

DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DES CAMPAGNES
DE PREVENTION CONTRE LE SIDA
EN SUISSE

ETUDE DU GROUPE
"DRAGUEURS(EUSES)"

JANVIER 1988

Jean-Blaise Masur

Etude faisant partie de
l'évaluation globale des programmes de lutte contre le SIDA en Suisse.
Coordination et synthèse : D. Hausser, Ph. Lehmann,
F. Dubois-Arber, F. Gutzwiller.

Cah Rech Doc IUMSP no 23.5

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

*Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

Citation suggérée :

Masur J.-B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse : Rapport sur l'étude du groupe "dragueurs(euses)". Janvier 1988.
- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 105 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23.5)

Evaluation des campagnes de lutte contre le SIDA en Suisse.

L'ensemble de l'évaluation, sur mandat de l'Office fédéral de la Santé Publique, comprend les publications suivantes sous forme de Cahiers de Recherches et de Documentation de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive :

- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F.
Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.

- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F.
Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.

- 19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987).
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.

- 23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Décembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 96 p.

- 23.1 Zeugin P.
Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.

- 23.2. Gurtner F., Zimmermann H.-P., Kaufmann M., Somaini B.
Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten. Eine Sentinella-Studie. November 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988 (à paraître).

- 23.3. Di Grazia M.
Giovani e salute. Fattori di rischio e loro percezione soggettive. Reclutamento 1987. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.

- 23.4. Schröder I, Mathey M.-C.
Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für
Sozialforschung, Zürich. November 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.5. Masur J.-B.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse.
Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.6. Dubois-Arber F.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse.
Rapport de l'étude : les Homosexuels. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.7. Wülser H., Duvanel B.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse.
Rapport de l'étude : les Toxicomanes. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.8. Stricker M.
TROPEX-Studie zur Erfassung des HIV-Risikos bei Tropenreisenden.
Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988 (à paraître).
- 23.9. Dubois-Arber F.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse.
Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.10 Schröder I, Mathey M.-C.
Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für
Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der
Schweizer Presse. Analyse der Medienreporte. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.11. Mathey M.-C., Schröder I.
Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.
- 23.12. Zeugin P.
Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen
Meinungsbildnern. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
1988.

RESUME.

RECHERCHE:SIDA/PARTENAIRES MULTIPLES/'DRAGUEURS(EUSES)'.

But de la recherche:

Evaluation semi-quantitative et qualitative concernant le groupe " Dragueurs(euses) "(partenaires multiples et occasionnels) considéré comme pouvant avoir ou ayant des comportements à risques face au SIDA.

4 préoccupations distinctes à savoir :

1.-**Définir**, mieux connaître cette population, quelles sont ses caractéristiques, ses comportements, ses fonctionnements; à partir de ces prémices, établir **une typologie** . Nous avons défini 5 groupes différents: Le Chasseur solitaire, le Chasseur grégaire, le dragueur qui s'ignore avec tournus de partenaires, l'Idéaliste en recherche, et enfin la drague compensation ou déprime.

2.-**Evaluation semi-quantitative** :cette population a-t-elle modifié ses pratiques (safer-sexe) **avant et après** les campagnes STOP-SIDA/ OFSP/ASS ? oui,non,comment et pourquoi?

3.-**Evaluation semi-qualitative**: comment les informations, les thèmes, les émetteurs, les codes utilisés, les objectifs de la campagne ont-ils été **reçus, acceptés, mis en pratique** ; problèmes épistémologiques rencontrés, et analyse par les dragueurs(euses) eux-mêmes de ces éléments.

4.-**Evaluation qualitative**: **études des résistances aux changements**, pourquoi et comment le safer-sexe est-il mal intégré dans cette population? (2 approches cliniques). Etude des stéréotypes et représentations face aux préservatifs.

METHODES UTILISEES.

Pour la partie 1 : typologie, nous avons utilisé certains modèles fournis par la psychologie sociale (catégorisation, les styles de comportement et leur représentation sociale etc.). Pour les parties 2 et 3 : grille-questionnaire à entretien semi-dirigé (questions ouvertes ou fermées): une soixantaine de questions. Pour la partie 4 : 2 approches cliniques: test des associations verbales de JUNG et l'épuisement psycho-cognitif.

POPULATION: 50 sujets, dont 25 pour la Suisse Romande, 10 pour la Suisse Allemande et 5 pour la Suisse Italienne, et environ une douzaine de pré-tests plus ou moins complets. Nous avons cessé l'exploration dès l'apparition de redondances tant au niveau informationnel qu'au niveau typologique.

PRINCIPAUX RESULTATS ET CONCLUSION :

Cette population n'a pas d'identité groupale, ils sont hyper-individualisés et ritualisés. On observe peu de changement au niveau de la pratique du safer-sexe, ceux qui le pratiquaient déjà avant la campagne renforcent leurs pratiques, les autres continuent comme avant, c'est à dire sans précaution.

