



HAL
open science

Connaissances, croyances et attitudes relatives au Sida en Ile-de-France

W Dab, Jp Moatti, M Pollack, P. Quenel, N Beltzer, A Anes, D Jayle, C
Menard, C Serrand

► **To cite this version:**

W Dab, Jp Moatti, M Pollack, P. Quenel, N Beltzer, et al.. Connaissances, croyances et attitudes relatives au Sida en Ile-de-France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH, 1990, 50, pp.213-215. hal-04859688

HAL Id: hal-04859688

<https://hal.science/hal-04859688v1>

Submitted on 30 Dec 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Connaissances, croyances et attitudes relatives au SIDA en Île-de-France : p. 213.
Évaluation d'un dépliant *safer sex* : p. 215.
Intoxication à dinoflagellés par des moules d'origine danoise : p. 217.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Solidarité, de la Santé

et de la Protection sociale

Direction générale de la Santé

N° 50/1990

17 décembre 1990

ENQUÊTE

CONNAISSANCES, CROYANCES ET ATTITUDES RELATIVES AU SIDA EN ÎLE-DE-FRANCE

W. DAB (1), J.-P. MOATTI (2), M. POLLAK (3), P. QUENEL (4), N. BELTZER (2), A. ANES (5), D. JAYLE (6), C. MENARD (7) et C. SERRAND (8)

La surveillance des connaissances et attitudes vis-à-vis du SIDA, en relation avec la perception du risque et les comportements de prévention, est une nécessité pour guider les actions de santé publique. C'est ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé a émis des recommandations pour la réalisation à intervalles réguliers d'enquêtes dites « KABP » (Knowledge, Attitude, Behaviour, Practice). En France, une série d'enquêtes répondant à cet objectif ont été réalisées depuis 1987. Deux de ces enquêtes permettent de suivre les évolutions en région Île-de-France, réalisant l'amorce d'un véritable système de surveillance. La première, réalisée en décembre 1987, ne concernait que l'Île-de-France (cf. B.E.H. nos 12 et 49/1988). La seconde a eu lieu en mars 1990 parallèlement à une enquête nationale. Cet article rapporte les premiers résultats concernant les connaissances, croyances et attitudes des franciliens face au SIDA. Une publication ultérieure concernera les comportements sexuels.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les deux enquêtes ont été réalisées sur un échantillon représentatif de la population d'Île-de-France âgée de 18 ans et plus comportant 900 personnes sélectionnées par la méthode des quotas (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle) avec stratification sur la taille de l'agglomération.

Les deux échantillons ainsi constitués sont similaires pour les principales caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, diplôme, profession de la personne interrogée. La seule différence significative concerne la proportion de célibataires qui est plus élevée dans l'échantillon de 1990 (25,8 % vs 21,2 %, $p < 0,02$).

L'enquête de 1990 a été réalisée au mois de mars avec un questionnaire administré à domicile par des enquêteurs de l'I.F.O.P., préalablement formés. L'interview en face à face durait environ trois-quarts d'heure et comportait, outre un signalétique sociodémographique, 64 questions portant sur la perception des risques de l'infection à V.I.H., les connaissances sur la maladie et ses modes de transmission, les attitudes vis-à-vis des malades et des personnes porteuses du V.I.H., les opinions concernant la prévention. Parmi ces 64 questions, 37 étaient strictement identiques à celles posées en 1987. Il était en outre demandé de répondre par écrit et de façon anonyme à 32 questions relatives aux comportements sexuels.

La comparaison 1987-1990 s'est faite en utilisant, à titre indicatif, le test du *chi carré*. Il convient cependant de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une enquête de cohorte mais bien de deux enquêtes transversales successives.

RÉSULTATS

Une amélioration des connaissances

En 1990, comme en 1987, la quasi-totalité de la population connaît les principaux modes de transmission du V.I.H. (tabl. 1). Pour la croyance dans les autres modes de transmission, notamment ceux qui concernent les contacts quotidiens, la tendance générale est à la diminution des réponses positives avec un accroissement des réponses négatives mais également des « ne sait pas ». Les soins dentaires et l'utilisation du rasoir d'une personne contaminée sont les seuls exemples pour lesquels on observe une augmentation significative de la croyance. Il s'agit de circonstances pour lesquelles il existe un risque hypothétique et cet accroissement est, pour l'essentiel, lié aux réponses « ne sait pas ».

