



HAL
open science

Evolution de la perception sociale du sida en Ile-de-France (1987- 1990)

W Dab, P. Quenel, N Beltzer, A Anes, Jean-Paul Moatti

► **To cite this version:**

W Dab, P. Quenel, N Beltzer, A Anes, Jean-Paul Moatti. Evolution de la perception sociale du sida en Ile-de-France (1987- 1990). Santé Publique, 1992, 4 (1), pp.4-13. hal-04860182

HAL Id: hal-04860182

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-04860182v1>

Submitted on 31 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.

Evolution de la perception sociale du sida en Ile-de-France (1987-1990)

Dab W. (1), Moatti J.P. (2), Quenel Ph. (3), Beltzer N. (2), Anes A. (4)

Une enquête KABP a été réalisée en mars 1990 auprès de 900 personnes représentatives de la population d'Ile-de-France. Elle permet d'analyser les évolutions survenues depuis la précédente enquête faite en décembre 1987. Si les principaux modes de transmission du VIH restent bien connus, il persiste encore 10 à 30 % de croyances en une transmission possible par les contacts de la vie quotidienne. On observe une montée des craintes personnelles mais une demande limitée de mesures coercitives. En dépit d'une prévalence croissante, les Franciliens restent parmi les plus tolérants vis-à-vis des personnes contaminées. Les campagnes d'information sont plutôt bien accueillies. Cet état de l'opinion globalement favorable à la prévention, demeure fragile, ce qui justifie de poursuivre sa surveillance pour guider les choix en matière de prévention. Ces résultats permettent de discuter le rôle de ces enquêtes pour la prévention de l'épidémie.

A KABP survey on Aids was undertaken in march 1990 in the Paris region (900 people, quota method). It allows to analyse the evolutions since the last survey realized in december 1987. The main routes of transmission are very well known. But 10 to 30 % of the population still believe in transmission by casual contacts. Personal fear is rising but the demand for coercive measures is limited. In this region, tolerance is the rule in spite of the increasing prevalence of the disease. Information campaigns are appreciated. Overall there is a favorable but unstable state of the opinion for preventive action. A follow up is therefore usefull. These results enlight the possible roles of these surveys for prevention.

Mots-clés :

Sida, Prévention, Enquête psychosociale, Sociologie, Opinion, Comportement, Ile-de-France.

En incidence cumulée la France figure, avec 4,4 cas de sida pour 100 000 habitants, au troisième rang des pays développés derrière les Etats-Unis (10,8) et la Suisse (6,2) (14). Cette donnée épidémiologique incite à s'interroger sur l'efficacité du dispositif de prévention dans notre pays. En particulier, vis-à-vis d'une telle situation, la

question se pose de savoir comment la population réagit et s'adapte à ce nouveau risque.

Cette question ne concerne pas seulement le chercheur. Elle interroge aussi les praticiens qui, sur le terrain, mènent des actions de lutte contre la contamination par le VIH et ses conséquences. En l'absence d'une thérapeutique curative et du vaccin, l'éducation sanitaire tien un rôle de premier plan parmi les outils préventifs. Mais les caractéristiques spécifiques de cette épidémie ne permettent pas de transposer simplement

(1) ENSP.

(2) INSERM U.240.

(3) INSERM U.88 (laboratoire Geste Santé Publique).

(4) ORS PACA.

Réception : 15/03/91 - Acceptation : 1/10/91.

l'expérience acquise en prévention primaire des « grands » problèmes de santé publique (accidents, maladies coronariennes, cancer etc.).

