buvant dans le verre d'une personne contaminée ou en lui serrant la main. Il a été choisi d'isoler la circonstance « chez le coiffeur » dans la mesure où le risque de transmission peut être réel mais extrêmement faible, dans le cas notamment d'une coupe nécessitant l'utilisation d'un rasoir.

Les moyens de protection ont également été classés en trois catégories : premièrement, les stratégies de protection dont l'efficacité est certaine telles que l'utilisation du préservatif; deuxièmement, des stratégies d'efficacité intermédiaire basées essentiellement sur la communication et la réduc-

tion du nombre de partenaires sexuels : être fidèle à un seul partenaire, demander un test de dépistage du virus du sida à son partenaire, faire soi-même régulièrement un test, poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée; et, enfin, avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents. La troisième catégorie regroupe les stratégies qui ne protègent pas contre le

virus du sida : prier ou s'en remettre à Dieu, se laver après l'acte sexuel, se retirer avant la fin du rapport, boire des tisanes ou des thés et avoir recours à un féticheur.

Enfin, les personnes qui déclaraient connaître l'existence des nouveaux traitements étaient interrogées sur leurs connaissances concernant l'efficacité et les effets de ces traitements.

RÉSULTATS

LA CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION

Une bonne connaissance des modes de transmission, mais une mauvaise maîtrise des circonstances qui ne transmettent pas le VIH

Les situations dans lesquelles le virus du sida peut être transmis sont globalement

bien connues des répondants : 97,0 % déclarent savoir que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif, 96,4 % en recevant du sang, 95,0 % lors d'une piqûre intraveineuse de drogue avec une seringue déjà utilisée, et enfin 87,6 % de la mère à son enfant au moment de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement [tableau I].

Toutefois les circonstances qui ne transmettent pas le VIH restent mal maîtrisées :

TABEAU I

Pourcentage d'hommes et de femmes de 18 à 49 ans déclarant que le virus du sida peut se transmettre

	Hommes (n=901)	
	Oui	Non
Circonstances certaines de transmission		
Lors de rapports sexuels sans préservatif	97,8	1,5
En recevant du sang	95,8	3,3
Lors d'une piqûre avec une seringue déjà utilisée	95,1	3,9
De la mère à son enfant au moment de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement	89,3	6,7
Circonstances incertaines de transmission		
Chez le coiffeur	74,8	21,2
Circonstances certaines de non-transmission		
Par une piqûre de moustique	30,5	64,9
Lors de rapports sexuels avec préservatif	29,9	67,6
En embrassant une personne contaminée	22,7	73,5
En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	20,5	75,6
Dans les toilettes	17,0	80,1
En buvant dans le verre d'une personne contaminée	9,3	89,4
En serrant la main d'une personne contaminée	3,9	94,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

32,8 % des personnes interrogées déclarent que la transmission est possible par une piqûre de moustique (et 4,8 % ne savent pas) ; 32,3 % lors de rapports sexuels avec préservatif (2,8 % ne savent pas) ; 24,4 % en embrassant une personne contaminée (et 3,2 % ne savent pas) ; 21,2 % en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée (et 3,8 % ne savent pas) ; 19,8 % dans les toilettes publiques (et 3,2 % ne savent pas) et 9,8 % en buvant dans le verre ou en mangeant dans l'assiette d'une personne contaminée (et 1,5 % ne savent pas) [tableau I].

Les hommes connaissent mieux les circonstances de transmission

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à connaître les circonstances certaines de transmission : 89,3 % d'entre eux déclarent possible la transmission de la mère à son enfant au moment de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allai-

tement, contre 85,9 % parmi les femmes ($p=0,01$) [figure 1]. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à penser que le virus du sida peut se transmettre lors de rapports sexuels avec un préservatif (37,5 % («oui» + «ne sait pas») contre 32,4 % parmi les hommes ; $p=0,021$).

Les hommes maîtrisent également davantage les circonstances certaines de non-transmission : 17,0 % d'entre eux déclarent que la transmission du VIH est possible dans les toilettes contre 22,4 % des femmes ($p=0,008$).

Les hommes déclarent plus fréquemment que les femmes que la transmission du virus du sida est possible chez le coiffeur : ils sont près de deux tiers (74,8 %) contre 57,7 % des femmes, et respectivement 4,0 % contre 2,3 % à ne pas savoir ($p<0,001$). La proportion élevée, notamment chez les hommes, de personnes qui croient que la transmission est possible dans une telle circonstance s'explique très probablement par le fait que le rasoir est

lors des circonstances suivantes

Ne sait pas	P _{h/f}	Femmes (n=973)			Ensemble (n=1874)		
		Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
0,7		96,3	3,1	0,6	97,0	2,4	0,6
0,9		96,9	2,8	0,3	96,4	3,0	0,6
1,0		94,9	3,7	1,4	95,0	3,8	1,2
4,0	*	85,9	10,5	3,6	87,6	8,6	3,8
4,0	***	57,7	40,0	2,3	65,9	31,0	3,1
4,5		34,9	60,0	5,1	32,8	62,4	4,8
2,5		34,6	62,5	2,9	32,3	64,9	2,8
3,8		26,0	71,3	2,7	24,4	72,4	3,2
3,9		21,9	74,5	3,6	21,2	75,0	3,8
2,9	**	22,4	74,1	3,5	19,8	77,0	3,2
1,3		10,1	88,1	1,8	9,8	88,7	1,5
1,4		5,1	93,9	1,0	4,5	94,3	1,2

utilisé pour certaines coupes de cheveux ; le risque infectieux ne pouvant, dans ce cas, être totalement écarté.

Les jeunes maîtrisent mieux les circonstances qui ne transmettent pas le VIH

Globalement, les modes certains de transmission sont connus aussi bien par les plus jeunes que par les plus âgés. Cependant, les jeunes sont plus nombreux à maîtriser les

circonstances qui ne transmettent pas le VIH. Par exemple, 20,8 % des répondants âgés de 18 à 24 ans déclarent que la transmission du virus du sida est possible (« oui » + « ne sait pas ») en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne séropositive contre 28,9 % de ceux ayant entre 40 et 49 ans ($p=0,03$) ; ou encore, 33,5 % des plus jeunes considèrent que la piqûre de moustique est un mode de transmission, contre 44,7 % des plus âgés ($p=0,002$) [figure 2].

FIGURE 1

Pourcentage des personnes interrogées déclarant que le virus du sida peut être transmis dans différentes circonstances, selon le sexe

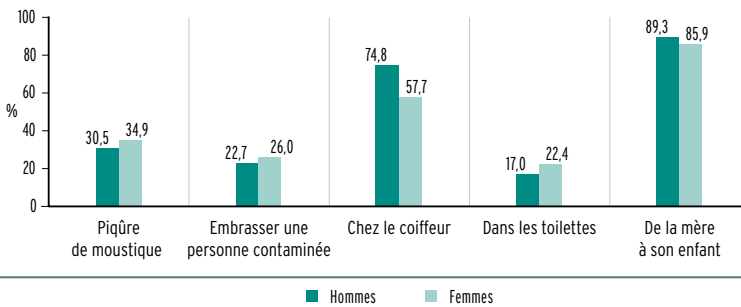
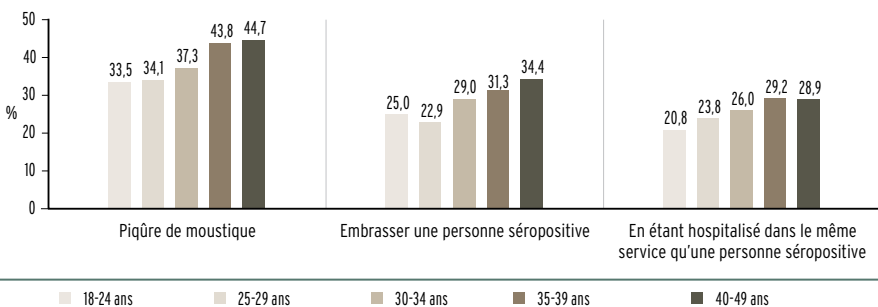


FIGURE 2

Pourcentage des personnes interrogées déclarant que le virus du sida peut être transmis dans différentes circonstances, selon l'âge



Plus le niveau d'études est élevé, meilleure est la connaissance des circonstances de transmission du virus

La maîtrise des circonstances de transmission est d'autant meilleure que le répondant déclare un niveau d'études élevé : 26,0 % des personnes interrogées n'ayant pas suivi l'école ou seulement jusqu'en primaire pensent que le virus du sida peut se transmettre en buvant dans le même verre ou en mangeant dans la même assiette qu'une personne séropositive ; elles sont 19,6 % parmi celles ayant un niveau d'études équivalant au collège, 10,5 % parmi celles qui ont un niveau d'études équivalant au lycée, et 6,8 % parmi celles ayant un niveau supérieur au baccalauréat ($p < 0,001$). Comme l'indique la **figure 3**, cette relation positive entre le niveau d'études et la bonne connaissance des modes de transmission existe chez les hommes et chez les femmes.

Plus d'un homme sans diplôme sur deux (56,8 %) pense que la transmission est possible par piqûre de moustique, ils sont 28,5 % parmi les hommes bacheliers ou ayant fait des études supérieures ($p < 0,001$). Chez les femmes, le gradient va de 71,3 % pour les moins diplômées à 31,7 % pour les

plus diplômées ($p < 0,001$). Seule la croyance d'une transmission possible chez le coiffeur est partagée par l'ensemble des hommes quel que soit le niveau de diplôme.

Un score pour mesurer la connaissance des modes de transmission

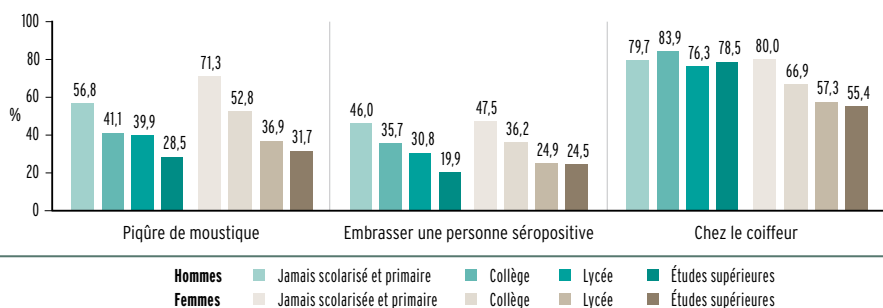
Afin de mieux caractériser les individus selon leur niveau de connaissance des circonstances de la transmission et les déterminants de cette connaissance, un score a été construit. En attribuant un point aux bonnes réponses et aucun point aux mauvaises réponses et aux réponses « ne sait pas », le score de connaissance des circonstances de transmission du virus du sida est constitué de l'addition des bonnes réponses à chacune des dix circonstances de transmission retenues¹. La valeur du score varie ainsi de 0 à 10, et plus sa valeur est élevée meilleure est la connaissance des modes de transmission du VIH.

Comme le confirme le **tableau II**, les hommes ont globalement un meilleur

1. Les réponses aux items « en recevant du sang » et « chez le coiffeur » n'ont pas été incluses dans le score du fait d'une interprétation ambiguë des réponses liées à ces circonstances.

FIGURE 3

Pourcentage des personnes interrogées déclarant que le virus du sida peut être transmis dans différentes circonstances, selon le niveau d'études et le sexe



niveau de connaissance que les femmes (8,3 vs 8,0; $p<0,001$). La connaissance des circonstances de transmission mesurées par le score est également meilleure parmi les plus jeunes (la valeur moyenne du score est de 8,4 parmi les répondants âgés entre 18 et 24 ans contre 7,9 parmi les 35-49 ans; $p=0,0001$), ainsi que chez les plus diplômés (8,4 vs 6,8 parmi les répondants qui ne sont jamais allés à l'école ou qui ont arrêté leurs études en primaire; $p<0,001$). Les répondants qui poursuivent des études aujourd'hui ont un meilleur niveau de connaissance des modes de transmission du VIH que les autres. Ces effets d'âge et de niveau d'études apparaissent plus marqués chez les hommes que les femmes.

Une régression logistique a été construite afin de déterminer les facteurs contribuant à une maîtrise complète des modes de transmission du VIH. À caractéristiques socio-démographiques égales, les femmes ont une moins bonne maîtrise des modes de transmission du VIH (OR=0,7; IC 0,6-0,9; $p=0,004$). Pour cette raison, mais également parce que les variables associées au

niveau de connaissance peuvent être différentes chez les hommes et chez les femmes, nous choisissons de présenter les résultats des deux modèles de régression logistique [tableau III]. Les résultats de ces régressions montrent que l'histoire migratoire est peu liée au niveau de connaissance. En effet, ni l'année d'arrivée en France, ni la langue parlée au domicile, ni le lieu d'hébergement n'apparaissent comme des variables associées à une bonne maîtrise des modes de transmission du VIH. À l'inverse, la maîtrise des circonstances de transmission est liée chez les femmes au niveau d'études. S'il existe une correspondance marquée entre ce niveau de connaissance et le niveau de diplôme (plus le niveau de diplôme est élevé, plus l'odds ratio est élevé, toutes choses égales par ailleurs), en revanche, on n'observe pas, chez les femmes, de lien net avec l'âge, ni avec les liens de proximité avec la maladie (taux de prévalence du pays d'origine, et le fait de connaître ou non un parent, un ami, ou un collègue séropositif).

Notons que les hommes vivant en couple maîtrisent davantage les circonstances de

TABLEAU II

Valeur moyenne du score de connaissance pour les hommes et les femmes

	Hommes		Femmes		Ensemble		P _{H/F}
	n	Moyenne (écart type)	n	Moyenne (écart type)	n	Moyenne (écart type)	
Âge	***		*		***		
18-24 ans	203	8,6 (1,5)	317	8,2 (1,6)	520	8,4 (1,6)	*
25-29 ans	221	8,5 (1,5)	216	8,1 (1,7)	437	8,3 (1,6)	**
30-34 ans	175	8,1 (1,6)	163	7,9 (1,8)	338	8,0 (1,7)	
35-39 ans	150	8,2 (1,7)	138	7,7 (1,8)	288	7,9 (1,8)	*
40-49 ans	152	7,9 (1,9)	138	7,9 (1,7)	290	7,9 (1,8)	
Niveau d'études	*		***		**		
Jamais scolarisé/ primaire	74	7,1 (2,1)	80	6,7 (1,9)	154	6,8 (2,0)	
Collège	112	8,0 (1,8)	163	7,6 (1,9)	275	7,8 (1,8)	*
Lycée	198	8,1 (1,7)	241	8,3 (1,5)	439	8,2 (1,6)	
Études supérieures	508	8,6 (1,4)	482	8,3 (1,5)	990	8,4 (1,5)	***
Total	901	8,3 (1,6)	973	8,0 (1,7)	1 874	8,1 (1,7)	***

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

transmission que ceux déclarant avoir un partenaire stable sans vivre avec lui (OR ajusté=1,8; IC : 1,1-2,8; p=0,01).

Les résultats de cette régression logistique montrent également que les femmes constituent un groupe plus homogène que les

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir une maîtrise complète des circonstances de transmission¹ parmi les hommes et parmi les femmes

	Hommes (n=827)			Femmes (n=891)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure à 3 %	366	1		339	1	
De 3 % à 5 %	180	0,7	0,4-1,1	171	0,9	0,6-1,5
Supérieure à 5 %	281	0,9	0,6-1,4	381	0,8	0,6-1,2
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui	207	1		248	1	
Non	620	0,9	0,6-1,4	643	1,1	0,7-1,6
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	186	1		233	1	
Entre 1990 et 1999	290	1,1	0,7-1,8	311	1,4	0,9-2,2
Depuis 2000	351	1,5	0,9-2,5	347	1,3	0,8-2,0
Pratique religieuse						
Régulière	411	1		425	1	
Non régulière ou sans religion	416	0,9	0,6-1,2	456	1,3	0,9-1,8
Langue parlée en famille						
Français	454	1		463	1	
Autre langue	373	1,0	0,7-1,4	428	0,9	0,6-1,2
Âge						
18-24 ans	183	1		291	1	
25-29 ans	202	0,7	0,4-1,1	198	1,0	0,7-1,6
30-34 ans	159	0,5**	0,3-0,8	147	1,0	0,6-1,7
35-39 ans	142	0,5*	0,3-0,9	126	0,8	0,4-1,4
40-49 ans	141	0,6	0,3-1,0	129	1,2	0,7-2,1
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	69	1		074	1	
Collège	104	1,3	0,6-3,0	149	5,7**	1,7-19,5
Lycée	187	1,1	0,5-2,4	221	7,3**	2,2-24,5
Études supérieures	467	2,2	0,9-4,6	447	6,7**	2,0-22,1
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	279	1		263	1	
En couple cohabitant	269	1,8*	1,1-2,8	337	0,8	0,6-1,3
Non en couple	279	1,2	0,8-1,8	291	0,8	0,6-1,3
Logement						
Foyer/hôtel	125	1		068	1	
Hébergé chez des amis	60	1,2	0,6-2,4	056	1,1	0,5-2,5
Autres	642	0,6	0,4-1,0	767	0,9	0,5-1,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

1. À partir du score de connaissance précédent, trois niveaux de maîtrise des circonstances de transmission ont été définis : une maîtrise complète (pas d'erreur), une maîtrise partielle (une à deux erreurs) et enfin une mauvaise maîtrise (trois erreurs ou plus).

hommes en ce qui concerne la connaissance des circonstances de transmission du virus du sida, puisque les facteurs associés à cette bonne connaissance sont moins nombreux : seul le niveau d'études est, chez les femmes, lié au niveau des connaissances.

LA CONNAISSANCE DES MOYENS DE PROTECTION

Il était demandé aux personnes interrogées d'évaluer l'efficacité éventuelle de différents moyens pour se protéger du virus du sida.

Le préservatif reconnu comme le plus efficace

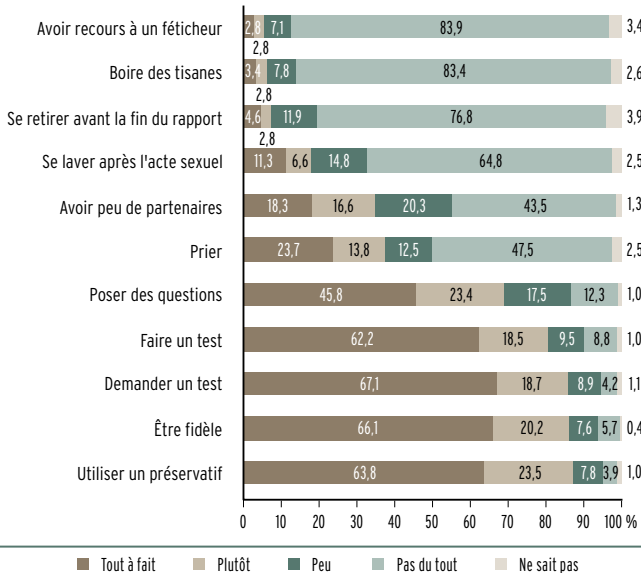
Le préservatif est le moyen de protection considéré comme efficace par le plus grand nombre de répondants (87,3 %, avec 63,8 % «*tout à fait*» efficace et 23,5 % «*plutôt*» efficace)

[figure 4]. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à reconnaître l'efficacité du préservatif que les femmes (89,0 % vs 85,7 % ; $p=0,03$). Néanmoins, une proportion équivalente de répondants considère également comme efficaces des stratégies de prévention plus intermédiaires² : 66,1 % des personnes interrogées considèrent qu'il est «*tout à fait*» efficace (et 20,2 % «*plutôt*» efficace) pour se protéger du sida d'être fidèle à un seul partenaire, 67,1 % (et 18,7 % «*plutôt*») de demander un test de dépistage du sida à son ou ses partenaire(s) et 62,2 % (et 18,5 % «*plutôt*») de faire soi-même régulièrement un test. Ces straté-

2. Sont appelées ici «stratégies d'efficacité intermédiaire» les moyens qui, en reposant sur des critères subjectifs, peuvent être parfois considérés comme efficaces lorsqu'ils sont intégrés dans une stratégie globale de réduction du risque de transmission du VIH/sida : être fidèle, demander un test, faire soi-même un test, poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée et avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents.

FIGURE 4

Répartition des personnes interrogées sur l'efficacité de différents moyens pour se protéger du virus du sida (en pourcentage)



gies sont donc considérées comme aussi efficaces que l'utilisation du préservatif pour se protéger du virus du sida. Par ailleurs, deux tiers des répondants déclarent que «*poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée*» est également un moyen de protection «*tout à fait*» ou «*plutôt*» efficace, et un tiers d'«*avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents*».

Globalement, ces différents moyens de protection sont plus fréquemment reconnus comme efficaces par les hommes que par les femmes : 89,6 % des hommes contre 83,1 % des femmes ($p < 0,001$) jugent «*tout à fait*» ou «*plutôt*» efficace, pour se protéger du VIH, d'être fidèle à un seul partenaire, ou encore 88,1 % des hommes contre 83,7 % des femmes ($p = 0,006$) pensent qu'il est efficace de demander un test à son partenaire.

Les répondants repèrent globalement bien les stratégies qui ne sont pas efficaces

Une majorité d'hommes comme de femmes savent que «*se laver après l'acte sexuel*», «*se retirer avant la fin du rapport*», «*boire des tisanes*» et «*avoir recours à un féticheur*» ne sont pas des moyens efficaces pour se protéger du sida. Notons toutefois que «*prier ou s'en remettre à Dieu*» est jugé comme un moyen «*tout à fait*» ou «*plutôt*» efficace par plus d'un tiers (37,5 %) des répondants, soit une proportion équivalente à la stratégie intermédiaire de réduction du nombre de partenaires («*avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents*»). La croyance en l'efficacité de s'en remettre à Dieu pour se protéger du sida est logiquement davantage partagée par ceux qui pratiquent régulièrement une religion puisque, parmi ces derniers, 47,6 % jugent que prier ou s'en remettre à Dieu est «*tout à fait*» ou «*plutôt*» efficace contre 28,1 % parmi ceux qui ne pratiquent pas ou n'ont pas de religion ($p < 0,001$).

L'efficacité des stratégies de prévention : peu de différences selon âge

L'efficacité de l'utilisation du préservatif ou celle concernant les stratégies dites intermédiaires ne sont pas plus fréquemment reconnues parmi les répondants âgés entre 18 et 29 ans et ceux plus âgés. Seule la stratégie qui consiste à poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée est jugée comme «*tout à fait*» ou «*plutôt*» efficace par 73,9 % des 18-24 ans contre environ 65,0 % des 35-49 ans ($p = 0,02$).

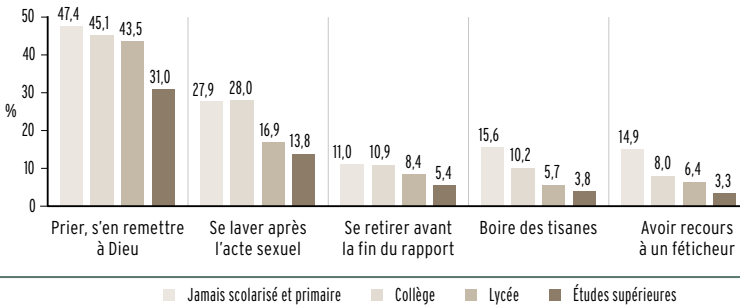
Un niveau d'études élevé tend à limiter la croyance dans des stratégies de prévention objectivement pas efficaces

Alors que les répondants ayant un faible niveau d'études sont proportionnellement aussi nombreux que ceux ayant poursuivi des études supérieures à croire en l'efficacité du préservatif et des stratégies intermédiaires pour se protéger du virus du sida, ils sont plus nombreux à considérer comme efficaces des stratégies qui ne le sont pas [figure 5]. Par exemple, 15,6 % des répondants n'ayant jamais été à l'école ou qui ont arrêté leurs études en primaire jugent efficace de boire des tisanes, contre 3,8 % des diplômés du baccalauréat ou du supérieur ($p < 0,001$).

Le gradient du niveau d'études est plus souvent davantage marqué chez les hommes que chez les femmes : 18,9 % des hommes ayant un faible niveau d'études pensent qu'il est «*tout à fait*» ou «*plutôt*» efficace de boire une tisane pour se protéger du sida, contre 3,4 % des hommes ayant le baccalauréat ou plus ($p < 0,001$), soit un écart de 15,5 points. Chez les femmes, 8 points seulement séparent celles qui ont le niveau d'études le plus faible de celles qui ont le niveau d'études le plus élevé (respectivement 12,5 % et 4,4 % ; $p < 0,001$).

FIGURE 5

Répartition des personnes interrogées sur l'efficacité de certaines stratégies de prévention, selon le niveau d'études (en pourcentage)



D'autres variables confirment l'importance du niveau d'études dans la connaissance de l'efficacité des moyens de prévention : les étudiants croient moins souvent que les autres en l'efficacité des stratégies intermédiaires de prévention. Ainsi, 77,2 % des répondants qui déclarent poursuivre leurs études contre 81,0 % des ouvriers ou employés, 83,8 % des autres actifs, 86,5 % des chômeurs et 69,7 % des autres inactifs ($p < 0,001$) pensent que faire régulièrement un test est « *tout à fait* » ou « *plutôt* » efficace pour se protéger du sida. Ils sont également proportionnellement moins nombreux à adhérer à des stratégies de prévention objectivement non efficaces : 13,4 % d'entre eux jugent « *tout à fait* » ou « *plutôt* » efficace de se laver après l'acte sexuel contre 19,2 % des ouvriers/employés, 14,9 % des autres actifs, 22,4 % des chômeurs et 16,4 % des autres inactifs ($p = 0,02$).

LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA CROYANCE EN L'EFFICACITÉ DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION

Les analyses multivariées réalisées sur l'efficacité de chacune des stratégies de prévention ne mettent pas en évidence de liens bien nets entre la croyance en l'efficacité

des stratégies de prévention et une proximité de la maladie (connaître une personne séropositive, le taux de prévalence du VIH/sida dans le pays d'origine et une bonne maîtrise des modes de transmission), l'histoire migratoire (année d'arrivée en France, la situation administrative actuelle), le contexte culturel (pratique de la religion et langue parlée au domicile), les caractéristiques sociodémographiques et enfin les comportements sexuels (nombre de partenaires et recours au préservatif dans les douze derniers mois). Seuls quelques liens circonscrits avec une ou plusieurs stratégies de prévention apparaissent. Ainsi, les femmes, indépendamment de toutes les autres variables, jugent plus fréquemment les stratégies proposées comme moins efficaces que les hommes. De même, aussi bien dans les modèles réalisés chez les femmes que chez les hommes, une croyance en l'efficacité des stratégies d'efficacité intermédiaires (poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée, avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents...) est associée à une bonne maîtrise de l'ensemble des circonstances de transmission du VIH. Par ailleurs, les répondants ayant une mauvaise connaissance des modes de transmission ont une probabilité

plus élevée de considérer comme efficaces des stratégies qui ne le sont pas, telles que se laver après l'acte sexuel. Par contre, les associations entre la croyance en l'efficacité des stratégies de protection et les autres variables explicatives proposées dans les modèles de régression ne sont pas suffisamment nettes, pour l'ensemble des stratégies proposées, pour qu'une généralisation des résultats soit envisagée.

LA CONNAISSANCE DU PRÉSERVATIF FÉMININ

Les préservatifs féminins sont connus autant par les hommes que par les femmes

Parmi les personnes interrogées, 73,6 % ont indiqué « avoir déjà entendu parler des préservatifs féminins » [tableau IV]. Cette proportion est comparable chez les hommes et chez les femmes et ne diffère pas significativement selon l'âge. En revanche, elle augmente très nettement avec le niveau d'études. Elle passe de 42,9 % parmi les individus n'ayant pas été scolarisés ou ayant été scolarisés jusqu'en primaire à 80,7 % parmi ceux ayant suivi des études supérieures ($p < 0,001$). Elle est plus élevée parmi les personnes venues en France faire des études et moins élevée parmi celles venues pour chercher du travail (respectivement 79,4 % et 59,8 % ; $p < 0,001$) mais ne diffère pas selon l'ancienneté du séjour.

Les individus se trouvant dans les situations les plus fragiles (ne bénéficiant d'aucune couverture sociale ou résidant dans des foyers ou des hôtels) sont les moins nombreux à connaître l'existence des préservatifs féminins. De plus, chez les hommes comme chez les femmes, les individus qui pratiquent régulièrement une religion ou qui, en famille, ne parlent pas le français sont moins nombreux à avoir déclaré connaître ce moyen de protec-

tion. De même, le fait de ne pas connaître personnellement une personne séropositive est associé, en analyse univariée, à une bien moindre connaissance du préservatif féminin.

Une meilleure connaissance du préservatif féminin parmi les personnes les plus exposées

Au-delà des caractéristiques sociodémographiques, migratoires, culturelles ou de proximité avec le VIH, la connaissance de l'existence des préservatifs féminins varie selon les caractéristiques générales de l'activité sexuelle, montrant que ce sont les individus les plus concernés par le risque VIH qui sont les plus nombreux à connaître ce moyen de protection. En effet, les personnes qui ont déclaré avoir eu un partenaire (les monopartenaires) au cours des douze mois précédant l'enquête sont moins nombreuses à connaître l'existence des préservatifs féminins que les personnes ayant déclaré en avoir eu plusieurs (les multipartenaires). Les proportions sont respectivement de 74,7 % et 84,9 % ($p < 0,001$). Les individus n'ayant jamais eu de rapports sexuels au cours de leur vie sont les plus nombreux à ignorer l'existence des préservatifs féminins (57,1 %).

Un modèle de régression logistique a été établi afin d'identifier, chez les hommes et chez les femmes, les déterminants de la connaissance des préservatifs féminins [tableau V]. Les variables intégrées au modèle sont les mêmes que celles intégrées dans le modèle sur la connaissance des traitements³. Une variable caractérisant l'activité sexuelle au cours des douze mois

3. Caractéristiques de la migration (année d'arrivée en France), caractéristiques culturelles (pratique religieuse, langue parlée en famille), caractéristiques de proximité au VIH/sida (prévalence du VIH dans le pays d'origine, connaissance personnelle d'une personne séropositive), caractéristiques sociodémographiques (classe d'âges, diplôme, statut matrimonial, résidence en foyer/hôtel).

précédant l'enquête (abstinent au cours de la vie, abstinent au cours des douze mois précédant l'enquête, monopartenaires et multipartenaires) a été intégrée, compte tenu des liens observés avec la connaissance de l'existence des préservatifs féminins.

Des facteurs associés qui diffèrent chez les hommes et les femmes

Le niveau d'études est, indépendamment des autres variables, associé à la connaissance

TABLEAU IV

Pourcentages de personnes déclarant connaître l'existence des préservatifs féminins (personnes ayant répondu « oui » à la question « Avez-vous déjà entendu parler des préservatifs féminins ? »)

	Hommes		Femmes		Ensemble		P _{H/F}
	n	%	n	%	n	%	
Niveau d'études							
Jamais scolarisé/primaire	74	39,2	80	46,3	154	42,9	
Collège	112	68,8	163	65,6	275	66,9	
Lycée	198	70,7	241	74,3	439	72,7	
Études supérieures	508	81,3***	482	80,1***	990	80,7***	
Motif de la venue en France							
Regroupement familial	169	76,3	416	73,1	585	73,3	
Études	349	79,7	344	79,1	693	79,4	
Travail	246	58,9	105	61,9	351	59,8	
Autre (raisons politiques, médicales, etc.)	137	82,5***	108	71,3**	245	77,6***	*
Couverture sociale							
Couverture sociale avec mutuelle	512	75,8	617	77,2	1 129	76,5	
Couverture sociale sans mutuelle	337	72,4	327	67,9	664	70,2	
Aucune couverture sociale	52	63,5	29	55,2***	81	60,5***	
Logement							
Foyer/hôtel	146	58,9	89	52,8	235	56,6	
Autre que foyer/hôtel	755	76,7***	884	75,5***	1 639	76,0***	
Pratique religieuse							
Régulière	452	67,3	454	69,2	906	68,2	
Non régulière ou sans religion	449	80,4***	519	77,1**	968	78,6***	
Langue parlée en famille							
Français	470	77,2	477	78,4	947	77,8	
Autre langue	431	70,1*	496	68,6***	927	69,3***	
Connaissance d'une personne séropositive							
Oui	160	88,1	217	79,3	377	83,0	*
Non	741	70,7***	756	71,7*	1 497	71,2***	
Activité sexuelle							
Abstinent au cours de la vie	98	48,0	182	62,1	280	57,1	*
Abstinent au cours des douze derniers mois	93	66,7	98	80,6	191	73,8	*
Monopartenaire au cours des douze derniers mois	461	75,9	608	73,7	1 069	74,7	
Multipartenaire au cours des douze derniers mois	240	84,2***	85	87,1***	325	84,9***	
Population totale	901	73,8	973	73,4	1 874	73,6	

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

de l'existence des préservatifs féminins, chez les hommes comme chez les femmes. En effet, plus les personnes interrogées ont suivi

des études longues, plus leur probabilité est élevée de connaître l'existence des préservatifs féminins, indépendamment des autres

TABLEAU V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance de l'existence des préservatifs féminins

	Hommes (n=816)			Femmes (n=890)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure à 3 %	360	1		339	1	
De 3 % à 5 %	180	1,2	0,7-1,8	170	0,8	0,5-1,2
Supérieure à 5 %	276	0,9	0,6-1,4	381	1,1	0,8-1,6
Connaissance d'une personne séropositive						
Non	612	1		642	1	
Oui	204	2,4**	1,4-4,2	248	1,2	0,8-1,9
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	183	1		233	1	
Entre 1990 et 1999	288	1,0	0,6-1,7	310	0,8	0,5-1,3
Depuis 2000	345	1,6	0,9-2,6	347	0,6*	0,4-1,0
Pratique religieuse						
Régulière	405	1		424	1	
Non régulière ou sans religion	411	1,7**	1,2-2,4	466	1,2	0,9-1,7
Langue parlée en famille						
Autre langue	364	1		427	1	
Français	452	0,9	0,6-1,3	463	1,3	0,9-1,8
Âge						
18-24 ans	179	1		291	1	
25-29 ans	201	0,9	0,5-1,5	198	1,3	0,8-2,1
30-34 ans	158	0,8	0,5-1,5	147	0,9	0,5-1,5
35-39 ans	138	0,8	0,4-1,4	125	0,9	0,5-1,5
40-49 ans	140	0,9	0,5-1,8	129	0,7	0,4-1,2
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	66	1		74	1	
Collège	103	2,2*	1,1-4,4	149	2,2**	1,2-4,0
Lycée	185	2,2*	1,1-4,2	221	3,0***	1,7-5,4
Études supérieures	462	4,1***	2,2-7,5	446	4,3***	2,5-7,5
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	272	1		263	1	
En couple cohabitant	265	1,0	0,6-1,6	336	0,5**	0,3-0,8
Non en couple	279	0,8	0,5-1,4	291	0,8	0,4-1,7
Logement						
Autre que foyer/hôtel	692	1		822	1	
Foyer/hôtel	124	0,6*	0,4-1,0	68	0,4***	0,2-0,6
Activité sexuelle						
Abstinent au cours de la vie	90	1		160	1	
Abstinent au cours des douze derniers mois	83	2,5**	1,3-4,9	92	2,4*	1,2-4,7
Monopartenaire au cours des douze derniers mois	423	3,4***	1,7-6,5	559	2,3*	1,1-4,9
Multipartenaire au cours des douze derniers mois	220	5,2***	2,6-10,3	79	3,4**	1,4-8,2

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

caractéristiques intégrées dans le modèle. On retrouve également un lien étroit entre les caractéristiques de l'activité sexuelle et la connaissance des préservatifs féminins, avec une probabilité d'autant plus élevée de connaître ce moyen de protection que les personnes ont eu au moins un partenaire dans l'année, *a fortiori* lorsqu'elles en ont eu plusieurs. Chez les hommes comme chez les femmes, le fait de vivre dans un foyer ou dans un hôtel est associé à une moindre probabilité de connaître les préservatifs féminins.

Chez les hommes, le fait de connaître personnellement une personne séropositive ou malade du sida est en faveur d'une meilleure connaissance des préservatifs féminins, ainsi que le fait de ne pas avoir de pratique religieuse régulière. Chez les femmes, ces variables n'interviennent pas ; en revanche, le fait de vivre en couple ou d'être arrivée récemment en France (depuis 2000) est associé à une moindre connaissance du préservatif féminin. Ainsi, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, la prévalence du VIH dans le pays d'origine ainsi que l'âge sont deux caractéristiques qui n'ont pas d'influence sur la connaissance du préservatif féminin, quand on tient compte des autres variables du modèle proposé.

LA CONNAISSANCE DES TRAITEMENTS CONTRE LE VIH

Caractéristiques des personnes interrogées selon leur connaissance des traitements contre le VIH

Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à connaître les traitements

Parmi les personnes interrogées, 56,5 % ont déclaré « avoir entendu parler des traitements contre le virus du sida, que l'on appelle trithérapies, multithérapies ou encore traitements antirétroviraux » [tableau VI]. Cette propor-

tion est significativement plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (62,7 % vs 50,7 % ; $p < 0,001$). Chez les hommes, la connaissance de l'existence des traitements est d'autant plus élevée que les personnes interrogées sont âgées. La proportion d'hommes déclarant connaître l'existence des traitements passe en effet de 54,2 % chez ceux âgés de 18 à 24 ans à 64,6 % chez ceux de 30-34 ans et 71,1 % chez ceux âgés de 40-49 ans ($p = 0,025$). En revanche, dans la population féminine, cette connaissance est comparable quelle que soit la classe d'âges des femmes. C'est donc aux âges les plus avancés (40-49 ans dans l'échantillon) que les différences entre les hommes et les femmes sont les plus marquées, avec des proportions respectives de personnes déclarant connaître l'existence des traitements de 71,1 % et 53,2 % ($p = 0,002$).

Moindre connaissance des traitements parmi les personnes les moins scolarisées

Chez les hommes comme chez les femmes, la connaissance de l'existence des traitements est très étroitement liée au niveau d'études : seul un quart des individus n'ayant pas été scolarisés ou ayant été scolarisés jusqu'en classe de primaire connaît l'existence des traitements, contre plus des deux tiers de ceux ayant suivi des études supérieures (chez les hommes, respectivement 28,4 % et 75,4 % ; $p < 0,001$ et chez les femmes 23,8 % et 61,0 % ; $p < 0,001$). En revanche, cette connaissance ne diffère pas significativement selon la période d'arrivée en France (avant 1990, entre 1990 et 1999, depuis 2000), que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

Moindre connaissance parmi les personnes vivant dans des situations peu stables

Différents éléments recueillis dans l'enquête permettent de noter une moindre connais-

TABLEAU VI

Proportion de personnes déclarant connaître l'existence des traitements

	Hommes		Femmes		Ensemble		P _{H/F}
	n	%	n	%	n	%	
Âge							
18-24 ans	203	54,2	317	47,3	520	50,0	
25-29 ans	221	63,4	216	55,1	437	59,3	
30-34 ans	175	64,6	163	47,9	338	56,5	**
35-39 ans	150	62,7	138	52,2	288	57,6	
40-49 ans	152	71,1*	139	53,2	291	62,5**	**
Niveau d'études							
Jamais scolarisé/primaire	74	28,4	80	23,8	154	26,0	
Collège	112	47,3	163	35,0	275	40,0	*
Lycée	198	54,0	241	49,8	439	51,7	
Études supérieures	508	75,4***	482	61,0***	990	68,4***	***
Année d'arrivée en France							
Avant 1990	198	67,7	255	55,7	453	60,9	**
Entre 1990 et 1999	309	57,9	334	48,8	643	53,2	
Depuis 2000	383	63,7	371	49,6	764	56,8*	***
Situation administrative							
Nationalité française	155	60,0	274	56,2	429	57,8	
Séjour stable	590	65,6	599	49,4	1 189	57,4	***
Séjour précaire	156	54,5*	100	43,0*	256	50,0	
Pratique religieuse							
Régulière	452	57,1	454	51,1	906	54,1	
Non régulière ou sans religion	449	68,4***	519	50,3	968	58,7*	***
Langue parlée en famille							
Français	470	71,1	477	55,4	947	63,2	***
Autre langue	431	53,6***	496	46,2**	927	49,6***	*
Connaissance d'une personne séropositive							
Oui	160	73,1	217	59,0	377	65,0	**
Non	741	60,5**	756	48,3**	1 497	54,3***	***
Activité sexuelle							
Abstinent au cours de la vie	98	42,9	182	42,9	280	42,9	
Abstinent au cours des douze derniers mois	93	64,5	98	53,1	191	58,6	
Monopartenaire au cours des douze derniers mois	461	68,1	608	51,3	1 069	58,6	***
Multipartenaire au cours des douze derniers mois	240	60,4***	85	60,0	325	60,3***	
Population totale	901	62,7	973	50,7	1 874	56,5	***

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

sance de l'existence des traitements antirétroviraux parmi les individus vivant dans les situations les moins stables (personnes en situation administrative précaire⁴ de séjour en France, personnes ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, personnes vivant dans des foyers ou des hôtels). Ainsi,

parmi les individus, hommes ou femmes, ne bénéficiant d'aucune couverture sociale,

4. Personnes ayant un visa touristique de courte ou longue durée en cours de validité, ayant une autorisation provisoire de séjour, ayant un récépissé de demande de carte de séjour, étant en attente de régularisation ou n'ayant aucun titre et aucune demande de régularisation en cours.