Tableau 1. — Connaissance des modes de transmission du V.I.H. (Île-de-France 1987-1990)

Pouvez-vous indiquer si oui ou non le virus du SIDA peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes ?

	Oui		Non		Ne savent pas		
	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %	
Rapports sexuels	97,7	98,3	1,6	1,1	0,7	0,6	N.S.
Droge IV	96,2	95,6	1,3	2,9	2,4	1,6	N.S.
Recevoir du sang	87,8	93,9	10,7	5,3	1,7	0,8	0,05
Utiliser le rasoir d'une personne contaminée	55,3	56,7	38,7	32,4	6,0	10,9	0,001
Donner du sang	51,2	52,1	46,8	45,2	2,0	2,7	N.S.
Soins dentaires	40,8	43,7	50,6	44,3	8,8	12,00	0,01
Salive	36,8	31,0	54,9	58,9	8,3	10,1	0,05
Piqûre de moustique	31,2	26,8	57,0	58,5	11,8	14,7	0,05
Toilettes publiques	28,0	22,9	66,0	69,8	6,0	7,3	0,05
Embrasser une personne contaminée	26,8	22,2	66,6	68,7	6,8	9,1	0,005
Boire dans le verre d'une personne contaminée	18,7	17,6	74,2	75,3	7,1	7,1	N.S.
Hospitalisé dans le même service que les malades	14,6	13,0	81,3	79,0	4,1	8,0	0,01
Piscine	11,4	8,1	81,7	85,2	6,9	6,7	N.S.

Alors qu'il n'existe aucune différence dans les croyances entre les hommes et les femmes (une seule exception : le don du sang, les hommes croient à ce mode pour 57,5 % d'entre eux, les femmes pour 47,5 %), un fort effet d'âge est noté. Par exemple, les jeunes de 18 à 24 ans croient en la transmission possible par le fait de boire dans le même verre qu'une personne contaminée dans une proportion de 8,9 %. Celle-ci passe à 24,5 % pour les 50-64 ans et à 29,6 % pour les 65 ans ou plus. Pour la fréquentation de la piscine, les résultats sont respectivement dans ces 3 tranches d'âge : 7,4 %, 8,1 % et 15,7 %. Pour l'acupuncture, on trouve 45,9 %, 62,4 % et 59,4 %. Cet effet de l'âge ne joue ni pour la transmission par don du sang, ni pour celle par l'utilisation du même rasoir qu'une personne contaminée.

L'autre variable qui est reliée de façon significative aux croyances est le diplôme. En 1987, comme en 1990, plus le diplôme est élevé et moins est répandue la croyance en la transmission possible par les contacts de la vie quotidienne. Par exemple, 39,6 % des non diplômés croient dans une transmission possible dans les toilettes publiques contre 12,1 % pour les

(1) O.R.S.I.F. et E.N.S.P.
(2) I.N.S.E.R.M. U 240.
(3) C.N.R.S. E.H.E.S.S., Groupe de sociologie politique et morale.
(4) I.N.S.E.R.M. U 88 (laboratoire G.E.S.T.E., Santé publique).
(5) O.R.S.P.A.C.A.
(6) C.R.I.P.S.
(7) C.F.E.S.
(8) A.F.L.S.

diplômés supérieurs. Pour la transmission par la salive on trouve respectivement 44,1 % et 19,1 %. Pour les piqûres de moustique 34,9 % et 16,2 %. Pour le don du sang 66,5 % et 33,6 %. Pour la fréquentation de la piscine 12,8 % et 4,1 %. Comme en 1987, cet effet diplôme ne joue pas pour la croyance dans la transmission au cours des soins dentaires. On note également un effet plus faible en ce qui concerne l'acupuncture mais qui reste significatif ($p = 0,02$). La variable « diplôme » joue donc un rôle en fait assez complexe dans lequel se mélangent l'accessibilité à l'information, les capacités d'interprétation, la crainte qu'inspire la contagiosité de la maladie et la sensibilité aux débats d'experts sur la réalité de certains facteurs de risque.

Une montée des craintes...

Depuis trois ans, le niveau moyen de l'autoperception du risque d'être infecté par le V.I.H. s'est déplacé vers le haut ($p = 0,0001$). Le groupe s'identifiant comme à risque élevé est resté stable (4,7 % en 1987, 4,4 % en 1990). Mais en 1987, 22 % pensaient n'avoir aucun risque (vs 16,2 % en 1990), 36 % pensaient avoir moins de risque que la moyenne (vs 32,3 %) et 37,3 % pensaient avoir autant de risque que la moyenne (vs 47,1 %). On s'identifie donc en plus grand nombre au risque moyen.