Cet échantillon de population stigmatise encore beaucoup les homosexuels, les toxicomanes, et la prostitution comme étant les seuls à avoir des conduites à risques.

Et ils n'ont que peu conscience d'avoir eux-mêmes des conduites ou des comportements à risques, exception relative en typologie I et II.

On remarque par contre la mise en place de néo-comportements excluant le préservatif mais allant dans le sens de la prévention (petting, coït manuels, caresses, etc.).

La population féminine de la typologie V a dans certains cas des comportements "paradoxaux" allant vers des prises de risques maximum: augmentation du nombre de partenaires et pratiques sexuelles sans aucune précaution; cela s'observe sous 2 variables: alcool et/ou médicaments et déprime. Il est difficile d'évaluer l'impact SIDA dans ces pratiques qui ne sont pas nouvelles.

On observe une stéréotypie très négative au niveau du préservatif (préservatifs égale SIDA, homosexualité, prostitution etc.). Le SIDA c'est pour les autres, ils ne se sentent pas concernés mais ils en ont peur.

On note une pharmacodépendance (alcool et médicaments) chez certains; cette dépendance est à elle seule capable d'inhiber des conduites préventives. L'information (ainsi que ses inférences) n'est pas métabolisable telle qu'elle, elle doit être obligatoirement rediscutée (re-élaborée) par les "pairs" (amis, connaissances, autres dragueurs etc.). Cette population est très demandeuse de tests anti-HIV, plus de 50% de l'échantillon l'on fait ou sont désireux d'en faire un dans les plus brefs délais.

Pour eux, l'information sur le SIDA est trop abondante, par contre la qualité fait défaut.

SOMMAIRE

Etude concernant le groupe " Dragueurs(euses) " .

RESUME: (p.A, B, C).

BUTS DE LA RECHERCHE INTRODUCTION: (p. 6 à 10).

A.Evaluation semi-quantitative sur 5 axes.

B.Evaluation qualitative des comportements.

C.Etude des résistances aux changements.

D.Portrait type du dragueur(euse).

Méthodes : Description et utilisation de l'instrument
" Grille questionnaire " .

PREMIER VOLET:

Fiche personnelle. (p.10 à 11).

Aperçu de Typologie. (p.12 à 16).

SECOND VOLET: Partie A.

Comportements observés avant et après la campagne STOP-SIDA, évaluation semi-quantitative des thèmes, des émetteurs, et des différentes informations sur le SIDA, par les dragueurs(euses) eux-mêmes. (p.16 à 18).

TROISIEME VOLET: Partie B.

Evaluation qualitative des pourquoi et des comments du changement ou du non changement, comportements modifiés ou non (p.18 à 20).

QUATRIEME VOLET: Partie C.

Mécanismes de résistance au changement, et aux préservatifs, examinés par 2 approches cliniques différentes. (p.20 à 22).

Déroulement de l'enquête et difficultés pratiques rencontrées lors de la passation de la grille-questionnaire. (p.23 à 26).

Echantillon de population. (p.26 à 27).

Représentativité de l'échantillon étudié.
(p.27 à 29).

Les différents biais d'échantillonnage, points 1 à 4. (p.29 à 31).

Constitution de l'échantillonnage (p.31 à 32).

Validité de l'échantillonnage. (page. 32).

Reproductibilité. (page. 33).

DESCRIPTION:

Présentation de quelques résultats extraits de la recherche.

Exemples, discussions et commentaires, déclencheurs, motivations etc..

Représentations et croyances sur le SIDA.
(p.34 à 37).

Attitudes face à la prévention. (p.37 à 42).
 Perception des risques. (page. 42).
 Résistances aux préservatifs. (p.42 à 45).
 Comportements de protection. (p.45 à 47).
 résistances, déclencheurs, motivations).

ANALYSES:

Conclusions généralisables et partiellement
 généralisables pour le groupe étudié.

- (1) Typologie. (p.48 à 49).
 - (2) Niveau socio-culturel. (p.49 à 50).
 - (3) Comportements positifs. (p.50 à 51).
 - (4) Représentations négatives. (p.51 à 52).
 - (5) Conscience des risques. (p.52 à 53).
 - (6) Demande de tests. (p.53 à 54).
 - (7) Analyse de l'information. (p.54 à 56).
 - (8) Multiplicateurs/Pairs. (page. 57).
 - (9) Le SIDA c'est l'autre. (p.58 à 60).
 - (10) Déclencheurs +/- . (p.60 à 61).
 - (11) Comportements négatifs. (p.61 à 62).
 - (12) Attente préventive. (page. 62).
 - (13) Influence de la campagne. (p.63 à 64).
 - (14) Stratégies préventives. (page. 65).
 - (15) Variables sexes/âges. (p.65 à 66).
- Représentativité de l'échantillon et représen-
 tativité versus population générale.
 (p.66 à 67).