40,7 % ont déclaré connaître l'existence des traitements alors que cette proportion est de 52,6 % parmi les individus bénéficiant d'une couverture sociale sans mutuelle et de 59,9 % parmi ceux bénéficiant d'une couverture sociale avec mutuelle ($p < 0,001$). Parmi les personnes se trouvant en situation administrative précaire, 50,0 % ont indiqué connaître l'existence des traitements contre 57,5 % des personnes dans des situations plus stables de séjour⁵ ($p = 0,025$). Cette moindre connaissance est observée également parmi les personnes vivant dans des foyers ou des hôtels (chez les hommes, 45,9 % contre 66,0 % chez ceux ne vivant ni dans des foyers ni dans des hôtels ; $p < 0,001$; chez les femmes, respectivement 38,2 % et 51,9 % ; $p = 0,014$). Enfin pour ce qui est de la langue parlée en famille, une moindre connaissance des traitements est également observée parmi les individus parlant en famille une autre langue que le français (49,6 % vs 63,2 % ; $p < 0,001$).

La connaissance des traitements est associée à la proximité par rapport au VIH/sida

La connaissance des traitements apparaît d'autant plus élevée que les individus ont un lien de proximité avec le VIH/sida. En effet, chez les hommes comme chez les femmes, la connaissance de l'existence des traitements apparaît plus élevée parmi les individus connaissant personnellement au moins une personne (parent, ami, collègue) séropositive ou malade du sida (65,0 % vs 54,3 % parmi les personnes n'en connaissant aucune ; $p < 0,001$). De plus, chez les hommes originaires de pays dans lesquels la prévalence du VIH est très élevée (supérieure à 5 %), 69,1 % ont indiqué connaître l'existence des traitements contre 57,4 % des hommes originaires de pays où la prévalence du VIH est inférieure à 3 % ($p = 0,001$). Chez les femmes, on n'observe pas de différence significative de connaissance selon la

prévalence du VIH dans le pays d'origine. De même, chez les hommes comme chez les femmes, la connaissance de l'existence des traitements ne semble pas différer selon les caractéristiques de l'activité sexuelle des individus, ne montrant pas une plus forte connaissance parmi les individus ayant une activité sexuelle pouvant les exposer au risque VIH. Les individus interrogés, qu'ils aient déclaré n'avoir eu aucun partenaire dans l'année, avoir eu un seul ou plusieurs partenaires ont des niveaux de connaissance comparables. Seuls ceux n'ayant jamais eu de rapports sexuels au cours de leur vie sont plus nombreux à ignorer l'existence des traitements (42,9 % vs 58,9 % chez ceux ayant déjà eu de rapports sexuels ; $p < 0,001$). Enfin, chez les hommes, une moindre connaissance de l'existence des traitements peut être notée parmi ceux ayant indiqué avoir une pratique religieuse régulière, en comparaison des autres (57,1 % vs 68,4 % ; $p < 0,001$). Chez les femmes, aucune différence de connaissance ne peut être observée selon la pratique religieuse.

Les effets des traitements sont mieux connus des personnes ayant un niveau d'études élevé

Parmi les individus qui ont déclaré « avoir entendu parler des traitements contre le virus du sida », 92,7 % savent que grâce à ces traitements, les personnes traitées vivent plus longtemps, 91,8 % que ces traitements ne permettent pas de guérir définitivement et 83,4 % qu'ils n'empêchent pas la transmission du VIH. La connaissance des effets de ces traitements ne diffère pas chez les hommes et chez les femmes, selon l'âge des personnes interrogées, selon le fait qu'elles connaissent personnellement une personne séropositive ou encore selon le niveau de

5. Personnes de nationalité française ou en situation administrative stable (bénéficiant d'une carte de résident ou de séjour temporaire).

prévalence du VIH dans leur pays d'origine. En revanche, cette connaissance apparaît nettement moindre parmi les personnes peu ou pas scolarisées. Par exemple, parmi les personnes peu ou pas scolarisées, seules 57,5 % d'entre elles savent que ces traitements n'empêchent pas la transmission du VIH, alors que la proportion est de 76,2 % parmi les personnes scolarisées jusqu'au collège ou lycée et de 88,8 % parmi celles ayant suivi des études supérieures ($p < 0,001$). Cette moindre connaissance parmi les personnes ayant un faible niveau d'études formelle est également observée en ce qui concerne la connaissance des « *traitements qui permettent de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant* ». Si 43,4 % des individus (hommes ou femmes, sans différence significative) ont déclaré en connaître l'existence, ce n'est le cas que de 31,2 % des individus jamais scolarisés ou scolarisés jusqu'en primaire, contre 48,8 % de ceux ayant suivi des études supérieures ($p < 0,001$).

Il apparaît donc que les personnes faiblement diplômées sont nettement moins nombreuses à connaître l'existence de ces traitements et, lorsqu'elles en connaissent l'existence, elles sont moins nombreuses à savoir quels sont les effets de ces traitements, en termes de bénéfices pour la santé ou de transmission du VIH.

Les facteurs associés à la connaissance des traitements contre le VIH

Un modèle de régression logistique a été établi afin d'identifier les déterminants de la connaissance des traitements antirétroviraux (« *avoir entendu parler des traitements contre le VIH* »). Les variables intégrées au modèle portent sur la date de la migration (année d'arrivée en France), des caractéristiques culturelles (pratique religieuse, langue parlée en famille), des caractéristiques de proximité par rapport au VIH/sida

(prévalence du VIH dans le pays d'origine, connaissance personnelle d'une personne séropositive) et enfin des caractéristiques sociodémographiques (sexe, classe d'âges, diplôme, statut matrimonial, résidence en foyer/hôtel). Le modèle de régression réalisé tout sexe confondu montre que le fait d'être une femme est, indépendamment des autres variables du modèle, associé à une moindre connaissance des traitements ($OR = 0,6$; $IC : 0,5-0,8$; $p < 0,001$). Compte tenu des analyses descriptives montrant que la connaissance des traitements est, chez les hommes et chez les femmes, différemment associée à certaines variables (par exemple, à la pratique religieuse), il a semblé pertinent d'effectuer séparément le modèle de régression parmi les femmes et parmi les hommes [tableau VII].

Le niveau d'études, principal facteur associé à la connaissance des traitements chez les hommes comme chez les femmes

Le niveau d'études apparaît comme étant l'élément le plus fortement associé à la connaissance des traitements antirétroviraux, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. La probabilité de déclarer connaître ces traitements est en effet d'autant plus forte que la personne a un niveau élevé d'études. Indépendamment des autres variables du modèle, cette probabilité est six fois supérieure parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur que parmi les personnes ayant un faible niveau d'études (jamais scolarisées ou niveau primaire). Chez les hommes et chez les femmes, une probabilité plus élevée de connaître les traitements peut être notée parmi les personnes plus âgées, en comparaison de celles âgées de 18 à 24 ans. Une tendance ($p = 0,06$) chez les hommes comme chez les femmes peut également être signalée d'une probabilité plus élevée d'être informé sur les traitements parmi les

TABLEAU VII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance des traitements contre le VIH

	Hommes (n=827)			Femmes (n=891)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure à 3 %	366	1		339	1	
De 3 % à 5 %	180	0,8	0,5-1,2	171	1,1	0,7-1,6
Supérieure à 5 %	281	0,9	0,6-1,2	381	1,1	0,8-1,6
Connaissance d'une personne séropositive						
Non	620	1		643	1	
Oui	207	1,5	1,0-2,3	248	1,4	1,0-1,9
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	186	1		233	1	
Entre 1990 et 1999	290	0,8	0,5-1,3	311	0,9	0,6-1,2
Depuis 2000	351	1,2	0,7-1,9	347	0,9	0,6-1,2
Pratique religieuse						
Régulière	411	1		425	1	
Non régulière ou sans religion	416	1,5*	1,1-2,0	466	0,8	0,6-1,1
Langue parlée en famille						
Autre langue	373	1		428	1	
Français	454	1,5*	1,1-2,0	463	1,2	0,9-1,7
Âge						
18-24 ans	183	1		291	1	
25-29 ans	202	1,3	0,9-2,1	198	1,4	1,0-2,1
30-34 ans	159	2,0**	1,2-3,4	147	1,2	0,8-1,9
35-39 ans	142	1,7	1,0-2,8	126	1,7*	1,0-2,7
40-49 ans	141	2,4**	1,3-4,3	129	1,6*	1,0-2,7
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	69	1		74	1	
Collège	104	2,3*	1,2-4,4	149	2,0*	1,0-3,8
Lycée	187	2,7**	1,4-5,2	221	3,9***	2,1-7,2
Études supérieures	467	6,9***	3,7-12,7	447	6,3***	3,5-11,4
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	279	1		263	1	
En couple cohabitant	269	1,2	0,8-1,8	337	0,8	0,5-1,1
Non en couple	279	0,8	0,6-1,2	291	0,7*	0,5-1,0
Logement						
Autre que foyer/hôtel	702	1		823	1	
Foyer/hôtel	125	0,8	0,6-1,2	68	0,9	0,6-1,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

personnes connaissant personnellement quelqu'un de séropositif ou malade du sida.

Des variables associées qui diffèrent chez les hommes et chez les femmes

Chez les hommes, deux caractéristiques : la pratique religieuse et la langue parlée en

famille jouent un rôle sur la connaissance des traitements, indépendamment des autres variables du modèle. Ainsi, les hommes qui ont déclaré une pratique religieuse régulière ou qui parlent une autre langue que le français en famille sont moins nombreux à connaître les traitements. Chez les femmes,

ces deux caractéristiques ne jouent pas sur le niveau de connaissance des traitements ; en revanche, le fait de ne pas être en couple apparaît comme un facteur défavorable à la connaissance des traitements. Les autres variables intégrées dans le modèle (année

d'arrivée en France, prévalence du VIH dans le pays d'origine, résidence en foyer/hôtel) n'apparaissent pas comme des déterminants de la connaissance des traitements chez les hommes ni chez les femmes.

DISCUSSION

La connaissance des modes de transmission et des moyens de protection

Les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France connaissent bien les circonstances certaines de transmission du VIH, ainsi que les stratégies efficaces pour s'en protéger. Néanmoins, les circonstances qui ne transmettent pas le VIH semblent moins bien maîtrisées et les stratégies d'efficacité peu fiable sont fortement valorisées.

En effet, plus de neuf répondants sur dix âgés entre 18 et 49 ans déclarent que la transmission du VIH est possible lors de rapports sexuels sans préservatif, en recevant du sang et lors d'une piqûre intraveineuse de drogue avec une seringue déjà utilisée. De même, près de neuf répondants sur dix savent que l'utilisation du préservatif est un moyen efficace pour se protéger du VIH. Les modes certains de transmission sont autant maîtrisés, voire davantage, qu'ils ne le sont par les personnes interrogées dans l'enquête KABP population générale métropole [1], puisque dans cette enquête seuls 81,4 % des répondants, proportion proche de l'enquête réalisée aux Antilles et en Guyane (78,2 %) [2], déclarent que le VIH peut se transmettre en recevant du sang contre 97,0 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Cette plus faible proportion parmi les enquêtes réalisées en métropole et aux Antilles-Guyane traduit très certainement l'idée que, même

si le sang est un vecteur connu de la transmission du VIH, le système sanitaire est aujourd'hui jugé en France comme suffisamment sécurisé pour que la transmission du VIH au cours d'une transfusion soit considérée comme possible par une proportion de répondants plus faible que parmi ceux qui arrivent de pays d'Afrique subsaharienne.

Les circonstances qui ne transmettent pas le VIH sont par contre moins bien maîtrisées que celles qui transmettent le VIH, puisque près d'un tiers des personnes interrogées pensent que la transmission est possible par une piqûre de moustique ou lors de rapports sexuels avec un préservatif, et près d'un quart en embrassant une personne contaminée ou en étant hospitalisé dans le même service qu'elle. Les répondants originaires d'Afrique subsaharienne sont également nombreux à valoriser des stratégies de prévention dont l'efficacité est peu fiable : entre deux tiers et trois quarts d'entre eux considèrent que « demander un test de dépistage à son partenaire », « faire soi-même régulièrement un test » ou « poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée » sont des stratégies de prévention efficaces.

Des résultats similaires avaient déjà été constatés dans l'enquête KABP métropole et dans celle réalisée aux Antilles et en Guyane (DFA), avec toutefois une proportion plus faible de répondants qui ne maîtrisent pas les circonstances de transmission du VIH ou qui valorisent des stratégies de prévention peu efficaces : 37,6 % des personnes interrogées originaires d'Afrique subsaharienne, 26,2 %

des personnes interrogées dans l'enquête métropole et 23,7 % de celles interrogées dans l'enquête Antilles-Guyane pensent que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique. De même, 35,1 % des répondants originaires d'Afrique subsaharienne et respectivement 16,0 % et 25,1 % des personnes interrogées en métropole et aux Antilles-Guyane pensent qu'il est possible d'être contaminé par le VIH lors de rapports sexuels avec un préservatif. Enfin, ils sont respectivement 80,7 %, 62,6 % et 65,4 % à juger qu'il est efficace de faire régulièrement un test de dépistage pour se protéger du VIH. Plus nombreuses à considérer comme efficaces des stratégies qui ne le sont pas, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France sont aussi 17,9 % à considérer que se laver après l'acte sexuel est un moyen efficace de se protéger du VIH, proportion équivalente à celle des enquêtes métropole et Antilles-Guyane.

Les résultats des enquêtes métropole et Antilles-Guyane avaient souligné le peu de différences entre les hommes et les femmes en termes de connaissance des modes de transmission et de croyance en l'efficacité des stratégies de prévention; en revanche, parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les hommes semblent avoir une meilleure maîtrise des modes de transmission et des stratégies de prévention que les femmes. En effet, ils sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à connaître la possibilité d'une transmission materno-fœtale du VIH et à savoir que ce virus ne se transmet pas par les toilettes. Parallèlement, ils valorisent davantage le préservatif pour se protéger du VIH, mais aussi les stratégies d'efficacité intermédiaire.

L'importance du niveau d'études, particulièrement chez les femmes

Comme pour l'enquête KABP métropole et celle réalisée aux Antilles et en Guyane, la

connaissance des modes de transmission du VIH et la valorisation des stratégies de prévention peu efficaces sont corrélées avec l'âge et avec le niveau d'études. Globalement, plus les répondants sont jeunes et ont un niveau d'études élevé, mieux ils maîtrisent les modes de transmission. De même, les stratégies objectivement peu efficaces sont moins valorisées par les plus scolarisés. Ainsi, près des deux tiers des répondants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France n'ayant pas fréquenté l'école ou ayant un niveau d'études équivalent à la primaire pensent que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique contre moins d'un tiers parmi ceux ayant poursuivi des études supérieures au baccalauréat. Dans les enquêtes KABP métropole et Antilles-Guyane, un peu plus de deux tiers des répondants sans diplôme croient que ce mode de transmission est possible, contre respectivement 19,2 % et 12,8 % des plus diplômés.

Environ neuf personnes sur dix considèrent qu'il est efficace d'utiliser un préservatif pour se protéger du sida, proportion équivalente dans les trois enquêtes. Cependant, la proportion de répondants croyant en l'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH est équivalente quel que soit le niveau d'études parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, contrairement aux résultats des enquêtes KABP métropole et Antilles-Guyane, où la valorisation des stratégies efficaces pour se protéger du VIH et celles d'efficacité intermédiaire est globalement liée au niveau d'études.

De fait, si l'on compare la croyance en l'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH à niveau d'études équivalent, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclarant un niveau scolaire élevé sont proportionnellement moins nombreuses à reconnaître l'efficacité du préservatif que la population diplômée du supérieur vivant aux Antilles-Guyane ou en France métro-

politaine. Elles sont 87,7 % à considérer le préservatif comme un moyen efficace pour se protéger du VIH contre 96,9 % dans l'enquête Antilles-Guyane et 96,4 % dans l'enquête métropole.

De même, valoriser des stratégies d'efficacité intermédiaire telles que « *poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée* » ou « *demandeur un test à son ou ses partenaire(s)* », ou encore « *faire soi-même régulièrement un test de dépistage* » est positivement associé au niveau d'études dans l'enquête KABP métropole et dans celle réalisée aux Antilles et en Guyane, mais pas dans celle réalisée auprès des Franciliens d'origine subsaharienne. Ainsi, alors que la proportion de répondants ayant un faible niveau d'études et qui considèrent que poser des questions est un moyen efficace de protection contre le VIH est assez proche entre les différentes enquêtes (60,4 % en métropole et 61,7 % parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne), l'écart se creuse entre ces populations avec le niveau croissant d'études. Parmi les répondants possédant un niveau d'études supérieur au lycée ou au baccalauréat, 40,0 % en métropole et 68,7 % parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne considèrent qu'il est efficace de poser des questions à son partenaire pour se protéger du VIH/sida.

Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne ont, à niveau d'études déclaré équivalent, une moins bonne connaissance des modes de transmission du sida que les hommes : la valeur moyenne du score de connaissance des modes de transmission des femmes d'un niveau d'études supérieur au baccalauréat est ainsi moins élevée que celle des hommes possédant un niveau d'études équivalent (8,3 vs 8,6 ; $p < 0,001$). Le niveau de connaissance apparaît plus fortement associé au niveau d'études chez les femmes que chez les hommes. Les écarts en termes de connaissance des modes de

transmission et de croyance en l'efficacité des stratégies de prévention entre les moins scolarisés et les plus scolarisés sont plus importants chez les femmes que chez les hommes.

Pour autant, les femmes semblent constituer une entité plus homogène par rapport à la connaissance du VIH/sida que les hommes. En effet, en dehors du niveau de scolarisation, les variables qui caractérisent la proximité par rapport à la maladie (taux de prévalence du pays d'origine et connaissance d'une personne séropositive), celles qui décrivent la situation migratoire actuelle (année d'arrivée en France et situation administrative actuelle) et enfin celles qui appréhendent le contexte culturel à travers la pratique religieuse et la langue parlée au domicile sont moins fréquemment associées à une bonne maîtrise des modes de transmission et à la valorisation des stratégies de prévention d'efficacité intermédiaire que chez les hommes.

La connaissance de l'existence de préservatifs féminins

La promotion du préservatif féminin en France a principalement été orientée en direction des femmes migrantes, notamment à travers les outils de communication de l'INPES. Les résultats de l'enquête montrent que les trois quarts des personnes interrogées, hommes ou femmes, ont indiqué avoir déjà entendu parler des préservatifs féminins (73,6 %). Cette proportion est comparable à celle enregistrée dans l'enquête KABP métropole (76,5 %), mais est sensiblement inférieure à celle de l'enquête KABP Antilles-Guyane (86,6 %). Quelles que soient les enquêtes, les déclarations des hommes et des femmes sont comparables. En revanche, le niveau d'études intervient et, plus il est élevé, plus la connaissance de l'existence de ce moyen de protection augmente. La comparaison de la connaissance de l'existence des

préservatifs féminins, en fonction du niveau d'études, montre peu de différences entre les réponses des enquêtés originaires d'Afrique subsaharienne et les réponses de la population générale interrogée dans l'enquête KABP métropole. En revanche, par rapport à la population des DFA, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne apparaissent nettement moins informées sur l'existence des préservatifs féminins. Ainsi, parmi les moins scolarisées, elles sont 42,9 % à avoir indiqué connaître les préservatifs féminins contre 55,0 % des personnes interrogées dans l'enquête KABP métropole et 74,2 % de celles interrogées aux Antilles et en Guyane. Chez les personnes les plus scolarisées, les proportions sont respectivement de 80,7 %, 82,5 % et 90,0 %.

La connaissance de l'existence des traitements

Parmi les personnes interrogées, 62,5 % des hommes et 50,7 % des femmes ont indiqué avoir déjà entendu parler des traitements contre le VIH. Ces proportions, qui diffèrent significativement entre les hommes et les femmes, varient très sensiblement selon le niveau d'études, quel que soit le sexe, passant du simple au triple entre les personnes n'ayant jamais été scolarisées et celles ayant poursuivi des études supérieures. Dans les enquêtes KABP réalisées en France métropolitaine ainsi qu'aux Antilles et en Guyane, si la connaissance de l'existence des traitements ne diffère pas entre les hommes et les femmes, en revanche on observe également un lien très étroit entre la connaissance des traitements et le niveau d'études.

La comparaison, à niveau d'études équivalent, de la connaissance des traitements parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et parmi la population de métropole permet de noter des différences, qui apparaissent particulièrement marquées dans la population féminine. En

effet, quel que soit le niveau d'études, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sont moins nombreuses que les femmes interrogées dans l'enquête KABP métropole à avoir indiqué connaître les traitements. Ainsi, parmi les personnes les plus faiblement scolarisées, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sont 23,8 % à connaître les traitements, contre 37,9 % des femmes dans la population générale. De même, parmi les personnes les plus scolarisées, les femmes africaines sont 61,0 % à connaître les traitements, contre 80,9 % des femmes de l'enquête métropole. Le niveau de connaissance des femmes africaines est en revanche comparable, quel que soit le niveau d'études, à celui des femmes interrogées aux Antilles et en Guyane.

Dans la population masculine, ces deux tendances (moindre connaissance comparée à la population générale de métropole et connaissance comparable à celles des populations interrogées aux Antilles et en Guyane) se retrouvent, même si les écarts apparaissent moins marqués que dans la population féminine. Parmi les hommes les plus faiblement scolarisés, la proportion de ceux connaissant l'existence des traitements est de 28,4 % parmi ceux originaires d'Afrique subsaharienne, 34,7 % parmi les hommes interrogés en métropole et 24,9 % parmi ceux interrogés dans les DFA. Parmi les hommes les plus scolarisés, les proportions sont respectivement de 75,4 %, 85,4 % et 71,8 %.

Parmi les personnes connaissant l'existence des traitements, si la proportion de celles qui savent que ces traitements permettent aux malades du sida de vivre plus longtemps est comparable dans les trois populations (plus de neuf personnes sur dix), en revanche, les répondants originaires d'Afrique subsaharienne faiblement scolarisés sont moins nombreux à savoir que ces traitements ne permettent pas de guérir définitivement (dix points d'écart comparés

aux données en population générale de métropole ou des DFA). De plus, quel que soit leur niveau d'études, ils sont nettement moins nombreux à savoir que ces traitements n'empêchent pas une contamination. Par exemple, parmi les personnes les plus faiblement scolarisées, seules 57,5 % de celles qui sont originaires d'Afrique subsaharienne savent que, malgré ces traitements, les séropositifs traités peuvent transmettre le VIH, alors que cette proportion est de 82,9 % dans la population de métropole et de 77,8 % dans celle des Antilles et de la Guyane.

Par rapport à la population interrogée en métropole, si cette moindre connaissance des traitements parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne est notable quel que soit le niveau d'études des personnes, les données montrent néanmoins que ces écarts sont nettement plus marqués, d'une part, parmi les personnes les moins scolarisées et, d'autre part, dans la population féminine.

La moindre connaissance de l'existence des traitements contre le VIH pourrait expliquer, au moins en partie, leur recours

plus tardif au dépistage. En effet, faute de savoir que des traitements existent et de connaître véritablement leurs bénéfices, cette plus faible connaissance peut constituer un frein au dépistage du VIH ou à un dépistage précoce. Par ailleurs, le plus faible niveau d'information sur les effets des traitements, en termes de bénéfices pour la santé et de risques de contamination, notamment parmi les répondants les moins scolarisés, peut contribuer à favoriser des comportements à risque face au VIH. Parmi les personnes peu scolarisées, c'est en effet près d'un répondant sur deux qui croit que «*grâce à ces traitements, les séropositifs traités ne transmettent plus le VIH*», croyance qui peut conduire à une absence de protection.

L'ensemble de ces résultats suggère qu'il est important de renforcer l'information auprès de la population originaire d'Afrique subsaharienne. Pour autant, il convient de diversifier les sources et les contenus de cette information, afin de prendre en compte les diversités sociales et culturelles que constituent ces populations originaires d'Afrique.

Bibliographie

- [11] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou W., Vongmany N., Grémy I. ***Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en France : évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.*** Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005 : 176p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]

- [2] Halfen S., Fenies K., Ung B., Grémy I. ***Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004.*** Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006 : 289 p.
En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
[Dernière consultation le 29/03/2007]





L'essentiel

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne se positionnent majoritairement contre des mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives. Ainsi, elles sont 88,3 % à être contre l'idée d'interdire à un enfant atteint de sida d'aller à l'école et 61,2 % à être en défaveur de l'isolement des malades à l'hôpital.

Lorsque l'on demande aux personnes de se prononcer sur leur attitude face à des situations qui les impliqueraient personnellement avec des personnes séropositives, on constate que la proportion de personnes mentionnant des attitudes stigmatisantes est d'autant plus élevée que la situation implique un degré de proximité important avec la personne touchée. Ainsi, si 78,1 % des répondants accepteraient de travailler avec une personne séropositive, ils ne sont plus que 36,8 % à déclarer qu'ils laisseraient leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne atteinte. La connaissance des modes de transmission du VIH, la perception d'un risque personnel de contamination égal ou supérieur à la moyenne et la connaissance

d'une personne séropositive sont les principaux facteurs en faveur d'une meilleure acceptation des personnes atteintes. Par ailleurs, la durée et la sécurité du statut conféré notamment par la naturalisation, l'usage du français dans la vie quotidienne sont des facteurs favorables à une acceptation accrue des personnes atteintes.

Les analyses des opinions relatives au préservatif montrent que celui-ci ne jouit pas d'une très bonne image auprès de cette population. Pour plus de quatre hommes sur dix (44,6 %), il est associé à la notion du multipartenariat et, pour plus de la moitié d'entre eux (55,3 %), il diminue le plaisir. Les femmes ont une opinion sensiblement meilleure du préservatif que les hommes, mais une majorité d'entre elles (60,1 %) considère que le préservatif n'est pas quelque chose de banal. Chez les hommes et chez les femmes, le score d'opinion du préservatif est fortement associé aux connaissances des modes de transmission du VIH : plus les modes de transmission sont connus, meilleure est l'image du préservatif. On trouve également une opinion

plus favorable du préservatif parmi les utilisateurs, cette association étant plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

La mise en perspective des réponses des personnes originaires d'Afrique subsaharienne avec celles recueillies dans le cadre du KABP métropole et du KABP Antilles-Guyane traduit un niveau d'acceptation plus faible des personnes vivant avec le VIH/sida et une image plutôt négative du préservatif, alors même que les personnes interrogées dans cette enquête sont plus jeunes et plus diplômées que celles interrogées dans le cadre des deux autres enquêtes KABP. Ces résultats plaident donc pour un renforcement des campagnes de communication favorisant l'acceptation des personnes atteintes et la transformation de l'image du préservatif. Il est également nécessaire de renforcer l'information sur les circonstances qui transmettent ou ne transmettent pas le VIH, une faible maîtrise des modes de transmission du VIH étant la principale variable associée au rejet des personnes atteintes et à une mauvaise image du préservatif.

Les attitudes et opinions à l'égard du VIH/sida et des préservatifs

FRANCE LERT

INTRODUCTION

Les attitudes vis-à-vis des personnes atteintes ont des effets directs dans la stigmatisation ou, au contraire, l'acceptation des personnes vivant avec le VIH; elles peuvent constituer des obstacles aussi bien dans l'adoption des comportements préventifs, le dialogue avec les partenaires sexuels pour l'utilisation du préservatif que pour la démarche de dépistage ou de soins. La connaissance personnelle d'une personne atteinte par le VIH/sida favorise l'implication personnelle et la compréhension des enjeux de la séropositivité, avec pour traduction des connaissances meilleures et des attitudes plus solidaires. Cet effet était particulièrement marqué, y compris dans les comportements préventifs, dans les premières années qui ont suivi l'émergence du VIH, puis s'est atténué à mesure que la communication publique s'est développée et que la connaissance de l'infection s'est améliorée.

La problématique de la discrimination

a été au cœur des débats publics depuis l'irruption du sida dans l'espace public et les campagnes de communication se sont attachées à promouvoir la solidarité envers les personnes vivant avec le VIH. Pour autant, en France, beaucoup de personnes atteintes continuent à garder le secret vis-à-vis de leur entourage par crainte des réactions négatives ou par peur du rejet [1, 2]. En Afrique subsaharienne, cette crainte reste considérée comme un obstacle majeur à la prévention et au dépistage [3].

Le questionnaire comporte des informations rendant compte de la proximité avec une personne atteinte, de l'acceptation personnelle des personnes séropositives, des attentes quant à la façon dont elles doivent être traitées dans la société, et de l'image du préservatif. Des scores ont été calculés par addition des questions sur l'acceptation d'une part, sur les opinions concernant le préservatif d'autre part. Une question complé-

mentaire renvoie à une dimension morale qui envisage la contamination comme une sanction d'ordre divin ou magique.

Les résultats, issus d'analyses univariées et multivariées, sont présentés séparément pour les hommes et les femmes, en envisageant successivement la connaissance d'une personne atteinte, l'acceptation personnelle des personnes séropositives, la position sur les mesures discriminatoires que la société pourrait leur imposer, l'interprétation du sida en référence aux registres religieux ou magique, et enfin les opinions sur le préservatif.

Les associations des indicateurs d'attitudes avec divers ensembles de variables ont été étudiées. Une première série de variables comprenait le niveau de connaissance des modes de transmission, la perception de son propre risque d'être contaminé et la connaissance d'une personne séropositive ; une deuxième série comprenait l'âge

et les variables caractérisant le parcours migratoire : ancienneté du séjour, statut de résidence, langue parlée le plus souvent en famille, prévalence dans le pays d'origine (plus ou moins 5 %). Venaient ensuite les variables relatives à l'intensité de la pratique religieuse, la situation sociale appréhendée par le niveau d'études et les conditions de logement, et enfin la situation de couple. Dans l'étude des opinions sur le préservatif, une analyse complémentaire a été réalisée en se limitant aux personnes ayant eu une activité sexuelle dans l'année pour évaluer les associations avec le comportement sexuel (un seul ou plusieurs partenaires dans l'année) et l'expérience d'utilisation du préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête. L'analyse multivariée des variables dichotomiques a été réalisée par régression logistique, les variables quantitatives exprimées sous forme de scores par régression linéaire multiple.

RÉSULTATS

LA PROXIMITÉ PAR RAPPORT AU VIH ET À LA MALADIE DU SIDA

Plus d'un quart des personnes interrogées (26,4 %) ont déclaré connaître une personne séropositive. Dans la majorité des cas (76,8 %), il s'agissait d'une personne proche, c'est-à-dire issue de l'entourage social ou familial (parent, ami, partenaire). La proportion d'hommes et de femmes déclarant connaître une personne séropositive est semblable (respectivement 24,9 % et 27,9 %) mais les femmes sont plus nombreuses à indiquer que cette personne appartient à leur environnement social ou familial que les hommes (24,4 % vs 18,0 % ; $p=0,017$). Il existe peu de différences entre les classes d'âges, comme le confirment les analyses multivariées [tableau I].

La probabilité de connaître une personne

séropositive est associée, chez les hommes comme chez les femmes, à deux ensembles de variables, les premières traduisant l'environnement dans lequel le répondant évolue ou a évolué, les secondes son rapport au risque VIH. Ainsi, les répondants qui sont originaires des pays où la prévalence enregistrée est la plus faible (inférieure à 3 %) sont aussi ceux qui déclarent le moins souvent connaître une personne séropositive (85,6 % des hommes et 82,9 % des femmes ont déclaré ne pas connaître de personne séropositive) [figure 1]. Chez les hommes, on notera également que le fait de vivre seul est associé à une moindre connaissance d'une personne porteuse du virus du sida [tableau I].

Le rapport au risque est exprimé à travers deux variables qui sont, d'une part, le fait d'avoir déjà craint d'être contaminé par le

TABLEAU I

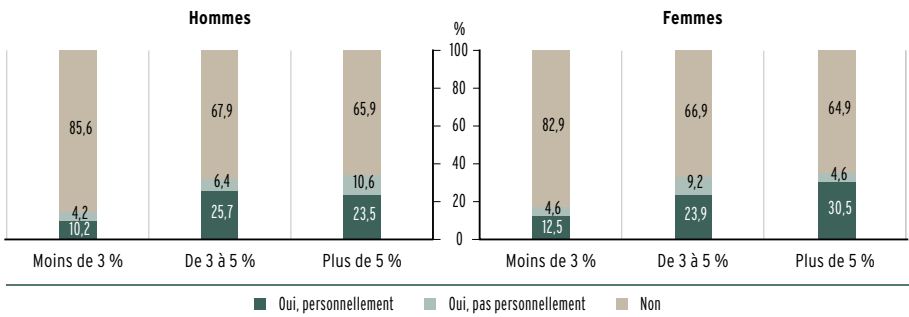
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de connaître une personne séropositive, par sexe

	Hommes (n=873)			Femmes (n=942)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	402	1		519	1	
30-39 ans	310	1,1	0,7-1,5	293	0,7	0,5-1,0
40-49 ans	143	0,9	0,7-1,7	135	1,1	0,7-1,7
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure à 3 %	380	1		362	1	
De 3 % à 5 %	177	2,1***	1,3-3,2	177	2,1**	1,4-3,3
Supérieure à 5 %	298	2,5***	1,7-3,7	408	2,2***	1,5-3,1
A déjà craint d'avoir été contaminé(e)						
Oui	383	2,6***	1,8-3,6	378	1,7**	1,2-2,3
Non	472	1		569	1	
Dépistage au cours de la vie						
Oui, une fois	248	1,2	0,8-1,9	309	1,4	0,9-2,1
Oui, plusieurs fois	299	1,9**	1,3-3,0	317	2,3***	1,5-3,4
Non	308	1		321	1	
Vit seul(e)						
Oui	174	1		137	1	
Non	681	1,9**	1,2-3,0	810	1,2	0,8-1,9

** : p<0,01; *** : p<0,001.

FIGURE 1

Répartition des personnes interrogées sur leur connaissance d'une personne séropositive, selon le niveau de prévalence du VIH dans le pays de naissance et le sexe



VIH et, d'autre part, le recours au dépistage au cours de la vie. Les personnes qui connaissent une personne séropositive ont une perception accrue du risque VIH. Ainsi 37,6 % des personnes qui ont déclaré

avoir déjà craint d'être contaminées disent connaître une personne séropositive, *versus* 18,5 % pour celles qui n'ont jamais eu cette crainte ($p<0,001$). Par ailleurs, parmi les personnes qui ont déjà craint une conta-

mination, la personne connue appartient à l'entourage familial ou social dans 81,0 % des cas, alors que parmi celles qui n'ont jamais craint d'être contaminées, cette même proportion n'est que de 70,3 % ($p=0,006$). Des tendances très similaires sont observées si l'on étudie le lien avec le recours au dépistage au cours de la vie, notamment à travers les personnes qui ont déclaré avoir fait plusieurs tests. Plus nombreuses à connaître une personne séropositive (37,3 % vs 16,7 % parmi ceux qui n'en n'ont jamais fait; $p<0,001$), leur proximité à la maladie est également plus grande (dans 80,3 % des cas, il s'agit d'un proche, vs 71,3 % pour celles qui n'ont jamais fait de test; $p=0,06$).

LES ATTITUDES VIS-À-VIS DES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH/SIDA

Les attitudes vis-à-vis des personnes atteintes sont majoritairement tolérantes dans les rapports de la vie quotidienne : 82,2 % des hommes et 74,3 % des femmes accepteraient de travailler avec une personne séropositive, respectivement 73,5 % et 62,4 % de manger chez elle, 68,6 % et 58,3 % d'habiter sous le même toit [figure 2]. Ainsi, la tolérance s'érode quand le type de contact engage à la fois la proximité et la confiance, comme c'est le cas en particulier pour la garde des enfants ou petits-enfants : les attitudes de défiance sont alors exprimées par près de 40 % (39,8 %) des répondants, tandis qu'une personne sur cinq (21,2 %) se déclare incertaine d'accepter de tels contacts.

Pour rendre compte de ces attitudes, un score de 0 à 10 a été construit : plus le score est élevé, plus l'acceptation des personnes séropositives est forte¹. Avec un score de 7,4, les hommes se montrent plus tolérants que les femmes (7,4 vs 6,9; $p<0,001$). Parmi les hommes, le score d'acceptation des

personnes séropositives est d'autant plus élevé qu'ils maîtrisent les circonstances de transmission du VIH. Le score passe ainsi de 5,6 pour les hommes qui ont une mauvaise maîtrise des modes de transmission à 8,4 pour ceux qui en ont une maîtrise complète ($p<0,001$). Les attitudes sont également plus favorables parmi les hommes qui ont une perception d'un risque personnel d'être contaminé égal ou supérieur à la moyenne (7,6 vs 7,1; $p=0,023$) et parmi ceux qui connaissent une personne séropositive (7,9 vs 7,2; $p=0,03$). Si l'on considère les variables relatives au parcours migratoire, on note que l'acceptation des personnes atteintes est plus forte parmi les hommes originaires d'un pays à forte prévalence (7,7 vs 7,2; $p=0,017$), parmi ceux arrivés en France depuis 2000 (7,4 vs 7,0 pour ceux arrivés jusqu'en 1990; $p=0,03$) et parmi ceux qui utilisent le français en famille (7,8 vs 6,8; $p<0,001$). Concernant le statut social, l'acceptation des personnes séropositives s'accroît avec le niveau d'études, le score passant de 5,8 parmi les hommes qui ont un niveau d'études primaires ou qui n'ont jamais été scolarisés à 7,9 parmi ceux qui ont fait des études supérieures ($p<0,001$). Enfin, les hommes vivant en collectivité (foyer, hôtel ou cité universitaire) se montrent plus réticents vis-à-vis des personnes atteintes que ceux disposant d'un logement personnel ou d'un autre mode d'hébergement (6,6 vs 7,5; $p=0,004$).