La proportion des personnes qui déclarent redouter pour eux-mêmes cette maladie a augmenté de 50 % en trois ans, passant de 12,9 % à 19,4 % de la population. Cependant, il ne faut pas s'en tenir à cette question indépendamment des craintes des autres maladies. L'étude montre un phénomène d'augmentation des craintes pour toutes les maladies : + 50 % pour les accidents de la circulation, + 39 % pour le cancer, + 37 % pour les maladies cardiaques.

En ce qui concerne l'impact sur la mortalité, le nombre de ceux qui croient que le SIDA cause « beaucoup de décès » a doublé entre 1987 et 1990 (de 18 à 37 %). Cette évolution semble en revanche spécifique car elle ne se retrouve pas avec autant de netteté pour les autres maladies.

Interrogés sur les priorités de la prévention, les franciliens placent en 1990 comme en 1987 le SIDA en 2^e position derrière le cancer (il faut ici remarquer que les accidents de la circulation passent en 3^e position devant les maladies cardiaques, alors qu'ils n'étaient que 6^e en 1987).

De façon générale, les indicateurs de « proximité » avec la maladie sont en augmentation significative entre 1987 et 1990. Il s'agit d'abord d'une proximité individuelle subjective dont on sait qu'elle est une variable déterminante de la perception des risques et des comportements de prévention : 22,7 % des enquêtés disent personnellement connaître en 1990 une personne séropositive contre 14,7 % en 1987. Dans l'enquête de 1990, cette question a été affinée et il s'agit dans 60,3 % des cas d'un proche (parent, ami, collègue). De même, en 1990, 32,9 % de l'échantillon déclare avoir pensé à se faire dépister (21,7 % en 1987), ce qui témoigne d'une présence accrue du SIDA dans les préoccupations personnelles.

On note parallèlement une augmentation des inquiétudes sociales. Ainsi trouve-t-on en 1990 plus de répondants pour penser qu'un séropositif deviendra « certainement » malade (22,7 % vs 16,2 %), que « n'importe qui » peut être contaminé par le V.I.H. (76,9 % vs 72,7 %), que les soignants sont à risque élevé de contamination (41,4 % vs 23,8 %) ou que les femmes contaminées doivent renoncer à procréer (77,7 % vs 70 %). Et surtout la proportion déjà minoritaire en 1987 (44,6 %) de ceux qui font confiance aux personnes infectées pour informer du risque leurs partenaires et leur entourage a encore diminué en 1990 (34,7 %) ; cette évolution est, pour l'essentiel, liée à l'augmentation des indécis (34,7 % vs 27,4 %).

La demande d'information est nettement renforcée puisqu'en dépit de la montée en charge de la couverture médiatique depuis trois ans, 30,1 % (vs 14 %) estiment qu'on ne « parle pas assez du SIDA » alors que la proportion de ceux qui pensent que les médias exagèrent les risques a baissé de 34,4 % à 20,6 %. Si la confiance du public est acquise aux associations (à plus de 70 %) et aux médecins (à plus de 80 %), elle s'érode quelque peu pour les chercheurs (85,9 % vs 90,3 %) et nettement pour les pouvoirs publics en général (23,1 % vs 38,2 %) et le ministère de la Santé en particulier (42,2 % vs 61,9 %). La baisse de confiance touche aussi le corps médical puisqu'il n'y a plus que 47,9 % des interrogés (vs 61 %) à accepter de lui communiquer les résultats d'un test (en dehors du médecin traitant).

Cette cristallisation croissante des craintes autour du SIDA ne se traduit pas, pour autant, par un effet de dramatisation ou de panique. Alors que la comparaison avec des enquêtes étrangères avait déjà montré qu'en 1987, les franciliens étaient plutôt tolérants vis-à-vis des personnes contaminées par le V.I.H., l'enquête de 1990 met en évidence un maintien de cette tolérance (tabl. 2). Si les indicateurs d'attitude progressent dans le sens de la tolérance, la confiance accordée au sens des responsabilités des personnes contaminées, elle, régresse significativement.