En effet, les différents travaux menés dans le domaine de la perception des risques pour la santé (17, 18) démontrent qu'un risque est d'autant plus redouté qu'il est sélectif, majeur et irréversible. Toutes ces caractéristiques s'appliquent au risque de contamination par le VIH (3) qui, de ce point de vue, peut être considéré comme un risque « majeur » au sens où l'on a parlé de risque technologique majeur (7). Le caractère contagieux, potentiellement source de déstabilisation des systèmes de régulation sociale et les principaux modes de contamination constituent une difficulté particulière pour les politiques de prévention. Celles-ci doivent sans cesse effectuer des arbitrages entre la nécessité de faire prendre conscience de l'existence d'un risque important et celle de créer un climat de confiance sans lequel les tentatives de modification de comportement, surtout lorsqu'il s'agit de comportements sexuels, sont voués à l'échec. Comme le dit Blendon (2), « la peur de la discrimination constitue un obstacle majeur à l'acceptation de nombre de mesures de santé publique ». C'est, ce qu'à sa façon Mann (9) avait fort bien exprimé en parlant de la superposition de trois épidémies : celle de la contamination par le VIH, celle des cas de sida avéré et celle concernant les réactions sociales, politiques et culturelles.

La prévention du sida ne peut donc pas être strictement technique. Elle doit tenir compte non seulement des données médico-scientifiques mais encore des attentes et des attitudes de la population et de l'environnement socio-culturel. Les progrès des droits de la personne rendent désormais impossible les mesures de police sanitaire classiques visant à circonscrire socialement le mal. De ce point de vue, le fait que les décideurs et les responsables des programmes de prévention se trouvent placés dans une situation de double contrainte a déjà été souligné (6, 16). La justesse scientifique des informations doit permettre à chacun d'évaluer correctement son propre risque. Mais en même temps, ces messages doivent tenir compte d'un impératif de justice sociale. Un discours rassurant peut, en première approximation, limiter les réactions ségrégatives et les phénomènes de peur (voire de paniques) collectives. Mais il peut en même temps entretenir une fausse réassurance et une mise à distance du risque, contraire à l'adoption individuelle de comportements de prévention. De même, au plan collectif, un tel discours peut s'avérer particulièrement sensible aux effets déstabilisateurs d'une crise liée par exemple à l'émergence de nouvelles informations scientifiques ou de difficultés sociales et juridiques à gérer des cas concrets de contami-

nation. En revanche, un discours alarmiste, s'il est mobilisateur, du moins en apparence, peut se traduire par une surestimation du risque de contagiosité associé à des phénomènes de rejet menaçant le nécessaire climat de confiance. En même temps, il pourrait alimenter à terme des réactions individuelles fatalistes quant à l'inévitabilité du risque et un découragement face à la prévention.

Ainsi, la surveillance des connaissances et attitudes vis-à-vis du sida, en relation avec la perception du risque et les comportements de prévention, apparaît logiquement comme une nécessité pour guider les actions de santé publique. Pour cela, l'Organisation mondiale de la santé a émis des recommandations pour la réalisation à intervalles réguliers d'enquêtes dites « KABP » (Knowledge, Attitude, Belief, Practice). En France, une série d'enquêtes répondant à cet objectif ont été réalisées depuis 1987. Leurs résultats d'ensemble ont été récemment publiés (11). Deux de ces enquêtes, permettent de suivre les évolutions en région Ile-de-France, réalisant l'amorce d'un véritable système de surveillance. La première, réalisée en décembre 1987, ne concernait que l'Ile-de-France (4, 5, 10, 16). La seconde a eu lieu en mars 1990 parallèlement à une enquête nationale. L'Ile-de-France constitue ici un cas particulièrement utile à surveiller. Comme le souligne Pellerin (15), « c'est en Ile-de-France que les premiers cas de la maladie furent observés en France et aujourd'hui, près de la moitié de tous les cas recensés concernent les Franciliens ». La situation dans cette région préfigure celle susceptible de survenir dans d'autres métropoles françaises.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête de 1990, comme celle de 1987, ont été réalisées sur un échantillon représentatif de la population d'Ile-de-France, de nationalité française, 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. Comme le souligne Nutbeam (13), ce type d'échantillonnage est acceptable lorsqu'il s'agit de surveiller l'évolution des opinions de la population.