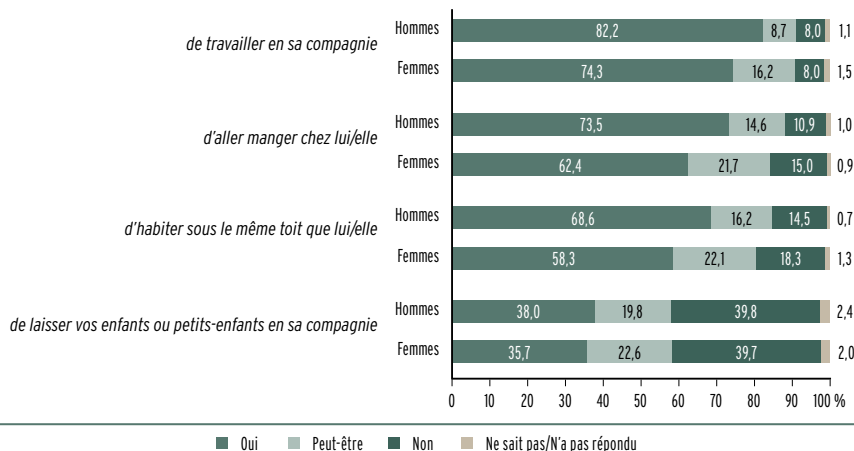
Dans la régression linéaire multiple [tableau II], le niveau de connaissance des modes de transmission, la perception du risque personnel d'être contaminé et la connaissance d'une personne atteinte restent associés à un meilleur score d'acceptation des personnes séropositives. Alors

1. Pour chacun des items précités, deux points ont été attribués lorsque la réponse était « oui », un point pour les réponses « peut-être », les non-réponses ou « ne sait pas », aucun point pour la réponse « non ». La moyenne des points a été ramenée à une échelle de 0 à 10.

FIGURE 2

Répartition des personnes interrogées sur leurs attitudes à l'égard des personnes séropositives, selon le sexe

« Si vous saviez qu'une personne est séropositive, accepteriez-vous... »



que l'usage du français est favorable à une position plus tolérante, on observe que les hommes les plus anciennement immigrés ont un niveau d'acceptation diminué par rapport à ceux qui sont arrivés en France depuis moins de cinq ans. L'association du score avec le mode de résidence, notamment son niveau plus faible chez les hommes vivant dans des logements collectifs, n'atteint pas tout à fait le seuil de signification de 5 % (coef. : -0,6 ; IC : -1,2 + 0,3 ; $p=0,064$).

Parmi les femmes, le niveau d'acceptation des personnes séropositives est également associé à la maîtrise des modes de transmission du VIH – le score passant de 5,8 lorsque la maîtrise est mauvaise à 7,7 lorsqu'elle est complète ($p<0,001$) –, à la proximité avec une personne séropositive (6,6 vs 7,5 ; $p<0,001$), à l'évaluation d'un risque personnel de contamination supérieur à la moyenne (7,2 vs 6,4 ; $p<0,001$) et au fait d'être originaire d'un pays fortement touché (7,2 vs 6,6 ; $p=0,03$). L'acceptation est aussi

favorisée par un niveau d'études élevé, le score passant de 6,0 parmi les femmes qui ont un niveau d'études primaires ou qui n'ont jamais été scolarisées à 7,2 parmi celles qui ont fait des études supérieures ($p=0,002$). Les femmes vivant dans un logement collectif se montrent, comme les hommes, moins tolérantes que celles qui déclarent d'autres conditions de logement (5,8 vs 6,9 ; $p<0,001$). À la différence des hommes, les femmes qui ont une plus grande ancienneté d'immigration se montrent plus tolérantes que celles arrivées plus récemment (7,2 vs 6,6 ; $p=0,003$) et les femmes ayant acquis la nationalité française se distinguent des immigrées étrangères (7,5 vs 6,6 ; $p=0,001$).

Dans la régression linéaire multiple, les variables associées à une meilleure acceptation des personnes atteintes sont le niveau de connaissance des modes de transmission, une perception du risque personnel de contamination égal ou supérieur à la moyenne, la proximité avec une personne atteinte et le fait d'être originaire d'un pays de forte endémie.

TABEAU II

Modèle final d'une régression linéaire multiple où la variable dépendante est le score d'acceptation des personnes séropositives, par sexe

	Hommes (n=822)			Femmes (n=894)		
	n	coeff.	IC à 95 %	n	coeff.	IC à 95 %
Maîtrise des modes de transmission						
Mauvaise	220	0		288	0	
Moyenne	420	1,9***	+1,4 +2,4	425	1,5***	+1,1 +2,0
Complète	202	2,6***	+2,1 +3,1	181	1,9***	+1,3 +2,4
Perception du risque de contamination						
Aucun ou moins de risque que la moyenne	399	0		375	0	
Autant ou plus de risque que la moyenne	423	0,4*	+0,02 +0,8	519	0,7***	+0,3 +1,0
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui	209	0,4*	+0,05 +0,9	251	0,7***	+0,3 +1,1
Non	613	0		643	0	
Durée de résidence						
Moins de cinq ans	258	0		244	0	
De cinq à neuf ans	254	-0,3	-0,8 +0,1	261	-0,1	-0,6 +0,5
Dix ans et plus	310	-0,9**	-1,4 -0,3	389	0,3	-0,3 +0,9
Langue parlée en famille						
Français	449	0		465	0	
Autre langue	373	-0,5**	-0,9 -0,08	429	-0,1	-0,5 +0,3
Logement						
Locataire d'un appartement ou d'une maison	474	0		540	0	
Foyer/hôtel/cité universitaire	129	-0,6	-1,2 +0,3	80	-0,7	-1,4 +0,04
Hébergé chez des parents ou amis	200	0,6	-0,6 +0,5	238	0,1	-0,4 +0,6
Autres	19	0,2	-1,0 +1,4	36	0,6	-0,4 +1,7
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure ou égale à 5 %	539	0		510	0	
Supérieure à 5 %	283	-0,1	-0,5 +0,4	384	0,6**	+0,2 +0,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Modèle ajusté sur les variables suivantes : âge, situation administrative, niveau d'études et situation matrimoniale, non significatives au seuil 5 %.

On n'observe pas de rôle propre de la situation sociale, mesurée à travers le niveau d'études et la situation de couple. Comme chez les hommes, les femmes qui habitent dans des logements collectifs ont tendance à déclarer des attitudes plus discriminantes, sans que l'association atteigne tout à fait le seuil de signification de 5 % (coef. : -0,7; IC : -1,4 + 0,04; p=0,064). Parmi les variables caractérisant le statut migratoire, seul le statut de séjour opposant les femmes naturalisées et les femmes étrangères ayant un statut de résidentes tend à être associé à une meilleure acceptation des personnes

atteintes, les secondes ayant un score d'acceptation plus faible (coef. : -0,4; IC : -0,9 + 0,03; p=0,068).

Si l'on compare les résultats observés pour les hommes et pour les femmes, on note des résultats similaires pour les variables caractérisant les connaissances des modes de transmission du VIH et la proximité à la maladie. Les associations avec les variables caractérisant le parcours migratoire semblent s'établir différemment chez les hommes et chez les femmes : les femmes ayant acquis la nationalité française, donc probablement installées

depuis plus longtemps, se montrent plus tolérantes, alors que, chez les hommes, si la pratique du français dans la vie quotidienne va également dans le sens d'une tolérance meilleure, une relation inverse est identifiée avec l'ancienneté du séjour.

LES OPINIONS

Les personnes les mieux informées sur la maladie sont les moins favorables aux mesures discriminatoires

Deux questions envisagent un traitement discriminatoire des personnes vivant avec le VIH. L'une porte sur l'exclusion des enfants séropositifs de l'école, l'autre sur la ségrégation des malades atteints de sida à l'hôpital. Une même proportion d'hommes et de femmes (respectivement 11,2 % et 10,5 %) sont « *tout à fait* » ou « *plutôt* » d'accord avec une proposition qui interdirait à un enfant atteint de sida d'aller à l'école. La proposition d'un isolement des personnes atteintes de sida à l'hôpital recueille une réponse tout à fait favorable de la part de 26,5 % des hommes et de 20,2 % des femmes, alors que respectivement 14,4 % et 14,5 % sont « *plutôt d'accord* ». Au total, les femmes sont plus souvent en défaveur de l'isolement des malades du sida à l'hôpital que les hommes (34,7 % de « *tout à fait* » ou « *plutôt* » d'accord *vs* 40,9 % ; $p=0,003$).

Les hommes sont d'autant plus en défaveur de l'isolement des personnes atteintes qu'ils ont une bonne maîtrise des modes de transmission. Ainsi 75,8 % des hommes qui maîtrisent complètement les modes de transmission du VIH sont contre l'idée d'isoler les malades du sida, contre 37,5 % de ceux qui en ont une mauvaise maîtrise ($p<0,001$). De la même manière, les hommes qui parlent le français au quotidien sont moins en faveur de l'isolement des malades du sida que ceux qui parlent une

autre langue (36,6 % *vs* 49,5 % ; $p<0,001$). Une tendance similaire est observée parmi les hommes ayant la nationalité française ou un statut de résidence stable : respectivement 38,1 % et 40,8 % d'entre eux sont contre l'idée d'isoler les malades du sida à l'hôpital *versus* 50,6 % parmi les hommes en séjour précaire ($p=0,04$). Le rejet de cette proposition est aussi plus fréquent lorsque le niveau d'études s'accroît, passant de 62,2 % parmi les hommes d'un niveau d'études primaires ou sans scolarité à 35,8 % parmi ceux d'un niveau supérieur, et parmi ceux qui connaissent une personne séropositive (36,2 % *vs* 43,9 % ; $p=0,02$). Le modèle de régression logistique [tableau III] confirme l'importance du niveau de connaissance des modes de transmission du VIH dans l'acceptation des personnes séropositives, ainsi que celui de deux autres variables : la connaissance d'une personne séropositive et l'utilisation du français avec son entourage.

Comme pour les hommes, les femmes qui ont une bonne connaissance des modes de transmission du VIH sont moins favorables à l'isolement à l'hôpital des malades atteints de sida [tableau III]. Il en va de même pour les femmes qui sont originaires d'un pays à prévalence élevée (68,6 % *vs* 60,8 % ; $p=0,007$). Les femmes arrivées de longue date, parlant le français en famille, sont également moins nombreuses à approuver l'isolement des personnes atteintes à l'hôpital. Une même tendance est observée chez les femmes seules : 69,7 % sont en désaccord avec cette proposition *versus* 61,4 % pour les femmes en couple ($p=0,03$).

L'association du sida à une malédiction divine est liée à une faible connaissance des modes de transmission du virus

Un homme sur quatre (24,4 %) et une femme sur cinq (20,7 %) approuvent « *tout*

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être « tout à fait » d'accord ou « plutôt » d'accord avec l'affirmation selon laquelle « dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients », par sexe

	Hommes (n=822)			Femmes (n=894)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Maîtrise des modes de transmission						
Mauvaise	200	1		288	1	
Moyenne	420	0,5***	0,3–0,7	425	0,5***	0,3–0,7
Complète	202	0,2***	0,1–0,4	181	0,4***	0,3–0,6
Perception du risque de contamination						
Aucun ou moins de risque que la moyenne	399	1		375	1	
Autant ou plus de risque que la moyenne	423	1,3	0,9–1,7	519	0,8	0,6–1,0
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui	209	0,7*	0,5–0,9	251	0,9	0,6–1,2
Non	613	1		643	1	
Âge						
18-29 ans	387	1		487	1	
30-39 ans	295	0,9	0,7–1,4	278	1,3	0,9–1,8
40-49 ans	140	1,3	0,8–2,1	244	1,6*	1,0–2,6
Durée de résidence						
Moins de cinq ans	258	1		244	1	
De cinq à neuf ans	254	1,1	0,8–1,6	261	0,8	0,5–1,2
Dix ans et plus	310	0,9	0,7–1,6	389	0,7*	0,4–1,0
Langue parlée en famille						
Français	449	1		465	1	
Autre langue	373	1,6**	1,2–2,2	429	1,1	0,8–1,5
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	277	1		264	1	
En couple cohabitant	265	1,2	0,8–1,8	337	0,8	0,6–1,2
Non en couple	280	1,1	0,8–1,6	293	0,6**	0,4–0,8
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure ou égale à 5 %	539	1		510	1	
Supérieure à 5 %	283	1,1	0,7–1,4	384	0,6**	0,5–0,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Modèle ajusté sur les variables suivantes : situation administrative, niveau d'études et logement, non significatives au seuil 5 %.

à fait» la proposition selon laquelle le sida est un châtement de Dieu, une malédiction, un mauvais sort, alors qu'environ un homme et une femme sur dix sont « plutôt d'accord » avec cet énoncé (respectivement 11,3 % et 9,6 %).

Chez les hommes, l'interprétation du sida dans l'ordre du religieux ou du spirituel est associée à une moins bonne connaissance des modes de transmission du virus. Ainsi,

35,6 % des hommes qui ne maîtrisent pas les modes de transmission du VIH pensent que le sida est un châtement de Dieu *versus* 16,7 % parmi ceux qui en ont une maîtrise complète (p<0,001). Les hommes qui utilisent une autre langue que le français en famille sont également plus nombreux à être d'accord avec cette affirmation (50,5 % *vs* 31,3 %; p<0,001). C'est aussi le cas de ceux qui ont une pratique religieuse régulière

(50,9 %) par rapport à ceux qui déclarent une pratique irrégulière (29,2 %) ou ni religion ni pratique (17,0 % ; $p < 0,001$). On retrouve également plus fréquemment cette croyance parmi les hommes qui ne connaissent pas personnellement une personne atteinte (42,8 % vs 29,4 % ; $p < 0,001$) et parmi ceux qui viennent d'une région de faible endémie (43,1 % vs 31,9 % ; $p < 0,001$). Enfin, cette opinion est davantage avancée par les hommes qui ont un niveau d'études primaires ou qui n'ont pas été scolarisés (63,5 % vs 28,9 % parmi les hommes qui ont fait des études supérieures ; $p < 0,001$).

Chez les femmes, l'énoncé selon lequel le sida serait un châtement de Dieu est également lié au niveau de connaissance des modes de transmission du VIH, passant de 43,2 % chez les femmes qui connaissent mal les modes de transmission du VIH à 14,0 % lorsque ces derniers sont maîtrisés ($p < 0,001$). Il est plus souvent approuvé par les femmes qui ne possèdent pas la nationalité française (36,2 % vs 27,7 % ; $p = 0,01$) et par celles qui font l'usage d'une autre langue que le français dans la vie quotidienne (39,7 vs 27,3 ; $p < 0,001$). Comme pour les hommes, cette croyance est d'autant plus importante que le niveau d'études est faible. La proportion de femmes qui pensent que le sida est un châtement de Dieu est de 38,8 % parmi celles qui ont un niveau d'études primaires ou qui n'ont pas été scolarisées, contre 26,6 % parmi les femmes les plus éduquées ($p < 0,001$). La pratique religieuse régulière augmente la proportion de femmes qui approuvent cette position, cette dernière passant de 38,1 % pour les femmes qui déclarent une pratique régulière à 30,5 % pour celles qui ont une pratique irrégulière, à 21,6 % pour celles qui ne déclarent ni religion ni pratique ($p = 0,001$).

Les analyses multivariées identifient comme variables associées à l'interprétation du sida dans le registre du religieux, chez les hommes comme chez les femmes, le niveau

de connaissance des modes de transmission, l'utilisation d'une autre langue que le français dans la vie familiale et le niveau d'études [tableau IV].

Chez les hommes, la connaissance d'une personne atteinte vient diminuer l'approbation de cette proposition, ainsi qu'une pratique religieuse irrégulière ou une absence de religion et de pratique. Une tendance similaire est observée chez les femmes, sans que l'association avec la pratique religieuse régulière soit statistiquement significative à 5 % (ni religion, ni pratique : OR ajusté : 0,4 ; IC : 0,1-1,1 ; $p = 0,06$).

Une image plutôt négative du préservatif

La promotion des préservatifs est l'un des axes forts des campagnes de prévention du sida. Huit propositions étaient soumises aux répondants pour recueillir leur opinion sur le préservatif [figure 3]. Les analyses montrent que l'approbation de propositions reflétant une image négative du préservatif est fréquente. Ainsi, 60,1 % des femmes et 50,4 % des hommes ne sont « *pas du tout* » ou « *plutôt pas* » d'accord avec le fait que le préservatif est quelque chose de banal. Plus de sept hommes sur dix (70,8 %) et d'une femme sur deux (51,1 %) sont en accord avec la proposition selon laquelle « *quand on est marié, on n'a pas besoin de préservatif* ». Ils sont aussi 44,4 % à approuver l'idée que le préservatif « *crée des doutes sur le partenaire* », réponse un peu moins fréquente chez les femmes (38,3 %). Pour sensiblement plus d'hommes que de femmes (44,6 % vs 38,0 %), le préservatif « *incite à avoir plusieurs partenaires* ». De la même façon, ils approuvent à 37,7 % l'idée que « *quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatif* » contre 32,1 % des femmes. Ainsi, les hommes associent davantage le préservatif à la notion de multipartenariat que les femmes. Ils sont aussi majoritaire-

TABLEAU IV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être « tout à fait » d'accord ou « plutôt » d'accord avec l'affirmation selon laquelle « le sida est un châtiment de Dieu, une punition, un mauvais sort », par sexe

	Hommes (n=816)			Femmes (n=892)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Maîtrise des modes de transmission						
Mauvaise	198	1		287	1	
Moyenne	417	0,6**	0,4–0,8	424	0,7**	0,5–0,9
Complète	201	0,4***	0,2–0,6	181	0,4***	0,3–0,7
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui	208	0,6*	0,5–0,9	642	1,0	0,7–1,4
Non	608	1		250	1	
Langue parlée en famille						
Français	445	1		465	1	
Autre langue	371	1,5**	1,1–2,1	427	1,5**	1,1–2,1
Pratique religieuse						
Pratique régulière	404	1		422	1	
Pratique non régulière	360	0,4***	0,3–0,6	437	0,8	0,6–1,1
Ni religion ni pratique	52	0,2***	0,1–0,5	33	0,4	0,1–1,1
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	64	1,7	0,9–3,3	76	1,6	0,9–2,8
Collège/lycée	285	2,2***	1,6–3,1	370	1,9***	1,4–2,7
Études supérieures	467	1		446	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Modèle ajusté sur les variables suivantes : perception du risque de contamination, âge, durée de résidence, situation administrative, logement, situation matrimoniale, niveau de prévalence dans le pays d'origine, non significatives au seuil 5 %.

ment d'accord avec la notion selon laquelle le préservatif « *diminue le plaisir sexuel* » (55,2 %), opinion moins fréquente chez les femmes (41,2 %). La honte d'acheter des préservatifs est plus souvent déclarée par les femmes (30,5 %) que par les hommes (21,4 %), tandis que hommes et femmes sont en proportion voisine (17,0 % et 15,8 %) à se déclarer en accord avec le fait qu'il est « *compliqué à utiliser* ».

Un score mesurant les opinions sur le préservatif a été calculé ; plus le score est élevé, plus l'image du préservatif est négative par rapport à son utilisation en prévention². Avec un score de 4,4, les hommes ont une plus mauvaise image du préservatif que les femmes (4,4 vs 4,1 ; p<0,001).

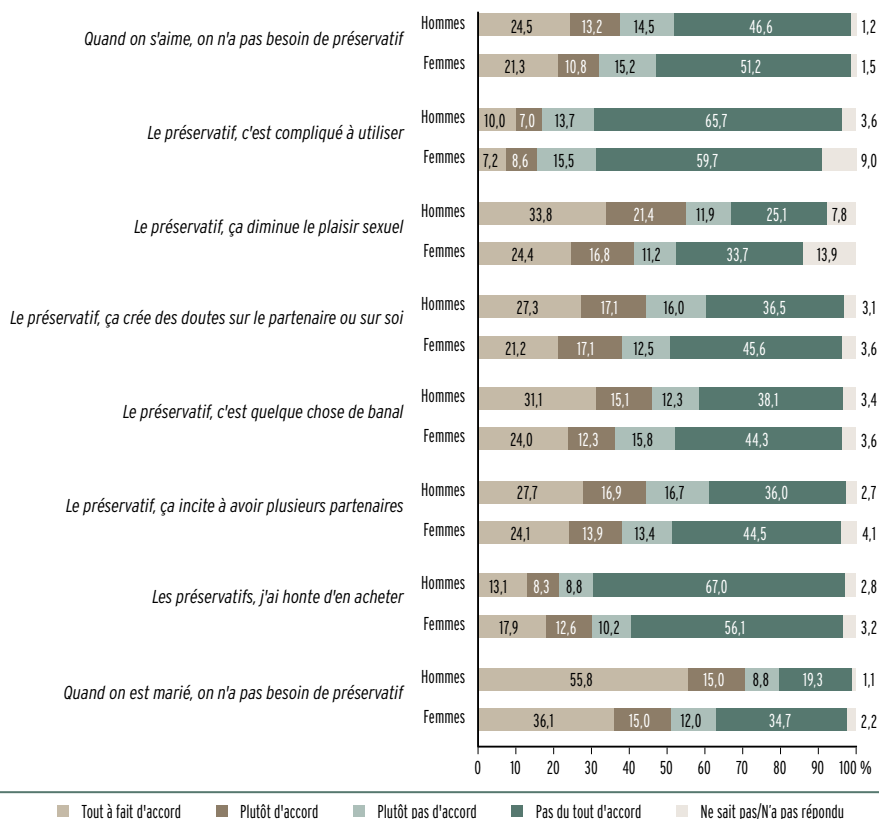
Chez les hommes, l'image du préservatif est fortement associée à la connaissance des

modes de transmission, le score passant de 4,9 parmi les hommes qui ont une mauvaise maîtrise des modes de transmission à 3,9 parmi ceux qui en ont une maîtrise complète (p<0,001). Une association similaire est observée avec le niveau d'études : le score passe alors de 5,5 parmi les hommes qui ont été peu ou pas scolarisés à 4,1 parmi les plus diplômés (p<0,001). La connaissance d'une personne atteinte est également en faveur d'une meilleure opinion à l'égard du

2. Pour chacun des items précités, quatre points ont été attribués lorsque la réponse était « *tout à fait d'accord* », trois points pour « *plutôt pas d'accord* », deux points pour les non-réponses ou « *ne sait pas* », un point pour « *plutôt d'accord* » et aucun point pour « *pas du tout d'accord* », sauf pour l'opinion « *Utiliser un préservatif, c'est quelque chose de banal* », pour laquelle l'attribution des valeurs est inversée. La moyenne des points a été ramenée à une échelle de 0 à 10. Plus le score est élevé, plus la perception du préservatif est négative.

FIGURE 3

Répartition des personnes interrogées sur leurs opinions à l'égard du préservatif, selon le sexe



préservatif (4,1 vs 4,5 ; $p=0,01$). À l'inverse, les hommes vivant en collectivité (foyer, cité ou hôtel) enregistrent un score plus élevé (5,0) que ceux vivant de façon indépendante (4,3) ou ayant un autre mode de logement (3,9 ; $p<0,001$). Lorsque l'on considère la pratique religieuse, on constate que les hommes rapportant une pratique irrégulière ont une meilleure opinion du préservatif (4,2) que les hommes plus pratiquants (4,6) ou sans religion (4,6 ; $p=0,005$). De la même manière, les hommes en couple, cohabitant ou non, ont une opinion plus favorable du préservatif que les hommes

célibataires (respectivement 4,2, 4,3 et 4,6 ; $p=0,04$). Le score d'opinion sur le préservatif n'est lié ni à l'âge du répondant, ni à l'ancienneté de son séjour en France, mais il est plus élevé parmi ceux qui parlent une autre langue que le français dans leur vie quotidienne (4,7 vs 4,1 ; $p<0,001$) et parmi ceux qui ont un statut de séjour précaire (4,8) par rapport aux personnes en séjour stable (4,4) ou de nationalité française (3,9 ; $p=0,001$). Parmi les hommes sexuellement actifs dans l'année, les monopartenaires et les multipartenaires ne se distinguent pas (score de 4,3 dans les deux cas). Par contre,

les hommes ayant utilisé des préservatifs au moins une fois dans l'année en ont une image plus positive (4,0 vs 4,6 pour les non-utilisateurs; $p < 0,001$).

Chez les femmes, l'opinion sur les préservatifs est fortement associée aux connaissances des modes de transmission, le score passant de 4,7 parmi les femmes qui ne les maîtrisent pas à 3,9 parmi celles qui en ont une maîtrise complète ($p < 0,001$). Une opinion plus favorable est également observée parmi les femmes qui ont la perception d'un risque personnel d'être contaminée supérieur ou égal à la moyenne (3,8 vs 4,5; $p < 0,001$), mais pas à la connaissance d'une personne vivant avec le VIH. Les femmes de 30 à 39 ans sont celles qui ont la meilleure image du préservatif par rapport aux autres groupes d'âge (respectivement 3,8 pour les 30-39 ans, 4,2 pour les moins de 30 ans et 4,4 pour les plus de 40 ans; $p = 0,02$). Plus l'ancienneté du séjour est élevée, meilleure est l'image du préservatif : le score enregistré parmi les femmes présentes en France depuis plus de dix ans étant de 3,9 contre 4,4 parmi celles qui sont arrivées depuis moins de cinq ans ($p = 0,02$). De la même manière, les femmes parlant le français au quotidien ont une meilleure opinion du préservatif que celles qui pratiquent une autre langue (3,8 vs 4,3; $p < 0,001$). Concernant le statut social, comme chez les hommes, les associations avec le niveau d'études, d'une part, et les conditions de vie, d'autre part, sont retrouvées. Le mode de vie en couple n'influence pas l'image du préservatif, pas plus que le fait d'avoir eu un ou plusieurs partenaires dans l'année. Les utilisatrices se montrent plus favorables aux préservatifs que celles qui ne l'ont jamais expérimenté (3,6 vs 4,1; $p = 0,006$).

Pour les deux sexes, le modèle final de la régression linéaire confirme que les personnes qui maîtrisent les modes de transmission du virus et qui ont un niveau

d'études élevé ont également une meilleure opinion du préservatif [**tableau V**]. Chez les femmes, le groupe d'âges intermédiaire (30-39 ans) est associé à une image plus favorable du préservatif (coef. : -0,5; IC : -0,8, -0,2); une tendance similaire est retrouvée chez les hommes (coef. : 0,3, IC : -0,6-0,02; $p = 0,06$). Concernant le parcours migratoire, chez les hommes, on observe une association avec l'ancienneté du séjour, chez les femmes avec le statut de résidence [**tableau V**]. La pratique d'une autre langue que le français est associée à un score négatif plus élevé, plus particulièrement chez les femmes. Concernant les conditions de vie, chez les hommes, la vie en logement collectif tend à être associée à une image plus négative du préservatif, tandis que chez les femmes, la modalité « autres » composée principalement des personnes propriétaires de leur logement est associée à une image plus positive. La relation observée chez les hommes dans le sens d'une meilleure image du préservatif parmi ceux qui ont une pratique religieuse irrégulière persiste dans l'analyse multivariée. Chez les femmes, la vie en couple cohabitant est associée à une image moins bonne du préservatif, tandis que se sentir autant ou plus à risque que la moyenne diminue la méfiance envers le préservatif.

Lorsque l'analyse est conduite uniquement sur les hommes sexuellement actifs dans l'année, avec l'introduction dans le modèle des variables caractérisant l'activité sexuelle (monopartenaires, multipartenaires) et l'utilisation du préservatif dans les douze mois, seule cette dernière variable améliore le score d'opinion sur le préservatif, dans le sens d'une meilleure opinion parmi les utilisateurs (coef. : -0,7, IC : -1,1 -0,4; $p < 0,001$). Une tendance similaire est observée chez les femmes, sans que l'association ne soit statistiquement significative à 5 % (coef. : -0,4, IC : -0,8 - + 0,2; $p = 0,06$).

TABLEAU V

Modèle final d'une régression linéaire multiple où la variable dépendante est le score d'opinion sur le préservatif, par sexe

	Hommes (n=795)			Femmes (n=892)		
	n	coeff.	IC à 95 %	n	coeff.	IC à 95 %
Maîtrise des modes de transmission						
Mauvaise	198	0		287	0	
Moyenne	417	-0,4*	-0,7 -0,1	424	-0,9***	-1,2 -0,6
Complète	201	-0,8***	-1,2 -0,4	181	-0,6***	-0,9 -0,3
Perception du risque de contamination						
Aucun ou moins de risque que la moyenne	397	0		374	0	
Autant ou plus de risque que la moyenne	419	-0,04	-0,3 +0,2	518	-0,6***	-0,9 -0,3
Âge						
18-29 ans	383	0		486	0	
30-39 ans	294	-0,3	-0,6 +0,02	278	-0,5**	-0,8 -0,2
40-49 ans	139	0,2	-0,2 +0,6	128	0,1	-0,3 +0,6
Durée de résidence						
Moins de cinq ans	256	0		244	0	
De cinq à neuf ans	253	-0,2	-0,5 +0,1	260	-0,3	-0,7 +0,04
Dix ans et plus	307	-0,4*	-0,8 -0,03	388	-0,3	-0,7 +0,09
Situation administrative						
Nationalité française	138	0		251	0	
Étranger avec un statut stable	535	0,3	-0,2 +0,7	547	0,5**	+0,2 +0,8
Étranger avec un statut précaire	143	0,3	-2,5 +0,8	94	0,3	-0,2 +0,8
Langue parlée en famille						
Français	445	0		465	0	
Autre langue	371	0,2	-0,03 +0,5	427	0,4**	+0,1 +0,7
Pratique religieuse						
Pratique régulière	404	0		422	0	
Pratique non régulière	360	-0,3*	-0,6 -0,02	437	0,3	-0,02 +0,5
Ni religion ni pratique	52	0,4	-0,2 +0,9	33	0,3	-0,4 +1,0
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	64	0		76	0	
Collège/lycée	285	-0,4	-0,9 +0,1	370	-1,0***	-1,6 -0,5
Études supérieures	467	-1,0***	-1,6 -0,5	446	-1,1***	-1,6 -0,6
Logement						
Locataire d'un appartement ou d'une maison	471	0		538	0	
Foyer/hôtel/cité universitaire	129	0,4	-0,04 +0,8	80	0,4	-0,1 +0,8
Hébergé chez des parents ou amis	197	0,05	-0,3 +0,4	238	0,3	-0,04 +0,7
Autres	19	-0,4	-1,3 +0,5	36	-0,8*	-1,5 -0,09
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	274	0		264	0	
En couple cohabitant	265	0,2	-0,2 +0,6	336	0,6**	+0,2 +0,9
Non en couple	277	0,3	-0,06 +0,6	292	0,1	-0,2 +0,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Rappel : plus le score est élevé, plus l'image est mauvaise.

DISCUSSION

Les réponses des personnes originaires d'Afrique subsaharienne interrogées en Ile-de-France traduisent un niveau d'acceptation plus faible des personnes vivant avec le VIH/sida et une image plutôt négative du préservatif, que ces réponses soient comparées aux données de France métropolitaine [4] ou à celles des départements français d'Amérique (DFA) [5]. Cela alors même que les personnes interrogées dans cette enquête sont plus diplômées et plus jeunes que celles interrogées dans le cadre des enquêtes KABP métropole et DFA³.

À titre d'exemple, les attitudes plutôt ou tout à fait favorables à l'isolement des personnes atteintes de sida à l'hôpital apparaissent plus fréquentes chez les hommes et femmes originaires d'Afrique subsaharienne qu'en population générale (respectivement 40,9 % et 34,7 % y sont favorables vs 23,9 % et 21,3 % en métropole). Les pourcentages observés parmi les répondants d'Afrique subsaharienne se rapprochent davantage des niveaux observés aux Antilles et en Guyane (respectivement 34,6 % et 36,3 %). Parmi les autres situations proposées, la question sur la garde des enfants met en évidence une différence particulièrement marquée. Ainsi, si plus de sept personnes sur dix interrogées dans l'enquête en métropole et plus de cinq sur dix dans les DFA accepteraient de laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive, ce n'est le cas que de 36,8 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France. Ces différences persistent à niveau d'études égal.

Plusieurs des questions relatives à l'image du préservatif ont été aussi posées aux répondants des enquêtes en France métropolitaine, aux Antilles et en Guyane en 2004. Pour les questions similaires, les réponses rendent compte d'une image

beaucoup moins bonne du préservatif chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne qu'en population générale et, dans une moindre mesure, qu'aux Antilles et en Guyane. Ainsi, par exemple, 44,4 % des hommes originaires d'Afrique subsaharienne approuvent l'énoncé selon lequel le préservatif crée des doutes sur le partenaire contre 31,9 % des hommes des DFA et 17,8 % des hommes interrogés dans le cadre du KABP métropole; les chiffres correspondants pour les femmes sont respectivement de 38,3 %, 30,7 % et 21,3 %. De la même manière, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont moins nombreuses à considérer que le préservatif est quelque chose de banal : quatre personnes sur dix sont d'accord avec cette affirmation, contre environ cinq sur dix dans les DFA et sept sur dix en métropole.

Dans les enquêtes KABP, le rôle du niveau d'études sur les connaissances et les attitudes a été clairement mis en évidence dans les enquêtes menées en France métropolitaine [4], ainsi qu'aux Antilles et en Guyane [5]. Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, l'association des différents indicateurs avec le niveau d'études ne se maintient en analyse multivariée que pour l'interprétation religieuse du sida et le score d'opinion sur le préservatif. Dans les analyses qui ont été réalisées, une connaissance accrue des modes de transmission s'accompagne d'une meilleure acceptation des personnes atteintes, d'un plus fort désaccord avec l'isolement à l'hôpital, d'une image plus positive du préservatif, et d'un plus fort rejet de l'interprétation religieuse, morale ou magique du sida. On peut faire l'hypothèse que l'accès aux connaissances concernant le sida est en partie lié au niveau d'études, et que ces connaissances jouent

3. Voir chapitre sur la méthodologie.

un rôle majeur dans la transformation des représentations du sida.

Les associations entre les variables caractérisant les attitudes et les caractéristiques du parcours migratoire (ancienneté du séjour, statut et langue parlée au quotidien) vont dans le sens d'une plus forte intégration dans la société française comme facteur favorable à une acceptation accrue des personnes atteintes. La durée et la sécurité du statut conférée notamment par la naturalisation, l'usage du français dans la vie quotidienne vont dans le sens d'une participation sociale permettant de partager les normes en faveur de plus de solidarité, d'avoir accès à l'information et aux campagnes institutionnelles, d'être partie prenante des débats publics qui contribuent à la promotion d'une attitude de solidarité et de non-discrimination envers les personnes atteintes. Le fait de vivre en foyer est associé en analyse univariée à une moindre acceptation des personnes atteintes et à une mauvaise image du préservatif; ces associations sont atténuées dans les analyses multivariées. Elles peuvent être interprétées comme un effet d'isolement des personnes vivant en collectivité par rapport à l'information et la communication sur le sida comme des autres formes de participation sociale.

Le lien entre les attitudes et la perception d'un risque de contamination égal ou supérieur à la moyenne est retrouvé pour le score d'acceptation des personnes atteintes, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. On le retrouve également chez les femmes pour la position relative à l'isolement des malades à l'hôpital et pour le score d'opinion sur le préservatif. Chez les hommes, la connaissance d'une personne atteinte limite les attitudes intolérantes et diminue la perception du sida comme un châtime d'ordre divin, moral ou magique. Ces associations, différentes entre hommes et femmes, peuvent être interprétées en référence à l'analyse culturelle du risque [6]

qui lie d'une façon réciproque l'image que l'on a du sida et de ceux qui en sont atteints et la perception de soi comme susceptible d'être exposé ou contaminé.

La très grande majorité des hommes et des femmes (environ 95 %) déclare une affiliation religieuse, plus de la moitié avec une pratique régulière. Un peu plus de 30 % des personnes interrogées situent le sida dans le registre de la religion; logiquement, cette interprétation du sida est d'autant plus fréquente que la pratique religieuse est régulière; à l'inverse, elle l'est moins lorsque les connaissances sur les modes de transmission sont élevées et que le français est la langue usuelle, ce qui peut traduire un meilleur accès à l'information et au débat public. Cependant, même parmi ces populations, l'interprétation du sida dans le registre religieux reste relativement importante (autour de 20 %). Concernant l'image du préservatif, on retrouve comme en France métropolitaine une meilleure image du préservatif chez les pratiquants irréguliers, chez les hommes, mais pas chez les femmes. Ces résultats sont convergents avec les résultats des études menées sur le lien entre religion et sida. La religion est trouvée associée au style de vie sexuel, identifiée comme un obstacle à la reconnaissance du risque, tandis que son influence sur les comportements préventifs est inégalement retrouvée [7, 8].

Bibliographie

- [1] Lert F., Dray-Spira R., Obadia Y., *et al.*
Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa auprès des personnes vivant avec le VIH/sida.
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2005; 53 (1) : 79-85.
- [2] Pierret J.
Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées.
 Paris : PUF, 2006 : 232 p.
- [3] Medley A., Garcia-Moreno C., McGill S., Maman S.
Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother to child transmission programmes.
Bulletin of the World Health Organization 2004; 82, 4: 299-307.
 En ligne : http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0042-96862004000400013&lng=en&nrm=iso&tIng=en
 [dernière consultation le 04/04/2007]
- [4] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou W., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.
 Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005 : 176 p.
 En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
 [dernière consultation le 04/04/2007]
- [5] Halfen S., Fenies K., Ung B., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida aux Antilles et en Guyane en 2004.
 Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006 : 290 p.
 En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
 [dernière consultation le 04/04/2007]
- [6] Calvez M., Paicheler G., Souteyrand Y. (eds).
Connaissances, représentations, comportements : les sciences sociales et la prévention du sida.
 Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 1994.
- [7] Lagarde E., Enel C., Seck K., *et al.*
Religion and protective behaviours towards AIDS in rural Senegal.
AIDS 2000; 14 (13) : 2027-33.
- [8] Takyi BK.
Religion and women's health in Ghana: insights into HIV/AIDS preventive and protective behavior.
Social science and medicine 2003; 56 (6): 1221-34.





L'essentiel

Lorsqu'elles sont interrogées sur des questions de santé, les populations originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France expriment de fortes craintes pour elles-mêmes des différents risques et maladies proposés dans l'enquête. Cependant, c'est le risque « VIH » qui suscite la plus grande crainte puisque près de 80 % des personnes interrogées déclarent craindre « beaucoup » ou « pas mal » le VIH pour elles-mêmes. Cette crainte est aussi forte chez les hommes que chez les femmes et elle concerne toutes les tranches d'âge ; elle est cependant davantage exprimée par les personnes qui sont originaires de pays dans lesquels la prévalence du VIH est supérieure à 5 %.

Cette crainte importante du VIH s'accompagne d'une perception d'un risque individuel de contamination plus élevée que dans d'autres populations. Parmi les répondants d'Afrique subsaharienne, 8,8 % déclarent avoir un risque personnel supérieur à la moyenne d'être contaminés par le virus du sida. Ce pourcentage est de 4,1 % parmi les répondants du KABP

métropole et 4,8 % parmi ceux des départements français d'Amérique (DFA). La perception individuelle du risque est étroitement liée aux caractéristiques de l'activité sexuelle des individus. Ainsi, la perception d'avoir un risque supérieur à la moyenne augmente avec le nombre de partenaires déclarés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cependant, parmi les hommes qui déclarent deux partenaires dans l'année, la proportion de ceux qui considèrent avoir un risque supérieur à la moyenne est proche de celle observée parmi ceux qui ne déclarent qu'un seul partenaire (respectivement 8,9 % et 9,2 %). Ce résultat suggère que la perception du risque est en partie déterminée par la structure du multipartenariat et par la nature même des relations qu'il engage.

Plus de quatre personnes originaires d'Afrique subsaharienne sur dix (42,1 %) déclarent avoir déjà craint d'être contaminées par le virus du sida, cette crainte étant exprimée par davantage d'hommes que de femmes (44,3 % vs 40,0 % ;

$p=0,03$). Cette crainte est également plus importante parmi les répondants qui déclarent connaître une personne séropositive et, dans ce cas, la crainte exprimée est d'autant forte que la personne connue est proche. Les hommes et les femmes qui ont déclaré plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois et/ou qui ont fait plusieurs tests de dépistage au cours de leur vie sont également plus nombreux à avoir déjà craint d'être contaminés par le virus du sida, traduisant une certaine cohérence entre des facteurs de risque énoncés et la conscience d'une exposition possible au VIH.