Ici à nouveau, l'âge et le diplôme sont deux variables associées aux attitudes. Ainsi avant 25 ans, 80 % des personnes interrogées acceptent de laisser leur enfant en compagnie d'un séropositif. Après 65 ans, il n'y en a que 55,6 %. L'effet diplôme est comparable : 59,2 % pour les sans diplôme et 84,6 % pour ceux ayant poursuivi des études supérieures.

Tableau 2. — Attitudes vis-à-vis des personnes contaminées par le V.I.H. et des malades du SIDA (Île-de-France 1987-1990)

	% d'accord		(1) $p <$
	1987	1990	
Un malade a besoin de sympathie	95,7	88,1	0,0001
Un malade souffre beaucoup	75,7	83,9	0,001
Un malade est responsable de ce qui lui arrive	20,2	18,1	N.S.
Un malade est dangereux pour les autres	40,7	37,7	N.S.
Un malade coûte cher à la société	49,5	51,8	0,05
Un malade a droit au meilleur traitement	95,9	94,6	N.S.
On peut faire confiance aux séropositifs pour informer leur entourage des risques	44,5	34,6	0,0001
Accepte de travailler avec un séropositif	94,5	94	N.S.
Accepte de manger avec un séropositif	85,2	88,4	0,05
Accepte d'aller en vacances avec un séropositif	80,8	84,6	0,05
Accepte de laisser ses enfants avec un séropositif	67,6	74,2	0,01

(1) Le *chi carré* est calculé sur trois modalités : oui, peut-être, non, ou d'accord, peut-être, pas d'accord selon la question.

Mais une demande limitée de mesures coercitives

En ce qui concerne le dépistage obligatoire (tabl. 3), la demande régresse quel que soit le groupe cible que l'on évoque, y compris la population générale (31,9 % en 1990, 37,8 % en 1987). Il faut remarquer que la demande d'un dépistage ciblé reste forte, indépendamment de sa faisabilité pratique dans certaines populations telles que les prostituées ou les toxicomanes. On peut penser ici que la logique sanitaire découlant des modes de transmission prévaut sur la logique ségrégative. Dès que la connotation ségrégative est évidente, comme c'est le cas du dépistage à l'embauche, la demande devient marginale. De même en est-il des mesures de quarantaine, d'interdiction ou de licenciement. D'ailleurs il est clair pour 85 % des franciliens qu'un consentement doit être obtenu avant tout acte de dépistage.

Tableau 3. — Options vis-à-vis des mesures de prévention (Île-de-France 1987-1990)

	% d'accord		(1) $p <$
	1987	1990	
Dépistage obligatoire pour :			
— prostituées	90	85,3	0,01
— toxicomanes	86,9	84,7	N.S.
— femmes enceintes	78,7	76,3	N.S.
— dans les prisons	74,6	67,8	0,01
— pré-nuptial	64,1	60,7	N.S.
— à l'armée	61,8	56,3	N.S.
— l'hospitalisation	57,1	55,2	N.S.
— aux frontières	51,8	49,9	N.S.
— à l'embauche	14,8	10,6	0,05
— toute la population	37,8	31,9	0,05
Isoler les malades du reste de la population	11,3	6,6	0,001
Interdire à un enfant malade d'aller à l'école	14,7	4,7	0,001
Licencier les malades	4,2	3,9	N.S.
Traduire en justice les séropositifs qui n'avertissent pas leur partenaire	56,5	52,8	N.S.
Consentement nécessaire pour dépistage	78,4	78,4	N.S.

(1) Le *chi carré* est calculé sur les trois modalités de réponse : pas d'accord, ne sait pas, d'accord.

Il est bien sûr tentant de mettre en relation les croyances sur les modes de transmission et les attitudes vis-à-vis des personnes contaminées par le V.I.H., ainsi que les opinions vis-à-vis des mesures de prévention tant il est clair qu'au-delà de leur plausibilité biologique, ces croyances ont aussi une signification idéologique. Au plan statistique, cette relation est nette et significative pour la plupart des variables. Par exemple, 43 % de ceux qui croient à une contamination possible par la salive sont prêts à laisser leurs enfants en compagnie d'une personne séropositive. Cette proportion est de 69 % pour ceux qui n'y croient pas. Mais cette liaison est difficile à interpréter. D'une part parce que le sens de la relation entre croyances, attitudes et opinions ne peut pas être connu à partir d'une enquête transversale. D'autre part parce qu'il existe d'autres facteurs associés aux attitudes, notamment la proximité avec la maladie ainsi que des interactions entre ces différents facteurs.