CAMPAGNE STOP-SIDA:

Action de la campagne sur le milieu dra-
guez(euses). (p.68 à 74).

Légitimité des émetteurs. (p.74 à 76).

Les messages sont-ils perçus pertinents,
convaincants ? (p.77 à 78).

Que conseillent les dragueurs(euses) pour
améliorer la campagne Stop-Sida.

(p.78 à 81).

Comment les dragueurs(euses) jugent-ils
l'effet de la campagne sur la société.

(écoute, acceptabilité, appréciations).

(p.81 à 82).

TESTS:

Qui fait le test, pourquoi, conséquences ?

(p.83 à 85).

Jugement du milieu dragueurs(euses) sur
l'opportunité de faire un test anti-HIV.

(p.85 à 86).

MST, hépatite et drague, conséquences sur
la prévention. (p.86 à 87).

Résumé en chiffres. (page. 88).

CONCLUSIONS:

Bilan sur les actions de prévention entreprises. (p.89 à 92).

Suggestions de types d'actions, de stratégies, de messages à proposer.

(p.92 à 94).

Discussions et commentaires.

. Modèle social. (p.95 à 97).

ANNEXES:

* * * * *

* * * *

METHODES

BUTS DE LA RECHERCHE.

Evaluation semi-quantitative et qualitative concernant le groupe "Dragueurs(euses)" (partenaires multiples et occasionnels) considéré comme pouvant avoir ou ayant des comportements à risques face au SIDA.

Les buts de la recherche s'inscrivent dans quatre préoccupations distinctes, à savoir: **A,B,C,D** .

A Une évaluation semi-quantitative portant sur 5 axes.

1.- La campagne STOP-SIDA a-t-elle modifié certains comportements à risques dans le groupe considéré? (A1).

La campagne STOP-SIDA a-t-elle eu une influence sur l'utilisation de préservatifs, oui, combien, non ? Evaluation chiffrée du nombre de préservatifs utilisés avant et après la campagne lors de rencontres occasionnelles, et évaluation des comportements à risques.

2.- Analyse de 8 à 10 thèmes retenus par les dragueurs lors de la campagne, couplés pour analyse comparative avec 8 à 10 thèmes évoqués spontanément par les dragueurs(euses) (A2).

Il peut être intéressant d'obtenir de notre échantillonnage un classement subjectif des thèmes qui les ont le plus convaincus, le moins convaincus, les thèmes acceptés, les thèmes refusés.

3.- Analyse de l'information : a-t-elle été perçue comme pertinente, objective, les dragueurs adhèrent-ils personnellement aux messages émis ? (A3).

Analyse de l'information: Comment est-elle perçue par les dragueurs(euses) ? Objective, subjective, suspecte et tendancieuse, démagogique, contre-informative, génératrice d'angoisse, pertinente ou non pertinente, bruit de fond.

4.- Comment les différents émetteurs (3 ou 4) sont-ils perçus par les dragueurs(euses) ? (A4).

Les émetteurs sont-ils connus ? Perception de l'intentionnalité des émetteurs; l'émetteur est-il perçu comme pertinent, crédible ? Adéquation ou non du code utilisé par l'émetteur pour influencer le récepteur (lisibilité et compréhension des messages).

5.- Appréciation globale de la campagne par les dragueurs: évaluation des impressions subjectives et objectives concernant la campagne. (A5).

A-t-elle atteint ses objectifs ? oui, non, pourquoi ?

A-t-elle globalement convaincu (influence sociale) ?

Que changer pour la rendre plus efficace, plus pertinente?

B Evaluation qualitative en termes de comportements modifiés ou non modifiés.

1.- S'il y a eu modification de comportements, comment ces comportements ont-ils été modifiés par l'usage ou le non-usage de préservatifs ? (B1).

Y a-t-il eu intégration de nouvelles normes, quels sont les éléments qui ont fait changer les comportements ?

Comment les préservatifs ont-ils été intégrés et acceptés dans la pratique de l'échantillon concerné; autres problèmes rencontrés avec les préservatifs, obstacle à la drague, refus de rapport, autres pratiques sexuelles misent en place etc..

2.- Mise en place d'autres comportements excluants l'usage des préservatifs (B2).

Comportements de fuite, peur de se faire infecter par l'autre, perte de confiance en soi, réduction du nombre de partenaires sexuels, calcul de risques, abstinence, substitution par des pratiques sans risque, etc..

C Etude des résistances aux changements

1.- Quels sont les déterminants représentatifs, cognitifs, comportementaux, psychologiques et sociaux qui font que l'on ne puisse ou ne veuille utiliser des préservatifs?