Les questions sur la perception du risque VIH proposent une mesure du risque individuel et, indirectement, du risque social que le sida fait courir à la collectivité. Parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne, ces deux risques sont perçus comme particulièrement élevés, mettant face à face une crainte exacerbée et collective du VIH et des éléments objectifs, nourrissant la définition de stratégies individuelles de gestion du risque VIH.

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

NATHALIE LYDIÉ
KARINE FÉNIÉS

INTRODUCTION

Depuis le début, les enquêtes KABP ont intégré dans leur questionnaire une mesure de la perception du risque. Ces questions, et la problématique qui les sous-tendent, reposent sur une approche individuelle du risque et ont été largement inspirées par la théorie du *Health Belief Model*, ou modèle des croyances pour la santé. Ce modèle tend à prouver qu'une forte perception individuelle du risque et du bénéfice attendu de l'action de prévention constituent de bons augures d'une modification des comportements et qu'il est possible d'intervenir activement sur ces perceptions et les croyances qui les fondent [1]. Le modèle est donc conçu sur la base d'un acteur individuel rationnel et libre de ses choix de santé. Cette conception a été largement critiquée dans la mesure où elle

ne tient pas compte des facteurs socioculturels qui entourent et influencent l'individu [2, 3]. Néanmoins, l'intérêt de ce modèle persiste et réside principalement dans le fait qu'il tient compte des croyances. Or, comme le souligne G. Paicheler [2], « *Quel que soit le degré de réalité de la menace pathogène, c'est la façon dont elle est perçue et intégrée dans un univers de croyances qui lui confère sa réalité subjective* ».

La perception du risque VIH/sida est abordée à travers plusieurs questions qui interrogent : (a) la crainte du VIH/sida par rapport à d'autres risques et maladies, (b) la perception que les répondants ont de leur propre risque de contamination par rapport à la moyenne des gens, (c), la crainte d'avoir déjà été contaminé par le virus du sida.

RÉSULTATS

UNE FORTE CRAINTE POUR SOI-MÊME DES DIFFÉRENTS RISQUES ET MALADIES

Il était demandé aux personnes interrogées si elles craignaient pour elles-mêmes différents risques ou maladies, à l'aide d'une échelle qui allait de « beaucoup » à « pas du tout ». Les risques ou maladies proposés dans un ordre aléatoire étaient la tuberculose, l'hypertension, le diabète, le VIH/sida, le risque d'être stérile et le paludisme.

Afin de synthétiser la crainte pour soi-même de ces différentes pathologies, un score a été construit intégrant l'ensemble des items décrits ci-dessus. Pour chacun des risques ou maladies, trois points ont été attribués à la réponse « beaucoup », deux à « pas mal », un à « un peu » et aucun point à « pas du tout » « non-réponse » ou « ne sait pas ». Le score ainsi obtenu a été ramené à une échelle allant de 0 à 10, la valeur 0 exprimant une crainte nulle et 10 une très forte crainte.

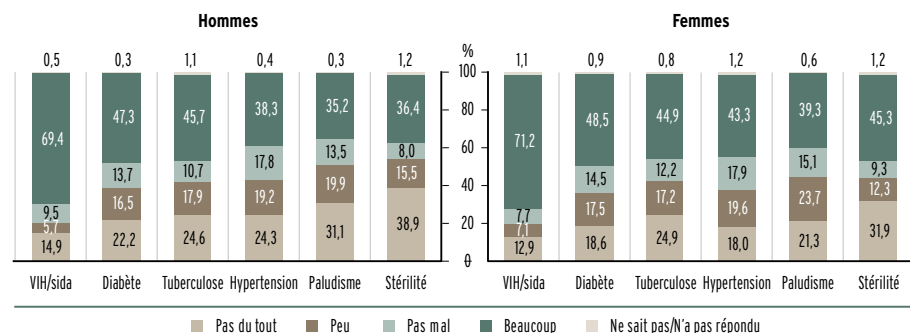
Avec un score de 6,3, les femmes apparaissent davantage craindre les risques et maladies énoncés dans le questionnaire que les hommes (6,3 vs 5,9 ; $p=0,006$). Pour

elles, la crainte reste forte quel que soit l'âge, alors que, chez les hommes, les 18-24 ans expriment moins de crainte que leurs aînés. Chez les femmes, le score de crainte est également d'autant plus élevé qu'elles sont faiblement ou pas diplômées. Il est de 7,0 parmi les femmes qui ont atteint au mieux le niveau primaire, contre 6,1 parmi celles qui ont fait au moins une année d'études après le baccalauréat ($p=0,02$). Chez les hommes, le niveau d'études n'influence pas la valeur du score de crainte. Parmi les personnes qui ont répondu à l'enquête, 4,4 % ont déclaré qu'elles ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale ni d'aucune mutuelle. Parmi ces dernières, le score de crainte des risques et maladies est de 6,7, significativement plus élevé que parmi celles qui bénéficiaient d'une couverture sociale partielle (absence de mutuelle) ou complète (6,0 ; $p=0,02$).

Une analyse risque par risque montre que, parmi la population originaire d'Afrique subsaharienne, c'est le risque « VIH » qui suscite la plus grande crainte puisque près de 80 % (78,9 %) des personnes interrogées ont déclaré craindre « beaucoup » ou « pas mal » le VIH pour elles-mêmes [figure 1].

FIGURE 1

Répartition des personnes interrogées sur leur crainte à l'égard de différents risques et maladies, selon le sexe



Cette crainte est aussi marquée chez les hommes que chez les femmes (78,9 % pour les deux sexes) et elles concernent toutes les tranches d'âges dans des proportions similaires [tableau I]. Ni le niveau d'études ni le niveau de connaissance des modes de transmission n'influencent la crainte du virus du sida. Cependant, les femmes qui n'ont jamais été scolarisées ou qui ont arrêté leurs études en primaire ont déclaré davantage craindre le VIH que les hommes se trouvant dans la même situation (86,3 % vs 72,6 % ; $p=0,029$). Une même différence est observée parmi les répondants qui ont une mauvaise connaissance des modes de transmission du VIH : 82,8 % des femmes contre 76,4 % des hommes ($p=0,042$) ont

ainsi déclaré craindre le VIH. Les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est supérieure à 5 % sont significativement plus nombreuses à exprimer une crainte vis-à-vis du VIH que celles qui viennent de pays où la prévalence est plus faible (83,6 % vs 77,1 % ; $p<0,001$).

Les hommes qui ont déclaré connaître l'existence des traitements antirétroviraux (ARV) expriment une plus forte crainte face au VIH que ceux qui ne les connaissent pas [tableau I]. De la même manière, ceux qui ont une personne séropositive dans leur entourage sont plus nombreux à exprimer une crainte face à la maladie que ceux qui ne connaissent pas de personne séropositive. Des associations inverses sont obser-

TABLEAU I

Proportion de personnes déclarant craindre « beaucoup » ou « pas mal » pour elles-mêmes le risque VIH selon certaines caractéristiques

	Hommes		Femmes		P _{H/F}
	n	%	n	%	
Âge					
18-29 ans	422	78,9	527	79,1	
30-39 ans	323	81,1	297	80,8	
40-49 ans	151	76,8	138	80,4	
Niveau d'études					
Jamais scolarisé/primaire	73	72,6	80	86,3	*
Collège/lycée	307	77,5	401	78,8	
Études supérieures	507	81,9	475	79,6	
Prévalence du VIH dans le pays d'origine					
Inférieure ou égale à 5 %	589	77,2	581	77,0	
Supérieure à 5 %	307	83,4**	411	83,7**	
Maîtrise des modes de transmission					
Mauvaise	220	76,4	320	82,8	*
Moyenne	449	82,0	454	78,9	
Complète	227	77,1	188	77,1	
Connaissance des traitements anti-rétroviraux					
Oui	561	82,0	489	76,3	**
Non	335	74,9**	473	83,5**	**
Connaissance d'une personne séropositive					
Oui	221	88,2	266	81,2	*
Non	664	76,1***	692	79,3	
Total	896	79,4	962	79,8	

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

vées chez les femmes. Chez ces dernières, la connaissance des traitements a un effet rassurant : 76,3 % des femmes connaissant les traitements anti-rétroviraux ont déclaré craindre le VIH, contre 83,5 % parmi celles qui ignorent leur existence ($p=0,003$).

Le diabète, l'hypertension et la tuberculose, avec respectivement 62,0 %, 58,7 % et 56,8 % des personnes déclarant les craindre « *beaucoup* » ou « *pas mal* » pour elles-mêmes, sont les risques et maladies les plus craints après le VIH [figure 1]. Pour ces pathologies également, peu de différences existent par sexe, excepté pour l'hypertension, davantage crainte par les femmes que par les hommes (61,2 % vs 56,1 % ; $p=0,02$). Globalement, les populations les plus jeunes (18-24 ans) se sentent moins concernées par ces trois maladies que leurs aînés.

Le paludisme et la stérilité sont les deux risques les moins craints par les personnes interrogées, même si la moitié d'entre elles déclarent les craindre « *beaucoup* » ou « *pas mal* » pour elles-mêmes (respectivement 51,7 % et 49,6 %). La stérilité est davantage redoutée par les femmes que par les hommes (54,5 % vs 44,4 % ; $p<0,001$), et en particulier par les femmes jeunes (18-29 ans), dont on peut penser qu'elles n'ont pas encore eu d'enfant.

Quant à la crainte du paludisme, elle reste forte, y compris chez les personnes qui résident en France depuis longtemps ou qui ont effectué leur migration à un âge précoce. Ainsi, 51,6 % des personnes interrogées qui habitent en France depuis dix ans ou plus déclarent craindre « *beaucoup* » ou « *pas mal* » le paludisme, versus 52,2 % pour les résidents depuis moins de cinq ans (différence non significative). De la même manière, les personnes qui sont arrivées en France avant l'âge de 15 ans étaient 49,2 % à déclarer craindre « *beaucoup* » ou « *pas mal* » le paludisme, versus 52,2 % pour celles arrivées à l'âge adulte (25 ans ou plus ; différence non significative).

La perception du risque de contamination par le VIH

À la question, « *Vous-même, vous considérez que, par rapport à la moyenne des gens, vous avez plus de risque, le même risque, moins de risque ou aucun risque d'être contaminé par le virus du sida ?* », 44,6 % des personnes interrogées estiment avoir moins de risque que la moyenne ou aucun risque d'être contaminées par le VIH. Un pourcentage quasi identique (44,9 %) de répondants estime que son risque est le même que celui de la moyenne des gens. Seule une minorité de répondants (8,8 %) a estimé avoir un risque supérieur à la moyenne [tableau II].

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à estimer avoir moins de risque que la moyenne des gens ou n'avoir aucun risque (48,1 % vs 41,3 % ; $p=0,001$) [tableau II]. C'est parmi les 30 ans et plus que la perception du risque est la plus forte : 10,8 % des 30-49 ans estiment avoir un risque supérieur à la moyenne, contre 6,9 % des 18-24 ans ($p<0,001$). Chez les hommes, la perception du risque de contamination a tendance à augmenter avec le niveau d'études : la proportion d'hommes qui déclarent avoir un risque égal ou supérieur à la moyenne est de 41,2 % parmi ceux qui n'ont jamais été scolarisés ou qui ont un niveau primaire, de 48,0 % parmi ceux qui ont un niveau secondaire et de 54,0 % parmi ceux qui ont effectué au moins une année après le baccalauréat ($p=0,06$). Aucune tendance de ce type n'est observée chez les femmes.

La figure 2 permet d'observer que la perception individuelle du risque est étroitement liée aux caractéristiques de l'activité sexuelle des individus, et plus précisément au nombre de partenaires déclarés. La perception d'avoir un risque supérieur à la moyenne augmente avec le nombre de partenaires déclarés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Parmi les hommes qui n'ont pas eu de partenaires au cours des

TABLEAU II

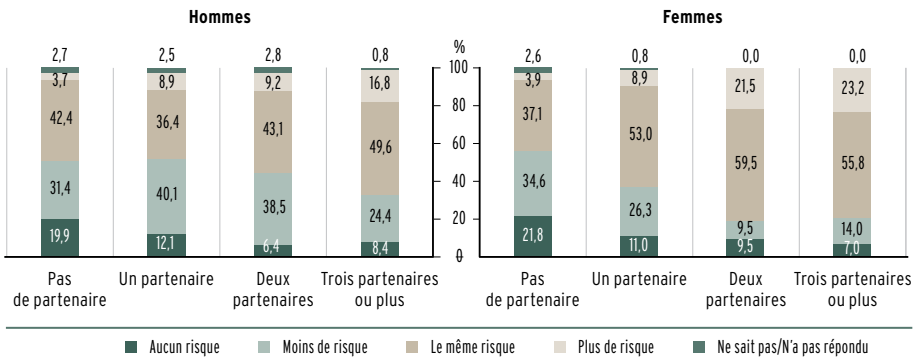
Répartition des personnes interrogées selon leur perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens

	Hommes (n=901)		Femmes (n=973)		P _{H/F}	Ensemble (n=1 874)	
	n	%	n	%		n	%
Plus de risque	81	9,0	84	8,6		165	8,8
Le même risque	366	40,6	475	48,8	***	841	44,9
Moins de risque	322	35,7	267	27,4	***	589	31,4
Aucun risque	112	12,4	135	13,9		247	13,2
Non-réponse/ne sait pas	20	2,3	12	1,3		32	1,7

*** : p<0,001.

FIGURE 2

Répartition des personnes interrogées sur leur risque d'être contaminées par le VIH par rapport à la moyenne des gens, selon le nombre déclaré de partenaires dans les douze mois précédant l'enquête et selon le sexe



douze mois qui ont précédé l'enquête, 3,7 % considèrent qu'ils ont un risque supérieur à la moyenne *versus* 16,8 % parmi ceux qui ont eu trois partenaires ou plus ($p<0,001$). Chez les femmes, la tendance est plus accentuée, avec des pourcentages respectifs de 3,9 % et 23,2 % ($p<0,001$).

Il est intéressant de noter que, chez les femmes, la perception d'un risque accru s'accroît immédiatement lors du passage de un à deux partenaires. Ainsi, 8,9 % des monopartenaires considèrent qu'elles ont un risque supérieur à la moyenne, *versus* 21,5 % pour celles qui ont déclaré deux partenaires

($p=0,007$). Chez les hommes, le passage de un à deux partenaires n'influence pas la perception d'un risque élevé (les pourcentages respectifs sont de 8,9 % et 9,2 %; différence non significative). Ainsi, parmi les hommes qui déclarent deux partenaires, 43,1 % considèrent qu'ils ont le même risque que la moyenne et 38,5 % qu'ils ont moins de risque que la moyenne. C'est le passage de deux à trois partenaires qui accentue la perception d'un risque supérieur à la moyenne chez les hommes (passage de 9,2 % à 16,8 %, + 7,6 points).

La crainte d'avoir été contaminé est fortement associée au comportement sexuel

La proportion de personnes ayant déjà craint d'avoir été contaminées par le virus du sida était de 42,1 % au moment de l'enquête. Cette crainte a été exprimée par

plus d'hommes que de femmes (44,3 % *vs* 40,0 %; *p*=0,03).
Trois principales variables sont associées à une crainte de contamination chez les hommes comme chez les femmes. Il s'agit, d'une part, de la proximité par rapport à la maladie, mesurée à partir de la connaissance d'une personne séropositive, et du

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré avoir déjà craint une contamination par le VIH, par sexe

	Hommes (n=873)			Femmes (n=942)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	395	1		517	1	
30-39 ans	300	1,0	0,7-1,5	290	1,1	0,8-1,6
40-49 ans	142	0,8	0,5-1,4	135	1,1	0,7-1,7
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	64	1		75	1	
Collège/lycée	288	0,9	0,5-1,8	398	0,9	0,6-1,7
Études supérieures	485	1,0	0,5-1,9	469	0,9	0,5-1,7
Connaissance des modes de transmission						
Mauvaise	203	1		308	1	
Moyenne	423	1,4	0,9-2,1	446	0,9	0,7-1,3
Complète	211	1,5	0,9-2,3	188	0,9	0,6-1,3
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui, personnellement	151	2,8***	1,9-4,3	211	1,9***	1,4-2,8
Oui, pas personnellement	58	1,8*	1,0-3,2	053	0,9	0,5-1,8
Non	628	1		678	1	
Activité sexuelle						
Abstinent au cours de la vie	89	1		175	1	
Abstinent au cours des douze derniers mois	84	5,3***	2,3-12,2	97	7,2***	3,4-15,3
Un partenaire au cours des douze derniers mois	436	4,8***	2,2-10,6	586	4,7***	2,4-9,3
Deux partenaires au cours des douze derniers mois	100	7,0***	2,8-17,4	84	16,6***	6,9-40,0
Trois partenaires ou plus ^a au cours des douze derniers mois	128	10,6***	4,3-25,6			
Utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois						
Oui	370	1		232	1	
Non	467	0,8	0,6-1,2	710	1,0	0,7-1,5
Dépistage au cours de la vie						
Oui, une fois	243	1,3	0,9-1,9	309	3,1***	2,0-4,6
Oui, plusieurs fois	296	2,1***	1,5-3,2	313	3,6***	2,4-5,6
Non	298	1		320	1	

a. Chez les femmes, les modalités « deux partenaires » et « trois partenaires ou plus » sont regroupées compte tenu de la faiblesse des effectifs.
* : *p*<0,05; ** : *p*<0,01; *** : *p*<0,001.

nombre de partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête et, d'autre part, de la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie.

La crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH est plus forte parmi les personnes qui connaissent une ou plusieurs personnes touchées par la maladie (40,3 % vs 59,7 % ; $p < 0,001$). La crainte exprimée est d'autant plus forte que la personne connue est proche, notamment chez les hommes [tableau III].

La crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH est fortement associée au comportement sexuel des personnes interrogées, exprimé ici à travers le nombre de partenaires des douze derniers mois. Chez les hommes, la proportion de personnes déclarant avoir déjà craint d'être infectées augmente régulièrement avec le nombre de partenaires déclaré, passant de 9,4 % parmi ceux qui n'ont jamais eu de relations sexuelles à 44,0 % parmi ceux qui ont eu un partenaire dans les douze derniers mois, à 57,4 % parmi ceux qui en ont eu deux et 65,9 % parmi ceux qui en ont eu trois ou plus. Une tendance similaire est observée chez les femmes avec une crainte très forte d'une contamination passée parmi les femmes multipartenaires (71,8 %). Cependant, et à la différence des hommes, la progression n'est pas linéaire :

les femmes qui n'ont pas eu de partenaire dans l'année ont eu tendance à plus souvent déclarer avoir déjà craint d'être infectées par le VIH que celles qui ont eu un partenaire (53,1 % vs 43,2 % ; $p = 0,06$).

Les personnes qui déclarent la fréquence de dépistage la plus élevée (plusieurs fois au cours de la vie) ont une propension deux à trois fois plus importante à avoir déjà craint une contamination par le virus du sida que celles qui n'ont jamais fait de test [tableau III], celles n'ayant fait qu'un seul test se trouvant dans une situation intermédiaire. On notera toutefois que, parmi les personnes qui n'ont jamais fait de test, 23,3 % déclarent avoir déjà craint d'être infectées par le VIH. Cette situation concerne davantage d'hommes que de femmes (31,1 % vs 15,8 % ; $p < 0,001$).

Dans le modèle final, le fait d'avoir utilisé des préservatifs dans les douze mois qui ont précédé l'enquête n'est pas associé à une crainte de contamination. De la même manière, ni l'âge ni le niveau d'études n'expliquent une crainte accrue du VIH. Quant à la maîtrise des modes de transmission du VIH, elle augmente sensiblement la crainte d'avoir été contaminé, mais uniquement chez les hommes (OR ajusté : 1,5 [0,9-2,3] ; $p = 0,06$).

DISCUSSION

Lorsqu'elles sont interrogées sur des questions de santé, les populations originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France expriment de fortes craintes pour elles-mêmes devant les différents risques et maladies. Cette crainte massive et généralisée – elle concerne toutes les tranches d'âge – persiste y compris vis-à-vis de pathologies comme le paludisme pourtant absent du nouvel environnement dans lequel elles évoluent. Le niveau de crainte enregistré auprès de cette popula-

tion est beaucoup plus intense que celui enregistré auprès de la population interrogée dans le cadre du KABP métropole [4] et auprès des populations habitant dans les départements français d'Amérique [5]. Ainsi, par exemple, 45,3 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont déclaré craindre « beaucoup » la tuberculose ; elles sont 24,9 % dans les DFA et 5,6 % parmi les répondants de l'enquête métropolitaine.

Cette crainte accrue des risques et maladies concerne également le VIH/sida

qui apparaît comme une préoccupation majeure dans cette population, plus de sept personnes sur dix ayant déclaré craindre beaucoup le VIH pour elles-mêmes. Cette situation peut s'expliquer par la situation globale de l'infection à VIH dans les pays d'origine des personnes interrogées. Celles-ci sont, dans leur grande majorité, issues de pays dans lesquels l'épidémie est généralisée¹, où les traitements sont difficilement accessibles et où la stigmatisation est encore souvent présente. Le fait que cette crainte ne soit associée ni au niveau d'études ni à la connaissance des modes de transmission confirme le poids des facteurs environnementaux dans la crainte perçue du VIH. Même si ces populations évoluent aujourd'hui dans un environnement capable de leur proposer une prise en charge, aucune banalisation de la maladie n'est observée, contrairement à l'évolution notée dans le cadre du KABP métropole, dans lequel seulement 15,3 % des personnes interrogées ont déclaré craindre le VIH en 2004 [4]. Quant aux populations des DFA, elles se situent dans une situation intermédiaire. Évoluant dans des contextes épidémiologiques et sociaux dégradés par rapport à la métropole, elles sont également plus nombreuses à craindre le virus du sida (48,8 %) [5].

Plus nombreuses à craindre le VIH, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont également une perception plus aiguë du risque de contamination que les autres populations. Parmi les répondants d'Afrique subsaharienne, 8,8 % ont déclaré avoir un risque personnel supérieur à la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida. Ce même pourcentage était de 4,1 % parmi les répondants du KABP métropole [4], et de 4,8 % parmi ceux des DFA [5].

La perception du risque VIH est étroitement liée au comportement sexuel des personnes interrogées. Cependant, chez les hommes, la perception d'un risque de conta-

mination par le VIH supérieur à la moyenne n'augmente véritablement que chez ceux qui déclarent au moins trois partenaires dans les douze derniers mois. La perception du risque chez les personnes qui ont déclaré un partenaire est la même que chez celles qui en ont déclaré deux. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que plus de 60 % (60,2 %) des hommes ayant déclaré deux partenaires au moment de l'enquête sont engagés dans un multipartenariat simultané, dont ils peuvent considérer qu'il leur apporte une certaine sécurité face au VIH. Selon notre hypothèse, c'est la structure de ce type de multipartenariat et probablement la nature même des relations qu'il engage qui déterminent la perception du risque. Cette hypothèse est renforcée par le fait que, par ailleurs, les répondants associent la crainte d'une contamination passée à la multiplicité des partenaires.

Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, plus de quatre sur dix (42,1 %) ont déjà craint d'avoir été contaminées par le VIH/sida. C'était le cas de 34,9 % des répondants des DFA [5] et de 28,5 % de ceux interrogés dans le cadre du KABP métropole [4]. Si les indicateurs de l'activité sexuelle sont classiquement associés à la crainte d'une contamination VIH, on notera le cas particulier des femmes qui n'ont pas eu de partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. En dépit de leur abstinence, celles-ci sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà craint d'être contaminées par le VIH que les monopartenaires. Une analyse des caractéristiques de ce sous-groupe de femmes montre que, par rapport aux monopartenaires, ces femmes sont sensiblement plus âgées (32,5 ans en moyenne *vs* 31,4 ans), plus souvent célibataires (64,3 % *vs* 46,9 % ; $p < 0,001$) et plus nombreuses à déclarer vivre seules avec un enfant (32,7 % *vs* 7,6 % ;

1. Pays où la prévalence du VIH est supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes.

$p < 0,001$). Bien que sensiblement plus âgées, elles ne déclarent pas plus de partenaires au cours de leur vie que les monopartenaires. Aucune différence dans le parcours migratoire de ces deux groupes de femmes n'a été observée (âge d'arrivée, durée de résidence, raison de la venue en France, etc.). Cette analyse est toutefois rendue difficile par la nature même de l'enquête (de type transversal), qui ne permet ni une analyse fine des processus migratoires ni des parcours de vie dans leur ensemble.

Dans les analyses multivariées, l'utilisation du préservatif dans les douze derniers mois n'est pas associée à la crainte d'une contamination passée. Ainsi, par exemple, les multipartenaires qui ont utilisé des préservatifs au cours des douze derniers mois ne sont pas plus nombreux à avoir déjà craint une contamination par le VIH que les multipartenaires non utilisateurs de préservatifs (66,2 % vs 53,7 %; différence non significative). Ce résultat renforce l'hypothèse de l'importance de la structure du multipartenariat dans la perception du risque, mais aussi probablement dans l'utilisation du préservatif.

Parmi les autres variables qui influencent la perception du risque VIH, on notera l'importance de la proximité par rapport à la maladie. Les répondants qui connaissent une personne séropositive sont plus nombreux à avoir déjà craint d'être contaminés, et inversement. De plus, la crainte de la contamination est d'autant plus ressentie que la personne séropositive est proche. Cependant, le lien entre risque perçu/risque réel et proximité par rapport à la maladie est complexe dans une population qui associe encore trop souvent, à tort, la possibilité d'une transmission du VIH à des gestes du quotidien ne présentant aucun risque².

Les questions sur la perception du risque VIH proposent une mesure du risque individuel et, indirectement, du risque social que le sida fait courir à la collectivité. Parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne, ces deux risques sont perçus comme particulièrement élevés, mettant face à face une crainte exacerbée et collective du VIH et des éléments objectifs, nourrissant la définition de stratégies individuelles de gestion du risque VIH.

Bibliographie

- [1] Becker M.H.
The Health Belief Model and personal health behavior.
Health Education Monographs 1974; 2: 220-43.
- [2] Paicheler G.
Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions.
Sciences sociales et santé 1997; vol. 15, n° 4 : 39-71.
- [3] Moatti J.P., Beltzer N., Dab W.
Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : une conception trop étroite de la rationalité.
Population 1993; 5 : 1505-34.
- [4] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou W., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en France : évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005 : 176 p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[Dernière consultation le 29/03/2007]
- [5] Halfen S., Fenies K., Ung B., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006 : 290 p.
En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
[Dernière consultation le 29/03/2007]

2. Voir chapitre intitulé « Les connaissances du VIH/sida : modes de transmission, moyens de protection et traitements antirétroviraux ».





L'essentiel

Au moment de l'enquête, 13,4 % des personnes interrogées n'avaient jamais eu de rapport sexuel au cours de leur vie. Les hommes déclarent démarrer leur vie sexuelle un peu plus tôt que les femmes, comme le montre la proportion de sexuellement actifs à l'âge de 15 ans : 29,1 % des hommes et 16,2 % des femmes. Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a augmenté fortement et régulièrement, pour passer de 11,1 % lorsque le premier rapport a eu lieu avant 1988 à 53,5 % lorsqu'il a eu lieu entre 2002 et 2005. L'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel est d'autant plus importante qu'il a lieu à un âge avancé et que le niveau d'études du répondant est élevé. Par ailleurs, on observe des différences de comportement en fonction de l'histoire migratoire des individus : les répondants qui ont eu leur premier rapport sexuel avant leur venue en France s'inscrivent à la fois dans un calendrier plus précoce et dans des stratégies de moindre protection de ce premier rapport.

Parmi les personnes sexuellement actives (n=1594), près de neuf sur dix (87,9 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, sans différence entre les hommes (88,3 %) et les femmes (87,9 %). La prise en compte du nombre de partenaires montre que le multipartenariat récent concernait 30,2 % des hommes et 10,7 % des femmes. Le multipartenariat diminue avec l'âge, mais reste à des niveaux élevés, notamment chez les hommes (23,6 % des 40-49 ans sont multipartenaires). Par leurs caractéristiques, ces derniers ont des comportements assez proches de ceux observés chez les hommes des départements français d'Amérique. Parce qu'elle est fortement corrélée à l'activité sexuelle des individus, l'utilisation des préservatifs au moins une fois au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête est plus importante parmi les hommes (56,2 %) et parmi les multipartenaires (87,1 %). Cependant, les données relatives à la fréquence réelle

de l'utilisation des préservatifs montrent que la protection n'est pas systématique, surtout dans le cadre de relations simultanées.

Le défaut de protection est d'autant plus important que le répondant est une femme et, d'une manière générale, les femmes apparaissent comme ayant une moindre maîtrise de la prévention que les hommes. Plus d'une femme sur cinq (21,7 %) a déclaré s'être vue imposer des rapports sexuels forcés au cours de la vie, et plus de quatre sur dix (42,7 %) ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse au moins une fois dans leur vie.

Les données sur les caractéristiques de l'activité sexuelle et la fréquence de l'utilisation du préservatif chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne montrent une organisation des échanges sexuels qui peut être propice à la diffusion du virus. C'est pourquoi il est important de donner à cette population les moyens de renforcer ses comportements préventifs.

Activité sexuelle et comportements préventifs

NATHALIE LYDIÉ

INTRODUCTION

Jusqu'à l'émergence de l'épidémie de VIH/sida, peu de recherches avaient été menées dans le domaine de la sexualité. Ainsi, lorsque, à la fin des années 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en place les enquêtes CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques), ses responsables regrettent l'absence de « *cadre théorique sur lequel fonctionner* » [1]. Bien que fortement critiquées, en particulier par les anthropologues [2], ces enquêtes ont ouvert la voie à de nombreux travaux dont, en France, la réalisation en 1991-1992 de l'enquête ACSF (Analyse des comportements sexuels en France) dont l'objectif principal était « *de recueillir des informations de base sur les comportements sexuels de la population, utiles à une définition plus adéquate des stratégies de prévention du sida* » [3].

Les enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida réalisées en métropole et

dans les départements français d'Amérique (DFA) en 2004 comportaient un important module visant à décrire les caractéristiques de l'activité sexuelle des répondants et leurs comportements de prévention [4, 5]. La réalisation d'une enquête en face-à-face et en lieux ouverts ne permettait pas une étude aussi approfondie de cette problématique. L'activité sexuelle des répondants a donc été analysée à travers quelques indicateurs clés, à savoir : l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires au cours de la vie et des douze mois qui ont précédé l'enquête, la fréquence du multipartenariat – c'est-à-dire le fait d'avoir eu plusieurs partenaires dans l'année –, les violences sexuelles subies, et enfin chez les femmes le recours à l'avortement. L'analyse des comportements de prévention a porté sur la fréquence d'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel et au cours de la période des douze mois qui ont précédé l'enquête, ainsi

que sur la recherche des facteurs favorisant ou, au contraire, freinant son utilisation.

Les analyses ont concerné les personnes qui avaient eu au moins un partenaire au

cours de leur vie (personnes sexuellement actives, $n=1594$) ; elles ont été conduites séparément pour les hommes et les femmes.

RÉSULTATS

L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

Les hommes démarrent leur activité sexuelle plus tôt que les femmes

Au moment de l'enquête, 13,4 % des personnes interrogées n'avaient jamais eu de rapports sexuels. Cette situation concernait davantage de femmes que d'hommes (16,4 % *vs* 10,2 % ; $p<0,001$), mais ces dernières ont été sensiblement plus nombreuses à refuser de répondre à cette question : 2,3 % (22/973) *versus* 0,7 % (6/901) ; $p=0,004$.

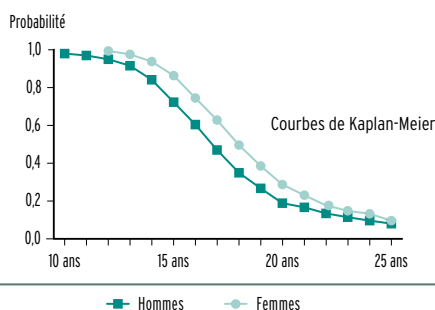
La probabilité de ne pas avoir de relations sexuelles diminue progressivement avec l'âge [figure 1]. Le décalage entre les deux courbes indique que les hommes démarrent plus tôt leur activité sexuelle que les femmes : à 15 ans, 29,1 % des hommes interrogés étaient sexuellement actifs, contre

16,2 % des femmes ($p<0,001$). Ainsi, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 17,0 ans [16,7-17,3] pour les hommes et de 18,0 ans [17,7-18,3] pour les femmes. Après 25 ans, seule une minorité de répondants n'ont pas eu de rapports sexuels (3,3 %).

Pour 33,7 % des hommes et 46,3 % des femmes interrogés, la migration a précédé l'entrée dans la sexualité. Arrivés en France à des âges moyens respectifs de 15,5 ans et 13,1 ans, ces hommes et ces femmes ont eu leur premier rapport sexuel à un âge plus tardif que ceux et celles qui sont arrivés en France après avoir entamé leur vie sexuelle. Chez les hommes, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 16,7 ans [16,5-16,9] lorsque ce dernier a eu lieu avant la migration, et de 18,3 ans [17,8-18,9] lorsqu'il a eu lieu après ($p<0,001$). Chez les femmes, les moyennes sont respectivement de 17,8 ans [17,5-18,1] et 18,9 ans [18,5-19,3] ($p<0,001$).

FIGURE 1

Évolution des probabilités de ne pas avoir eu de relation sexuelle à âge exact, selon le sexe



Pour plus de 30 % des femmes, le premier rapport sexuel n'était pas vraiment souhaité

Si 90,1 % des hommes indiquent que leur premier rapport sexuel était « *quelque chose qu'ils souhaitaient à ce moment-là* », les femmes ne sont que 67,5 % à être dans ce cas ($p < 0,001$) ; 25,5 % indiquent qu'elles avaient accepté ce premier rapport sexuel mais qu'elles ne le souhaitaient pas vraiment (7,8 % des hommes ; $p < 0,001$), et 7,0 % déclarent qu'elles ont été forcées d'avoir ce rapport contre leur volonté (2,2 % des hommes ; $p < 0,001$).

L'utilisation du préservatif lors du premier rapport est à la hausse

La **figure 2** montre l'évolution de l'usage du préservatif selon la date à laquelle le premier rapport sexuel a eu lieu. Les données attestent d'une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel au cours de ces dernières années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage global d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est ainsi

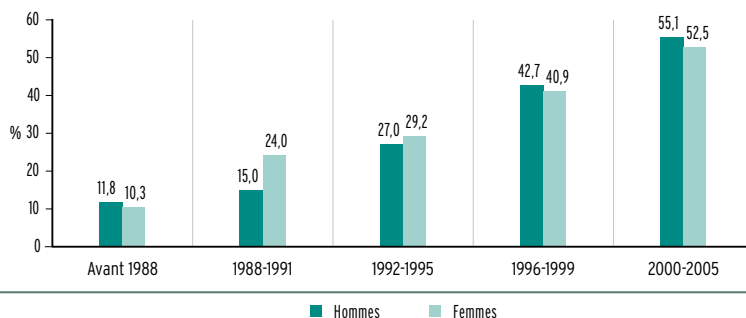
passé de 11,1 % lorsque le premier rapport s'est produit avant 1988 à 53,5 % lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2002 et 2005.

Sur l'ensemble de la période, les hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel après leur arrivée en France sont significativement plus nombreux à déclarer avoir utilisé un préservatif au cours de ce premier rapport que ceux qui sont arrivés en France après avoir démarré leur vie sexuelle (36,4 % vs 21,9 % ; $p < 0,001$). Un résultat similaire est observé chez les femmes, avec des pourcentages respectifs de 42,1 % et 23,1 % ($p < 0,001$). Toutefois, l'analyse des deux périodes les plus récentes (1996-1999 et 2000-2005) montre que les écarts tendent à se réduire. Parmi les répondants qui ont eu leur premier rapport entre 1996 et 1999, l'utilisation du préservatif était de 59,0 % lorsque le premier rapport a eu lieu après la migration et de 34,7 % lorsqu'il a eu lieu avant ($p < 0,001$). Par contre, pour la période 2000-2005, la fréquence déclarée d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est similaire : 55,8 % *versus* 50,5 % (différence non significative).

L'analyse multivariée sur les déterminants de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel confirme le rôle central de la période à laquelle a eu lieu ce premier

FIGURE 2

Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année où il a eu lieu



rapport et de sa chronologie par rapport à la migration [tableau 1].

On notera par ailleurs que la probabilité d'utiliser un préservatif augmente avec le niveau d'études, la proportion d'utilisateurs passant de 8,3 % parmi les personnes d'un niveau primaire ou non scolarisées à 31,7 % parmi celles qui ont déclaré au moins une année après le baccalauréat ($p<0,001$). Les répondants qui ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou avant sont ceux qui ont le moins souvent déclaré avoir utilisé un préservatif (15,0 %) lors de leur initiation sexuelle. Le recours au préservatif augmente avec l'âge jusqu'à 20 ans, pour ensuite décroître. Ainsi, ce sont les répondants qui ont eu leur premier

rapport sexuel entre 18 et 19 ans qui sont les plus nombreux à déclarer avoir utilisé un préservatif. Lorsque le premier rapport a eu lieu à 20 ans ou plus, le recours au préservatif diminue pour atteindre 30,1 % ($p<0,001$). Enfin, lorsque le premier rapport s'est déroulé sans le plein consentement de la personne, l'utilisation du préservatif a été moins fréquente (OR ajusté : 0,3 ; IC : 0,2-0,5).

Près de neuf personnes sur dix ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois

Parmi les personnes sexuellement actives ($n=1\,594$), près de neuf sur dix (87,9 %)

TABLEAU 1

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré utiliser un préservatif au cours du premier rapport sexuel

	n	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe du répondant				
Homme	723	25,5	1	
Femme	753	29,7	1,1	0,9-1,5
Âge au premier rapport sexuel				
Inférieur ou égal à 15 ans	339	15,0	1	
16-17 ans	426	24,5	1,5	1,0-2,2
18-19 ans	373	42,0	3,3***	2,2-4,9
20 ans et plus	338	30,1	1,5*	1,0-2,3
Date du premier rapport sexuel				
Avant 1988	469	11,1	1	
1988-1991	222	19,0	1,8**	1,1-2,8
1992-1995	282	28,1	2,8***	1,8-4,1
1996-1999	249	41,7	4,9***	3,3-7,3
2000-2005	254	53,5	6,7***	4,2-9,6
Chronologie du premier rapport sexuel				
Avant l'arrivée en France	423	22,4	1	
Après l'arrivée en France	1 053	39,7	1,4**	1,1-1,9
Niveau d'études				
Jamais scolarisé/primaire	121	8,3	1	
Collège/lycée	578	26,6	3,7***	1,8-6,8
Études supérieures	777	31,7	4,0***	1,9-7,5
Circonstances du premier rapport sexuel				
Souhaité à ce moment-là	1 154	31,2	1	
Pas vraiment souhaité ou rapport forcé	322	15,3	0,3***	0,2-0,5

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, sans différence entre les hommes (88,3 %) et les femmes (87,9 %).

La prise en compte du nombre de partenaires montre que le multipartenariat récent (c'est-à-dire au moins deux partenaires sexuels dans l'année – simultanément ou successivement) concernait 30,2 % des hommes interrogés. Le multipartenariat diminue avec l'âge, passant de 40,0 % parmi les 18-24 ans à 23,7 % parmi les 40-49 ans ($p < 0,001$) [figure 3]. Des tendances similaires sont observées chez les femmes mais à des niveaux très inférieurs : seule une femme sur dix (10,7 %) a déclaré avoir eu au moins deux partenaires au cours de l'année. Ce sont essentiellement des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans [figure 3]. À l'inverse, les femmes de 40-49 ans se caractérisent par une absence de partenaire au cours de l'année plus importante (18,3 % vs 11,2 % pour le reste de l'échantillon ; $p = 0,02$).