Des campagnes d'information bien accueillies

L'enquête de 1990 offre la possibilité, sinon d'évaluer — au sens strict du terme — l'impact des campagnes d'information menées au niveau national, du moins d'analyser la façon dont elles ont été accueillies et perçues et les facteurs associés aux opinions sur ces campagnes.

En termes de mémorisation des slogans, « *le SIDA ne passera pas par moi* » avec 42,1 % de citations spontanées et « *les préservatifs préservent de tout sauf de l'amour* » avec 28,2 % sont les slogans les mieux mémorisés par les franciliens. « *Le préservatif préserve de tout même du ridicule* » est cité par 8,2 % des répondants. « *Les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances* » n'est mentionné que par 1,2 % des personnes, mais cette campagne n'avait pas donné lieu à des passages télévision avant mars 1990. Ce taux de mémorisation est lié à l'âge (diminution nette après 45 ans), au statut matrimonial (gradient descendant : divorcé, célibataire, comme marié, marié, veuf) et au diplôme. Les plus diplômés citent les principaux slogans 2 à 3 fois plus fréquemment que les non diplômés.

Une majorité (54,8 %) de franciliens se sent concernée par ces campagnes. Les jugements qu'ils profèrent à leur égard illustrent l'ambiguïté de l'information sanitaire sur le SIDA dans la mesure où ils pensent en même temps qu'elle améliore les connaissances (tabl. 4) et qu'elle favorise les rejets et les peurs. Cependant la perception de ces campagnes et la tolérance exprimée sont reliées de façon nette, sans qu'il soit possible d'établir une relation de cause à effet. En témoigne le fait que ceux qui se déclarent « beaucoup » concernés par ces campagnes sont aussi ceux qui acceptent plus volontiers de laisser leurs enfants en compagnie d'une personne séropositive (68,7 % vs 49,9 %), et se déclarent plus proches des personnes atteintes (42,7 % vs 20,6 %). Mais ils sont aussi plus préoccupés par leur propre risque (46,7 % vs 13,0 %).

CONCLUSION

En résumé, on note une amélioration des connaissances et un accroissement de la préoccupation sociale face au SIDA sans dramatisation ni retentissement majeur sur la tolérance, appréciée au travers des positions sur les mesures de prévention. Les campagnes d'information sont bien accueillies, même si elles sont perçues comme génératrices d'inquiétude. Ceux qui se sentent concernés par elles, manifestent une plus grande tolérance mais il faut être prudent dans l'interprétation de cette relation. Cet équilibre, globalement favorable à la tolérance vis-à-vis des personnes contaminées,

Tableau 4. — Opinions sur les campagnes nationales d'information (Île-de-France 1990)

	% d'accord Île-de-France
Les campagnes ont :	
— amélioré les connaissances	64,3
— suscité la compassion	38,1
— favorisé le rejet	32,1
— augmenté les peurs	70,0
— incité à utiliser les préservatifs	71,3
— incité à la fidélité	46,2
Sont concernés par les campagnes	58,8
Du fait des campagnes se sent :	
— plus proche des malades	27,8
— plus inquiet de ses risques	25,9
— plus inquiet pour la société	75,0
— incité à utiliser des préservatifs	20,8
— incité à choisir ses partenaires avec précautions	24,3
— incité à faire un test de dépistage	18,0

demeure néanmoins fragile surtout si l'on note les évolutions contradictoires quant aux représentations que les franciliens se font des personnes contaminées et malades et du degré de confiance qu'ils leurs accordent.

Remerciements

Cette enquête a bénéficié d'un financement par l'A.F.L.S., l'A.N.R.S. et le C.F.E.S.

L'extension Île-de-France a été réalisée grâce au soutien du Conseil régional.

ÉVALUATION D'UN DÉPLIANT SAFER SEX (début 1990)

Michael POLLAK *, Gérard PELÉ **, Yves CHARFE ***, Pierre BOISSON ***, Olivier BERGÈS ** Arnaud MARTY-LAVAUZELLE ****, Jean-Michel MANDOPOULOS ****

Objectifs

Dans le cadre des actions de proximité, menées par les associations, les Média gais et avec l'appui de l'A.F.L.S., un dépliant portant sur les risques liés aux différentes pratiques sexuelles entre hommes fut conçu et rédigé par S.P.G. (Santé et Plaisir Gai) et A.I.D.E.S. Paris/Île-de-France, puis diffusé et évalué. Il s'agissait de présenter, de façon explicite, les informations les plus complètes possibles sur les pratiques sexuelles sans ou à risque, afin de donner à chacun la possibilité d'évaluer ses propres risques et de modifier en conséquence ses pratiques.