Il s'agit d'appliquer ici deux approches de type clinique, test d'association verbale de K.G.JUNG et test d'épuisement cognitif (pour plus de détails voir le descriptif de la grille), afin de pouvoir dégager et comprendre les résistances conscientes et inconscientes de type cognitif, psychologique et social mise en place par un sujet, et qui lui font refuser plus ou moins inconsciemment les préservatifs (mise en évidence de stéréotypes).

D Etude qualitative de la population " dragueur(euse)."

Menée en parallèle avec l'étude A, B, C.

Dans le projet de la présente recherche, nous avons défini assez " grossièrement " le portrait type du dragueur , en omettant celui de dragueuse car supposé identique. Lors du pré-test validant les points cités plus haut (**A, B, C**), nous nous sommes vite aperçus de l'aspect limitatif de ne tenir compte que d'un portrait type et du nombre de partenaires occasionnels; et de négliger la personnalité du dragueur ainsi que les caractéristiques

de drague. Lors de notre pré-test, nous avons fait l'hypothèse implicite que ce groupe présenterait des caractéristiques homogènes autres que celles du nombre de partenaires sexuels différents; ce qui eu a pour corollaire que notre grille questionnaire (A;B;C) a été établie en fonction de cette hypothèse.

L'expérience acquise lors du pré-test de notre grille nous montre d'une façon péremptoire que cet échantillon ne présente pas l'homogénéité attendue et de loin s'en faut; nous avons pu mettre en évidence 5 typologies différentes . En parallèle à l'étude citée plus haut, nous avons donc tenté de déterminer et d'analyser les caractéristiques psychologiques, sociales et comportementales de cet échantillon de dragueurs(euses) qui jusqu'à présent et à notre connaissance n'avait fait l'objet d'aucune étude particulière, ce qui les caractérisait n'étant que le nombre de partenaires, multiples et occasionnels.
(pour la typologie complète, se référer au chapitre grille-questionnaire).

DESCRIPTION ET UTILISATION DE L'INSTRUMENT.

" GRILLE-QUESTIONNAIRE "

(utilisation, validité, reproductibilité, différents biais)

Notre grille-questionnaire comporte quatre volets différents , à savoir:

PREMIER VOLET. (FICHE SIGNALETIQUE ET PERSONNELLE).

Une fiche signalétique regroupant des renseignements personnels propres à chaque sujet de l'échantillon: nom, prénom, âge, sexe, état civil, zone linguistique et culturelle d'où provient le sujet, canton de domicile, lieu et date de l'entretien, scolarisation ou niveau socio-professionnel (4 niveaux) allant de l'école obligatoire (niveau I) à de hautes études terminées (niveau IV).

Une rubrique définit certaines modalités : possibilité de passer l'entretien d'une façon totalement anonyme, rétribution possible du sujet, enregistrement sur cassette de la totalité de l'entretien. Ce volet comporte aussi un bref questionnaire sur l'attitude des sujets concernant le test anti-HIV: fait, pas fait, désireux d'en faire un, pourquoi, résultat; nous nous renseignons aussi sur l'entourage du sujet: y a-il des séropositifs, des malades atteints du SIDA dans son environnement proche.

Suit un questionnaire relatif aux MST (maladies sexuellement transmissibles) et à l'hépatite B dont le sujet aurait pu être porteur; conséquences éventuelles sur la prévention et sur les comportements de "drague".

Pour terminer ce volet, une typologie définie pour cinq sous-groupes ventile les sujets en fonction de leur mode d'appartenance à différents types de dragueurs.

BREF APPERCU DE LA TYPOLOGIE PROPOSEE.

Typologie I " Le Chasseur Solitaire ".

Ses buts : la multiplicité des partenaires occasionnels, surtout axé sur le nombre, secondairement la variété; une fois l'"objectif" atteint (un rapport sexuel), il passe au suivant sans entretenir de relations durables avec sa conquête; répétition quasi compulsive du schéma conquête-
-passage à l'acte-reconquête; ici la dimension ludique est très importante.

Comment, les moyens: Importante notion d'itinéraires ou plutôt de territoires de "drague" établis par avance et souvent le même. Par exemple: Parc-quais (bord du lac), boîtes ou club. Ce "drapeur" ne passe pas un temps important pour arriver à ses fins, rarement plus d'une soirée; une fois obtenu ce qu'il désire, il ne revoit plus la personne, et ceci à quelques exceptions près.

Il pratique surtout en belle saison, du printemps à l'automne, deux à trois fois par semaine, rarement le "week-end"; ses comportements sont très ritualisés.