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 avec un questionnaire administré à domicile par des enquêteurs de l'IFOP, préalablement for-

més. L'interview en face à face durait environ trois quarts d'heure et comportait, outre un signalétique sociodémoprofessionnel, 64 questions portant sur la perception des risques de l'infection à VIH, les connaissances sur la maladie et ses modes de transmission, les attitudes vis-à-vis des malades et des personnes porteuses du VIH, les opinions concernant la prévention. Parmi ces 64 questions, 37 étaient strictement identiques à celles posées en 1987.

L'analyse statistique a été faite par le logiciel SAS. La comparaison 1987/1990 s'est faite en utilisant, à titre indicatif, le test du chi carré et les ajustements ont été faits selon la méthode de Cochran-Mantel-Haenszel. Il convient cependant de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une enquête de cohorte mais bien de deux enquêtes transversales successives.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Une persistance des croyances sur la transmission par simple contact

En 1990, comme en 1987, la quasi-totalité de la population connaît les principaux modes de transmission du VIH (tableau I).

Une progression significative est même observée en ce qui concerne la proportion de la population qui sait que les transfusions sanguines sont une porte d'entrée possible. 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 piqûres de moustiques offrent une bonne illustration de cette évolution). 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 un risque potentiel ne peut être formellement exclu et cet accroissement est, pour l'essentiel, lié aux réponses « ne sait pas ». Il faut aussi noter qu'en 1990, 17,4 % des personnes interrogées croient à une transmission par contact animal (17,2 % de « ne sait pas ») et que la majorité des répondants (53,4 % avec 12,7 % de « ne sait pas ») pense que l'aiguille de l'acupuncteur peut être contaminante. Ces deux dernières questions n'avaient pas été posées en 1987. En ce qui concerne le don du sang, une majorité de personnes continue de croire qu'il peut s'agir d'une source de contamination. L'interprétation de ce résultat n'est pas simple et ce point mériterait d'être approfondi.

Tableau I : Connaissance des modes de transmission du VIH (Ile-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		p <
	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %	
Rapports sexuels	97,7	98,3	1,6	1,1	0,7	0,6	NS
Drogue IV	96,2	95,6	1,3	2,9	2,4	1,6	NS
Recevoir du sang	87,6	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	NS
Soins dentaires	40,6	43,7	50,6	44,3	8,8	12,0	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	26,6	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	NS
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	NS

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. Cet effet de l'âge est également observé pour la fréquentation de la piscine et pour l'acupuncture. Il 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 contact 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 diplômés supérieurs. Pour la transmission par la salive on trouve respectivement 44,1 % et 19,1 %. Pour les piqûres de moustiques 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 ($p = 0,02$). L'effet diplôme disparaît donc, ou s'atténue dès lors que l'on se trouve dans un domaine où les scientifiques sont dans l'impossibilité de rejeter la possibilité théorique du risque. Il est vraisemblable que le diplôme reflète tout à la fois l'accessibilité de l'information, la capacité de l'interpréter, la crainte qu'inspire la contagiosité et la plus ou moins grande sensibilité aux débats d'experts sur les modes de transmission.

Pour une majorité de gens, le virus du sida est d'origine naturelle (51 % en 1987, 48 % en 1990). L'origine simiesque est une croyance qui reste stable (18,2 % vs 17,1 %) de même que la croyance à une manipulation génétique accidentelle (11,7 % vs 10,6 %). L'hypothèse d'une manipulation génétique volontaire qui était déjà marginale en 1987 (5,7 %) régresse en 1990 (3,9 %) tandis que le nombre de « ne sait pas » s'accroît de 13,4 % à 20,4 %.

Une montée des craintes mais un maintien des attitudes sociales de tolérance

Depuis 1987, le niveau moyen de l'autoperception du risque d'être infecté par le VIH s'est déplacé vers le haut ($p = 0,0001$) (tableau II). Le groupe s'identifiant comme à

Tableau II : Perception du risque de sida (Ile-de-France 1987-1990)

Vous même, vous considérez que vous avez Plus, Le Même, Moins, Aucun, risque que la moyenne des gens d'être contaminé par le virus du sida ?