Parmi les 18-24 ans et les 25-29 ans sexuellement actifs au cours des douze derniers mois, le nombre moyen de partenaires était respectivement de 2,7 [2,1-3,3] et 1,9 [1,6-2,2] pour les hommes et de 1,5 [1,3-1,7] et 1,3 pour les femmes [1,2-1,4]. Le nombre moyen de partenaires diminue régulièrement avec

l'âge : il est de 1,7 [1,5-1,9] chez les hommes âgés de 30-39 ans et de 1,4 [1,3-1,5] chez les 40-49 ans. Chez les femmes, les moyennes respectives sont de 1,2 [1,1-1,3] et 1,1 [1,0-1,2]. Quelle que soit la tranche d'âge considérée, les hommes déclarent plus de partenaires que les femmes.

Il était demandé, aux personnes qui ont déclaré au moins deux partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, si certaines relations avaient été simultanées, c'est-à-dire si elles s'étaient déroulées sur une même période de temps. Parmi les hommes multipartenaires, 71,7 % (172/240) ont répondu par l'affirmative ; c'est le cas de 57,3 % des femmes (47/82). Cette situation concerne toutes les classes d'âges, y compris les plus jeunes (18-29 ans).

La recherche des facteurs associés à la déclaration de deux partenaires ou plus dans l'année chez les hommes montre que le multipartenariat est d'autant plus fréquent que les premiers rapports sexuels sont intervenus tôt dans la vie [tableau II]. Ainsi, 45,3 % des hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins ont déclaré plusieurs partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, contre seulement 16,7 % parmi ceux qui ont eu leur première expérience sexuelle à

FIGURE 3

Nombre de partenaires déclaré dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, selon le sexe

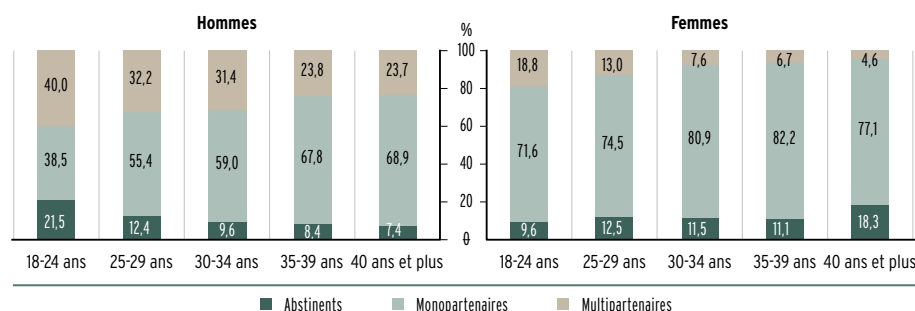


TABLEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois, par sexe

	Hommes (n=633)			Femmes (n=664)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	261	1		318	1	
30-39 ans	252	0,7	0,5-1,1	243	0,7	0,4-1,4
40-49 ans	120	0,6	0,3-1,1	103	0,7	0,2-1,9
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	156	1		186	1	
Entre 1990 et 1999	235	0,8	0,5-1,3	236	1,6	0,7-3,4
Depuis 2000	242	0,6*	0,3-0,9	242	1,1	0,5-2,4
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	46	1,3	0,6-2,9	63	0,8	0,2-2,5
Collège/lycée	221	2,0***	1,4-2,9	285	0,9	0,5-1,6
Études supérieures	366	1		316	1	
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	260	0,9	0,6-1,6	259	0,3**	0,2-0,7
En couple cohabitant	258	0,4**	0,2-0,7	350	0,03***	0,01-0,09
Non en couple	115	1		55	1	
Pratique religieuse						
Pratique régulière	308	0,5	0,2-1,1	299	0,4	0,1-1,4
Pratique non régulière	287	0,6	0,3-1,3	343	0,3*	0,08-0,8
Ni religion ni pratique	38	1		22	1	
Âge au premier rapport sexuel						
Inférieur ou égal à 15 ans	203	1		111	1	
16-17 ans	184	0,6*	0,4-1,0	192	0,4**	0,2-0,8
18-19 ans	137	0,4***	0,2-0,6	180	0,2***	0,07-0,4
20 ans et plus	109	0,3***	0,1-0,5	181	0,2***	0,07-0,4
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui	184	1,9**	1,3-2,7	199	2,2**	1,2-3,8
Non	449	1		465	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

20 ans ou plus ($p<0,001$). Le multipartenariat est également plus fréquent parmi les hommes qui ont fait des études secondaires (OR ajusté : 2,0; IC : 1,4-2,9) et parmi ceux qui ne déclarent aucune religion (51,3 % des hommes qui n'ont déclaré aucune religion étaient multipartenaires contre 28,8 % de ceux qui pratiquent régulièrement; $p=0,004$). Les hommes multipartenaires sont aussi plus nombreux parmi les célibataires (41,4 % vs 22,8 % pour les hommes mariés; $p<0,001$). Cependant, la

prise en compte du statut de cohabitation montre que, au-delà du statut matrimonial légal (marié ou non), les hommes en couple qui ne cohabitent pas avec leur partenaire ont un comportement très proche de celui des célibataires : respectivement 40,9 % et 44,4 % d'entre eux ont déclaré plus de deux partenaires dans l'année *versus* 23,4 % pour les hommes qui partagent le même domicile que leur partenaire. On observe également que les hommes arrivés récemment sont moins souvent multipartenaires que ceux

installés en France depuis plus longtemps (OR ajusté : 0,6 ; IC : 0,3-0,9). Enfin, les multipartenaires ont une propension près de deux fois plus importante à déclarer connaître une personne séropositive (OR : 1,9 ; IC : 1,3-2,7).

La même analyse conduite chez les femmes montre des résultats très similaires, excepté le fait que, chez ces dernières, le niveau d'études et l'ancienneté du séjour ne sont pas associés à la fréquence du multipartenariat. Par ailleurs, contrairement à ce qui a été observé chez les hommes, les femmes célibataires ont un comportement très différent de celles qui sont en couple non cohabitant au moment de l'enquête, ces dernières étant significativement moins souvent multipartenaires que les célibataires (19,8 % vs 44,6 ; $p < 0,001$). Quant aux femmes en couple cohabitant, elles sont très peu nombreuses à déclarer plus d'un partenaire dans l'année (1,9 %, 7/369). D'une manière générale, les analyses chez les femmes sont rendues plus difficiles en raison de la faiblesse de l'échantillon, seules 85 femmes ayant déclaré plus d'un partenaire au cours de l'année étudiée.

Un peu moins de la moitié des enquêtés ont utilisé un préservatif dans les douze derniers mois

Parmi les personnes sexuellement actives au cours de l'année ($n=1\,394$), 45,3 % ont déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif au cours de cette période. Cette situation concernait davantage d'hommes que de femmes (56,2 % vs 34,3 % ; $p < 0,001$). Le principal facteur associé à l'utilisation d'un préservatif au cours des douze derniers mois est le fait d'avoir déclaré plusieurs partenaires sexuels au cours de cette même période [tableau III]. Chez les hommes, la proportion d'utilisateurs de préservatifs augmente avec le nombre de

partenaires, passant de 40,8 % chez les monopartenaires à 81,7 % chez ceux ayant déclaré deux partenaires pour atteindre 89,3 % chez ceux qui ont eu trois partenaires ou plus ($p < 0,001$). Une tendance similaire est observée chez les femmes : 26,5 % des monopartenaires ont utilisé un préservatif contre 90,6 % des multipartenaires (77/85 ; $p < 0,001$).

La proportion d'utilisateurs de préservatifs est également plus importante parmi les personnes qui n'étaient pas en couple au moment de l'enquête : 85,5 % des hommes et 83,9 % des femmes qui étaient dans cette situation ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois contre 60,5 % des hommes et 49,6 % des femmes qui étaient en couple non cohabitant ($p < 0,001$). Ce sont les hommes et les femmes qui étaient en couple cohabitant au moment de l'enquête qui ont le moins souvent déclaré avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois (39,5 % des hommes et 15,7 % des femmes). Par ailleurs, la probabilité d'avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois est plus élevée parmi les personnes qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel, rappelant la valeur prédictive de cet événement.

Parmi les différences observées entre les hommes et les femmes, on notera que, chez les hommes, l'utilisation du préservatif est plus importante parmi les plus diplômés (OR ajusté : 2,9 ; IC : 1,2-7,3) et parmi les plus jeunes (81,1 % des 18-24 ans vs 34,3 % des 40 ans et plus ; $p < 0,01$), alors que chez les femmes ces deux associations n'apparaissent pas. Chez ces dernières, le fait de parler une autre langue que le français est associé à une moindre utilisation du préservatif (OR ajusté : 0,6 ; IC : 0,4-0,9). Enfin, il est intéressant de noter que ce sont parmi les femmes qui ont eu recours au dépistage plusieurs fois dans leur vie que l'usage du préservatif est le moins important. Ainsi,

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois, par sexe

	Hommes (n=632)			Femmes (n=628)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-24 ans	98	4,1***	1,9-9,1	148	1,4	0,6-3,1
25-29 ans	159	3,4***	1,8-6,2	151	1,3	0,6-2,7
30-34 ans	130	1,6	0,9-3,0	126	1,5	0,7-3,3
35-39 ans	120	1,7	0,9-3,2	106	1,3	0,5-2,9
40-49 ans	125	1		97	1	
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	44	1		60	1	
Collège/lycée	213	3,2**	1,3-7,9	273	1,3	0,5-3,2
Études supérieures	375	2,9*	1,2-7,3	295	1,8	0,7-4,5
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	260	1		253	1	
En couple cohabitant	257	0,7	0,4-1,0	325	0,3***	0,2-0,5
Non en couple	115	3,4***	1,8-6,5	50	3,3**	1,4-7,9
A utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel						
Oui	152	2,7***	1,7-4,5	194	2,9***	1,8-4,6
Non	480	1		434	1	
Nombre de partenaires douze mois						
Un	423	1		549	1	
Deux	98	7,2***	4,0-13,1	79	19,4***	8,3-45,2
Trois et plus ¹	121	12,1***	6,2-23,8			
A déjà craint d'avoir été contaminé						
Oui	321	1,3	0,8-1,9	298	1,0	0,7-1,6
Non	311	1		330	1	
Connaissance d'une personne séropositive						
Oui	179	1,0	0,7-1,6	193	0,9	0,6-1,5
Non	453	1		435	1	
Langue parlée en famille						
Français	364	1		313	1	
Autre langue	268	0,9	0,6-1,5	315	0,6**	0,4-0,9
Dépistage au cours de la vie						
Oui, une fois	199	1		227	1	
Oui, plusieurs fois	258	0,9	0,5-1,5	254	0,4***	0,3-0,7
Non	175	0,8	0,5-1,3	147	0,9	0,5-1,5

1. Chez les femmes, les modalités « deux partenaires » et « trois partenaires et plus » ont été regroupées compte tenu de la faiblesse des effectifs.
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

seules 26,0 % des femmes qui ont fait plusieurs tests de dépistage au cours de la vie ont utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois, contre 42,1 % de celles qui ont fait un seul test et 37,7 % qui n'en ont jamais fait (p<0,001).

La fréquence d'utilisation du préservatif varie en fonction du type de partenaires

L'analyse de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois ne nous

renseigne que partiellement sur les stratégies de prévention mises en place par les répondants, car cette variable ne tient compte ni de la nature de la relation (partenaire stable, partenaire occasionnel), ni de la régularité de cette utilisation (systématique, de temps en temps, etc.). Une analyse complémentaire a donc été réalisée. Elle a étudié, dans un premier temps, la fréquence de l'utilisation du préservatif parmi les personnes qui ont déclaré un partenaire stable ou régulier au moment de l'enquête, et, dans un deuxième temps, parmi celles qui ont déclaré avoir été engagées dans un multipartenariat simultané dans les douze mois qui ont précédé l'enquête.

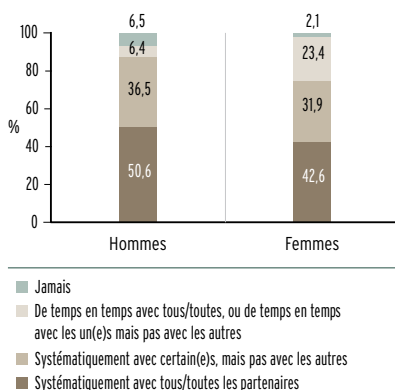
Au moment de l'enquête, 76,0 % des personnes interrogées ont déclaré avoir un partenaire stable ou régulier¹. Cette situation concernait davantage de femmes que d'hommes (80,3 % vs 71,7 % ; $p < 0,001$). Parmi les hommes qui avaient une partenaire stable au moment de l'enquête, la proportion d'utilisateurs de préservatifs était de 33,9 %. Cette proportion était de 26,1 % pour les femmes ($p < 0,002$). La fréquence d'utilisation du préservatif varie principalement en fonction du statut de cohabitation et indirectement de la durée de la relation, ces deux variables étant par ailleurs fortement corrélées. Ainsi, parmi les hommes qui ont déclaré avoir une partenaire stable, la proportion d'utilisateurs de préservatifs est de 23,5 % parmi ceux qui cohabitent avec leur partenaire, contre 44,5 % parmi ceux qui ne cohabitent pas ($p < 0,001$). Un résultat similaire est observé chez les femmes, avec des pourcentages respectifs de 14,9 % et 41,7 % ($p < 0,001$).

Dans le cadre de relations simultanées, seule une utilisation systématique du préservatif peut protéger l'ensemble des

partenaires des infections sexuellement transmissibles. Cependant, une utilisation occasionnelle peut déterminer une exposition différentielle au risque VIH en fonction des stratégies engagées. Ainsi, par exemple, utiliser un préservatif « *de temps en temps avec tous/toutes les partenaires ou de temps en temps avec les un(e)s mais pas avec les autres* » expose, au final, l'ensemble des partenaires au risque VIH, alors que l'utiliser « *systématiquement avec certain(e)s, mais pas avec d'autres* » expose seulement les second(e)s. Il a été demandé aux personnes qui avaient été engagées dans des relations simultanées au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête (172 hommes et 47 femmes) quelle était la fréquence à laquelle elles avaient utilisé des préservatifs [figure 4]. La moitié des hommes (50,6 %) ont déclaré utiliser des préservatifs « *systématiquement avec tous/toutes les partenaires* » alors que les femmes sont plus nombreuses à déclarer une protection occasionnelle (23,4 % de « *temps en temps* », vs 6,4 % pour les hommes ; $p = 0,001$).

FIGURE 4

Fréquence d'utilisation du préservatif dans le cadre de relations simultanées, selon le sexe



1. La question était « Avez-vous actuellement un ou plusieurs partenaires stables ou réguliers ? ». Cette relation pouvait être exclusive ou non.

Le préservatif :
un objet de négociation

Pour être utilisé, le préservatif doit faire l'objet d'une négociation entre les partenaires. Il était demandé aux répondants s'il leur était déjà arrivé de vouloir utiliser un préservatif alors que leur partenaire ne le souhaitait pas et comment ils avaient géré ce refus. Près de quatre personnes sur dix (37,7 %) ont déclaré s'être trouvées dans cette situation, sans différence entre les hommes et les femmes (36,7 % et 38,6 %). Par ailleurs, pour une même proportion d'hommes et de femmes (22,3 %), cette situation s'est présentée plusieurs fois [tableau IV].

Le refus d'utilisation du préservatif par le partenaire est appréhendé différemment par les hommes et les femmes, notamment dans le cas de refus répétés. Les hommes semblent alors plus à même d'imposer l'utilisation du préservatif dans la mesure où 53,3 % d'entre eux ont déclaré avoir toujours utilisé un préservatif malgré le refus de leur

partenaire [tableau IV], contre 42,0 % des femmes ($p=0,03$). Lorsque les répondants n'ont été confrontés qu'à un seul refus, on peut remarquer que l'issue en termes de prise de risque n'est pas plus fréquente pour les hommes que pour les femmes : 24,3 % des hommes et 16,4 % des femmes ont finalement eu un rapport non protégé (différence non significative). Cependant, lorsque c'est l'homme qui est confronté à un refus, dans plus de quatre cas sur dix (42,9 %) les rapports sexuels ont lieu avec un préservatif, alors que les femmes sont davantage dans une attitude de renoncement (49,2 %).

Les violences sexuelles
touchent surtout les femmes

Parce qu'au-delà du traumatisme physique et psychologique, les rapports non désirés, forcés ou imposés présentent un risque accru d'infection par le VIH et autres IST, trois questions ont été consacrées à cette thématique. À la question « *Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir*

TABLEAU IV

Pourcentages d'hommes et de femmes ayant déclaré avoir été confrontés à un refus d'utilisation du préservatif de la part d'un(e) partenaire

	Hommes		Femmes		P _{H/F}
	n	%	n	%	
Refus d'utilisation du préservatif par le partenaire	793		789		
Oui, une fois	114	14,4	129	16,3	
Oui, plusieurs fois	177	22,3	176	22,3	
Non	502	63,3	484	61,3	
Si un seul refus (« oui, une fois »)	112		128		
A renoncé à avoir ce rapport sexuel	39	34,8	63	49,2	*
A eu ce rapport sans préservatif	25	24,3	21	16,4	
A quand même utilisé un préservatif	48	42,9	44	34,4	
Si plusieurs refus (« oui, plusieurs fois »)	169		174		
A toujours utilisé un préservatif	90	53,3	73	42,0	*
A utilisé un préservatif de temps en temps	41	24,3	58	33,3	($p=0,06$)
N'a jamais utilisé de préservatif	11	6,5	10	5,7	
A renoncé à ces rapports sexuels	27	16,0	33	19,0	

* : $p<0,05$.

des rapports sexuels contre votre volonté? », 9,3 % des hommes et 21,7 % des femmes ont répondu par l'affirmative ($p<0,001$). Pour sensiblement plus de femmes que d'hommes (7,0 % vs 4,6 %; $p=0,04$), ces violences avaient été répétées à plusieurs reprises. Pour plus de la moitié des hommes et des femmes concernés (respectivement 58,1 % et 53,2 %), c'est le conjoint ou le petit ami qui était à l'origine des rapports sexuels forcés. Pour une femme sur cinq (20,5 %), il s'agissait d'un membre de la famille.

Plusieurs facteurs sont associés à la déclaration de rapports sexuels non consentis, dont le fait de démarrer sa vie sexuelle précocement (avant 15 ans) et d'avoir de nombreux partenaires (ces deux variables étant, par ailleurs, corrélées) [tableau V]. La tendance est particulièrement marquée

chez les femmes : 35,9 % des femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins ont déclaré avoir eu des rapports sexuels contre leur volonté, contre 10,0 % pour celles qui ont eu leur premier rapport à 20 ans ou plus ($p<0,001$).

La fréquence des violences sexuelles est également plus importante parmi les répondants qui ont été confrontés, dans le passé, à un ou plusieurs refus d'utilisation du préservatif de la part d'un partenaire : 15,9 % des hommes et 33,7 % des femmes se trouvant dans ce cas ont rapporté avoir eu des rapports sexuels contre leur volonté. Enfin, les femmes qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel sont moins nombreuses à rapporter des violences sexuelles (13,0 % vs 25,6 %; $p<0,001$); une tendance similaire est

TABLEAU V

Proportion de répondants ayant été forcés d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté au moins une fois au cours de leur vie, par sexe

	Hommes		Femmes	
	n	%	n	%
	799	9,3	788	21,7
Âge				
18-29 ans	340	9,1	365	22,2
30-39 ans	311	10,0	292	16,8
40-49 ans	148	8,1	131	31,3
Âge au premier rapport sexuel				
Inférieur ou égal à 15 ans	232	13,8	128	35,9
16-17 ans	214	6,5	216	26,4
18-19 ans	167	7,2	215	20,9
20 ans et plus	138	8,0	210	10,0
Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel				
Oui	203	6,4	230	13,0
Non	592	10,3	551	25,6
Nombre de partenaires au cours de la vie				
Un	33	3,0	173	10,4
Deux-trois	115	7,8	231	17,7
Quatre et plus	401	8,7	295	28,1
Ne sait pas/non-réponse	250	11,6	89	32,6
Refus d'utilisation du préservatif par le partenaire au moins une fois au cours de la vie				
Oui	289	15,9	303	33,7
Non	502	5,6	483	14,3

observée chez les hommes sans que la différence atteigne tout à fait le seuil de significativité (6,4 % vs 10,3 % ; p=0,06). Cependant, chez ces derniers, les analyses sont plus difficiles en raison de la faiblesse des effectifs (74 individus concernés).

Environ quatre femmes sur dix ont recouru à l'IVG

Les antécédents d'IVG sont des marqueurs d'une absence de protection tant des IST que des grossesses non désirées. Au moment de l'enquête, 42,7 % des femmes interrogées avaient déjà recouru à une intervention

volontaire de grossesse : 25,9 % une fois et 16,8 % plusieurs fois au cours de leur vie. Le recours à l'IVG est relativement important parmi les jeunes filles puisque 29,2 % des répondantes âgées de 18 à 24 ans avaient déjà eu une IVG (20,6 % une seule et 8,6 % plusieurs). C'était le cas de plus de la moitié des femmes âgées de 40 ans et plus (53,4 % : 16,7 % une et 27,4 % plusieurs).

Indépendamment de l'âge, c'est le nombre de partenaires déclaré au cours de la vie qui est le plus fortement associé au fait d'avoir recouru à une IVG [tableau VI]. Parmi les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de leur vie, une sur

TABLEAU VI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait, pour une femme, d'avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse au moins une fois dans sa vie

	n	%	OR ajusté	IC à 95 %
Âge à l'enquête				
18-24 ans	168	29,1	1	
25-29 ans	185	45,5	2,2***	1,4-3,6
30-34 ans	153	43,3	2,0**	1,2-3,4
35-39 ans	127	45,1	2,3**	1,3-3,9
40-49 ans	126	53,4	3,3***	1,9-5,7
Âge au premier rapport sexuel				
Inférieur à 15 ans	126	49,6	1,5	0,9-2,5
16-17 ans	215	51,8	1,7*	1,1-2,6
18-19 ans	212	43,5	1,6*	1,0-2,5
20 ans et plus	206	29,7	1	
Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel				
Oui	227	32,6	0,6*	0,4-0,9
Non	535	47,0	1	
Nombre de partenaires au cours de la vie				
Un	162	20,8	1	
Deux-trois	225	39,4	2,1**	1,3-3,5
Quatre et plus	291	53,2	3,0***	1,8-4,9
Ne sait pas/non-réponse	81	57,1	2,5**	1,3-4,6
Refus d'utilisation du préservatif par le partenaire au cours de la vie				
Oui	300	58,2	2,3***	1,6-3,2
Non	459	33,1	1	
A eu des rapports sexuels contre sa volonté au cours de la vie				
Oui	169	59,1	1,5*	1,0-2,2
Non	590	38,2	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

cinq (20,8 %) a déjà eu une IVG contre plus de une sur deux (53,2 %) parmi celles qui avaient eu quatre partenaires ou plus au moment de l'enquête. Les femmes qui ont déjà eu recours à l'IVG sont également plus nombreuses parmi celles qui ont été confrontées une ou plusieurs fois à un refus d'utilisation du préservatif de la part d'un partenaire (58,2 % vs 33,1 % ; $p < 0,001$) et parmi celles qui ont déclaré avoir eu des rapports

sexuels contre leur volonté (59,2 % vs 38,2 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, l'utilisation d'un préservatif au cours du premier rapport sexuel est associée à un moindre recours à l'IVG au cours de la vie : 32,6 % des femmes qui ont utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avaient eu recours à une interruption volontaire de grossesse au moment de l'enquête contre 47,0 % pour celles qui n'en avaient pas utilisé ($p < 0,001$).

DISCUSSION

L'analyse de quelques indicateurs clés de l'activité sexuelle des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France et des pratiques préventives qui s'y rattachent atteste de la complexité et de la dynamique des phénomènes décrits.

Lorsqu'il est étudié dans sa globalité, le calendrier de l'entrée dans la sexualité adulte des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ne laisse pas apparaître de phénomènes de précocité : la majorité des garçons ont leur première relation sexuelle autour de leur dix-septième anniversaire, quelques mois avant les filles. Ce calendrier est relativement proche de celui décrit par les enquêtes menées en population générale puisque, selon le dernier Baromètre santé 2005, l'âge médian au premier rapport sexuel des personnes âgées de 18 à 49 ans était de 16,8 ans pour les garçons et de 17,2 ans pour les filles².

À partir du début des années 1990, le préservatif s'est de plus en plus souvent imposé lors du premier rapport sexuel ; aujourd'hui, plus de 85 % des jeunes l'utilisent lors de leur première expérience sexuelle [6]. Un même phénomène est observable parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne, mais avec un décalage dans le temps. Dans cette population, l'utilisation du préservatif ne s'est véritablement imposée que depuis le

milieu des années 1990, mais la progression observée ces dernières années n'en est pas moins remarquable. Cette évolution est d'autant plus importante que les conditions d'entrée dans la sexualité, notamment en termes d'âge et de protection, influencent la construction des biographies sexuelle et préventive des individus. Ainsi, l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel détermine fortement son utilisation future et, par ailleurs, les individus qui ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel sont significativement moins nombreux à déclarer des violences sexuelles et, pour les femmes, une interruption volontaire de grossesse. À l'inverse, une entrée précoce dans la sexualité est associée à la survenue de plus d'événements traumatisants (rapports sexuels forcés et IVG).

Parmi les facteurs qui influencent les caractéristiques du premier rapport sexuel, il est important de souligner le rôle central que semble jouer la chronologie des événements. Les répondants qui ont eu leur premier rapport sexuel avant leur venue en France sont inscrits à la fois dans un calendrier d'entrée dans la sexualité adulte plus précoce et dans des stratégies de moindre

2. Source : Baromètre santé 2005. Enquête réalisée par l'INPES en 2005 auprès de 25 651 personnes âgées de 15 à 75 ans. Calculs réalisés par l'auteur sur les 18-49 ans (n=6 108 hommes et 8 218 femmes).

protection de ce premier rapport. À l'inverse, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne qui ont été socialisées en France rapportent un âge au premier rapport sexuel plus tardif et un recours au préservatif plus important. Dans ce sens, leur comportement se rapproche davantage de celui observé en population générale. Les données traduisent donc l'existence d'un processus de convergence des comportements des immigrés vers les comportements de la société d'accueil. Ce processus relativement bien connu a été décrit notamment dans le domaine de la nuptialité [7].

Au moment de l'enquête, près d'un homme sur trois (30,2 %) a déclaré avoir été dans une situation de multipartenariat au cours des douze derniers mois et, dans la majorité des cas, ce multipartenariat engageait des relations simultanées. Par ces caractéristiques, l'activité sexuelle des hommes originaires d'Afrique subsaharienne se rapproche de celle des hommes des départements français d'Amérique (DFA). En effet, lors de l'enquête KABP réalisée en 2004, 27,1 % des hommes habitant dans les DFA avaient eu au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois et ce multipartenariat était qualifié par les auteurs de « *relations parallèles durables* » [5]. À l'inverse, ces caractéristiques les distinguent des hommes interrogés dans le cadre du KABP métropole, pour lesquels la fréquence enregistrée du multipartenariat était moindre (16,4 %) [4]. Concernant les femmes, il est intéressant de noter que les fréquences du multipartenariat enregistrées auprès des trois populations sont très proches : 9,8 % des femmes interrogées dans le cadre du KABP métropole étaient multipartenaires ; c'était le cas de 9,2 % des femmes des DFA et de 10,7 % des femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

Des tendances similaires sont observées lorsque l'on analyse l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois.

Ainsi, l'utilisation des préservatifs est plus importante parmi les hommes originaires d'Afrique subsaharienne (56,2 %) et des DFA (48,9 %) que parmi ceux de la métropole (38,6 %). Chez les femmes, des niveaux semblables sont observés auprès des trois populations : 34,3 % des femmes originaires d'Afrique subsaharienne ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois ; c'était le cas de 32,1 % des femmes des DFA et de 31,4 % des femmes interrogées en métropole.

Parce qu'elle est fortement corrélée à l'activité sexuelle des individus, l'utilisation des préservatifs est plus importante parmi les hommes, et en particulier parmi les multipartenaires. Cependant, les données relatives à la fréquence de l'utilisation des préservatifs montrent que la protection n'est pas systématique, surtout dans le cadre de relations simultanées.

Le défaut de protection est d'autant plus important que le répondant est une femme et, d'une manière générale, les femmes apparaissent comme ayant une moindre maîtrise de la prévention que les hommes. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à avoir déclaré plusieurs partenaires dans l'année, mais lorsqu'elles se trouvent dans des situations comparables à celles des hommes, cela se traduit toujours par une moindre protection. Cette tendance est accentuée par le fait que lorsqu'elles sont en situation de négociation, les femmes arrivent moins souvent à imposer l'utilisation du préservatif que les hommes. Le résultat qui montre que ce sont les femmes ayant le plus souvent recours au dépistage qui utilisent le moins souvent le préservatif peut traduire une certaine incapacité à imposer des rapports protégés au sein du couple. La réalisation de tests de dépistage à intervalles réguliers peut alors servir de contrôle par rapport à un statut sérologique inchangé. Par ailleurs, plus d'une femme sur cinq a déclaré avoir subi des rapports sexuels

forcés, un chiffre particulièrement important comparé aux pourcentages observés dans d'autres enquêtes. Dans les enquêtes KABP métropole et KABP DFA³, moins d'une femme sur dix a déclaré avoir eu des rapports sexuels contre sa volonté.

Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne se caractérisent également par un important recours à l'avortement. Au moment de l'enquête, plus de quatre femmes sur dix avaient déjà subi une interruption volontaire de grossesse⁴ et des taux relativement élevés étaient observés parmi les femmes jeunes. De nombreux travaux menés en Afrique ont montré l'importance du recours à l'avortement parmi les populations africaines et en particulier parmi les adolescentes [8]. Dans un contexte où l'accès à la planification familiale reste souvent limité, l'avortement renvoie alors, pour les femmes plus âgées, à un besoin d'espacement des naissances et d'arrêt de la constitution de la descendance, tandis que les adolescentes, par l'avortement, diffèrent leur entrée en parentalité. Concernant les femmes africaines vivant en France, les données de l'enquête ne permettent pas de situer les recours à l'IVG par rapport à leur venue en France, ni leur degré d'information ou d'accès à la contraception. Cependant, les niveaux de prévalence enregistrés plaident en faveur de recherches complémentaires sur ce sujet.

La fréquence et les caractéristiques du multipartenariat, associées à l'adoption de comportements de prévention, font partie des facteurs qui déterminent la dynamique d'une épidémie VIH. Les données qui caractérisent les populations originaires d'Afrique subsaharienne montrent une organisa-

tion des échanges sexuels qui peut être propice à la diffusion du virus. De nombreux travaux ont montré, par exemple, que les relations simultanées jouaient un rôle clé dans la rapidité et l'importance de la transmission du VIH [9]. Dans un contexte où la prévalence est relativement élevée, leur poids dans la dynamique de l'épidémie peut être plus important qu'une séquence de relations monogames, même lorsque le nombre de partenaires n'est pas différent. Toutefois, les phénomènes en jeu sont extrêmement complexes et la dynamique dépend fortement de la nature et de la durée des relations engagées [10]. Ainsi, si les relations sont stables, le réseau sexuel est stable et la probabilité de diffusion du VIH à l'intérieur du réseau n'est pas accrue avec le temps. En revanche, si les relations sont instables et la population au sein du réseau toujours renouvelée, il y a un risque plus important de diffusion du VIH. Les données de l'enquête ne permettent pas de qualifier la dynamique des réseaux, mais il est important de donner les moyens à cette population de renforcer ses comportements en matière de prévention.

Bibliographie

- [1] Caraël M.
Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique : forces et faiblesses.
In : Dozon J.-P., Vidal L. (dir.). Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien.
Actes de l'Atelier GIDIS - CI - ORSTOM, Bingerville (Côte d'Ivoire), 15-17 mars 1993. Paris : Orstom, 1995 : 25-38.
En ligne : http://www.bondy.ird.fr/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques2/41635.pdf
[dernière consultation le 28/03/2007]
- [2] Vidal L.
L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre.
Sciences sociales et santé 1995 ; 13 (2) : 5-27.

3. Dans les DFA, ce pourcentage global cache des différences importantes entre les trois départements. C'est en Guyane que les femmes ont rapporté le niveau le plus élevé de violences sexuelles : environ une femme sur cinq âgée de 18 à 34 ans était concernée.

4. Parmi les femmes âgées de 18 à 49 ans interrogées dans le cadre du KABP métropole, ce pourcentage était de 18,6 % ; il était de 31,5 % parmi les femmes des DFA.

- [3] Bozon M., Leridon H. (dir.)
Sexualité et sciences sociales : les apports d'une enquête.
Population 1993 ; 48 (5) : 1173-550.
- [4] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : Évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005 : 176 p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[dernière consultation le 28/03/2007]
- [5] Halfen S., Fenies K., Ung B., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006 : 290 p.
En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
[dernière consultation le 28/03/2007]
- [6] Lydié N., Léon C.
Sexualité, IST et dépistage du VIH.
In : Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005. Premiers résultats.*
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 109-17.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2005_1R/pdf/sexualite.pdf
[dernière consultation le 28/03/2007]
- [7] Tribalat M. (dir.)
Cent ans d'immigration. Étrangers d'hier, Français d'aujourd'hui. Apport démographique, dynamique familiale et économique de l'immigration étrangère.
Paris : Puf, Ined, coll. Travaux et documents, n° 131, 1991 : 301 p.
- [8] Guillaume A.
L'avortement en Afrique : une pratique fréquente chez les adolescentes ?
In : *Enfants d'aujourd'hui. Diversité des contextes, pluralité des parcours.* Actes du Colloque international de Dakar, Association internationale des démographes de langue française (Aidelf), 10-13 décembre 2002. Paris : Puf, coll. Aidelf, n° 11, tome 2, 2006.
En ligne : http://www-aidelf.ined.fr/colloques/Dakar/seance5/t_guillaume.pdf
[dernière consultation le 28/03/2007]
- [9] Morris M., Kretzschmar M.
Concurrent partnerships and the spread of HIV.
AIDS 1997 ; 11 (5) : 641-8.
<http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/pdfhandler.00002030-199705000-00012.pdf>
[dernière consultation le 28/03/2007]
- [10] Ferry B.
Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain.
Communication au colloque international « Sciences sociales et sida en Afrique », Sali Portudal (Sénégal), du 4 au 8 novembre 1996
In : Becker C., Dozon J.-P., Obbo C., Touré M. (dir.). *Vivre et penser le sida en Afrique.* Dakar : Codesria, Paris : Karthala, Paris : IRD, 1998 : 237-56
En ligne : <http://www.codesria.org/Links/Publications/aids/ferry.pdf>
[dernière consultation le 28/03/2007]





L'essentiel

Les populations originaires d'Afrique subsaharienne connaissent plus confusément les modalités de réalisation d'un test de dépistage du VIH que celles interrogées en population générale de métropole. Ainsi, par exemple, 8,2 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne pensent qu'une radiographie permet le dépistage du VIH. C'était le cas de 4,7 % des personnes interrogées dans les départements français d'Amérique (DFA) et de 2,0 % de celles interrogées en métropole. La connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est, quant à elle, assez élevée, puisque 71,7 % des répondants en ont entendu parler contre 43,8 % des personnes interrogées en métropole et 66,9 % dans les DFA. Les hommes sont plus nombreux à connaître ces structures que les femmes (74,7 % vs 70,3 %).

L'opinion sur l'accès au résultat d'un test de dépistage à d'autres personnes révèle que les populations originaires d'Afrique subsaharienne sont globalement moins attachées à la confidentialité que la population générale. Le résultat est parti-

culièrement contrasté pour ce qui est de l'accès de la famille au résultat puisque 60,0 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclarent qu'elles accepteraient que le médecin divulgue le résultat, contre 29,5 % pour la population générale interrogée en 2004.

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un fort niveau de recours au dépistage, avec 64,9 % qui ont déjà été testées au cours de la vie, dont 34,2 % qui l'ont été plusieurs fois. Dans 61,2 % des cas, le dernier test a eu lieu lors d'un bilan de santé ou dans le cadre d'un protocole de dépistage (examen prénatal ou prénuptial), situations au cours desquelles l'initiative du test vient d'un médecin. Très peu de tests sont réalisés suite à une prise de risque (4,9 % des femmes et 5,3 % des hommes).

Pour leur dernier test, la moitié (49,7 %) des personnes ont fréquenté un laboratoire d'analyse en ville, alors que 30,4 % des tests ont été effectués au sein de l'hôpital. Le recours au CDAG (6,5 %) est sensiblement le même que dans la population générale.

Parmi les personnes qui n'ont jamais été testées, les raisons particulièrement invoquées par cette population sont la peur que l'entourage apprenne le résultat d'un test positif (40,5 %) et le fait de ne pas savoir où s'adresser pour réaliser un test (16,8 %). Ces motifs sont plus souvent avancés par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne que par celles interrogées dans le cadre des autres enquêtes KABP métropole et DFA.

Au final, les populations originaires d'Afrique subsaharienne ont un niveau de recours au test relativement élevé, et ce malgré les freins que représentent les défauts de couverture sociale ou une situation administrative précaire. Le fait que les populations en situation de précarité sociale et administrative sont, par ailleurs, celles qui connaissent le moins bien les consultations de dépistage anonyme et gratuit, alors qu'elles sont ouvertes à tous sans exigence quant au statut social ou légal, plaide pour une meilleure diffusion de l'information auprès de ce sous-groupe de population.

Connaissances et pratiques liées au dépistage du VIH

STÉPHANE LE VU

INTRODUCTION

La question du dépistage du VIH des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France a été posée, en termes épidémiologiques, au milieu des années 1990. L'enquête Prevagest, enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes, révélait alors que les femmes nées en Afrique subsaharienne étaient quatre à cinq fois plus contaminées que les autres [1]. Après que les multithérapies puissantes eurent été introduites en 1996, et alors que le nombre de cas de sida déclarés en France amorçait une nette diminution, on observait une diminution moindre et ensuite une augmentation (1999) des cas de sida chez les étrangers de pays d'Afrique subsaharienne vivant en France. En 2002, au moment où le plus grand nombre de cas de sida était retrouvé parmi des personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne, on constatait que la part de ces personnes ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida s'élevait à

70 %, signe d'un déficit ou d'un retard dans le dépistage [2]. Ce dernier chiffre est, depuis, en diminution par rapport aux années précédentes (en 2005, 55 % de personnes diagnostiquées au stade sida ignoraient leur séropositivité). Cette tendance traduit peut-être une plus grande précocité du dépistage qu'auparavant auprès de cette population [3].

À partir de ces constats épidémiologiques, des actions spécifiques d'incitation au dépistage à destination des étrangers, notamment d'Afrique subsaharienne, ont été réalisées à partir de 2002 [4]. Pour autant, les données concernant les caractéristiques du dépistage des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France sont quasi inexistantes.

La relation des populations originaires d'Afrique subsaharienne au dépistage du VIH est décrite dans cette enquête par : (a) la connaissance des modalités du test de dépistage, et celle des consultations de

dépistage anonyme et gratuit; (b) l'opinion sur l'accès au résultat d'un test positif à différentes personnes et (c) la pratique de tests de dépistage au travers du recours au cours

de la vie, les raisons et le lieu du dernier test et, finalement, le motif pour ne pas avoir réalisé de test au cours de la vie.