Indépendamment de la pratique de son "art", ce dragueur peut avoir une petite amie attitrée qu'il tient rigoureusement en dehors de sa pratique; avec elle, il n'utilise pas le "safer-sexe" (préservatifs ou conduites sans risques). Les sujets appartenant à cette typologie sont en général des hommes jeunes, célibataires et d'un niveau socio-
professionnel assez bas; ils ont conscience de leurs com-

portements à risques (30 partenaires différents en moyenne annuelle), ils utilisent pratiquement chaque fois des préservatifs en couple de "drague" surtout depuis les campagnes d'informations massives anti-SIDA; avant ils se protégeaient déjà mais à moindre fréquence; ils ont tous contracté des MST "banales"; quant aux " résultats de drague", le "rendement" est en légère baisse cette année par rapport à 1985,1986; le risque SIDA semblerait y être pour quelque chose.

Les liens psychologiques qui unissent ce type de "dragueur" avec leurs partenaires mériteraient à eux seuls une étude spécifique; car on retrouve comme partenaire de cette typologie des sujets (femmes) de la typologie V.

Typologie II " Les Chasseurs-Grégaires.

Ils présentent des caractéristiques communes avec la typologie I; ce qui les différencie, c'est qu'ils draguent en groupe (par paire généralement), qu'ils n'ont pas de territoire privilégié et que le nombre de partenaires différents n'est pas l'objectif principal.

Ils sont moins typés et plus éclectiques dans leurs pratiques et dans leurs ambitions, ils sont aussi plus dilettantes; le binôme copains-drague semble non réductible .

Il y a souvent échange de partenaires avec les copains; les liaisons peuvent durer plus longtemps, plusieurs li-

aions plus ou moins avancées peuvent cohabiter, avec ou sans amie attirée, ce qui n'est pas le cas en typologie I.

Ce sous-groupe est moins sensibilisé aux comportements à risques liés à leurs pratiques sexuelles que le sous-groupe précédent, la prévention est surtout basée sur une "analyse subjective des signes extérieurs ou encore à la tête du client". On peut dire que le risque SIDA a une influence quantitativement négative sur ce sous-groupe (diminution des passages à l'acte sexuel, qu'il soit protégé ou non).

Ils gardent le côté ludique de la drague, mais en fantasmant plus ou moins sa finalité.

Dans ce sous-groupe, on trouve une majorité d'hommes, ainsi que quelques femmes, ce qui n'est pas le cas en typologie I.

Typologie III " Le dragueur(euse) qui s'ignore "

Ces sujets présentent bien un nombre de partenaires différents égal ou supérieur à 4 ou 5 par mois, mais non occasionnels; ce sont les mêmes qui s'inscrivent dans un système de tournus hebdomadaire ou mensuel.

Ces sujets n'ont pas conscience d'avoir des comportements à risques et ne prennent le plus souvent aucune précaution de type safer-sexe.

Il s'agit pour eux d'appliquer le concept de la fidélité dans le changement.

Dans ce sous-groupe, nous trouvons une faible majorité d'hommes; et il n'y a pas de stratégie de drague particulière ni de comportement spécifique; par contre l'investissement affectif semble nettement plus présent et marqué que dans les sous-groupes précédents.

Typologie IV : Le(la) Dragueur(euse) "Idéaliste " ou paradoxal(e).

Tout en ayant 2 ou 3 partenaires différents en moyenne mensuelle, il (elle) est à la recherche d'un (une) partenaire stable et idéal(e) pouvant s'inscrire dans un vécu, une durée.

Pour atteindre cet idéal, il (elle) multiplie les partenaires. Il (elle) est très peu sensibilisé au safer-sex car il (elle) n'a pas du tout l'impression de draguer, il (elle) est en recherche; on observe pour ce sous-groupe un investissement affectif relativement massif, mais de très courte durée. Ce sous-groupe n'a pas de lieu ou de stratégie de drague particulière; on trouve un nombre plus ou moins égal d'homme et de femme.

Typologie V : "La Drague compensation ou déprime."

Ce sous-groupe est difficile à définir par des caractéristiques sociologiques; son registre est d'ordre psycholo-

gique , " un mal être " pousse ces sujets à multiplier les contacts avec d'autres personnes de sexe différent afin de s'entourer d'un nombre important de partenaires réels ou fantasmés, avec ou sans passage à l'acte sexuel.

Le nombre de partenaires potentiels varie proportionnellement à l'état psychique du sujet; les passages à l'acte peuvent être importants ou au contraire nuls ou fantasmés. Dans ce sous-groupe, on observe souvent une pharmacodépendance médicamenteuse ou alcoolique, ou les deux à la fois; on trouve dans ce sous-groupe une majorité de femmes, mais sans comportement ou stratégie particulière de drague; une " certaine affinité " lierait les sujets de ce sous-groupe avec des sujets de la typologie I voire la II. Prévention, SIDA, safer-sexe ne signifient pas grand chose pour ce sous-groupe.

* * * * *

SECOND VOLET. (PARTIE **A** DE LA RECHERCHE).