Perception du risque	1987	1990
« Plus de risque »	4,7 %	4,4 %
« Le même risque »	37,3 %	47,1 %
« Moins de risque »	22,0 %	16,2 %
« Aucun risque »	36,0 %	32,3 %

risque élevé est resté stable. Mais 36 % pensaient n'avoir aucun risque (vs 32,3 % en 1990), 22 % pensaient avoir moins de risque que la moyenne (vs 16,2 %) et 37,3 % pensaient avoir autant de risque que la moyenne (vs 47,1 %). On s'identifie donc désormais en plus grand nombre au risque moyen.

La proportion des personnes qui déclarent redouter pour eux-mêmes cette maladie a augmenté de 50 % en 3 ans, passant de 12,9 % à 19,4 % de la population (tableau III). Cependant, il ne faut pas s'en tenir à cette question indépendamment des craintes des autres maladies. Il existe en fait 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. 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 deuxième position derrière le cancer (les accidents de la circulation passent en 3^e position devant les maladies cardiaques, alors qu'ils n'étaient que 6^e en 1987) (tableau IV).

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 (1) : 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 6 fois sur dix 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).

Tableau III : Perception de l'importance des maladies et craintes qu'elles suscitent pour soi-même

- Q1 Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous dire si vous les craignez pour vous-même : très peu, peu, pas mal, beaucoup, énormément ?
- Q2 Pour chacun de ces risques et maladies, pouvez-vous dire si en 1989 il y a très peu, peu, pas mal, beaucoup ou énormément de personnes qui en sont morts ?

Années	Q1 - Craignent beaucoup ou énormément cette pathologie pour eux-mêmes		Q2 - Croient que cette pathologie cause beaucoup ou énormément de décès en France	
	1987 %	1990 %	1987 %	1990 %
Accidents de circulation	28,0	42,1	63,1	70,6
Cancer	28,7	40,0	60,9	68,7
Maladies cardiaques	20,7	27,9	57,7	57,9
Sida	12,9	19,4	18,3	37,1
Hépatite virale	4,1	5,9	2,3	4,1
Suicide	3,4	4,3	21,1	24,9

Tableau IV : Priorités de la prévention (Ile-de-France 1987-1990)

Si les pouvoirs publics avaient la possibilité de donner un milliard de francs supplémentaires de budget pour la prévention, quels sont les deux domaines auxquels vous souhaiteriez donner la priorité ?

Priorités	1987	1990
Cancer	64,6 %	61,6 %
Sida	45,12 %	48,2 %
Accidents de la circulation	10,4 %	25,5 %
Maladies cardio-vasculaires	19,6 %	14,7 %
Handicaps	13,0 %	12,2 %
Accidents du travail	7,0 %	7,9 %

Parallèlement, il existe une augmentation des inquiétudes, plus ou moins diffuses, où se mêlent une sensibilisation accrue à l'information sur l'épidémie et des inquiétudes croissantes sur son traitement social. Ceci peut aussi bien procéder d'un souci de ne pas pénaliser les personnes infectées que, contradictoirement, d'une anxiété sur l'efficacité d'une prévention fondée sur la responsabilisation des individus.

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 VIH (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 %). On note également que les indicateurs de sympathie à l'égard des malades régressent plutôt, alors qu'augmente la perception de la gravité de la maladie (tant du point de vue de la souffrance individuelle des malades que de ses conséquences pour la société).

Va aussi dans ce sens le fait que l'exigence d'information est nettement renforcée puisqu'en dépit des efforts d'information, 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 en matière d'information 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 quand il ne s'agit pas du médecin traitant.

Cette cristallisation croissante des craintes autour du sida ne se traduit pas cependant, du moins en l'état actuel, au niveau des attitudes à l'égard des personnes infectées, celles-ci étant bien sûr l'expression au niveau individuel de normes collectives (tableau V). Ici à nouveau, l'âge et le diplôme sont deux variables associées aux attitudes. Ainsi avant 25 ans, 80 % des personnes interrogées accepteraient de laisser leur enfant en compagnie d'un séropositif.