De par les enquêtes annuelles menées depuis 1985 auprès des lecteurs d'une revue spécialisée homosexuelle (*Gai Pied Hebdo*), il avait été noté une rapide adaptation des homo- et bisexuels masculins au risque de transmission sexuelle du V.I.H. par la réduction du nombre de partenaires sexuels, la moindre fréquence des pratiques sexuelles au risque le plus élevé (notamment la pénétration anale), et par l'usage de préservatifs. Toutefois, ces mêmes enquêtes et des approches plus qualitatives ont fait apparaître les difficultés rencontrées dans la permanence du *safer sex*, et les incertitudes qui persistent dans la perception des risques de certaines pratiques plus ou moins courantes (de la fellation au fisting et aux pratiques sadomasochistes). À cela s'ajoute qu'une majorité des homo- et bisexuels masculins vivent le *safer sex* comme une contrainte, source d'insatisfactions et de frustrations, ce qui explique, très probablement, l'irrégularité des précautions ou le retour aux pratiques plus risquées après une période d'abstinence ou de prise régulière de précautions (1).

D'où la nécessité de valoriser le *safer sex*, de l'associer au plaisir plutôt qu'à la contrainte, ainsi que de montrer les alternatives à une sexualité organisée trop exclusivement autour de la pénétration. En ce sens, les campagnes sur le *safer sex* s'inscrivent dans la stratégie de communication déjà adoptée par l'A.F.L.S. et les associations dans la promotion du préservatif, à savoir sa banalisation et son érotisation en l'associant au plaisir et aux jeux amoureux.

Si l'accord s'établit facilement sur ces principes stratégiques généraux, il est plus difficile de le maintenir quand il s'agit de présenter, en s'abstenant de tout jugement de valeur, des pratiques minoritaires et jugées « perverses » par certains, y compris au sein de la communauté homosexuelle. On bute ici à la double contrainte qui marque toute action de prévention sexuelle : comment donner les informations les plus exhaustives et explicites à ceux qui en ont besoin tout en évitant les effets de stigmatisation et les jugements moraux que peut susciter la révélation de pratiques marginales ?

D'où l'idée, formulée par le groupe d'experts sur la communication en direction des homo- et bisexuels masculins auprès de l'A.F.L.S. d'accompagner la

diffusion du dépliant d'une évaluation par questionnaire, la première dans son genre.

Cette évaluation devait fournir les éléments de réponse aux questions suivantes :

- quels sont les canaux de diffusion et de circulation du dépliant ?
- comment les répondants jugent-ils le texte et les images ? Y ont-ils trouvé des informations utiles sur la transmission du V.I.H. et des idées pour varier leurs pratiques dans le cadre du *safer sex* ? Expérimentent-ils des craintes concernant une éventuelle stigmatisation que pourrait provoquer un dépliant aussi explicite ?
- pour les responsables et acteurs de la prévention, il s'agissait de savoir s'il faut continuer à informer sur les voies de la transmission du V.I.H. malgré le niveau de connaissances très élevé qu'attestent tous les sondages.

Méthode

On demandait aux lecteurs de remplir et de renvoyer un questionnaire imprimé sur un volet détachable du dépliant, diffusé à partir de début mars 1990.

Ce questionnaire comporte 19 questions sur les caractéristiques sociodémographiques et le mode de vie du répondant, sur son appréciation du texte et des images, sur l'évaluation des risques encourus par le répondant et ses partenaires en fonction des informations données dans le dépliant, sur les demandes d'information supplémentaire, sur les effets qu'a eu le dépliant par rapport aux pratiques sexuelles du répondant.

L'analyse présentée ci-après concerne les 1 022 retours du questionnaire, reçus entre mars et août 1990, date à laquelle le nombre des renvois commence à ralentir.

RÉSULTATS

Sur 300 000 dépliant imprimés, 100 000 ont été diffusés pendant la période étudiée par encartage dans la presse gaie (*G.P.H., Illico, Ibiza, Midi*

* C.N.R.S.
 ** S.P.G. (Santé et Plaisir Gai)
 *** G.P.H. (Gai Pied Hebdo; traitement informatique)
 **** A.I.D.E.S., Paris/Île-de-France

(1) M. Pollak, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, 1988.