Un second volet de type questionnaire psycho-social avec questions ouvertes et fermées en entretien dirigé et semi-dirigé porte sur l'évolution des comportements observés avant et après la campagne, ainsi que sur l'évaluation par les dragueurs(euses) eux-mêmes des thèmes, des émetteurs, et des différentes informations circulant sur le SIDA ; l'accent est mis surtout dans cette partie "A" sur l'aspect quantitatif ou semi-quantitatif.

On trouve ici le descriptif de l'usage des préservatifs utilisés avant et après la campagne, pour eux-mêmes et tel qu'ils le supposent dans la population générale (aspect quantitatif), une évaluation des comportements à risques tels que perçus par les dragueurs(euses); en d'autres termes, ont-ils conscience d'avoir eu ou d'avoir des comportements à risques face au SIDA ; on demande à chaque sujet d'évaluer sur une échelle en 10 points ses propres comportements à risques et d'en faire un listage exhaustif (entretien dirigé et semi-dirigé à questions ouvertes ou fermées, partie A1).

Quels sont les thèmes retenus par les sujets lors de la campagne Stop-SIDA, quels sont les thèmes qu'ils évoquent spontanément ? Nous demandons à chaque sujet pour les thèmes retenus et évoqués d'indiquer à l'aide d'une échelle en 10 points ce qu'il pense de la pertinence et de l'objectivité des thèmes, ainsi que son niveau d'adhésion personnelle aux thèmes proposés (entretien semi-dirigé à questions ouvertes, partie A2).

Ensuite nous procédons à une analyse de l'information telle que perçue, où nous examinons les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'information; nous indiquons à chaque sujet une douzaine de propositions qualifiant l'information SIDA et nous lui demandons de se situer par rapport à ces propositions; pour cela il dispose d'une échelle en 10

points (1=non, et 10=oui). L'information est-elle perçue comme objective, crédible, génératrice d'anxiété, moralisante, utile, suffisante, etc. (entretien dirigé à questions ouvertes, partie A3).

Ce volet se termine par l'analyse semi-quantitative des émetteurs retenus et évoqués par les sujets ainsi que des codes de communication utilisés; l'émetteur est-il crédible, pertinent, objectif, fiable; adhère-t-on à ses messages? Le code de communication est-il lisible, compréhensible? (entretien semi-dirigé à questions ouvertes. partie A4). Une évaluation globale de la campagne est demandée à chaque sujet; quels sont les objectifs de la campagne, les a-t-elle atteints, vous a-t-elle convaincus et quelles conséquences comportementales en avez-vous tiré, que changeriez-vous pour la rendre plus efficace, pertinente? (entretien libre à questions ouvertes, partie A5).

TROISIEME VOLET. (PARTIE **B** DE LA RECHERCHE).

Il s'agit ici d'une évaluation qualitative ou semi-qualitative en terme de comportements modifiés ou de néo-comportements (intégration de nouvelles normes si celles-ci se sont mises en place); nous nous préoccupons surtout " des pourquoi et des comment " du changement, ou du non changement.

Dans un premier temps, nous classons tous nos sujets en 4

groupes, en fonction du nombre de rapports protégés (pré et post-campagne) qu'ils nous indiquent; premier groupe: rapports protégés par préservatif égal ou supérieur à 8 rapports sur 10: deuxième groupe: de 5 à 8 rapports protégés sur 10: troisième groupe: de 2 à 5 rapports protégés sur 10: quatrième groupe: moins de 2 rapports protégés sur 10.

Chaque sujet, une fois son groupe d'appartenance déterminé, passe le questionnaire B, identique pour les groupes 1 à 3, différent pour le groupe 4. Ce qui nous intéresse surtout pour ce groupe, c'est le pourquoi et le comment du non changement (que reproche-t-il explicitement aux préservatifs)?

Par entretien semi-dirigé à questions ouvertes, chaque sujet doit répondre aux questions suivantes:

Quels sont les éléments qui ont fait que vous avez modifié, ou pas modifié vos comportements sexuels, comment et par quelle stratégie les avez-vous modifiés, le risque SIDA va-t-il vous imposer des comportements de prévention, pensez-vous pouvoir échapper à ces conduites?

Suit une série de questions sur préservatifs et sexualité, mélangée avec des questions sur le non-usage des préservatifs et la sexualité, autres préventions que le préservatif (par exemple: pratique du "petting", coït manuel, comportements d'abstention etc..).

Le but essentiel de cette partie "B" est de répondre aux questions suivantes:

Vous avez modifié vos comportements sexuels en utilisant des préservatifs, quels sont les déterminants qui vous ont fait les utiliser et comment les avez-vous intégrés dans vos pratiques sexuelles ? (groupe 1 à 3).