Tableau V : Attitudes vis-à-vis des personnes contaminées par le VIH et des malades du sida (Ile-de-France 1987-1990)

% d'accord	1987 %	1990 %	p (1) <
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	NS
Un malade est dangereux pour les autres	40,7	37,7	NS
Un malade coûte cher à la société	49,5	51,8	0,05
Un malade a droit au meilleur traitement	95,9	94,6	NS
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	NS
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) p est calculé sur 3 modalités : (oui, peut-être, non) ou (d'accord, peut-être, pas d'accord) selon la question

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.

Une demande limitée de mesures coercitives

On constate une régression significative d'opinions favorables à une gestion essen-

tiellement coercitive de l'épidémie et de la prévention de son extension. En ce qui concerne le dépistage obligatoire (tableau VI) 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 1989). Il faut remarquer que la demande d'un dépistage ciblé reste forte, indépendamment de sa faisabilité pratique dans certaines populations telles que les

Tableau VI : Opinions vis-à-vis des mesures de prévention (Ile-de-France 1987-1990)

% d'accord	1987 %	1990 %	p (1) <
Dépistage obligatoire pour :			
• prostituées	90	85,3	0,01
• toxicomanes	86,9	84,7	NS
• femmes enceintes	78,7	76,3	NS
• dans les prisons	74,6	67,8	0,01
• pré-nuptial	64,1	60,7	NS
• à l'armée	61,8	56,3	NS
• l'hospitalisation	57,1	55,2	NS
• aux frontières	51,8	49,9	NS
• 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	NS
Traduire en justice les séropositifs qui n'avertissent pas leur partenaire	56,5	52,8	NS
Consentement nécessaire pour dépistage	78,4	78,4	NS

(1) p est calculé sur les 3 modalités de réponse : pas d'accord, ne sait pas, d'accord

Tableau VII : Relations entre connaissances et attitudes à diplôme égal (Ile-de-France 1990)

Connaissances	Attitudes : accord avec le fait de		
	Laisser ses enfants en compagnie d'une personne séropositive	Isoler les malades du reste de la population	Dépister obligatoirement le VIH dans toute la population
Transmission par toilettes publiques	RR = 0,59 RRa = 0,63	RR = 2,31* RRa = 1,48	RR = 1,52 RRa = 1,42**
Transmission par verre	RR = 0,53 RRa = 0,57	RR = 3,33 RRa = 2,23	RR = 1,65 RRa = 1,37
Transmission par salive	RR = 0,62 RRa = 0,65	RR = 3,15 RRa = 2,86	RR = 1,34 RRa = 1,26
Transmission par piqûre de moustiques	RR = 0,71 RRa = 0,75	RR = 1,55 RRa = 1,37	RR = 1,33 RRa = 1,24
Transmission par don du sang	RR = 0,87*** RRa = 0,84***	RR = 1,50*** RRa = 1,28***	RR = 1,38 RRa = 1,26

* Interprétation : ceux qui croient dans ce mode de transmission sont d'accord avec cette attitude avec une fréquence plus élevée de 131 % comparés à ceux qui n'y croient pas

** Ra : Ratio ajusté pour le diplôme

*** Ratio non significativement différent de 1. $p < 0,05$ pour tous les autres.

prostituées ou les toxicomanes. On peut penser ici qu'une logique sanitaire découlant des modes de transmission prévaut sur une logique purement autoritaire. Dès que la connotation discriminative 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 pour 85 % des Franciliens un consentement doit être obtenu avant tout acte de dépistage.