RÉSULTATS

CONNAISSANCES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH

Les connaissances sur le dépistage du VIH ont été mesurées par le biais de deux questions, l'une proposant de désigner trois modalités d'examen permettant ou non de diagnostiquer une séropositivité, l'autre évaluant la connaissance du dispositif de consultations de dépistage anonyme et gratuit.

Près d'un quart des enquêtés ne savent pas si une analyse d'urine permet le dépistage du VIH

La quasi-totalité des répondants (98,3 %) savent que le dépistage du VIH requiert une analyse de sang [figure 1]. Une grande majorité d'entre eux (88,9 %) savent également qu'une radiographie ne permet pas le dépistage, mais les pourcentages de

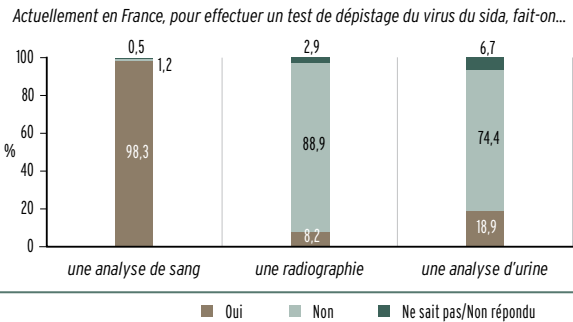
mauvaises réponses (8,2 %) ou de non-réponses (2,9 %) sont plus importants pour cette modalité. Enfin, la connaissance la moins maîtrisée porte sur l'analyse d'urine. Près d'un quart (25,6 %) des répondants se trompent ou ne savent pas si cette analyse permet ou non un dépistage du VIH.

En considérant toutes les modalités proposées, 71,0 % des répondants ont une connaissance exacte du déroulement d'un test de dépistage du VIH (examen sanguin et non radiologique ou urinaire), alors que 29,0 % se trompent d'une façon ou d'une autre. Les niveaux de connaissance sur les modalités du dépistage ne varient pas significativement selon le sexe.

Une analyse multivariée stratifiée sur le sexe montre, parmi les déterminants d'une connaissance exacte du déroulement du test, l'importance du niveau d'études – 78,1 % des personnes ayant atteint un niveau supérieur

FIGURE 1

Répartition des personnes interrogées sur leur connaissance des modalités d'un test de dépistage du VIH



au baccalauréat connaissent le déroulement du test, contre 63,3 % chez celles ayant un niveau d'études inférieur ($p<0,001$) – et de la maîtrise de la connaissance des modes de transmission du VIH [tableau I]. La connaissance de la nature du test est également liée au niveau de couverture sociale : tous sexes confondus, les personnes sans aucune couverture sociale connaissent moins bien la nature du test (54,8 % vs 72,1 % de bonne connaissance pour les personnes ayant au moins la Sécurité sociale; $p=0,005$). En distinguant par sexe, on n'observe un déficit significatif dans cette connaissance que pour les femmes sans couverture sociale [tableau I]. Logiquement, la réalisation d'au moins un test au cours de la vie améliore le niveau de connaissance : 74,3 % des personnes ayant déjà réalisé un test en connaissent les modalités, contre

65,0 % chez celles n'en ayant jamais réalisé ($p<0,001$). La relation est significative parmi les femmes et juste proche de la significativité pour les hommes [tableau I].

Près de la moitié des personnes sans couverture sociale ne connaissent pas les consultations de dépistage anonyme et gratuit

La plupart des répondants (71,7 %) ont déjà entendu parler des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Les hommes sont un peu plus nombreux à déclarer connaître ces structures que les femmes (74,7 % vs 70,3 %; $p=0,049$). Par contre, le niveau de connaissance ne diffère pas selon l'âge.

L'analyse multivariée des facteurs liés à la non-connaissance des CDAG montre

TABEAU I

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance exacte du déroulement du test de dépistage VIH, par sexe

	Hommes (n=892)			Femmes (n=966)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	422	1		531	1	
30-39 ans	318	1,0	0,7–1,4	297	0,7*	0,5–0,9
40-49 ans	152	1,1	0,7–1,7	138	0,6*	0,4–0,9
Couverture sociale						
Sécurité sociale avec mutuelle	507	1		613	1	
Sécurité sociale sans mutuelle	307	0,7	0,5–1,0	301	1,1	0,8–1,5
Aucune couverture sociale	78	0,7	0,4–1,2	52	0,4***	0,2–0,6
Niveau d'études						
Inférieur au baccalauréat	384	1		484	1	
Supérieur au baccalauréat	508	1,9***	1,4–2,7	482	1,5*	1,1–1,9
Dépistage du VIH au cours de la vie						
Aucun	332	1		333	1	
Au moins un	560	1,3	0,9–1,8	633	1,9***	1,4–2,6
Connaissance des modes de transmission						
Moyenne	446	1		456	1	
Complète	225	1,6*	1,1–2,5	191	2,4***	1,5–3,8
Mauvaise	221	0,4***	0,3–0,5	319	0,8	0,6–1,1

* : $p<0,05$; *** : $p<0,001$.

que, en plus du fait d'être une femme, les déterminants les plus importants sont le faible niveau de couverture sociale et, indépendamment, la précarité de la situation administrative [tableau II]. En effet, plus de la moitié (50,8 %) des personnes sans couverture sociale ne connaissent pas les CDAG contre 33,9 % des bénéficiaires de la Sécurité sociale seule et 21,5 % des personnes bénéficiant d'une mutuelle en plus de la Sécurité sociale ($p<0,001$). Chez les femmes, la nationalité étrangère est aussi significativement associée à la non-connaissance des CDAG (35,5 % vs 18,3 % pour les femmes de nationalité française; $p<0,001$). Les femmes dans les situations administra-

tives les plus fragiles (autorisation provisoire ou sans titre) sont celles qui connaissent le moins bien les CDAG [tableau II]. Indépendamment de la nationalité, le fait de parler une autre langue que le français en famille est associé à une moindre connaissance des CDAG (21,0 % des personnes parlant le français en famille ignorent leur existence, contre 34,4 % de celles parlant une autre langue; $p<0,001$). On peut également noter que la situation matrimoniale interagit différemment selon le sexe avec la connaissance des CDAG. Les hommes non en couple connaissent moins fréquemment les CDAG (63,0 % vs 79,8 % pour les hommes en couple; $p<0,001$), alors que,

TABLEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la non-connaissance des CDAG, par sexe

	Hommes (n=835)			Femmes (n=904)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	391	1		493	1	
30-39 ans	305	0,9	0,6-1,4	281	1,2	0,8-1,7
40-49 ans	139	0,9	0,5-1,5	130	1,7	1,0-2,7
Couverture sociale						
Sécurité sociale avec mutuelle	474	1		578	1	
Sécurité sociale sans mutuelle	291	1,7**	1,2-2,4	278	1,7**	1,2-2,3
Aucune couverture sociale	70	3,0***	1,6-5,4	48	2,0*	1,0-4,0
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	282	1		266	1	
En couple cohabitant	275	0,9	0,6-1,5	340	2,0***	1,4-3,1
Non en couple	278	1,5*	1,0-2,3	298	0,8	0,5-1,2
Dépistage VIH au cours de la vie						
Aucun	298	1		305	1	
Au moins un	537	0,5***	0,3-0,7	599	0,3***	0,2-0,4
Situation administrative						
Nationalité française	142	1		255	1	
Carte de résident	306	0,9	0,6-1,5	287	1,9**	1,3-3,0
Carte de séjour temporaire	238	1,0	0,6-1,7	270	2,2***	1,4-3,4
Autorisation provisoire ou sans titre	149	1,5	0,8-2,6	92	3,5***	2,0-6,3
Langue parlée en famille						
Français	460	1		472	1	
Autre langue	375	1,4*	1,0-1,9	432	1,8***	1,3-2,5

*: $p<0,05$; **: $p<0,01$; ***: $p<0,001$.

chez les femmes, ce sont celles qui vivent en couple cohabitant qui connaissent le moins ces consultations (65,8 % vs 71,2 % pour les femmes non en couple et 74,4 % pour celles en couple non cohabitant ; $p=0,05$). Enfin, les personnes qui ne connaissent pas les CDAG sont plus nombreuses parmi celles qui n'ont jamais fait de dépistage VIH. Cette relation est observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes [tableau II].

OPINIONS SUR L'ACCÈS AU RÉSULTAT DU TEST DE DÉPISTAGE

La majorité des répondants estiment que le conjoint ou partenaire régulier, les professionnels de santé, les autres partenaires sexuels et, dans une moindre mesure la famille, pourraient avoir accès au résultat d'un dépistage positif [figure 2]. À l'inverse, les répondants sont défavorables à l'accès de l'employeur au résultat du dépistage (seuls 33,4 % des hommes et 21,4 % des femmes y sont favorables). Les réponses varient selon le sexe, les femmes étant significativement toujours plus attachées à la confidentialité du résultat que les hommes. Ainsi, par

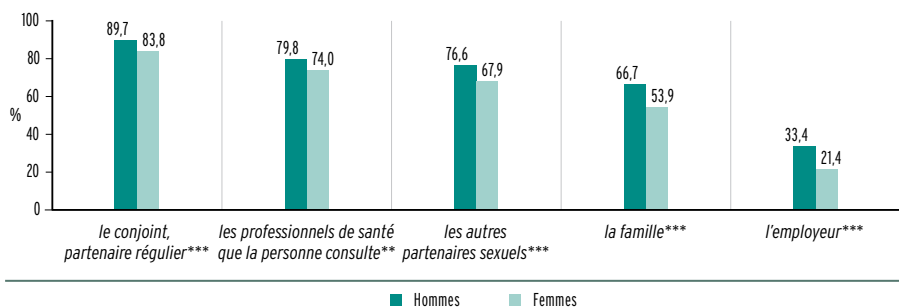
exemple, si plus des deux tiers des hommes (66,7 %) estiment que le reste de la famille peut être informé du résultat positif par le médecin, ce n'est le cas que d'une femme sur deux (53,9 % ; $p<0,001$).

Une analyse particulière des facteurs associés au refus de l'accès du conjoint au résultat du dépistage confirme en premier lieu la différence d'attitude selon le sexe, le fait d'être une femme étant significativement associé à tel un refus (15,3 % des femmes contre 10,0 % des hommes n'estiment pas normal que le médecin communique le résultat au conjoint ; $p<0,001$). En stratifiant l'analyse par sexe [tableau III], on observe que, parmi les hommes, les moins de 30 ans sont également plus enclins à refuser cet accès du conjoint au résultat. De même, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne arrivées depuis le plus longtemps en France sont plus attachées à la confidentialité dans le cadre du couple (15,2 % des hommes arrivés en France jusqu'en 1989 contre 8,6 % des hommes arrivés depuis 1990 n'estiment pas normal que le médecin communique le résultat au conjoint ; $p=0,005$). Par contre, il n'y a pas de différence dans cette opinion en

FIGURE 2

Pourcentage de répondants favorables à l'accès au résultat du test de dépistage par différentes personnes, selon le sexe

Si une personne est contaminée par le virus du sida, est-il, selon vous, normal que le médecin informe également...



** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

fonction du fait d'avoir déjà réalisé un test de dépistage ou du fait d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels dans l'année écoulée [tableau III].

PRATIQUES DE DÉPISTAGE

Les pratiques de dépistage sont explorées au travers du recours au test au cours de la vie, des motifs et lieu du dernier dépistage effectué, et enfin de la raison avancée pour ne pas avoir réalisé de dépistage au cours de la vie.

Pas de différence hommes/ femmes dans le recours au test de dépistage

Près des deux tiers des répondants (64,9 %) ont déclaré avoir déjà réalisé un test de

dépistage du VIH au cours de la vie, sans différence entre les hommes et les femmes (63,9 % vs 65,8 %; différence non significative). La seule différence significative est observée parmi les 35-44 ans. Dans cette tranche d'âges, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à avoir été testées au moins une fois (84,3 % vs 75,1 %; p=0,01) [figure 3].

Les répondants âgés de plus de 35 ans déclarent assez uniformément, à environ 80 %, avoir déjà réalisé au moins un test de dépistage au cours de sa vie. Dans les tranches d'âges les plus jeunes, cette proportion diminue jusqu'à 38 % chez les moins de 25 ans.

En analyse multivariée, les variables indépendamment associées à la réalisation d'au moins un test de dépistage VIH au cours de sa vie peuvent être regroupées en différents types de facteurs.

TABLEAU III

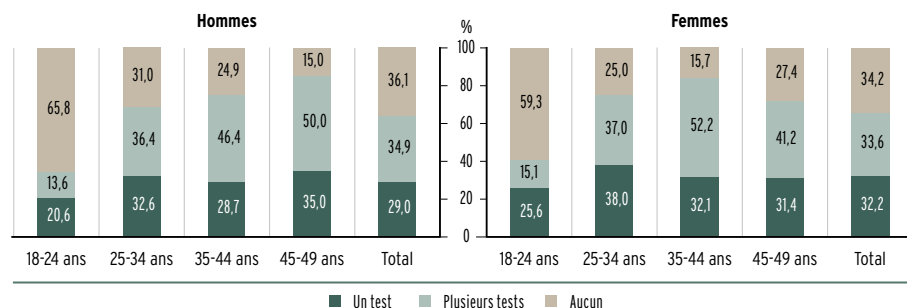
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le refus de l'accès du conjoint/partenaire régulier au résultat du test de dépistage VIH, par sexe

	Hommes (n=887)			Femmes (n=953)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	417	1		525	1	
30-39 ans	320	0,4**	0,2-0,8	289	1,0	0,7-1,7
40-49 ans	150	0,5*	0,2-1,0	139	0,9	0,5-1,7
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	301	1		277	1	
En couple cohabitant	289	0,7	0,4-1,2	363	0,9	0,5-1,4
Non en couple	297	0,9	0,5-1,5	313	1,5	0,9-2,4
Arrivée en France						
Avant 1990	197	1		251	1	
Entre 1990 et 1999	309	0,4***	0,3-0,8	333	0,5**	0,3-0,8
Depuis 2000	381	0,3***	0,2-0,6	369	0,9	0,6-1,4
Dépistage du VIH au cours de la vie						
Aucun	332	1		329	1	
Au moins un	554	1,0	0,6-1,6	624	0,7	0,5-1,1
Plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois						
Non	780	1		912	1	
Oui	107	0,9	0,5-1,9	41	0,6	0,2-1,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

FIGURE 3

Fréquence du recours au test de dépistage du VIH au cours de la vie, selon le sexe et la classe d'âges



Facteurs démographiques

Indépendamment de l'âge dont le modèle confirme le rôle discriminant dans le recours au dépistage, la nationalité française ou une situation administrative stable pour les étrangers sont des situations associées à la réalisation d'un test, en particulier chez les femmes. Les personnes sans titre de séjour ou détentrices d'une carte de séjour temporaire ont environ deux fois moins de chances d'être testées que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne de nationalité française [tableau IV]. À noter que l'année d'arrivée en France n'est pas associée au fait d'avoir réalisé un test de dépistage au cours de la vie.

Facteurs comportementaux

Le principal facteur associé à la réalisation d'un test au cours de la vie et qui peut être lié aux comportements est le fait d'avoir déjà craint d'être contaminé (79,9 % des personnes dans ce cas avaient déjà été testées, contre 53,3 % pour celles n'ayant pas eu cette crainte ; $p < 0,001$). L'effet est particulièrement fort chez les femmes (OR ajusté : 4,5 ; IC : 3,1-6,6). La prise en compte de la situation matrimoniale montre que seuls 44,3 % des célibataires ont déjà été testés. Pour autant, si le fait d'être en

couple cohabitant double les chances d'avoir été testé chez les hommes (OR ajusté : 2,1 ; IC : 1,4-3,2), la relation n'est pas avérée chez les femmes. Enfin, le fait d'avoir eu plusieurs partenaires dans l'année est associé à la réalisation d'un test de dépistage, notamment chez les hommes ; chez les femmes, la relation est juste proche de la significativité (OR ajusté : 2,1 ; IC : 0,9-5,2).

Facteurs de proximité avec la maladie

Les femmes originaires d'un pays à forte prévalence (supérieure à 5 %) sont plus nombreuses à avoir déjà réalisé un test de dépistage (76,5 % vs 57,7 % ; $p < 0,001$). C'est également le cas de celles qui connaissent une personne séropositive (78,4 % vs 60,9 % ; $p < 0,001$). Des tendances similaires sont observées chez les hommes, mais les associations disparaissent dans les analyses multivariées.

Facteurs socio-éducatifs

Un niveau d'études supérieur au baccalauréat double, chez les hommes, les chances d'avoir été testés (OR ajusté : 2,1 ; IC95 : 1,5-2,8).

Une deuxième analyse multivariée a mis en évidence les déterminants associés à la

TABLEAU IV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie, par sexe

	Hommes (n=892)			Femmes (n=966)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	422	1		531	1	
30-39 ans	318	2,7***	1,8-3,9	297	3,0***	2,0-4,6
40-49 ans	152	2,2**	1,3-3,5	138	2,2**	1,3-3,8
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	301	1		279	1	
En couple cohabitant	289	2,1***	1,4-3,2	364	1,1	0,7-1,7
Non en couple	302	0,7*	0,5-0,9	323	0,3***	0,2-0,4
A déjà craint d'être contaminé						
Non	505	1		588	1	
Oui	387	1,9***	1,4-2,7	378	4,5***	3,1-6,6
Niveau d'études						
Inférieur au baccalauréat	384	1		484	1	
Supérieur au baccalauréat	508	2,1***	1,5-2,8	482	1,3	0,9-1,8
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure à 3 %	400	1		369	1	
De 3 % à 5 %	187	1,3	0,9-2,0	181	1,5	0,9-2,4
Supérieure à 5 %	305	1,3	0,9-1,9	416	2,6***	1,8-3,7
Connaissance d'une personne séropositive						
Non	672	1		699	1	
Oui	220	1,5	0,9-2,2	267	1,6*	1,1-2,4
Situation administrative						
Nationalité française	153	1		272	1	
Carte de résident	323	0,8	0,5-1,3	303	0,7	0,5-1,2
Carte de séjour temporaire	256	0,8	0,5-1,2	292	0,4***	0,3-0,6
Autorisation provisoire ou sans titre	160	0,6	0,4-1,1	99	0,3***	0,2-0,6
Plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois						
Non	784	1		924	1	
Oui	108	1,8*	1,1-2,9	42	2,1	0,9-5,2

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

réalisation de plusieurs tests de dépistage parmi les personnes testées au moins une fois [tableau V]. On peut noter, par rapport au modèle précédent, que les couvertures sociales les plus complètes et l'arrivée en France la plus ancienne (significatif en analysant globalement les deux sexes confondus) sont associées à la réalisation de plusieurs tests de dépistage, et ce indépendamment de l'âge.

Premier motif du test de dépistage : un bilan de santé

Le principal motif de test de dépistage cité par les répondants est le bilan de santé (25,4 %), c'est-à-dire un test demandé par un médecin dans le cadre d'un examen pouvant explorer d'autres pathologies [tableau VI]. Cette catégorie ne comprend pas le recours au test à la suite de symptômes ou pour une

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation de plusieurs tests parmi les personnes testées, par sexe

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Motifs du dernier test de dépistage selon la circonstance et le nombre de partenaires dans les douze mois, selon le sexe

[illegible]

maladie, notamment une infection sexuellement transmissible (4,8 %). Le deuxième motif le plus cité est celui d'assurer son statut, pour voir, pour connaître son état de santé, etc. (21,8 % de «*pour savoir*» dans le **tableau VI**). Ce motif est plus souvent cité par les hommes que les femmes (29,4 % vs 15,1 % ; $p<0,001$). Enfin, le motif le plus important de réalisation d'un test chez les femmes est le dépistage dans le cadre de la grossesse (37,1 %).

Si l'on distingue les répondants selon leur activité sexuelle exprimée en nombre de partenaires au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, les motifs déclarés se différencient. Ainsi, les femmes multipartenaires sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer venir à la suite d'une situation d'exposition (20,3 % vs 6,3 % ; $p<0,001$). Les hommes multipartenaires citent plus souvent des motifs vagues de réassurance : 31,8 % disent «*pour se rassurer*», «*pour savoir*», «*pour connaître son statut*» (motifs regroupés dans la ligne «*pour savoir*» du **tableau VI**).

Parmi les monopartenaires, les hommes et les femmes sont plus souvent concernés par le dépistage dans le cadre d'un protocole où le test est systématiquement proposé : anténatal pour les femmes (43,3 %) et prénuptial pour les hommes (11,7 %). Quant aux personnes ne déclarant pas de partenaire durant l'année, leur principal motif de

test était le bilan de santé (36,7 % pour les femmes et 44,4 % pour les hommes).

Les motifs de test ont été classés en quatre catégories selon l'initiative du dépistage :

- 1. test à l'initiative personnelle (dans une démarche de prévention ou en réponse à une prise de risque) ;
- 2. test à l'initiative d'un médecin dans le cadre d'un bilan de santé ou à cause de symptômes ;
- 3. test dans le cadre d'un protocole de dépistage (proposition systématique dans le cadre de la grossesse et de l'établissement du certificat prénuptial, ou dépistage obligatoire dans le cadre du don de sang) ;
- 4. test suscité par l'entourage (à la demande du partenaire, à cause d'un doute sur le statut du partenaire, à cause du refus du partenaire d'effectuer un test).

Les hommes déclarent plus fréquemment avoir réalisé leur dernier test de dépistage à leur initiative que les femmes (44,5 % vs 24,4 % ; $p<0,001$), **[tableau VII]**. De même, ils ont plus fréquemment que les femmes été dépistés pour le VIH à la demande d'un médecin, c'est-à-dire dans le cadre d'un bilan de santé général ou à la suite d'une consultation pour une autre infection sexuellement transmissible (35,6 % des motifs cités pour les hommes contre 25,4 % pour les femmes ; $p<0,001$).

En plus du sexe, la situation matrimoniale est un déterminant pour avoir été

TABLEAU VII

Motifs du dernier test de dépistage selon l'initiative, par sexe

	Hommes (n=564)	Femmes (n=631)	Total (n=1195)	P _{H/F}	n
	%	%	%		
Initiative de l'enquêté(e)	44,5	24,4	33,9	***	405
Protocole de dépistage	15,6	44,8	31,0	***	371
Demande du médecin	35,6	25,4	30,2	***	361
Suscité par l'entourage	4,3	5,4	4,9		058
Total	100,0	100,0	100,0	-	1 195

*** : $p<0,001$.

testé à la demande d'un médecin, les célibataires étant particulièrement testés dans ce cadre (38,4 % citent ce motif contre 27,1 % des personnes vivant en couple ; $p=0,002$). Les personnes ayant cité un motif de test qui peut être regroupé parmi les protocoles de dépistage sont plus fréquemment des femmes (44,8 % des motifs cités contre 15,6 % pour les hommes ; $p<0,001$).

Trois tests sur dix sont réalisés à l'hôpital

La moitié (49,7 %) des répondants ayant effectué au moins un test de dépistage au cours de leur vie avaient réalisé leur dernier test dans un laboratoire d'analyse biologique et médicale (LABM), [tableau VIII]. Le second site de dépistage le plus cité est l'hôpital (30,4 %), sans différence entre les hommes et les femmes. Les centres de planification familiale (CPEF) ou de protection maternelle et infantile (PMI) sont des sites de dépistage davantage cités par les femmes que par les hommes (6,3 % vs 1,4 % ; $p<0,001$). À l'inverse, les hommes fréquentent davantage les CDAG que les femmes (9,6 % vs 3,8 % ; $p<0,001$). Enfin, 7,1 % des répondants avaient effectué leur dernier test de dépistage en Afrique ; plus souvent des

hommes que des femmes (8,7 % vs 5,6 % ; $p=0,04$). Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et arrivées avant 1989, 2,3 % avaient effectué leur dernier test de dépistage en Afrique, contre 4,2 % de celles arrivées entre 1990 et 1999, et 14,5 % pour celles arrivées à partir de l'année 2000.

Les variables associées à la réalisation du dernier test de dépistage à l'hôpital plutôt qu'en ville (LABM) sont le fait de parler en famille une autre langue que le français (OR ajusté : 1,5 ; IC : 1,2-1,9) et celui d'être dépisté à l'initiative d'un médecin (OR ajusté : 1,4 ; IC : 1,1-1,9).

LES RAISONS DE L'ABSENCE DE DÉPISTAGE

Environ un tiers (35,0 %) des répondants, soit 650 personnes, ont déclaré ne s'être jamais fait dépister pour le VIH. Par rapport aux personnes ayant été testées au moins une fois, les « non-testées » se distinguent par un âge plus jeune, un niveau d'études inférieur et une moins bonne couverture sociale. Elles sont également plus souvent célibataires.

Les raisons les plus fréquemment avancées pour ne pas avoir recouru au test de dépistage sont l'« absence de risque d'être contaminé »

TABEAU VIII

Lieu du dernier test, selon le sexe

	Hommes (n=564)	Femmes (n=637)	Total (n=1201)	$P_{H/F}$	n
	%	%	%		
En France, dans un laboratoire d'analyse biologique et médicale	48,9	50,4	49,7		597
En France, dans un hôpital	27,8	32,6	30,4		365
En Afrique	8,7	5,6	7,1	*	85
En France, dans un CDAG	9,6	3,8	6,5	***	78
En France, dans un centre de planification familiale, une PMI, un dispensaire anti-vénérien	1,4	6,3	4,0	***	48
Autre ou non-réponse	3,5	1,3	2,3	**	28

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

(66,6 %) et le fait de « *ne pas y avoir pensé* » (58,0 %). Les deux raisons pouvant être considérées comme proches. « *La peur que, en cas de résultat positif, l'entourage l'apprenne* » était également une raison souvent avancée (40,5 %). Il n'y a pas de différence par sexe dans les réponses pour chacune des raisons proposées [tableau IX].

En analyse multivariée, le fait de ne pas connaître les CDAG et la mauvaise connaissance des modalités de test sont associés au fait de déclarer « *ne pas savoir où s'adresser* » et de « *trouver le test trop cher* ». Les répondants qui ne connaissent pas l'existence des CDAG ont environ trois fois plus de chances

de citer ces motifs que ceux qui les connaissent (OR ajusté : 3,3 ; IC : 2,2-5,3 pour « *ne sait pas où s'adresser* » et OR ajusté : 2,9 ; IC : 1,3-6,7 pour « *le test coûte trop cher* »]. Les répondants ne connaissant pas les modalités du test de dépistage ont eux deux fois plus de chances de citer ces motifs (OR ajusté : 1,9 ; IC : 1,3-3,0 pour « *ne sait pas où s'adresser* » et OR ajusté : 2,8 ; IC : 1,3-6,2 pour « *le test coûte trop cher* »). Enfin, le seul facteur associé au motif évoquant « *la peur que l'entourage apprenne le résultat* » d'un test éventuellement positif est la mauvaise connaissance des modalités de test (OR ajusté : 1,5 ; IC : 1,1-2,1).

TABLEAU IX

Raisons avancées pour n'avoir jamais réalisé de test de dépistage du VIH, par sexe (réponses exprimées en pourcentage de « oui », plusieurs réponses possibles)

	Hommes (n=319)	Femmes (n=331)	Total (n=650)	n
	%	%	%	
Pas de risque d'être contaminé(e)	64,6	68,6	66,6	433
N'y a jamais pensé	61,4	54,7	58,0	377
Peur que l'entourage apprenne la contamination	40,1	40,8	40,5	263
Peur de connaître le résultat	28,8	26,0	27,4	178
Ne sait pas où s'adresser	17,2	16,3	16,8	109
Peur d'être expulsé(e) si le test est positif	16,6	14,8	15,7	102
Les tests ne sont pas valables	8,2	7,3	7,7	50
Le test coûte trop cher	4,4	4,8	4,6	30

DISCUSSION

Les connaissances sur les modalités de réalisation d'un test de dépistage sont globalement moins bonnes parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne que parmi les personnes interrogées dans le cadre du KABP métropole et du KABP DFA. Ainsi, par exemple, 8,2 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne pensent que le dépistage du VIH

se fait *via* une radiographie. C'était le cas de 2,0 % des personnes interrogées dans le cadre du KABP métropole et 4,7 % dans les départements français d'Amérique (DFA) [5, 6]. La connaissance des CDAG est, quant à elle, assez élevée parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne interrogées, puisqu'elles sont 71,7 % à en avoir entendu parler contre 43,9 % pour les personnes

interrogées en métropole en 2004 et 66,9 % pour celles des DFA [5, 6].

Les connaissances sur le dépistage en général, ses modalités de réalisation et sur les consultations spécialisées que sont les CDAG dépendent logiquement de l'expérimentation du dépistage lui-même. Les personnes connaissant les consultations de dépistage anonyme et celles ayant déjà réalisé un test de dépistage sont plus à même de différencier les examens permettant le diagnostic de séropositivité. Comme il peut être retrouvé dans la population générale, le niveau de connaissance sur le dépistage est également associé au niveau d'études des répondants [5, 6].

Ces connaissances dépendent aussi fortement du niveau de précarité sociale que peuvent traduire une couverture sociale incomplète ou inexistante et une situation administrative ou légale précaire. On peut noter que la fréquentation des CDAG, alors même qu'elles permettent un dépistage sans exigence quant au statut d'assuré social ou au statut légal, est certainement affectée par la méconnaissance de ces consultations par les populations originaires d'Afrique subsaharienne les plus précaires.

En ce qui concerne l'opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne semblent moins attachées à la confidentialité que les populations interrogées dans le cadre des autres enquêtes KABP [5, 6]. En effet, dans tous les cas de figure, elles estiment plus souvent normal que le résultat du test soit accessible aux autres. Le résultat est particulièrement contrasté pour ce qui est de l'accès de la famille au résultat, puisque 60,0 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne l'acceptent, contre 29,5 % de la population générale en 2004 [5]. L'accès le plus discuté reste celui de l'employeur, même s'il est accepté trois fois plus souvent par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (27,2 % contre 9,0 % de la

population générale en 2004 [5]). En règle générale, les femmes interrogées sont plus réservées que les hommes sur l'accès au résultat du test. Particulièrement pour l'opinion sur l'accès au résultat du conjoint, on remarque que le nombre de partenaires sexuels et le fait d'avoir déjà réalisé un test n'influent pas sur cette opinion.

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un fort niveau de recours au test au cours de la vie (64,9 %), supérieur à celui de la population interrogée en métropole (53,9 %) et dans les DFA (61,5 %) [5, 6]. La différence est plus accentuée pour les hommes (63,9 % vs 46,1 % en métropole et 54,8 % dans les DFA) que pour les femmes (respectivement 65,8 %, 62,0 % et 67,1 %). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse souvent avancée selon laquelle les populations d'Afrique subsaharienne recourraient moins souvent au dépistage du VIH que les autres. Il est par ailleurs corroboré par l'analyse des caractéristiques des participants aux actions d'incitation au dépistage coordonnées par l'association Aides Ile-de-France [7]. Elle montre un niveau de recours au dépistage supérieur parmi les 454 personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne interrogées (59 % étaient testées, contre 45 % des 2 689 autres participants). De même, la fréquence des tests au cours des deux dernières années était supérieure parmi les personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne (analyse InVS, non publiée). Enfin, d'après la description des consultants de CDAG en 2004, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentant ces consultations recourraient plus aux tests de dépistage que les autres [8]. Globalement, le recours au test de dépistage semble effectif parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Ce résultat s'accorde avec l'enquête Vespa auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. Celle-ci a permis de voir que le retard au dépistage qui peut être constaté chez les personnes origi-

naires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH doit plus à l'ancienneté de l'infection au moment de l'immigration qu'à l'absence de dépistage en France [9].

Cette enquête nous montre un certain nombre de facteurs classiquement associés au recours au test (un ou plusieurs), comme l'âge entre 30 et 39 ans, la proximité avec la maladie, l'activité sexuelle, etc. Mais elle révèle également que les statuts d'immigration les plus précaires semblent être des freins pour le recours au test. Est-ce parce que le fait d'être étranger limite l'accès aux structures de dépistage ou est-ce parce que l'intention de faire un test ne représente pas une priorité dans un environnement social dégradé ? Quoi qu'il en soit, dans la mesure où, indépendamment de l'âge, l'ancienneté du séjour en France favorise le nombre de tests, il semble que les populations d'Afrique subsaharienne ont eu plus d'opportunités d'être dépistées en France qu'elles n'en ont eu en Afrique.

Un peu moins de 40 % des derniers tests de dépistage réalisés par les répondants étaient volontaires, d'initiative personnelle ou de l'entourage. Le reste des dépistages s'étaient déroulés dans des circonstances médicales, dont les protocoles de dépistage. Si l'on compare les motifs cités parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne avec ceux des deux autres enquêtes, on constate qu'ils se rapprochent des circonstances citées aux Antilles et en Guyane [6] et sont plus éloignés de ceux retrouvés en métropole [5]. En effet, pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne, le bilan de santé apparaît comme une circonstance de dépistage prépondérante : 29,8 % des hommes et 21,6 % des femmes avaient réalisé leur dernier test dans cette circonstance. C'était le cas de 17,4 % des hommes et de 9,2 % des femmes dans les DFA. En métropole, les pourcentages sont respectivement de 9,2 % et 3,9 %. À l'inverse, la réalisation d'un test de dépistage suite à une prise

de risque est très peu citée par les répondants originaires d'Afrique subsaharienne (4,9 % des femmes et 5,3 % des hommes). Cette raison est davantage avancée par les répondants du KABP métropole (37,9 % des hommes et 27,8 % des femmes), ainsi que par ceux des DFA (36,8 % des hommes et 23,9 % des femmes).

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentent sensiblement les mêmes sites de dépistage que la population générale interrogée par les autres enquêtes KABP. Ainsi le recours aux CDAG est du même niveau que ce qui a été mesuré en population générale [5]. L'hôpital occupe cependant une place plus importante : 30,4 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont fait leur dernier test à l'hôpital, contre 19,0 % de celles interrogées dans le cadre du KABP métropole et 14,2 % dans les DFA.

Les personnes n'ayant jamais réalisé de test de dépistage invoquent le plus souvent les deux motifs proches que sont le fait de ne pas y avoir pensé et celui de ne pas se sentir à risque. La particularité des réponses des personnes originaires d'Afrique subsaharienne réside dans la peur que l'entourage apprenne un résultat positif (40,5 % contre 13,8 % en métropole et 9,2 % dans les DFA) et dans le fait de ne pas savoir où s'adresser pour réaliser un test (16,8 % contre 7,7 % en métropole et 5,1 % dans les DFA). La visibilité des consultations ou des autres opportunités de dépistage est donc moins bonne parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, la peur que l'entourage apprenne le résultat, qui est fortement citée, semble s'opposer au fait qu'elles sont plutôt favorables à la communication des résultats du test à d'autres personnes que le patient concerné.

Au final, les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France décrites dans cette enquête ont un niveau de recours au test relati-

vement élevé et ce, malgré les freins que peuvent représenter les défauts de couverture sociale ou une situation administrative précaire. Le fait que les populations en situation de précarité sociale et administrative sont, par ailleurs, celles qui connaissent le moins bien les consultations de dépistage anonyme et gratuit, alors qu'elles sont ouvertes à tous sans exigence quant

au statut social ou légal, plaide pour une meilleure diffusion de l'information auprès de ce sous-groupe de population. Les bilans de santé et les protocoles de dépistage où le test est proposé semblent être les circonstances qui favorisent le plus le dépistage. Ces résultats confirment le rôle central que jouent les professionnels de santé auprès de cette population dans l'accès au test VIH.

Bibliographie

- [1] Couturier E., Brossard Y., De Benoist A.C., *et al.*
Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : Prevagest 1991-1993-1995-1997.
BEH 1998; (18) : 73-6
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/1998/9818/beh_18_1998.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [2] Institut de veille sanitaire.
Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel n° 1. Données sida au 30 septembre 2002.
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/rapport_vih_sida_n1.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [3] Institut de veille sanitaire.
Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005.
BEH 2006; 48 : 371-8.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/48/beh_48_2006.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [4] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
Des outils et une étude pour mieux aborder la prévention du sida auprès des personnes d'origine étrangère vivant en France.
Communiqué de presse du 24 juin 2002. Inpes, 2002.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/02/dp020625.pdf>
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [5] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : Évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005. 176 p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [6] Halfen S., Fenies K., Ung B., Gremy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006 : 290 p.
En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [7] Bonnineau A., Bucknall R.S.
Screening campaign for the general public.
XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006.
- [8] Le Vu S., Lot F., Semaille C.
Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004.
BEH 2005; (46-47) : 233-5.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/46_47/beh_46_47_2005.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [9] Delpierre C., Dray-Spira R., Cuzin L., *et al.*
Correlates of late diagnosis in France. Implications for testing policy.
À paraître dans *Journal of Epidemiology and Community Health*.









Synthèse des résultats et propositions d'actions

NATHALIE LYDIÉ

Cet ouvrage présente les principaux résultats de l'enquête conduite à la mi-2005 sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France. Son objectif est de caractériser les représentations sociales que les populations originaires d'Afrique subsaharienne ont du VIH/sida, leurs connaissances des modes de transmission et des traitements, les attitudes qu'elles ont à l'égard des personnes touchées par l'épidémie, leur perception du risque de contamination et leurs modes d'adaptation face à ce risque. Ses résultats doivent contribuer à orienter la politique de santé publique en direction de ces populations.

L'une des principales difficultés de cette enquête reposait sur la nécessité de développer une méthodologie originale visant à pallier l'absence de base de sondage permettant de tirer, de manière aléatoire, un échantillon représentatif de personnes à

interroger. Les solutions retenues : tirage de communes, définition de sites d'enquêtes et constitution de circuits pour la sélection des individus ont permis de contourner cette difficulté. Au final, 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans et vivant en Ile-de-France ont pu être interrogées. Selon les données de cadrage fournies par l'Insee à partir des deux premières enquêtes annuelles du recensement (2004-2005), l'échantillon ainsi constitué est représentatif de la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France en termes de répartition par sexe et par pays de naissance. *A contrario*, les personnes qui ont participé à l'enquête sont significativement plus jeunes et plus éduquées que la population qu'elles représentent.

Dans une enquête réalisée par téléphone, de nombreuses procédures permettent de limiter le nombre de refus : lettre annonce, numéro appelé plusieurs fois, prise de rendez-vous en cas d'indisponibilité de la personne sélectionnée au premier contact,

etc. Dans une enquête où la sélection des individus se fait dans la rue, de telles procédures ne peuvent être mises en place. Les refus sont difficilement contrôlables et beaucoup plus importants que dans une enquête par téléphone. Pour rappel, deux personnes sur dix ont accepté de participer à cette enquête contre généralement six à sept personnes sur dix dans les enquêtes par téléphone. Compte tenu de la structure finale de notre échantillon, il est probable que les refus ont été plus nombreux parmi les personnes de la tranche d'âge supérieure (40 ans et plus) et parmi celles qui avaient un niveau d'étude plus faible (inférieur au baccalauréat). Le nombre limité d'abandons ($n=138$) confirme que les difficultés ont moins résidé dans la passation d'un questionnaire de trente minutes dans la rue que dans le fait d'interpeller des personnes engagées dans une activité, pour les convaincre de participer à une enquête. Toutefois, la robustesse des données recueillies a confirmé les possibilités offertes par la méthodologie développée pour cette enquête, méthodologie par ailleurs facilement reproductible et de mise en œuvre rapide. Enfin, conformément à l'hypothèse qui avait été posée, les options retenues ont permis d'inclure dans l'échantillon des personnes en forte précarité administrative dont on peut penser qu'elles sont peu représentées dans les enquêtes par téléphone.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE CETTE ENQUÊTE ?

Les données de l'enquête montrent que les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France s'inscrivent dans une dynamique positive face au VIH/sida et cela à différents niveaux. Il existe cependant des éléments moins favorables sur lesquels des efforts en matière de prévention doivent être portés.