Vous n'utilisez pas de préservatif, vous avez modifié vos comportements sexuels (comment, par quelles pratiques).

Vous n'avez pas modifié vos comportements, alors comment faites-vous ?

QUATRIEME VOLET. (PARTIE  DE LA RECHERCHE).

Le quatrième et dernier volet procède d'une approche de type clinique et essaie de comprendre les mécanismes de résistance aux changements (non utilisation des préservatifs); quels sont les déterminants représentatifs, cognitifs, comportementaux, psychologiques et sociaux qui font que l'on ne puisse ou ne veuille utiliser des préservatifs.

Il s'agit d'appliquer ici deux approches de type clinique afin de pouvoir dégager et comprendre les résistances conscientes et inconscientes mises en place par un sujet et qui lui font refuser ou accepter plus ou moins inconsciemment des moyens de protections, le préservatif en l'occurrence. De plus, on peut espérer connaître par cette approche les représentations négatives ou positives (idée que l'on se fait de...) qu'il en a et pourquoi il n'adhère pas au modèle qu'on lui propose.

Première approche:

Dite des associations verbales telle que décrite par le psychanalyste suisse K.G.JUNG; il s'agit de proposer une liste de mots (env. 25) fortement connotés par l'"image SIDA" à un sujet et de lui demander ce qu'évoque pour lui ce mot; il doit répondre le plus rapidement possible par un mot ou une association (X1) et ceci sans aucune réflexion. On mesure les temps de réaction entre mots inducteurs et mots induits.

Cette méthode offre l'avantage d'explicitier des intentions, des préoccupations, des conflits, des résistances qui ne pourraient pas être verbalisées lors d'un questionnaire classique; par exemple: au mot préservatif (mot inducteur) un sujet répond "prostituée" (mot induit); il est clair que dans son esprit, ces 2 éléments sont intimement liés; et qu'il associe le préservatif à la prostitution.

La mesure des temps de réaction (temps qu'utilise le sujet pour formuler sa réponse à partir du mot inducteur) est aussi à prendre en considération, car il traduit des mécanismes fort complexes d'élaboration psycho-cognitifs et de résistances. Cette méthode nous donne accès en quelque sorte aux "représentations" du sujet.

Deuxième approche:

Par une approche plus générale, elle complète bien la première méthode; elle est basée sur le principe de l'épuisement cognitif représentatif; cette méthode est utilisée surtout dans des buts diagnostics et ceci dans une perspective comportementaliste.

Exemple: Le sujet interrogé doit répondre très vite et sans réfléchir une dizaine de fois à la question suivante: " Je n'utilise pas de préservatif parceque..... "; on pratique de même avec la proposition inverse affirmative.

Ces 2 approches offrent l'avantage de pouvoir être traitées par l'analyse globale des contenus et selon un cadre théorique et conceptuel connu et défini par JUNG pour la première méthode et par les théories comportementalistes pour la seconde, test de BEEK et WOLF par exemple; pour l'analyse de la communication et de son contenu, nous utilisons le modèle de A.GEORGE et G.MAHL.

Cette méthodologie permet de mettre en évidence des stéréotypes psychologiques, sociaux(idée que l'on se fait de..), en quelque sorte la "représentation" plus ou moins détachée de sa réalité objective; de plus elle permet d'objectiver et d'analyser des résistances intra-psychiques, et de déterminer quelles sont les représentations affectives, cognitives qui font que les sujets n'adhèrent pas ou mal aux modèles de prévention qu'on leur propose.

DEROULEMENT DE L'ENQUETE (GRILLE-QUESTIONNAIRE)

DIFFICULTES PRATIQUES RENCONTRES

La totalité de la grille-questionnaire, soit les parties A, B, C, est passée oralement (avec ou sans enregistrement), d'une façon anonyme ou non et dure environ 90 minutes (quelquefois plus longtemps). Toutes les réponses, remarques et formulations du sujet interviewé sont consignées par écrit dans des cases prévues à cet effet.

Une rétribution est possible : 20 à 30 francs selon la durée du test; moins de 10 % des sujets ont été rétribués.

Avant la passation de la grille-questionnaire, nous nous réservons une dizaine de minutes afin d'expliquer à chaque sujet que l'on va interviewer le but de la recherche : Evaluation de la campagne STOP-SIDA dans son ensemble, ainsi que l'évaluation des comportements mis en place face au risques SIDA; nous leur expliquons :

Qui nous-sommes: détenteur d'un mandat OFSP/ASS/IUMSP, et ce que nous faisons: une recherche sur les comportements et l'information en général face au SIDA, ainsi que sur leurs comportements personnels face au risque SIDA.

Nous rendons attentifs nos sujets sur le fait que certains aspects de cette recherche peuvent présenter un caractère personnel, voire intime; il est indispensable de solliciter l'adhésion totale des sujets au projet et de bien leur préciser la possibilité de répondre anonymement à la grille-questionnaire et la totale confidentialité des informations qu'ils nous fournissent.