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 VIH, ainsi que les opinions vis-à-vis des mesures de prévention tant ces croyances, au-delà de leur plausibilité biologique, ont aussi une signification idéologique (tableau VII). Au plan statistique, cette relation est nette et significative pour la plupart des variables. Par exemple, 43 % seulement 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. On peut exprimer ce résultat sous forme de ratio (R), ici égal à $43/69 = 0,62$ (tableau VII). Un ratio qui ne diffère pas significativement de 1 signifie l'absence de liaison. La variable diplôme, qui est liée à la fois aux croyances et à la tolérance des attitudes, est un facteur confondant. Mais l'ajustement sur cette variable montre que l'effet croyance persiste en règle

générale après la prise en compte de l'effet diplôme. Ainsi pour l'exemple cité, le ratio est de 0,48 pour les non diplômés, 0,75 pour les titulaires d'un brevet, 0,67 pour les bacheliers et 0,65 pour ceux ayant fait des études supérieures. On voit donc que l'effet diplôme joue en opposant les non diplômés aux autres. Mais il n'est pas suffisant pour expliquer la totalité de la relation croyances/attitudes : le R ajusté sur le diplôme (Ra) vaut 0,65 et reste significativement différent de 1.

Cette liaison statistique entre croyances et attitudes est délicate à interpréter dans le cadre d'enquêtes transversales successives. Il ne s'agit vraisemblablement pas d'un lien strictement causal. Il pourrait s'agir de deux reflets d'une même réalité ou bien encore d'une interaction avec d'autres facteurs importants comme la proximité individuelle avec les malades.

Le même type de relation existe entre les croyances et les opinions vis-à-vis de la prévention telles que « il faut isoler les malades du reste de la population » ou bien « le dépistage devrait être obligatoire pour toute la population ». Cette relation est plus forte avec les mesures de ségrégation qu'avec le dépistage. Il existe un effet diplôme mais qui n'explique pas non plus entièrement la relation. La croyance en la transmission par don du sang ne fonctionne pas comme les autres puisque là encore, elle n'est associée ni aux attitudes ni aux opinions.

Un accueil favorable des grandes campagnes d'information

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 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'a pas donné lieu à des messages télévisés avant mars 1990, date de l'enquête. Ce taux de mémorisation est lié à l'âge (diminution nette après 45 ans), au statut matrimonial (gradient descendant : divorcé, célibataire, vivant en couple, marié, veuf) et au diplôme. Les plus diplômés citent les principaux slogans 2 à 3 fois plus fréquemment que les non diplômés.

Une majorité (58,8 %) 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 (tableau VIII) mais qu'elle favorise les rejets et les peurs. La perception de ces campagnes et la tolérance exprimée sont reliées de façon nette au plan statistique. Il n'est

bien sûr pas possible de conclure à la causalité. Ainsi, ceux qui se déclarent « beaucoup » concernés par ces campagnes 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 %).

On note aussi que les Franciliens sont moins convaincus de l'action positive des campagnes en termes de renforcement de la tolérance et de la solidarité avec les malades et les personnes infectées, que l'ensemble des Français. En revanche, ils sont plus nombreux à penser que ces campagnes ont un impact positif sur les comportements concrets (utilisation de préservatifs, choix du partenaire, dépistage).

DISCUSSION

Ainsi, en Ile-de-France, entre 1987 et 1990, on a vu progresser les connaissances sur les principaux modes de transmission. Cela est certes encourageant même s'il est difficile de savoir la signification exacte de ce type d'information : connaissance réellement opératoire pour la prévention ? Reflet de ce que véhiculent les médias ? Représentation de la méfiance qu'inspire la maladie, qui pourrait expliquer le pourcentage encore élevé de gens qui croient en la possibilité de transmission lors d'actes habituels de la vie quotidienne ? De même, comment expliquer l'effet de l'âge ? Ciblage des messages, taux de fréquentation des médias ? Meilleure réceptivité et moindre résistance ? Modifica-

Tableau VIII : Opinions sur les campagnes nationales d'information (Ile-de-France, France, 1990)