L'un des premiers enseignements de cette enquête est que le VIH/sida est un sujet de préoccupation majeure pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France. Plus de 70 % des personnes interrogées ont ainsi déclaré craindre beaucoup le VIH pour elles-mêmes contre environ une sur deux (48,8 %) parmi la population des Antilles et de Guyane et une sur sept en métropole (15,3 %). Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont une perception plus aiguë du risque de contamination que les autres populations et elles sont beaucoup plus nombreuses à indiquer avoir déjà craint d'avoir été contaminé par le VIH (42,1 % vs 28,5 % parmi les répondants du KABP métropole et 34,9 % parmi ceux des Antilles-Guyane). De manière semblable à ce qui est observé aux Antilles et en Guyane, la crainte du VIH est partagée par l'ensemble des classes d'âge alors qu'en métropole, ce sont les plus jeunes qui se sentent surtout concernés. Aucune banalisation du VIH/sida n'est donc observée parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne. Au contraire, ces dernières se montrent extrêmement concernées par cette pathologie, ce qui offre un contexte favorable pour asseoir la prévention et les campagnes de communication sur le VIH/sida.

Une bonne connaissance des principaux modes de transmission

Il est également très encourageant de constater que les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France interrogées dans le cadre de cette enquête connaissent les principaux modes de transmission du VIH. En effet, plus de neuf personnes sur dix savent que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif, en recevant du sang ou encore lors d'une piqûre intraveineuse de

drogue avec une seringue déjà utilisée. Les modes certains de transmission sont aussi bien maîtrisés par cette population que par la population générale et celle des Antilles et de la Guyane.

Les circonstances qui ne transmettent pas le VIH sont, par contre, moins bien maîtrisées. Ainsi près d'un tiers des personnes originaires d'Afrique subsaharienne interrogées pensent que la transmission du VIH est possible par une piqûre de moustique ou lors de rapports sexuels avec un préservatif, et près d'un quart en embrassant une personne contaminée ou en étant hospitalisée dans le même service qu'elle. Si certaines de ces croyances sont présentes parmi la population générale et celle des Antilles-Guyane, globalement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont plus nombreuses à moins bien maîtriser les circonstances qui ne transmettent pas le VIH.

Des attitudes encore parfois discriminantes

La persistance de fausses croyances quant à la possibilité de transmission du VIH par simple contact explique en grande partie l'existence d'attitudes discriminantes vis-à-vis des personnes séropositives. En effet, ce sont les personnes qui maîtrisent le moins bien les modes de transmission du VIH qui sont les plus nombreuses à déclarer des attitudes stigmatisantes. Les contextes de vie des personnes interrogées caractérisés par l'ancienneté du séjour, le statut administratif, la langue parlée au quotidien et la vie en collectivité déterminent également le niveau d'acceptation des personnes atteintes, dans le sens d'une plus forte intégration dans la société française comme facteur favorable à une acceptation accrue des personnes séropositives. La durée et la sécurité du séjour, l'usage du français dans la vie quotidienne contribuent à une parti-

cipation sociale permettant d'avoir accès à l'information et aux campagnes institutionnelles, d'être partie prenante des débats publics, de partager les normes en faveur de plus de solidarité. À l'inverse, le fait que la vie en foyer soit associée à une moindre acceptation des personnes atteintes peut être interprété comme un effet d'isolement des personnes vivant en collectivité par rapport à l'information et la communication sur le VIH/sida, comme à d'autres formes de participation sociale.

Globalement, les attitudes discriminantes sont d'autant plus marquées que la situation implique un degré de proximité important avec la personne touchée. Ainsi, si 78,1 % des répondants accepteraient de travailler avec une personne séropositive, ils ne sont plus que 36,8 % à déclarer qu'ils laisseraient leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne atteinte. Toutefois, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne se positionnent, dans leur ensemble, majoritairement contre les mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives : elles sont 88,3 % à être contre l'idée d'interdire à un enfant atteint d'aller à l'école et 61,2 % à être en défaveur de l'isolement des malades à l'hôpital.

Des traitements méconnus

D'autres aspects qui concernent le VIH doivent faire l'objet d'une communication renforcée et, en particulier, ceux relatifs aux traitements. L'existence des traitements contre le VIH et de leurs bénéfices est un ressort important des campagnes d'incitation au dépistage. Or, au moment de l'enquête, seules 56,5 % des personnes interrogées ont déclaré avoir entendu « *parler des traitements contre le virus du sida* ». Pour celles-ci, les bénéfices offerts par les traitements ne sont pas toujours clairement identifiés. Ainsi, dans certains groupes de popula-

tion (personnes peu ou pas scolarisées), la proportion de répondants qui pensent que les traitements empêchent la transmission du VIH est proche de 50 %. Comparées à la population générale de métropole, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France ont une moindre connaissance tant des traitements que de leurs bénéfices. Leurs connaissances sont proches de celles observées parmi la population des Antilles et de la Guyane dont le faible niveau d'information sur ce sujet avait été souligné par les auteurs de cette enquête.

Le préservatif : le moyen de protection perçu comme le plus efficace

Connaissant dans leur quasi-totalité le risque de transmission du VIH lors de rapport sexuel, les personnes interrogées ont, pour 87,3 % d'entre elles, identifié le préservatif masculin comme le moyen de protection le plus efficace contre le virus du sida. De la même manière, les répondants connaissent globalement bien les stratégies qui ne sont pas efficaces pour se protéger du VIH comme se laver après l'acte sexuel, se retirer avant la fin du rapport, boire des tisanes ou encore avoir recours à un féticheur. En termes de stratégies de prévention, les populations originaires d'Afrique subsaharienne se distinguent cependant des deux autres populations enquêtées (en métropole et aux Antilles-Guyane) par une plus forte valorisation des stratégies qui favorisent le dialogue avec le partenaire et le recours au test de dépistage. Ainsi, entre deux tiers et trois quarts des répondants considèrent que *«poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée»*, *«demander un test de dépistage à son partenaire»* ou *«faire soi-même régulièrement un test»* sont des moyens efficaces de se protéger du VIH. Ces stratégies qui peuvent être considérées comme

complémentaires à l'utilisation du préservatif ne peuvent être efficaces que si elles sont intégrées dans une stratégie globale de prévention, incluant l'utilisation du préservatif. Ainsi, le test de dépistage peut être un élément central d'une stratégie de prévention lorsque, par exemple, il précède l'abandon du préservatif au sein d'un couple stable. À l'inverse, il ne peut être considéré comme un moyen efficace de se protéger du VIH lorsqu'il sert de réassurance dans le cadre de prises de risque répétées. On ne peut donc juger de cette stratégie qu'au regard de la valeur assignée au test et des motivations de l'individu à y recourir.

Une image encore négative du préservatif...

Si les personnes interrogées ont clairement identifié le préservatif comme le moyen le plus efficace de se protéger contre le VIH/sida, le niveau d'appréciation générale du préservatif, évalué à partir d'un score composé de huit opinions à leur sujet, est particulièrement mauvais. Même si les femmes, les jeunes, les plus diplômés et les utilisateurs de préservatifs dans l'année ont une meilleure image du produit, les réponses obtenues auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne rendent compte d'une image beaucoup moins bonne du préservatif qu'en population générale et, dans une moindre mesure, qu'aux Antilles et en Guyane. Parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne, le préservatif est encore couramment associé à la notion de multipartenariat. Pour environ 40 % des personnes interrogées, le préservatif *«incite à avoir plusieurs partenaires»* et *«crée des doutes sur le partenaire»*. Par ailleurs, le préservatif est moins souvent considéré *«comme quelque chose de banal»* par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne – elles sont environ 40 % dans ce cas – que par celles des Antilles-Guyane (environ 50 %) ou la popula-

tion générale (environ 70 %). Cette image négative du préservatif peut avoir des conséquences sur son utilisation. Il est possible que ces mauvaises opinions soient à l'origine de davantage de refus d'utilisation du préservatif parmi cette population. Près de quatre personnes sur dix (37,7 %) ont déclaré qu'elles avaient déjà été confrontées au refus de leur partenaire d'utiliser un préservatif et, pour une même proportion d'hommes et de femmes (22,3 %), cette situation s'était présentée plusieurs fois.

... mais une utilisation à la hausse

En termes de comportements sexuels, des résultats importants doivent également être soulignés dont, en premier lieu, la forte progression de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel. Les données de l'enquête attestent, en effet, d'une augmentation régulière et significative de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel au cours de ces dernières années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage global d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est ainsi passé de 11,1 % lorsque le premier rapport a eu lieu avant 1988 à 53,5 % lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2002 et 2005. Une telle évolution sur une période de temps aussi courte, associée au fait que les répondants qui ont été socialisés en France sont plus nombreux à avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel que ceux arrivés plus tardivement, atteste de l'efficacité des politiques de prévention menées en direction des populations originaires d'Afrique subsaharienne. Même si l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel reste à un niveau inférieur à ceux observés auprès de la population générale, d'une part, et de celle des Antilles/Guyane, d'autre part, force est de constater que le préservatif s'impose progressivement comme la norme préventive en début de vie sexuelle. Ce résultat

est d'autant plus important que les conditions d'entrée dans la sexualité influencent la construction des biographies sexuelle et préventive des individus. Ainsi, l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel détermine fortement son utilisation future. Par ailleurs, les données relatives aux antécédents de violences sexuelles ou d'IVG pour les femmes montrent que leur fréquence est moindre parmi les personnes qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Il y a donc bien un enjeu réel à favoriser l'instauration de conduites préventives au moment même de l'entrée dans la sexualité.

Fréquence du multipartenariat et prévention

Parmi les autres caractéristiques de l'activité sexuelle, on notera la fréquence du multipartenariat dans la population masculine. Au moment de l'enquête, 30,2 % des hommes ont déclaré avoir été en situation de multipartenariat au cours des douze derniers mois et dans la majorité des cas, ce multipartenariat engageait des relations simultanées. Alors qu'en population générale, le multipartenariat concerne principalement les jeunes adultes, il reste, pour les hommes de notre échantillon, à un niveau relativement élevé y compris aux âges avancés (40 ans et plus). Par ces caractéristiques, l'activité sexuelle des hommes d'Afrique subsaharienne se rapproche davantage de celle des hommes des départements français d'Amérique et moins de celle des hommes interrogés dans le cadre du KABP métropole.

Parce qu'elle est fortement corrélée à l'activité sexuelle des individus, l'utilisation du préservatif est plus importante parmi les multipartenaires. Ainsi, 85,8 % des hommes et 90,6 % des femmes multipartenaires ont utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois contre respectivement 40,8 % et 26,5 % des monopartenaires. Le fait que

les personnes les plus nombreuses à utiliser des préservatifs sont celles qui sont potentiellement les plus exposées au risque de contamination par le VIH montre, qu'en dépit de son image plutôt négative, le préservatif fait pleinement partie des stratégies de prévention mises en place par cette population. Cependant, les données relatives à la fréquence de l'utilisation des préservatifs montrent que la protection n'est pas systématique, notamment dans le cadre de relations simultanées. Même si le multipartenariat, sériel ou concomitant, n'est pas en soi un facteur de risque d'infection à VIH, sa fréquence et ses caractéristiques associées à des stratégies de prévention incomplètes peuvent avoir des conséquences importantes pour les individus. Si ces derniers se trouvent dans une configuration de multipartenariat où les relations sont stables et de longue durée, la probabilité de diffusion du VIH à l'intérieur du groupe n'est pas véritablement accrue avec le temps. Par contre, si les personnes sont dans une configuration où les relations sont instables, ouvertes vers l'extérieur et non systématiquement protégées, il y a alors un risque important de diffusion du VIH, pour la personne elle-même et pour l'ensemble de ses partenaires.

Un fort recours au dépistage

Un autre résultat important de cette enquête concerne la question du dépistage. En 2002, au moment où le plus grand nombre de cas de sida était retrouvé parmi les personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne, on constatait que la part des personnes qui ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic sida s'élevait à 70 %. Même si ce chiffre est depuis en diminution, les données disponibles attestent globalement d'un retard au dépistage parmi les populations d'Afrique subsaharienne. Ce retard qui a longtemps été interprété comme la conséquence d'un moindre recours au dépistage

de la part de cette population serait en fait davantage dû à l'ancienneté de l'infection au moment de l'immigration qu'à l'absence de dépistage en France. Au moment de l'enquête, 64,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà fait un test de dépistage au cours de la vie, pourcentage supérieur à celui de la population interrogée en métropole (53,9 %) et aux Antilles-Guyane (61,5 %). Par ailleurs, les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France ont une bonne connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sans qu'elles ne les utilisent plus que la population générale (6 à 7 % des derniers tests). En revanche, l'hôpital joue un rôle central dans l'accès au dépistage de cette population puisque 30,4 % des derniers tests avaient eu lieu en milieu hospitalier. Enfin, dans environ 60 % des cas, le dernier test avait été réalisé soit à l'initiative du médecin à l'occasion d'un bilan de santé ou à cause de symptômes soit dans le cadre d'un protocole de dépistage (examen prénatal, certificat prénuptial, don de sang), rappelant la place centrale des professionnels de santé sur cette question.

Au-delà de ces grandes lignes, les données de l'enquête permettent de montrer qu'il existe de fortes inégalités au sein des populations originaires d'Afrique subsaharienne face au VIH/sida. Les analyses ont permis de caractériser certains groupes de population qui se distinguent défavorablement aussi bien au niveau des connaissances, des attitudes que des comportements face au VIH.

QUELLES SONT LES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES FACE AU VIH/SIDA ?

Trois populations ont été identifiées : les personnes pas ou peu scolarisées, les femmes et les personnes en situation de précarité sociale et administrative.

Les personnes pas ou peu scolarisées¹ : une cible prioritaire pour la prévention

Dans l'ensemble des analyses, le niveau d'études apparaît comme l'une des variables les plus discriminantes. Quel que soit le thème abordé, les écarts obtenus entre, d'une part, les personnes qui ont fait des études supérieures et, d'autre part, celles qui ont un niveau d'études primaire ou qui n'ont jamais été scolarisées sont très importants, davantage marqués que ceux observés dans les enquêtes KABP métropole et KABP Antilles-Guyane. Quelques exemples permettent d'illustrer ces différences.

En termes de connaissances, les personnes faiblement éduquées enregistrent un score de connaissance des modes de transmission du VIH significativement plus bas que les personnes ayant suivi des études supérieures : 6,8 vs 8,4 ($p < 0,001$). Les différences sont particulièrement marquées pour certaines fausses croyances. Ainsi par exemple, près des deux tiers des répondants originaires d'Afrique subsaharienne qui ont peu ou pas fréquenté l'école pensent que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique contre moins d'un tiers des répondants d'un niveau supérieur. À cette moindre connaissance des modes de transmission est associée une connaissance plus faible des moyens de prévention du VIH et de l'existence des traitements. Si les répondants ayant un faible niveau d'études sont proportionnellement aussi nombreux que ceux ayant fait des études supérieures à croire en l'efficacité du préservatif, ils sont plus nombreux à considérer comme efficaces des stratégies qui ne le sont pas (se laver après l'acte sexuel, boire des tisanes, avoir recours à un féticheur, etc.). Les personnes peu ou pas scolarisées sont également plus nombreuses à ignorer l'existence des traitements : 74 % des personnes d'un niveau d'études primaire ou n'ayant pas été scola-

risées ont déclaré ne pas connaître les traitements contre 31,6 % de celles ayant un niveau supérieur. Par ailleurs, lorsque les personnes peu ou pas scolarisées les connaissent, elles sont moins nombreuses à savoir quels sont les effets de ces traitements en termes de bénéfices pour la santé ou de transmission du VIH.

Le moins bon niveau général de connaissances sur le VIH/sida favorisent les attitudes de rejet des personnes séropositives. Le score d'acceptation des personnes séropositives s'accroît avec le niveau d'études, passant de 5,8 parmi les répondants d'un niveau d'études primaire ou qui n'ont jamais été scolarisés à 7,5 parmi ceux qui ont fait des études supérieures ($p < 0,001$). Par ailleurs, les hommes et les femmes qui ont été peu ou pas scolarisés sont beaucoup plus enclins à situer le sida dans le registre du spirituel et du religieux. Ainsi, l'opinion selon laquelle « *le sida est un châtement de Dieu, une malédiction, un mauvais sort* » est partagée par 50,6 % des personnes d'un niveau d'études primaire ou qui n'ont pas été scolarisées contre 27,8 % pour celles d'un niveau supérieur.

Les données relatives aux conduites préventives expriment également une moindre adaptation au risque VIH des personnes peu ou pas scolarisées. Tout d'abord, les préservatifs souffrent d'une image encore plus négative que dans le reste de la population. Ensuite, leur utilisation est moindre, y compris au premier rapport sexuel. La fréquence de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel a faiblement progressé au cours du temps parmi les personnes peu ou pas scolarisées alors qu'elle a été multipliée par quatre parmi celles déclarant un niveau d'étude supérieur.

1. Cette catégorie correspond aux personnes qui n'ont jamais été scolarisées ou qui ont un niveau d'études équivalent au primaire. Ces dernières sont opposées aux répondants qui ont un niveau d'études supérieures équivalant à au moins une année après le baccalauréat.

Les constats sont les mêmes lorsqu'on s'intéresse à une période plus récente. Chez les seuls multipartenaires, 89,9 % de ceux qui ont un niveau d'études supérieur ont déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif au cours de l'année alors que ce même pourcentage n'est que de 55,6 % pour les multipartenaires de niveau d'études primaire ou n'ayant pas été scolarisés.

Il existe donc des disparités importantes en termes de connaissances, d'attitudes et de comportements face au VIH/sida selon le niveau d'études au sein des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France. Très clairement, les personnes peu ou pas scolarisées présentent une plus grande vulnérabilité face au VIH/sida ce qui suppose que des actions spécifiques soient menées en direction de ce groupe de population. Par ailleurs, le constat de la plus forte vulnérabilité des personnes peu ou pas scolarisées dont il faut rappeler qu'elles sont sous-représentées dans notre échantillon indique que les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France se trouvent, dans leur ensemble, dans une situation vis-à-vis du VIH/sida sensiblement moins favorable que celle décrite dans cet ouvrage.

Les femmes : une maîtrise plus difficile de la prévention

Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France se trouvent dans une situation globalement moins favorable que celle des hommes face au VIH/sida. Leur plus forte vulnérabilité s'explique essentiellement par le fait qu'elles ont une moins grande maîtrise de la prévention même si, par ailleurs, elles ont une perception élevée du risque VIH.

Ces difficultés face à la prévention se retrouvent à tous les âges, même si des évolutions positives sont à noter. Ainsi, par exemple, contrairement à ce qui a été

observé aux Antilles et en Guyane, l'augmentation de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel a été aussi importante pour les hommes que pour les femmes. Cependant, les femmes restent davantage exposées à des situations qui remettent en question cette évolution en partie parce que les circonstances du premier rapport sexuel restent différentes pour les deux sexes. Rappelons que près d'un tiers (32,5 %) des femmes et qu'un quart (25,0 %) des jeunes filles âgées de 18 à 24 ans interrogées ont indiqué qu'elles avaient eu leur premier rapport sexuel alors qu'elles ne le souhaitent pas vraiment ou qu'elles avaient été forcées à avoir ce rapport contre leur volonté. Or, comme l'indique le modèle visant à identifier les facteurs associés à l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel, la probabilité d'utiliser un préservatif est 3,3 fois moins importante lorsque le premier rapport s'est déroulé sans le plein consentement de la personne. Plus globalement, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne ont plus souvent déclaré que celles de métropole ou des Antilles-Guyane avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie, ces violences se traduisant, par ailleurs, pour les victimes par un recours plus important à une interruption volontaire de grossesse.

Au cours de la période plus récente – les douze mois qui ont précédé l'enquête –, les femmes ont moins souvent déclaré avoir utilisé un préservatif que les hommes (34,3 % vs 56,2 %), cette différence s'expliquant essentiellement par le fait qu'elles ont été moins nombreuses à déclarer plusieurs partenaires au cours de l'année. Même si la quasi-totalité des femmes multipartenaires ont déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif au cours de l'année, ces dernières se trouvent dans une situation moins favorable que les hommes. Ainsi, par exemple, près de sept femmes multipartenaires sur dix (69,4 %) ont été confrontées à un refus d'utilisation du préservatif contre un

homme multipartenaire sur deux (50,5 %). Conséquence probable de ces refus, les femmes engagées dans un multipartenariat simultané sont moins nombreuses à protéger systématiquement l'ensemble de leurs relations que les hommes qui se trouvent dans la même situation.

Bien que le multipartenariat déclaré par les femmes originaires d'Afrique subsaharienne ne soit pas plus important que celui déclaré par les femmes interrogées dans le cadre du KABP métropole, les femmes africaines se trouvent plus souvent dans des situations à risque face au VIH/sida. Le multipartenariat plus souvent simultané de leur conjoint les expose possiblement et de façon indirecte à un risque de contamination. Au moment de l'enquête, 22,8 % des hommes mariés et 34,6 % des hommes non mariés mais vivant en couple ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année. Par ces caractéristiques, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne se retrouvent dans une situation très semblable à celle qui a été décrite pour les femmes des Antilles et de la Guyane.

Certains indicateurs suggèrent que les femmes ont conscience des risques que peuvent leur faire courir leurs partenaires. Ainsi, par exemple, si les femmes originaires d'Afrique subsaharienne considèrent, dans une même proportion que les hommes, le préservatif comme étant un moyen efficace de se protéger contre le VIH/sida, elles sont moins nombreuses à penser que la fidélité à un seul partenaire protège efficacement du VIH. Par ailleurs, le résultat qui montre que ce sont les femmes qui ont le plus recours au dépistage qui utilisent le moins souvent le préservatif peut traduire une certaine incapacité à imposer des rapports sexuels protégés au sein du couple. La réalisation de test de dépistage à intervalle régulier peut alors servir de contrôle par rapport à un risque perçu.

Pour de nombreuses raisons, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne n'ont

pas encore la pleine maîtrise de la prévention. Potentiellement plus fortement exposées au VIH, elles ont également, en raison de facteurs biologiques, plus de risques d'être infectées par le virus. Actuellement, parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les femmes représentent plus de 60 % des nouvelles découvertes de séropositivité.

Les personnes en situation de précarité sociale et administrative : un accès incertain à la prévention

Les personnes qui se trouvaient au moment de l'enquête dans une situation de précarité sociale et administrative présentaient des difficultés plus importantes que le reste de la population pour accéder à la prévention et notamment au dépistage. Au moment de l'enquête, près des deux tiers des répondants (64,9 %) ont déclaré avoir déjà réalisé un test de dépistage du VIH au cours de la vie. Cependant, ce recours est moins important parmi les personnes qui se trouvent dans les situations administratives les plus précaires. Dans le modèle visant à identifier les facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie, les personnes sans titre de séjour ou détentrices d'une carte de séjour temporaire avaient une probabilité environ deux fois moindre d'avoir déjà été testées que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne de nationalité française. Ce moindre recours au dépistage pourrait en partie s'expliquer par le fait que les populations en situation de précarité sociale et administrative ont une moindre connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) alors même que ces structures offrent un dépistage sans exigence quant au statut d'assuré social ou au statut légal. Au moment de l'enquête, moins de la moitié (49,2 %) des personnes sans couverture sociale connaissaient les

CDAG contre les deux tiers (66,1 %) des bénéficiaires de la sécurité sociale et plus des trois quarts (78,5 %) des personnes bénéficiant d'une mutuelle en plus de la sécurité sociale. Ces résultats rappellent que, pour être efficace, la prévention doit aussi pouvoir s'appuyer sur une politique cohérente d'accès aux droits sociaux.

Au terme de cette enquête, il apparaît donc que les personnes peu ou pas scolarisées, les femmes et les personnes en situation de précarité sociale et administrative sont les plus en difficulté face au VIH/sida. Elles devraient constituer les cibles prioritaires des actions de prévention.

QUELLE TRADUCTION EN TERMES D'ACTIONS ? ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

En 2004, le ministère de la Santé a lancé un programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants (2004-2006)² dont la stratégie s'attachait à agir en direction de ces populations à la fois en tant que composante de la société française et en tant que groupe spécifique. Les principaux objectifs du programme étaient : a) améliorer l'accès au dépistage ; b) améliorer la prévention ; c) améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge sociale, de manière à permettre une prise en charge médicale appropriée.

À partir de ce cadre, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a développé un programme d'actions contribuant plus spécifiquement à atteindre les objectifs 1 et 2 du programme national en direction des étrangers/migrants. Les grandes orientations du programme visaient à :

- renforcer le niveau de connaissance sur le VIH/sida (modes de transmission, modes de protection, traitements, etc.) ;
- renforcer les comportements préventifs, autour de trois axes : la clarification de la

notion de prise de risque, la promotion de l'utilisation du préservatif et l'incitation au dépistage ;

- promouvoir les comportements solidaires vis-à-vis des personnes séropositives ;
- sensibiliser les professionnels de la santé et du social aux spécificités de la prise en charge de ces populations.

La mise en œuvre du programme s'est articulée autour de plusieurs types d'actions que sont :

1. l'élaboration de campagnes télévisées de prévention du VIH offrant une visibilité aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne ;

La première campagne télévisée de prévention du VIH offrant une visibilité aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne date en réalité de 2002. Intitulée « Sida. Le test, c'est important de savoir », cette campagne visait à inscrire le dépistage dans une démarche préventive. En 2004, l'axe retenu visait à rappeler la permanence du risque : « Parce que le virus du sida et les IST circulent, restez fidèle au préservatif ». En 2005, deux campagnes ont été réalisées. La première insistait sur l'accessibilité au test pour tous : « Le test de dépistage est anonyme, confidentiel et gratuit » ; alors que la seconde rappelait que la mobilisation était toujours d'actualité et la prévention l'affaire de tous : « Contre le sida, on a tous notre mot à dire ». Enfin, en 2006, la lutte contre les discriminations a été au cœur du dispositif de communication avec une signature commune aux différentes actions : « Ensemble, luttons contre la discrimination des personnes séropositives ».

2. le développement d'actions de communication sur les médias communautaires ;

Un dispositif d'actions spécifiques a été mis en place sur les médias communautaires les plus consommés par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne : télévision, radios, presse... L'essentiel des actions a visé soit à renforcer le niveau de connaissance sur la maladie en

2. Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006. Ministère de la santé et de la protection sociale.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/progvihmigtotal.pdf>.

privilégiant l'approche pédagogique (question/réponse, feuillets radio...) soit à renforcer les comportements préventifs en jouant sur la répétition des messages (publicité radio, campagne presse...). La place importante donnée au dispositif audiovisuel permet de s'adresser en priorité aux personnes ayant un faible niveau d'instruction ou des difficultés d'accès à la lecture.

3. le développement et la mise à disposition de brochures, outils et supports « spécifiques étrangers/migrants »³;

Trois types de réalisations peuvent être distingués : (i) celles s'adressant directement aux populations étrangères/migrantes (brochure d'information bilingue « Vaincre le sida », roman photo « la menace », modes d'emploi des préservatifs disponibles en plusieurs langues, etc.) ; (ii) celles à destination des acteurs de terrain, en vue de soutenir les actions d'éducation pour la santé qu'ils mènent auprès de ces populations (courts-métrages « Moussa le Taximan », groupes de paroles africains, etc.) ; (iii) celles à destination des professionnels de la santé et du social (collection « Repères pour votre pratique », « le guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire »).

4. l'accès au matériel de prévention par la mise à disposition gratuite de préservatifs masculins, féminins et gels ;

En 2006, l'INPES a mis à disposition des associations de lutte contre le VIH/sida 5,5 millions de préservatifs masculins et 697 000 préservatifs féminins.

5. le financement d'actions portées par des associations sur les thèmes prioritaires du programme.

Entre 2004 et 2006, l'INPES a soutenu 25 projets en direction des populations originaires d'Afrique subsaharienne pour un montant de 829 000 euros.

Au regard, d'une part, des résultats de l'enquête et, d'autre part, des actions réalisées au cours de la période 2004-2006, plusieurs recommandations peuvent être formulées.

■ Si les actions engagées ont contribué à améliorer le niveau de connaissance générale des populations originaires d'Afrique subsaharienne sur le VIH/sida, il est nécessaire de renforcer l'information sur les circons-

tances qui ne transmettent pas le virus du sida. Une maîtrise plus complète des modes de transmission du VIH et en particulier des croyances erronées sur la transmission par simple contact contribuera, par ailleurs, à faire reculer les attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes atteintes.

■ Globalement, l'information sur les traitements a été peu entendue. Un dispositif complet d'information sur ce sujet devrait être développé pour rappeler : a) l'existence des antirétroviraux ; b) leur disponibilité en France et leur accessibilité indépendamment de son statut légal ou social ; c) les bénéfices des traitements.

■ L'information sur l'existence des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) doit être renforcée, notamment auprès des personnes en situation administrative et sociale précaire car, si l'ensemble des données disponibles indique aujourd'hui que le recours au test de dépistage est important parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne, des inégalités d'accès au dépistage et donc d'accès au système de santé persistent.

■ En termes de prévention, il est important de rappeler que le préservatif est le moyen le plus efficace pour se protéger du VIH/sida et que les stratégies de prévention valorisées par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (recours au test de dépistage et dialogue avec le partenaire) ne peuvent s'inscrire que dans une stratégie globale de prévention, incluant l'utilisation du préservatif.

■ Les actions visant à opérer un changement de regard sur le préservatif ont également besoin d'être renforcées. Elles doivent aider à dédramatiser l'acte d'achat, à banaliser son usage, à en faire un objet que chacun peut s'approprier. La progression de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est

3. Disponibles sur le site de l'INPES (www.inpes.sante.fr, rubrique « le catalogue »).

un phénomène important qu'il faut soutenir et accompagner.

■ Les relations inégalitaires entre hommes et femmes pèsent sur les aptitudes de ces dernières à adopter des pratiques préventives. Les messages adressés aux hommes et aux femmes doivent davantage prendre en compte les rapports sociaux de sexe et participer à faire évoluer les représentations relatives à la sexualité.

Ces nouvelles orientations devront être développées au regard des inégalités d'accès à la connaissance et à la prévention mises à jour dans cette enquête. C'est pourquoi, aux actions engagées ces dernières années, doit venir se juxtaposer un programme d'actions qui offrent aux populations les plus vulnérables la possibilité de voir leur situation s'améliorer de manière plus rapide et plus significative que le reste de la population. Cela implique non seulement de penser des

actions qui rendent l'information plus accessible aux personnes vulnérables mais aussi de trouver les canaux qui permettent de les atteindre. À terme, cette stratégie permettra de réduire les inégalités au sein de la population originaire d'Afrique subsaharienne mais aussi entre cette dernière et la population générale de métropole d'une part, et des Antilles et de la Guyane, d'autre part.

Les actions tant institutionnelles qu'associatives engagées ces dernières années semblent avoir répondu, au moins en partie, aux besoins des populations originaires d'Afrique subsaharienne face au VIH/sida. Les données les plus récentes montrent des évolutions encourageantes qu'il s'agit aujourd'hui de soutenir et de consolider en offrant à ces populations non seulement une politique de prévention efficace, mais aussi une politique d'accès aux soins et d'accès aux droits cohérente et équitable.





ANNEXES

Questionnaire de l'enquête

Le questionnaire est présenté dans son intégralité.

◆ *Condition de la question*

QNN. Question

★ Directives de l'enquêteur.

◆ *Remarque.*

1 Choix 1

2 Choix 2

...

n Choix *n*

■ Thème 1

■ Thème 2

■ ...

Jour et mois d'interview**Heure de début****Nom d'enquêteur****Nom de la commune****Nom exact du site**

Bonjour, je suis X de l'institut d'études BVA. Je réalise actuellement une étude dans un but scientifique pour le compte de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et du ministère de la Santé. Les résultats de cette enquête sont strictement anonymes. BVA et l'INPES vous garantissent le strict respect de la confidentialité des réponses que vous fournirez.

Les questions que je souhaite vous poser portent exclusivement sur les personnes âgées de 18 à 49 ans nées dans un pays africain et habitant l'Ile-de-France.

Q0. Est-ce votre cas ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si non, stop interview.

Q0b. Dans quel pays êtes-vous né ?

- 1 Afrique du Sud
- 2 Angola
- 3 Bénin
- 4 Botswana
- 5 Burkina Faso
- 6 Burundi
- 7 Cameroun
- 8 Cap Vert
- 9 Comores (Les)
- 10 Congo
- 11 Côte-d'Ivoire
- 12 Djibouti
- 13 Erythrée
- 14 Éthiopie
- 15 Gabon
- 16 Gambie
- 17 Ghana
- 18 Guinée
- 19 Guinée-Bissau
- 20 Guinée Équatoriale
- 21 Kenya
- 22 Lesotho
- 23 Libéria
- 24 Madagascar
- 25 Malawi
- 26 Mali
- 27 Mauritanie
- 28 Mozambique
- 29 Namibie

- 30 Niger
- 31 Nigeria
- 32 Ouganda
- 33 République centrafricaine
- 34 République démocratique du Congo
- 35 Rwanda
- 36 Sao Tomé et Príncipe
- 37 Sénégal
- 38 Sierra Leone
- 39 Somalie
- 40 Soudan
- 41 Swaziland
- 42 Tanzanie
- 43 Tchad
- 44 Togo
- 45 Zambie
- 46 Zimbabwe

01. Quel âge avez-vous ?

★ Enquêteur : si la personne hésite, poser la question suivante : « En quelle année êtes-vous né ? ». Notez l'âge en clair.

/ _ / _ ans ou 19 / _ / _

★ Enquêteur : moins de 18 ans, stop interview. 50 ans et plus, stop interview.

Q1b. Habitez-vous dans la région Ile-de-France ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si non à Q1b, stop interview.

Début du questionnaire

Pour commencer, je vais vous poser des questions générales.

Q2. L'interviewé est :

- 1 un homme
- 2 une femme

Q3. Quelle est votre nationalité ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Si la personne a la double nationalité, noter les 2.

- 1 (Malien)
- 2 (Ivoirien)
- 3 (Camerounais)
- 4 (Congolais (RDC))
- 5 (Congolais)
- 6 (Sénégalais)
- 7 (Français par acquisition)
- 8 (Autre nationalité (précisez))
- 9 (Ne sait pas/non-réponse)

Q4. En quelle année êtes-vous arrivé en France ?

★ Enquêteur : si année est 2004 ou postérieure, préciser en plus le mois d'arrivée. Si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 9998 dans l'année uniquement.

Année : / / Mois : / /

Q5. Dans quel pays habitiez-vous avant de venir en France ?

★ Enquêteur : préciser qu'il s'agit d'une résidence d'au moins six mois dans le pays.

Q6. Pour quelle principale raison êtes-vous venu en France ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Rejoindre un conjoint ou un membre de votre famille
- 2 Faire des études
- 3 Chercher un travail
- 4 Pour des raisons politiques
- 5 Pour raisons médicales
- 6 Pour une autre raison (préciser)
- 7 (Ne sait pas/non-réponse)

Q7. Quel est votre niveau d'études ?

★ Enquêteur : si la personne hésite, poser la question suivante : « Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée ? » et cocher.

- 1 Primaire (CP à CM2)
- 2 Secondaire I (6e à 3e)
- 3 Secondaire II (2e à terminale)
- 4 Études supérieures au bac
- 5 N'est jamais allé à l'école
- 6 Autres
- 7 (Ne sait pas/non-réponse)

Q8. Actuellement, est-ce que vous travaillez ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, vous exercez une activité déclarée ou non déclarée
- 2 Non, vous êtes au chômage
- 3 Non, vous poursuivez vos études
- 4 Non, vous êtes au foyer
- 5 Non, vous êtes à la retraite
- 6 Non, vous êtes en congé de longue durée ou en congé maternité
- 7 Autres (préciser)
- 8 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si oui à Q8.

Q9. Quelle est votre profession actuellement ?

★ Enquêteur : ne poser qu'aux personnes qui travaillent actuellement, noter en clair.

Q10. Actuellement, d'un point de vue légal, êtes-vous...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Marié(e)
- 2 Pacsé(e)
- 3 Célibataire
- 4 Divorcé(e) ou en instance de divorce ou séparé(e)
- 5 Veuf(ve)
- 6 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si homme et marié.

Q10b. Avez-vous plus d'une épouse ?

- 1 Oui, elles habitent toutes en France
- 2 Oui, certaines habitent en France et d'autres habitent dans un autre pays
- 3 Non
- 4 (Non-réponse)

◆ Si femme et mariée.

Q10c. Votre mari a-t-il d'autres épouses que vous ?

- 1 Oui, elles habitent toutes en France
- 2 Oui, certaines habitent en France et d'autres habitent dans un autre pays
- 3 Non
- 4 (Non-réponse)

Q11. Quelle est la langue que vous parlez le plus souvent en famille ?

★ Enquêteur : noter en clair. Une seule réponse.

Q12. Quelle est votre religion ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Une seule réponse.

- 1 (Catholique)
- 2 (Protestant)
- 3 (Musulman)
- 4 (Autre religion (préciser))
- 5 (Pas de religion)
- 6 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si déclare une religion à Q12.

Q13. Par rapport à la religion, diriez-vous que...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous ne pratiquez pas
- 2 Vous pratiquez de temps en temps
- 3 Vous pratiquez uniquement au moment d'événements importants (mariage, baptême, enterrement, etc.)
- 4 Vous pratiquez régulièrement
- 5 (Ne sait pas/non-réponse)

Q14. Actuellement, où logez-vous ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous êtes locataire d'un appartement ou d'une maison
- 2 Vous logez dans un foyer ou dans un centre d'hébergement

- 3 Vous logez dans un hôtel
- 4 Vous vivez chez un ou des amis
- 5 Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille
- 6 Vous êtes propriétaire de votre logement
- 7 Autre situation (préciser)
- 8 (Ne sait pas/non-réponse)

Q15. Avec combien de personnes habitez-vous ? (en dehors de vous)

★ Enquêteur : quel que soit le lieu où l'interviewé vit, on veut connaître le nombre d'amis ou de membres de la famille avec lesquels il vit. Si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98.

//

personnes en dehors du répondant

◆ Si au moins 1 personne à Q15.

Q16. Qui sont ces personnes et combien sont-elles ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98. Le total des personnes doit être égal au nombre noté en Q15.

//

Conjoints (mari, femme, compagnon, compagne)

//

Enfants (les vôtres)

//

Membres de votre famille (parents, sœurs, frères, oncles, neveux, nièces...)

//

Autres personnes

//

Total

Je vais maintenant vous poser des questions qui portent sur la santé.

Q17. Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez pour vous-même : pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?

★ Enquêteur : rotation aléatoire.
Une réponse par ligne.

- 1 La tuberculose
- 2 L'hypertension
- 3 Le diabète
- 4 Le VIH/sida
- 5 Le risque d'être stérile (c'est-à-dire ne pas pouvoir avoir d'enfants)
- 6 Le paludisme (aussi appelé « malaria »)
- 7 (Ne sait pas/non-réponse)

Q18. Diriez-vous que le sida peut s'attraper...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.
Le paludisme est aussi appelé malaria.

- 1 Plus facilement que le paludisme
- 2 Aussi facilement que le paludisme
- 3 Moins facilement que le paludisme
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)

Q19. Pouvez-vous indiquer si, oui ou non, le virus du sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes ?

★ Enquêteur : rotation aléatoire.
Une réponse par ligne.

- 1 Lors de rapports sexuels, sans préservatif
- 2 Lors de rapports sexuels, avec préservatif
- 3 Dans les toilettes
- 4 Chez le coiffeur
- 5 En buvant dans le verre ou en mangeant dans l'assiette d'une personne contaminée
- 6 En embrassant une personne contaminée
- 7 Par une piqûre de moustique
- 8 En recevant du sang
- 9 Lors d'une piqûre avec une seringue déjà utilisée
- 10 En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée
- 11 En serrant la main d'une personne contaminée
- 12 De la mère à son enfant au moment de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement

Q20. 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 ou pas du tout efficace ?