	% d'accord Ile-de-France	% d'accord France
Les campagnes ont :		
• amélioré les connaissances	64,3	66
• suscité la compassion	38,1	43,1
• favorisé le rejet	32,1	28,9
• augmenté les peurs	70	69,9
• incité à utiliser les préservatifs	71,3	74,8
• incité à la fidélité	46,2	52,4
Sont concernés par les campagnes	58,8	48,7
Du fait des campagnes se sent :		
• plus proche des malades	27,8	25,7
• plus inquiet de ses risques	25,9	25,4
• plus inquiet pour la société	75	75,1
• incité à utiliser des préservatifs	20,8	12,1
• incité à choisir ses partenaires avec précautions	24,3	19,1
• incité à faire un test de dépistage	18	11,2

tions liées à l'évolution de la vie sexuelle ? Un dispositif de surveillance fonctionne à la manière d'un thermomètre : il indique un niveau, permet de générer des hypothèses mais son pouvoir explicatif est limité.

Il n'est d'ailleurs pas étonnant de constater qu'une proportion non négligeable de la population croit en la transmission lors des contacts habituels de la vie quotidienne. Dans l'esprit de beaucoup, la plupart des affections bactériennes ou virales sont transmissibles dans ce type de circonstances. Ceux qui croient en ces modes de transmission ne sont pas forcément favorables aux mesures autoritaires et ségrégatives, loin de là. Mais l'affirmation par certains de la transmissibilité dans les actes de la vie courante correspond aussi à une prise de position traduisant la méfiance qu'inspire cette maladie révélée dans des groupes considérés comme marginaux. Il est illusoire de croire que l'information scientifique peut constituer en elle-même un moyen efficace pour rassurer. Il persiste un noyau limité de réactions ségrégatives idéologiquement déterminées et vraisemblablement peu accessibles à une rationalité de type scientifique et sanitaire.

Finalement, le fait essentiel qui ressort des évolutions observées entre 1987 et 1990 concerne l'apparente discordance entre d'une part le renforcement de la tolérance, tel qu'il est mesuré à travers les opinions sur les mesures de prévention ou les attitudes exprimées vis-à-vis des personnes infectées et d'autre part la montée des craintes face aux conséquences individuelles et sociales de l'épidémie. Cette montée transparait notamment à travers la détérioration de la confiance dans la responsabilité des personnes séropositives à ne pas transmettre le virus.

Replacée dans son contexte, une telle observation peut générer deux types d'hypothèses. Une première pourra souligner que l'augmentation des craintes et l'inquiétude renforcée quant à son propre risque ressort avant tout d'un phénomène de prise de conscience, en soi favorable à l'adoption de comportements préventifs. Cette interprétation est confortée par les analyses concernant l'impact des campagnes d'information.

La seconde hypothèse fera ressortir que l'action publique en matière de prévention (entendue non seulement au sens restreint des campagnes d'information mais comme résultante des interventions des divers acteurs impliqués) a empêché jusqu'à présent que les inévitables difficultés dans la gestion quotidienne de la maladie (dues aux histoires anecdotiques mais spectaculaires par exemple) ne se traduisent en une plus grande adhésion à une logique coercitive aux dépens d'une confiance dans la responsabilité individuelle.

Ces hypothèses n'ont pas juste un intérêt scientifique. Elles sont susceptibles d'avoir des conséquences concrètes sur les choix stratégiques. Ainsi, la seconde interprétation conduit à se garder d'un optimisme excessif et même à redouter une instabilité de l'équilibre actuel dans l'état de l'opinion qui est globalement favorable à la tolérance et à la prévention ainsi que nous l'avons vu.

CONCLUSION

En tout état de cause, les arbitrages complexes entre les deux grands objectifs de la prévention (i.e. motiver au plan individuel et collectif les modifications de comportements et favoriser la solidarité avec les personnes infectées) impliquent une vigilance constante qu'une enquête ponctuelle ne peut soutenir (12). C'est bien d'un système de surveillance dont il faut disposer.

Pour la première fois en France, on dispose d'une série d'enquêtes qui mieux que les simples sondages permettent de suivre l'évolution de l'inscription sociale de l'épidémie de sida au sein de la population. L'organisation des actions de prévention doit reposer à la fois sur des considérations techniques, cet aspect de la question, notamment pour ce qui concerne l'évaluation du risque de contamination, méritant certainement de faire l'objet de larges développements en France, et sur des considérations sociales, marquées par la nécessité de limiter les réactions ségrégatives malgré la progression de la prévalence de la maladie.

Dans l'histoire des épidémies, il est habituel que des facteurs sociaux et politiques prennent le pas sur des considérations strictement médico-techniques (8). Mais le sida constitue désormais un véritable symbole social. A travers lui, s'appréhendent les attitudes vis-à-vis des groupes minoritaires, le rôle de l'Etat et des organisations privées en matière de santé publique, la capacité à réagir face à un risque nouveau, la possibilité d'organiser un véritable travail intersectoriel.

Le développement d'un corpus de connaissances sur la perception sociale du sida, en tant que paramètre central dans les stratégies de prévention, ne garantit bien évidemment pas du résultat. Mais au moins permet-il aux décideurs d'explicitier leur système de valeurs et d'assurer ainsi la cohérence de leur choix. C'est certainement la principale contribution des enquêtes KABP dans la lutte contre cette épidémie.

Remerciements :

Nous remercions France Lert pour ses commentaires sur les versions successives du manuscrit.

Bibliographie

1. Bajos N, Menard C, Serrand C, Moatti JP. Perception du sida et modifications de comportements sexuels dans la population hétérosexuelle « à risque ». BEH 1989;11.
2. Blendon RJ and Donelan K. Discrimination against people with aids. The public's perspective. New engl J Med 1988;318:1022-1026.
3. Brunet JB, Dab W. Le sida est-il un risque majeur et un facteur de crise dans les grandes métropoles ? In : Risques majeurs, crises et métropoles, enjeu des années 2000. Actes du colloque scientifique Metropolis, janvier 1988, IAURIF ed. Paris:506 p.
4. Dab W, Moatti JP, Abenhaim L, Bastide S, Pollak M. Le sida et le comportement sexuel des Franciliens. BEH 1988;40:193-194.
5. Dab W, Moatti JP, Bastide S, Abenhaim L, Brunet JB. Misconceptions about transmission of aids and attitudes toward prevention in the french general public. AIDS 1989;3:433-437.
6. Fineberg HV. Education to prevent aids: prospects and obstacles. Science 1988;239:592-596.
7. Lagadec P. Etats d'urgence. Paris, Le Seuil 1988.
8. Last J. Epidémies d'hier, sida aujourd'hui. Médecine/Sciences 1989;5:206-212.
9. Mann J. Aids: a global strategy for a global challenge. Impact Sc Soc 1988;38:163-167.
10. Moatti JP, Dab W, Abenhaim L, Bastide S. Modifications of sexual behaviour related to aids: a survey in Paris region. Health Policy 1989;11:227-231.
11. Moatti JP, Dab W, Pollak M. et al. Les attitudes et comportements des Français face au sida. La Recherche juin 1990:888-895.
12. Moatti JP. La contribution des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les comportements à la prévention du sida. In : Santé Publique et maladies à transmission sexuelle. Job-Spira N, Spencer B, Moatti JP, Bouvet, eds. John Libbey Eurotext, Paris 1990;279-288.
13. Nutbeam D, Catford JC, Smail SA, Griffiths C. Public knowledge and attitudes to aids. Public health 1989;103:205-211.
14. OMS Relevé Epidém Hebd 1990;65:337-344.
15. Pellerin J. Situation du sida en Ile-de-France. Rapport ORS. Juillet 1990. Paris:92 p.
16. Pollak M, Dab W, Moatti JP. Systèmes de réaction au sida et action préventive. Sciences Soc et Santé 1989;7:111-139.
17. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S, Derby SL, Keeney RL. Acceptable risk. Cambridge University Press 1981, New York.
18. Slovic P. Perception of risks. Science 1987;236:280-284.