★ Enquêteur : rotation aléatoire.
Une réponse par ligne.

- 1 Se laver après l'acte sexuel
- 2 Être fidèle à un seul partenaire
- 3 Avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents
- 4 Utiliser un préservatif
- 5 Poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée
- 6 Demander un test de dépistage à son/ses partenaires
- 7 Faire régulièrement un test du virus du sida
- 8 Avoir recours à un féticheur/tradipraticien
- 9 Se retirer avant la fin du rapport sexuel (c'est-à-dire pratiquer le coït interrompu)
- 10 Boire des tisanes ou des thés
- 11 Prier/s'en remettre à Dieu

Q21. Selon vous, peut-on reconnaître, par des signes extérieurs, si une personne est porteuse du virus du sida ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q22. Selon vous, combien de temps faut-il pour qu'une personne séropositive tombe malade ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Plusieurs semaines
- 2 Plusieurs mois

- 3 Plusieurs années
 4 Immédiatement : si elle est séropositive, c'est qu'elle est malade
 5 Autre
 6 ((Ne sait pas) ce qu'est « une personne séropositive »)
 7 (Non-réponse)
-
- Q23. Actuellement en France, pour effectuer un test de dépistage du virus du sida, fait-on...**
 ★ Enquêteur : rotation aléatoire.
 Une réponse par ligne.
- 1 Une radiographie
 2 Une analyse de sang
 3 Une analyse d'urine
-
- Q24. Avez-vous entendu parler des traitements contre le virus du sida, que l'on appelle trithérapies, multithérapies ou encore traitements antirétroviraux ?**
- 1 Oui
 2 Non
 3 (Ne sait pas/non-réponse)
- ◆ Si oui à Q24.
-
- Q25. À propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les phrases suivantes ?**
 ★ Enquêteur : rotation aléatoire.
 Une réponse par ligne.
- 1 Grâce à ces traitements, les séropositifs ne transmettent plus le virus du sida
 2 Grâce à ces traitements, les malades du sida vivent plus longtemps
 3 Grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida
-
- Q26. Avez-vous entendu parler d'un traitement qui permet de réduire le risque de transmission du virus du sida de la mère à l'enfant ?**
- 1 Oui
 2 Non
 3 (Ne sait pas/non-réponse)
-
- Q27. Si vous saviez que quelqu'un est contaminé par le virus du sida, accepteriez-vous...**
- 1 De travailler en sa compagnie
 2 D'aller manger chez lui/elle
 3 D'habiter sous le même toit que lui/elle
 4 De laisser vos enfants ou petits-enfants en sa compagnie
-
- Q28. Je vais vous demander votre avis sur un certain nombre de thèmes de débat qui concernent la société française. Pour chacun**

d'entre eux, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

★ Enquêteur : rotation aléatoire.

Une réponse par ligne.

- 1 Il faut interdire à un enfant atteint du sida d'aller à l'école
 2 Dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients
 3 Le sida est un châtement de Dieu, une malédiction, un mauvais sort
-
- Q29. Si une personne est contaminée par le virus du sida, est-il, oui ou non, selon vous, normal que le médecin informe également...**
- 1 Le conjoint/partenaire régulier de cette personne
 2 Les autres partenaires sexuels de cette personne
 3 La famille de cette personne
 4 L'employeur de cette personne
 5 Les autres professionnels de santé que cette personne consulte
-
- Q30. Voici quelques opinions sur les préservatifs. Pour chacune d'elles, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?**
 ★ Enquêteur : rotation aléatoire.
 Une réponse par ligne.
- 1 Quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatifs
 2 Le préservatif, c'est compliqué à utiliser
 3 Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel
 4 Le préservatif, ça crée des doutes sur le partenaire ou sur soi
 5 Utiliser un préservatif, c'est quelque chose de banal
 6 Le préservatif, ça incite à avoir plusieurs partenaires
 7 Les préservatifs, j'ai honte d'en acheter
 8 Quand on est marié, on n'a pas besoin de préservatifs
-
- Q31. Avez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin ?**
 ★ Enquêteur : si la personne demande une précision, citer « c'est-à-dire le Fémidon ou Présinette ».
- 1 Oui
 2 Non
 3 (Ne sait pas/non-réponse)
- ◆ Si oui à Q31.
-
- Q32. En avez-vous, vous-même ou votre partenaire, déjà utilisé ?**
- 1 Oui

- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q33. 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 ?

- 1 Plus de risque
- 2 Le même risque
- 3 Moins de risque
- 4 Aucun risque
- 5 (Ne sait pas/non-réponse)

Q34. Vous-même, avez-vous déjà craint d'avoir été contaminé par le virus du sida ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q35. Vous, personnellement, que faites-vous pour vous protéger du VIH/sida ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Bien relancer.

- 1 (N'a pas de rapport sexuel)
- 2 (Est fidèle à son/sa partenaire)
- 3 (Utilise toujours des préservatifs)
- 4 (Fait des tests de dépistage régulièrement)
- 5 (Demande à son/sa partenaire s'il/elle a fait un test de dépistage)
- 6 (N'a des rapports sexuels qu'avec des personnes de sa communauté)
- 7 (Pose des questions à son/sa partenaire sur sa vie sexuelle passée)
- 8 (S'en remet à Dieu)
- 9 (A recours aux féticheurs ou aux tradipraticiens)
- 10 Autre (préciser)
- 11 (Ne fait rien)
- 12 (Ne sait pas/non-réponse)

Nous allons maintenant changer de sujet pour parler de votre vie affective et sexuelle. Je vous rappelle que ce questionnaire demeure strictement anonyme, que vos réponses sont très utiles aux chercheurs et que nous sommes amenés à vous poser certaines questions qui ne vous concernent pas forcément.

Q36. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne veut pas dire)

◆ Si non ou (ne veut pas dire) passer à la partie 7.

Partie 1 Aux personnes ayant déjà eu des rapports sexuels

◆ Si oui à Q36.

Q37. Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un rapport sexuel ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou non-réponse, coder 98.

/ _ / ans

Q38. Quel âge avait votre partenaire au moment de ce premier rapport sexuel ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou non-réponse, coder 98.

/ _ / ans

Q38a. Ce premier partenaire était...

- 1 un homme
- 2 une femme
- 3 (non-réponse)

Q39. Ce premier rapport sexuel était quelque chose...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 que vous souhaitiez à ce moment-là
- 2 que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment
- 3 que vous avez été forcé de faire contre votre volonté
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)

Q40. Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que vous ou votre partenaire avez employé une méthode pour éviter une grossesse ou les maladies/infections sexuellement transmissibles ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si oui à Q40.

Q41. Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Bien relancer.

- 1 (Pilule)
- 2 (Préservatif masculin)
- 3 (Préservatif féminin)
- 4 (Diaphragme/éponge)
- 5 (Douche vaginale)
- 6 (Crèmes spermicides/ovules)
- 7 (Retrait avant l'éjaculation (coït interrompu))
- 8 Autre (préciser)
- 9 (Ne sait pas/non-réponse)

Q42. Avez-vous actuellement un ou plusieurs partenaires stables ou réguliers ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (non-réponse)

◆ Si non ou (non-réponse) passer à la partie 4.

Partie 2

Aux personnes ayant un partenaire stable actuellement

◆ Si oui à Q42.

Q43. Combien de partenaires stables avez-vous actuellement ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98. Si oui à Q10b, alors nombre de partenaires stables supérieur à 1.

/ _ / _ / partenaires stables

★ Enquêteur : si Q43 = 2 partenaires stables ou plus, lire la phrase suivante, sinon passer directement à Q44.

« Nous allons maintenant parler du partenaire stable avec lequel vous avez eu votre dernier rapport sexuel. ».

Q44. Depuis combien de temps dure cette relation avec cette personne ?

★ Enquêteur : si dure depuis moins d'un an, coder le nombre de mois uniquement. Si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98 dans l'année uniquement.

/ _ / _ / ans OU si la relation dure depuis moins d'1 an : / _ / mois

Q45. Quel âge a cette personne ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98.

/ _ / _ / ans

Q45a. Ce partenaire est...

- 1 Un homme
- 2 Une femme
- 3 (Non-réponse)

Q46. Quelle est sa nationalité ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Malien)
- 2 (Ivoirien)
- 3 (Camerounais)
- 4 (Congolais (RDC))

- 5 (Congolais)
- 6 (Sénégalais)
- 7 (Français par acquisition)
- 8 (Français de naissance)
- 9 (Autre nationalité (précisez))
- 10 (Ne sait pas/non-réponse)

Q47. Partagez-vous le même domicile ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q48. Cette personne exerce-t-elle une activité ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, à temps complet
- 2 Oui, à temps partiel
- 3 Non, est chômeur
- 4 Non, est retraité
- 5 Non, est à la recherche d'un premier emploi
- 6 Non, est au foyer ou sans profession
- 7 Non, est étudiant ou lycéen
- 8 Non, autre
- 9 (Ne sait pas/non-réponse)

Q49. Vous est-il, oui ou non, déjà arrivé de parler avec ce/cette partenaire...

★ Enquêteur : rotation aléatoire. Une réponse par ligne.

- 1 de contraception
- 2 de sida ou maladies sexuellement transmissibles
- 3 d'utiliser des préservatifs
- 4 de faire un test de dépistage du VIH/sida
- 5 de la fidélité dans le couple

Q50. Vous ou votre partenaire utilisez-vous en ce moment une méthode pour ne pas avoir d'enfant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Non concerné : femme enceinte, ménopausée...)
- 4 (Ne sait pas)
- 5 (Non-réponse)

◆ Si oui à Q50.

Q51. Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 (Pilule)
- 2 (Stérilet)
- 3 (Préservatif masculin)
- 4 (Diaphragme/éponge)
- 5 (Crèmes spermicides/ovules)
- 6 (Préservatif féminin)
- 7 (Retrait avant l'éjaculation (coït interrompu))
- 8 (Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse (méthode Ogino, températures, glaire, etc.))

- 9 Autre (préciser)
10 (Ne sait pas/non-réponse)

Q52. Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec d'autres personnes que le ou les partenaires stables que nous avons évoqués ?

- 1 Oui
2 Non
3 (Non-réponse)

◆ Si non ou (non-réponse) à Q52.

Q52b. Au total, au cours des douze derniers mois, combien de partenaires avez-vous eu ?

★ Enquêteur : si non à Q52 alors Q52b = Q43. Si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.
partenaires

◆ Si non ou (non-réponse) à Q52.

Q52c. Et au cours de votre vie, avec combien de partenaires avez-vous eu des rapports sexuels ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.
partenaires

◆ Si Q52b = 1 partenaire, passer à la partie 6, sinon passer à la partie 5.

Partie 3 Aux personnes ayant eu un partenaire dans les douze derniers mois autre que le partenaire stable actuel

◆ Si oui à Q52.

Q53. Avec combien de partenaires autres que le/les partenaire(s) stable(s) que nous venons d'évoquer, avez-vous eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.
partenaires

★ Enquêteur : si Q53 = deux partenaires non stables ou plus, lire la phrase suivante, sinon passer directement à Q54 :

« Nous allons maintenant parler de la relation et du partenaire autre que le partenaire stable dont nous venons de parler avec lequel vous avez eu votre dernier rapport sexuel. »

Q54. Comment appelleriez-vous cette relation ?

★ Enquêteur : si besoin, préciser « Comment définiriez-vous cette relation ? » Noter en clair.

Q55. Quel âge a cette personne ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98.

/ _ / _ / _

ans

Q55a. Ce partenaire est...

- 1 un homme
2 une femme
3 (Non-réponse)

Q56. Quelle est sa nationalité ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Malien)
2 (Ivoirien)
3 (Camerounais)
4 (Congolais (RDC))
5 (Congolais)
6 (Sénégalais)
7 (Français par acquisition)
8 (Français de naissance)
9 (Autre nationalité (préciser))
10 (Ne sait pas/non-réponse)

Q57. Avant d'avoir des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous, oui ou non, parlé...

★ Enquêteur : rotation aléatoire.

Une réponse par ligne.

- 1 de contraception
2 de sida ou maladies sexuellement transmissibles
3 d'utiliser des préservatifs

Q58. Lors du premier rapport sexuel avec cette personne, avez-vous utilisé un préservatif ?

- 1 Oui
2 Non
3 (Ne sait pas)
4 (Non-réponse)

Q59. D'une manière générale, utilisez-vous un préservatif avec lui/elle ?

- 1 Toujours
2 La plupart du temps
3 Rarement
4 Jamais
5 Non concerné (n'a eu qu'un rapport sexuel avec cette personne)
6 (Ne sait pas/non-réponse)

**Q59b. Au total, au cours des douze derniers mois, vous avez eu :
partenaires.**

★ Enquêteur : faire la somme du nombre en Q43 et Q53 pour calculer le total des partenaires au cours des douze derniers mois. Ne peut pas être égal à 1.

060. **Et au cours de votre vie, avec combien de partenaires avez-vous eu des rapports sexuels ?**

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.

/ / / /

partenaires

★ Enquêteur : passer à la partie 5.

Partie 4 Aux personnes n'ayant pas de partenaire stable actuellement

◆ Si non ou (non-réponse) à Q42.

061. **Combien de partenaires avez-vous eu au cours de votre vie ?**

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.

/ / / / /

partenaires

062. **Et au cours des douze derniers mois ?**

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.

/ / / /

partenaires

★ Si Q62 = 0 partenaire, passer à partie 6, si Q62 = 2 partenaires ou plus, lire la phrase suivante, sinon passer directement à Q63 :
« Nous allons maintenant parler du partenaire avec lequel vous avez eu votre dernier rapport sexuel. ».

063. **Comment appelleriez-vous cette relation ?**

★ Enquêteur : si besoin, préciser
« Comment définiriez-vous cette relation ? » – Noter en clair.

064. **Quel âge a cette personne ?**

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98.

/ / /

ans

Q64a. **Ce partenaire est...**

- 1 Un homme
- 2 Une femme
- 3 (Non-réponse)

065. **Quelle est sa nationalité ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Malien)
- 2 (Ivoirien)
- 3 (Camerounais)
- 4 (Congolais (RDC))

- 5 (Congolais)
- 6 (Sénégalais)
- 7 (Français par acquisition)
- 8 (Français de naissance)
- 9 (Autre nationalité (précisez))
- 10 (Ne sait pas/non-réponse)

Q66. **Combien de temps a duré cette relation ?**

★ Enquêteur : si la relation dure encore, coder 97 dans le mois uniquement. Si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98 dans le mois uniquement.

/ / /

ans et / / mois

Q67. **Avant d'avoir des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous, oui ou non, parlé...**

★ Enquêteur : rotation aléatoire.

Une réponse par ligne.

- 1 de contraception
- 2 de sida ou maladies sexuellement transmissibles
- 3 d'utiliser des préservatifs

Q68. **Lors du premier rapport sexuel avec cette personne, avez-vous utilisé un préservatif ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q69. **D'une manière générale, utilisez-vous un préservatif avec lui/elle ?**

- 1 Toujours
- 2 La plupart du temps
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 Non concerné (n'a eu qu'un rapport sexuel avec cette personne)
- 6 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si 1 partenaire à Q62, passer à la partie 6.

Partie 5 Aux personnes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois

◆ Si 2 partenaires ou plus à Q52b ou Q59b ou Q62.

Q70. **Au cours des douze derniers mois, y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez eu des rapports sexuels avec une**

personne tout en ayant des rapports sexuels avec une autre personne ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas)
- 4 (Non-réponse)

Q71. Pendant cette période, vous avez utilisé des préservatifs...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Systématiquement avec tous/ toutes les partenaires
- 2 Systématiquement avec certain(e)s mais pas avec les autres
- 3 De temps en temps avec tous/ toutes les partenaires
- 4 De temps en temps avec les un(e)s mais pas avec les autres
- 5 Jamais
- 6 (Ne sait pas/non-réponse)

Partie 6

Aux personnes ayant déjà eu des rapports sexuels

◆ Si oui à Q36.

Q72. Vous est-il déjà arrivé de vouloir utiliser un préservatif avec une personne qui ne voulait pas en utiliser ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)
- 5 (Non concerné : n'a jamais proposé d'utiliser des préservatifs)

◆ Si oui, une fois à Q72.

Q73. Qu'est-ce que vous avez fait ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous avez renoncé à avoir ce rapport sexuel
- 2 Vous avez eu ce rapport sexuel sans préservatif
- 3 Vous avez quand même utilisé un préservatif
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si oui, plusieurs fois à Q72.

Q74. Qu'est-ce que vous avez fait ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous avez quand même toujours utilisé un préservatif
- 2 Vous avez utilisé un préservatif de temps en temps
- 3 Vous n'avez jamais utilisé de préservatif
- 4 Vous avez renoncé à avoir ces rapports sexuels
- 5 (Ne sait pas/non-réponse)

Q75. Vous est-il déjà arrivé de refuser d'utiliser un préservatif avec une personne qui voulait en utiliser ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si oui, une fois à Q75.

Q76. Qu'est-ce que vous avez fait ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous avez renoncé à avoir ce rapport sexuel
- 2 Vous avez eu ce rapport sexuel sans préservatif
- 3 Vous avez quand même utilisé un préservatif
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si oui, plusieurs fois à Q75.

Q77. Qu'est-ce que vous avez fait ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous avez quand même toujours utilisé un préservatif
- 2 Vous avez utilisé un préservatif de temps en temps
- 3 Vous n'avez jamais utilisé de préservatif
- 4 Vous avez renoncé à avoir ces rapports sexuels
- 5 (Ne sait pas/non-réponse)

Partie 7

À tous

Q78. Dans les cinq dernières années, combien de fois vous êtes-vous rendu dans un pays d'Afrique subsaharienne ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998. Si l'interviewé est arrivé de son pays d'origine dans les cinq dernières années et n'y est jamais retourné, coder 0.

// // // fois

◆ Si oui à Q36 et au moins 1 fois à Q78.

Q79. Au cours de ces voyages, vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels avec des personnes qui habitent ce pays ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Non-réponse)

◆ Si oui à Q79.

Q80. Lors de ces rapports sexuels, avez-vous utilisé un préservatif ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Toujours
- 2 La plupart du temps
- 3 Rarement

- 4 Jamais
- 5 (Non-réponse)

Partie 8

Aux personnes ayant déjà eu des rapports sexuels

◆ Si oui à Q36.

La presse et la télévision parlent régulièrement des abus sexuels sur les adultes et les enfants. Chaque année des personnes sont victimes de tels abus. Afin de mieux connaître ce problème, je vous remercie de bien vouloir répondre sincèrement aux questions suivantes.

Q81. Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir un rapport sexuel contre votre volonté ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non, jamais
- 4 (Non-réponse)

◆ Si oui à Q81.

Q82. Quel âge aviez-vous la dernière fois ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98.

/ / / / ans

◆ Si oui à Q81.

Q83. Avec qui cela s'est-il passé la dernière fois ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Un conjoint ou ex-conjoint
- 2 Un membre de votre famille
- 3 Un(e) petit(e) ami(e)
- 4 Une personne avec qui vous travaillez ou vous avez travaillé
- 5 Quelqu'un que vous connaissez ou que vous connaissiez
- 6 Une personne ayant autorité (enseignant, policier, employeur, etc.)
- 7 Un inconnu
- 8 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si femme.

Q84. Vous est-il déjà arrivé d'avoir à subir une interruption volontaire de grossesse ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 (Non-réponse)

Partie 9

À tous

Nous allons maintenant aborder la question du dépistage du virus responsable du sida.

Q85. Avez-vous déjà entendu parler des centres ou consultations de dépistage anonyme et gratuit appelés aussi CDAG ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q86. Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage du virus du sida ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 (Ne veut pas dire)
- 5 (Ne sait pas)

◆ Si non, passer à Q91. Si (ne veut pas dire) ou (Ne sait pas) passer à Q92.

◆ Si oui, plusieurs fois à Q86.

Q87. Combien de fois avez-vous fait un test de dépistage du virus du sida au cours des deux dernières années ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 998.

/ / / / fois

◆ Si oui à Q86.

Q88. La dernière fois que vous avez fait un test, c'était pour quelles raisons principales ?

★ Enquêteur : noter en clair – Bien relancer : « et c'est-à-dire ? ». Il faut un maximum de précisions.

Q89. Où avez-vous effectué ce dernier test de dépistage ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 En France, dans un laboratoire d'analyses médicales
- 2 En France, dans un hôpital (hors CDAG)
- 3 En France, dans un centre de planning familial, une PMI, un DAV (dispensaire anti-vénérien)
- 4 En France, dans un centre ou une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
- 5 En Afrique
- 6 Dans un autre pays européen
- 7 Autre (préciser)
- 8 (Non-réponse)

Q90. Connaissez-vous le résultat du dernier test ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, le résultat était négatif
(=la personne est séronégative)
- 2 Oui, le résultat était positif
(=la personne est séropositive)
- 3 Non, je n'ai pas encore les résultats
- 4 Non, je n'ai pas souhaité connaître les résultats
- 5 (Ne sait pas/non-réponse)

◆ Si non à Q86.

Q91. Pour quelles raisons n'avez-vous jamais fait de test de dépistage du sida, est-ce, oui ou non, parce que...

★ Enquêteur : énumérer. Une réponse par ligne.

- 1 Vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida
- 2 Vous pensez que les tests ne sont pas valables
- 3 Vous ne savez pas où vous adresser
- 4 Vous avez peur d'en connaître le résultat
- 5 Si vous étiez contaminé par le virus du sida, vous auriez peur que quelqu'un de votre entourage l'apprenne
- 6 Le test coûte trop cher
- 7 Vous auriez peur d'être expulsé si le test était positif
- 8 Vous n'y avez jamais pensé

Q92. Connaissez-vous, personnellement, dans votre entourage (famille, amis, collègues, etc.) une ou plusieurs personnes porteuse(s) du virus du sida ou malade(s) du sida ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Oui, une personne
- 2 Oui, plusieurs personnes
- 3 Non
- 4 (Non-réponse)
- 5 (Ne sait pas)

◆ Si oui, une personne à Q92.

Q93a. S'agit-il...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 D'un parent
- 2 D'un ami
- 3 De votre ou l'un de vos partenaire(s) actuel(s)
- 4 D'une personne avec qui vous avez eu des relations sexuelles dans le passé
- 5 D'un collègue de travail
- 6 De quelqu'un dont vous avez entendu parler sans le connaître personnellement
- 7 De vous-même
- 8 D'une autre personne
- 9 (Ne sait pas)

◆ Si oui, plusieurs personnes à Q92.

Q93b. S'agit-il...

★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 D'un parent
- 2 D'un ami
- 3 De votre ou l'un de vos partenaire(s) actuel(s)
- 4 D'une personne avec qui vous avez eu des relations sexuelles dans le passé
- 5 D'un collègue de travail
- 6 De quelqu'un dont vous avez entendu parler sans le connaître personnellement
- 7 De vous-même
- 8 D'une autre personne
- 9 (Ne sait pas)

Pour finir, je voudrais que vous me donniez quelques précisions sur vos conditions de vie.

Q94. Actuellement, pour vos soins de santé, vous bénéficiez...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 De la Sécurité sociale
- 2 De l'aide médicale d'état (AME)
- 3 De la couverture médicale universelle (CMU)
- 4 (Ne connaît pas le nom de son assurance mais a une couverture sociale)
- 5 (N'a pas de couverture sociale)
- 6 (Ne sait pas/non-réponse)

Q95. Avez-vous une mutuelle complémentaire ?

- 1 Oui, la CMU complémentaire
- 2 Oui, une mutuelle complémentaire par un organisme autre que la CMU
- 3 Non, pas de couverture mutuelle du tout
- 4 (Ne sait pas/non-réponse)

Q96. Avez-vous déjà renoncé à des soins de santé pour des raisons financières ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q97. Avez-vous un revenu personnel, c'est-à-dire de l'argent que vous obtenez de votre travail ou d'allocations (RMI, allocation-chômage, etc.) et que vous pouvez utiliser comme vous l'entendez ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Non-réponse)

Q98. Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage/famille, financièrement...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous êtes à l'aise
- 2 Ça va
- 3 C'est juste, il faut faire attention
- 4 Vous y arrivez difficilement
- 5 Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes
- 6 (Ne sait pas)
- 7 (Non-réponse)

Q99. Actuellement, quelle est votre situation administrative ?

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse.

- 1 Vous avez une carte de résident
- 2 Vous avez une carte de séjour temporaire (CST)
- 3 Vous avez un visa touristique de courte ou longue durée en cours de validité
- 4 Vous avez une autorisation provisoire de séjour (APS)
- 5 Vous avez un récépissé de demande de carte de séjour
- 6 Vous êtes en attente de régularisation
- 7 Vous n'avez aucun titre et aucune demande de régularisation en cours
- 8 Autre (préciser)
- 9 (Vous êtes de nationalité française)
- 10 (Non-réponse)

Q100. Avez-vous une ligne de téléphone fixe à votre domicile ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas/non-réponse)

Q101. Possédez-vous personnellement un ou plusieurs téléphones mobiles ?

- 1 Oui, un seul
- 2 Oui, plusieurs
- 3 Non
- 4 (Non-réponse)

◆ Si au moins 1 personne à Q15.

Q102. Dans votre foyer, combien de personnes possèdent au moins un téléphone mobile à usage privé en dehors de vous ?

★ Enquêteur : si (ne sait pas) ou (non-réponse), coder 98.

/_/_/ personnes

Q103. Avez-vous accès à Internet que ce soit à votre domicile ou ailleurs, régulièrement, de temps en temps, rarement ou jamais ?

- 1 Régulièrement
- 2 De temps en temps
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 (Non-réponse)

Q104. Pour finir, habitez-vous dans cette commune ?

★ Enquêteur : préciser le nom de la commune où vous êtes.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Non-réponse)

◆ Si oui à Q104.

Q105. Dans quel quartier de cette commune habitez-vous ?

★ Enquêteur : noter en clair. Si la personne ne souhaite pas répondre, relancer une fois « même vaguement ». Ne pas insister.

◆ Si non à Q104.

Q106. Dans quelle commune habitez-vous ?

★ Enquêteur : noter en clair. Ne pas insister.

Je vous remercie de m'avoir accordé tout ce temps et vous souhaite une excellente fin de journée. Si vous souhaitez vous informer sur le sida, vous pouvez contacter Sida Info Service au 0 800 840 800. L'appel est anonyme et gratuit. Je vous remets également ce document (à savoir le roman-photo « La menace ») dans lequel vous pourrez trouver des informations sur le VIH/sida.

★ Enquêteur.

RS1. Type de site d'interview

- 1 Gare RER, sortie de bouches de métro, terminus bus
- 2 Marché ouvert
- 3 Entrée/sortie d'un bureau de Poste
- 4 Entrée/sortie de centre commercial, supermarchés

Heure de fin d'interview

ANNEXE 2

Données par commune

Commune	Nombre d'habitants¹	Nombre d'Immigrés¹	Taux de pénétration	Nombre d'interviews à faire	Nombre d'interviews réalisées
Strate 1					
93 Saint-Denis	41 180	3 521	8,55	118	119
93 Aulnay-sous-Bois	36 160	2 319	6,41	78	86
93 Aubervilliers	30 028	2 270	7,56	76	77
95 Sarcelles	26 101	1 984	7,60	67	68
93 Pantin	24 924	1 786	7,17	60	68
91 Grigny	12 020	1 226	10,20	41	40
77 Torcy	11 366	863	7,59	29	29
95 Saint-Ouen-l'Aumône	9 308	644	6,92	22	24
		14 613		491	511
Strate 2					
92 Nanterre	40 859	1 797	4,40	102	97
92 Asnières-sur-Seine	38 508	1 761	4,57	100	97
94 Ivry-sur-Seine	23 516	1 287	5,47	73	69
93 Bobigny	21 468	1 101	5,13	62	70
77 Melun	18 148	829	4,57	47	57
93 Villepinte	16 700	828	4,96	47	49
91 Massy	17 964	772	4,30	44	52
94 Alfortville	17 916	752	4,20	43	40
94 Fresnes	10 988	485	4,41	27	30
95 Montigny-lès-Cormeilles	7 979	419	5,25	24	11
77 Lognes	7 796	411	5,27	23	12
93 Dugny	4 405	202	4,59	11	11
		10 644		603	595

Commune	Nombre d'habitants ¹	Nombre d'Immigrés ¹	Taux de pénétration	Nombre d'interviews à faire	Nombre d'interviews réalisées
Strate 3					
75 Paris 15 ^e arrondissement	114 967	2 544	2,21	113	123
75 Paris 12 ^e arrondissement	68 604	1 988	2,90	88	80
92 Boulogne-Billancourt	51 724	1 342	2,59	60	84
92 Issy-les-Moulineaux	26 936	757	2,81	34	30
94 Choisy-le-Roi	16 592	642	3,87	29	28
94 Maisons-Alfort	24 744	632	2,55	28	32
92 Montrouge	19 318	512	2,65	23	20
91 Athis-Mons	13 908	483	3,47	21	21
91 Sainte-Geneviève-des-Bois	14 584	468	3,21	21	20
78 Élancourt	13 360	457	3,42	20	17
77 Pontault-Combault	16 820	443	2,63	20	20
78 Montigny-le Bretonneux	19 496	422	2,16	19	20
92 Fontenay-aux-Roses	10 928	412	3,77	18	20
92 Meudon	18 948	405	2,14	18	12
92 Châtillon	14 064	362	2,57	16	21
95 Saint-Gratien	90 48	359	3,97	16	20
92 Bois-Colombes	11 096	355	3,20	16	31
92 La Garenne-Colombes	12 212	351	2,87	16	17
77 Dammarie-les-Lys	98 20	349	3,55	16	21
94 Sucy-en-Brie	11 300	282	2,50	13	10
91 Chilly-Mazarin	88 44	278	3,14	12	8
91 Brétigny-sur-Orge	10 268	269	2,62	12	11
78 Mantes-la-Ville	8 928	265	2,97	12	10
95 Taverny	12 656	258	2,04	11	15
91 Longjumeau	97 36	242	2,49	11	8
95 Osny	6 520	238	3,65	11	10
93 Les Pavillons-sous-Bois	8 540	205	2,40	9	24
78 Carrières-sous-Poissy	6 796	188	2,77	8	13
91 Juvisy-sur-Orge	5 848	186	3,18	8	12
78 Saint-Cyr-l'École	6 940	181	2,61	8	10
		15 875		706	768

1. Source : recensement de 1999.

Liste des tableaux et des figures

Introduction

- 24 **Figure 1** : Évolution de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne, 1985-2005
- 25 **Figure 2** : Taux de prévalence du VIH dans la population adulte en 2005
- 26 **Figure 3** : Évolution des flux migratoires issus des six premiers pays d'émigration régulière d'Afrique subsaharienne (1994-2003)

Principales caractéristiques de la zone d'étude et présentation méthodologique de l'enquête

- 34 **Tableau I** : Nombre d'immigrés en France et en Ile-de-France au recensement de 1999
- 35 **Tableau II** : Nombre de cas de séropositivité et de sida par zone de domicile entre 2003 et 2005 et taux pour 100 000 habitants. Proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les cas de séropositivités diagnostiqués entre 2003 et 2005
- 36 **Tableau III** : Récapitulatif du nombre de communes et d'immigrés recensés et à enquêter
- 39 **Tableau IV** : Récapitulatif du recueil des données
- 42 **Tableau V** : Principales caractéristiques socio-économiques de l'échantillon selon la période d'arrivée en France
- 44 **Tableau VI** : Comparaison de l'échantillon avec les données des deux premières enquêtes annuelles du recensement de la population (2004-2005). Population née dans un pays d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France
- 46 **Tableau VII** : Comparaison de la structure par âge des hommes et des femmes âgés de 18 à 49 ans dans les enquêtes KABP métropole, Antilles/Guyane et KABP populations africaines
- 46 **Tableau VIII** : Comparaison de la structure niveau d'études chez les hommes et chez les femmes âgés de 18 à 49 ans dans les enquêtes KABP métropole,

Antilles/Guyane et KABP populations africaines

Les connaissances du VIH/sida : modes de transmission, moyens de protection et traitements antirétroviraux

- 52 **Tableau I** : Pourcentage d'hommes et de femmes de 18 à 49 ans déclarant que le virus du sida peut se transmettre lors des circonstances suivantes
- 56 **Tableau II** : Valeur moyenne du score de connaissance pour les hommes et les femmes
- 57 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir une maîtrise complète des circonstances de transmission¹ parmi les hommes et parmi les femmes
- 62 **Tableau IV** : Pourcentages de personnes déclarant connaître l'existence des préservatifs féminins (personnes ayant répondu « oui » à la question « Avez-vous déjà entendu parler des préservatifs féminins ? »)
- 63 **Tableau V** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance de l'existence des préservatifs féminins
- 65 **Tableau VI** : Proportion de personnes déclarant connaître l'existence des traitements
- 68 **Tableau VII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance des traitements contre le VIH
- 54 **Figure 1** : Pourcentage des personnes interrogées déclarant que le virus du sida peut être transmis dans différentes circonstances, selon le sexe
- 54 **Figure 2** : Pourcentage des personnes interrogées déclarant que le virus du sida peut être transmis dans différentes circonstances, selon l'âge
- 55 **Figure 3** : Pourcentage des personnes

interrogées déclarant que le virus du sida peut être transmis dans différentes circonstances, selon le niveau d'études et le sexe

- 58 **Figure 4** : Répartition des personnes interrogées sur l'efficacité de différents moyens pour se protéger du virus du sida (en pourcentage)
- 60 **Figure 5** : Répartition des personnes interrogées sur l'efficacité de certaines stratégies de prévention, selon le niveau d'études (en pourcentage)

Les attitudes et opinions à l'égard du VIH/sida et des préservatifs

- 79 **Tableau I** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de connaître une personne séropositive, par sexe
- 82 **Tableau II** : Modèle final d'une régression linéaire multiple où la variable dépendante est le score d'acceptation des personnes séropositives, par sexe
- 84 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être « tout à fait » d'accord ou « plutôt » d'accord avec l'affirmation selon laquelle « dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients », par sexe
- 86 **Tableau IV** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être « tout à fait » d'accord ou « plutôt » d'accord avec l'affirmation selon laquelle « le sida est un châtiment de Dieu, une punition, un mauvais sort », par sexe
- 89 **Tableau V** : Modèle final d'une régression linéaire multiple où la variable dépendante est le score d'opinion sur le préservatif, par sexe
- 79 **Figure 1** : Répartition des personnes interrogées sur leur connaissance d'une personne séropositive, selon le niveau de prévalence du VIH dans le pays de naissance et le sexe

- 81 **Figure 2** : Répartition des personnes interrogées sur leurs attitudes à l'égard des personnes séropositives, selon le sexe
- 87 **Figure 3** : Répartition des personnes interrogées sur leurs opinions à l'égard du préservatif, selon le sexe

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

- 99 **Tableau I** : Proportion de personnes déclarant craindre « *beaucoup* » ou « *pas mal* » pour elles-mêmes le risque VIH selon certaines caractéristiques
- 101 **Tableau II** : Répartition des personnes interrogées selon leur perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens
- 102 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré avoir déjà craint une contamination par le VIH, par sexe
- 98 **Figure 1** : Répartition des personnes interrogées sur leur crainte à l'égard de différents risques et maladies, selon le sexe
- 101 **Figure 2** : Répartition des personnes interrogées sur leur risque d'être contaminées par le VIH par rapport à la moyenne des gens, selon le nombre déclaré de partenaires dans les douze mois précédant l'enquête et selon le sexe

Activité sexuelle et comportements préventifs

- 112 **Tableau I** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré utiliser un préservatif au cours du premier rapport sexuel
- 114 **Tableau II** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir déclaré deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois, par sexe
- 116 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est

fait d'avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois, par sexe

- 118 **Tableau IV** : Pourcentages d'hommes et de femmes ayant déclaré avoir été confrontés à un refus d'utilisation du préservatif de la part d'un(e) partenaire
- 119 **Tableau V** : Proportion de répondants ayant été forcés d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté au moins une fois au cours de leur vie, par sexe
- 120 **Tableau VI** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait, pour une femme, d'avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse au moins une fois dans sa vie
- 110 **Figure 1** : Évolution des probabilités de ne pas avoir eu de relation sexuelle à âge exact, selon le sexe
- 111 **Figure 2** : Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année où il a eu lieu
- 113 **Figure 3** : Nombre de partenaires déclaré dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, selon le sexe
- 117 **Figure 4** : Fréquence d'utilisation du préservatif dans le cadre de relations simultanées, selon le sexe

Connaissances et pratiques liées au dépistage du VIH

- 131 **Tableau I** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance exacte du déroulement du test de dépistage VIH, par sexe
- 132 **Tableau II** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la non-connaissance des CDAG, par sexe
- 134 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le refus de l'accès du conjoint/partenaire régulier au résultat du test de dépistage VIH, par sexe
- 136 **Tableau IV** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est

la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie, par sexe

137 **Tableau V** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation de plusieurs tests parmi les personnes testées, par sexe

137 **Tableau VI** : Motifs du dernier test de dépistage selon la circonstance et le nombre de partenaires dans les douze mois, selon le sexe

138 **Tableau VII** : Motifs du dernier test de dépistage selon l'initiative, par sexe

139 **Tableau VIII** : Lieu du dernier test, selon le sexe

140 **Tableau IX** : Raisons avancées pour n'avoir jamais réalisé de test de dépistage du VIH, par sexe (réponses exprimées en pourcentage de « oui », plusieurs réponses possibles)

130 **Figure 1** : Répartition des personnes interrogées sur leur connaissance des modalités d'un test de dépistage du VIH

133 **Figure 2** : Pourcentage de répondants favorables à l'accès au résultat du test de dépistage par différentes personnes, selon le sexe

135 **Figure 3** : Fréquence du recours au test de dépistage du VIH au cours de la vie, selon le sexe et la classe d'âges

Études et enquêtes parues aux éditions de l'INPES

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

Baromètre santé 92

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

Baromètre santé 93/94

1995, 172 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)

Baromètre santé adultes 95/96

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

Baromètre santé nutrition 1996 adultes

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé jeunes 97/98

1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé médecins généralistes 98/99

1999, 224 p.

J.-F. Collin

Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99

1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)

**Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France**

2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin.

Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode

2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats

2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)

**Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.
Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux**

2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon

**Baromètre santé 2000. Les comportements
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux**

2004, 256 p.

P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (dir.)

Baromètre santé nutrition 2002

2004, 260 p.

A. Gautier (dir.)

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

2005, 276 p.

E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002

Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in
School-Aged Children, 2005, 286 p.

P. Guilbert, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2005, premiers résultats.

2006, 176 p.

P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)

Baromètre cancer 2005

2006, 202 p.

Conception graphique originale **SCRIPTA**-Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Relecture **Nelly Zeitlin**
Impression **Fabrègue**

juin 2007

Avec près de vingt-cinq millions de personnes contaminées,

le continent africain continue de payer le plus lourd tribut à l'épidémie de VIH/sida. En France, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ne sont pas épargnées par cette pandémie, justifiant les efforts engagés ces dernières années par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès au dépistage, à la prévention et à la prise en charge. Cette enquête explore, pour la première fois, les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida de populations africaines vivant en Ile-de-France. Réalisée à partir d'une méthodologie originale auprès de 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans, cette étude aborde : les connaissances des modes de transmission et de protection, les opinions et attitudes à l'égard des personnes atteintes, la crainte du VIH/sida et la perception du risque, les comportements de prévention et les pratiques de dépistage.

Cet ouvrage s'adresse à toutes les personnes engagées dans la lutte contre le sida : acteurs de prévention, professionnels de la santé et du social, mais aussi responsables de la mise en œuvre des politiques de santé publique en matière de VIH/sida.



**Ministère de la Santé
et des Solidarités**



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex – France

18,50 €