Avec chaque sujet nous abordons les points suivants:

Compréhension des buts, des moyens, des termes et concepts utilisés dans la recherche; nous sommes très attentifs aux questions, observations, remarques et commentaires du sujet. Enfin, à leur demande, nous mettons à leur disposition toutes informations ou documents sur la prévention du SIDA: brochures OFSP/ASS, PS magazine, informations sur les tests anti-HIV, numéros de téléphone des services compétents et ressources diverses.

Cet assez long préliminaire présente deux avantages:

- Prise de contact "en douceur" avec le sujet, cette introduction est modulée en fonction des ressources et de la personnalité du sujet.
- Amorce de la typologie, en parlant avec le sujet de ses préoccupations, de lui-même, de ses partenaires, de la drague, etc.; nous pouvons déjà à ce stade nous faire une idée assez précise de son appartenance typologique.

Pour terminer ce chapitre, il faut noter que le deuxième volet du questionnaire (partie A, 1 à 4, aspects quantitatifs de l'évaluation de la campagne) peut présenter en première analyse quelques redondances à la limite de la lourdeur; de nombreuses questions sont reprises, répétées, voire la même question peut être posée deux fois, mais de façon différente. Nous avons délibérément utilisé cette façon de faire car un des mécanismes de détermination des sujets à interroger est basé sur la redondance des informations; nous avons particulièrement insisté sur cette redondance pour certains thèmes et pour certaines questions.

DIFFICULTES PRATIQUES RECONTREES.

L'utilisation de la grille questionnaire ne présente aucune difficulté particulière.

L'acceptabilité de l'enquête a été très bonne dans son ensemble. Ce qui a été difficile par contre, c'est obtenir des sujets leur accord pour enregistrer l'interview : nous avons eu 60 % de refus; ceci, quoique très compréhensible, est difficile à expliciter d'une manière rationnelle.

Quant à l'anonymat total, il a été revendiqué à 20 % malgré l'assurance formelle de la confidentialité des réponses.

Ceci s'explique par la nature même des questions de la grille questionnaire mettant en jeu des réponses particulièrement personnelles voire intimes; malgré l'assurance absolue de confidentialité des questionnaires, ces sujets ont préféré ne laisser aucune trace identifiable de leurs réponses: il va sans dire qu'ils ont refusé aussi l'enregistrement de leurs réponses.

Un de nos sujet (femme), très représentative de la typologie V (plus de 30 partenaires différents par année, pharmacodépendance médicamenteuse et alcoolique) a même accepté que tout l'interview soit pris en vidéo; nous ne l'avons pas fait, mais son acceptation nous reste acquise.

ECHANTILLON DE POPULATION.

ECHANTILLON DISPONIBLE:

Sur un collectif prévu initialement d 'une quarantaine de sujets, nous disposons actuellement de 25 sujets pour la Suisse Romande et de 5 sujets pour la Suisse Italienne ; et de 10 sujets pour la Suisse Alémanique.

Soit au total 40 pour 3 régions linguistiques, avec 27 hommes et 13 femmes. Cet échantillonnage respecte le protocole tel que défini par le projet d'évaluation de la campagne du 12 Mars 1987.

Il est possible d'inclure à cet échantillon une douzaine de pré-tests contenant toute la grille questionnaire ou seulement une partie de celle-ci; ce qui porte notre échantillonnage à une cinquantaine de sujets.

Les questionnaires concernant la Suisse Alémanique nous sont parvenus que très tardivement malgré cela leurs résultats sont intégrés à la présente recherche et si cela s'avère nécessaire, des commentaires et analyses spécifiques seront introduits afin de tenir compte de toutes les spécificités de cet échantillon particulier.

REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON.

Tout d'abord, nous avons à faire à un échantillon de population non aléatoire et non statistiquement représentatif ; une bonne représentativité sur le plan qualitatif (il n'a jamais été prévu de faire du quantitatif, ni un échantillonnage représentatif) a été l'une de nos principales préoccupations lors de la passation de notre grille-questionnaire.

Les variables liées au nombre total de sujets (N=40), au sexe (27 hommes et 13 femmes disponibles), aux appartenances socio-professionnelles (I à IV), aux âges (18 à 50 ans), aux provenances linguistiques et culturelles (3) n'ont pas posé de difficultés majeures, sauf éventuellement une sous représentativité pour la Suisse Alémanique

(un quart seulement de notre échantillonnage); mais comme il ne s'agit pas de faire un échantillonnage représentatif, cette lacune n'a qu'une importance relative.

En ce qui concerne la typologie, la quasi totalité de notre échantillon testé rentre dans le cadre typologique tel que nous l'avons défini; la pratique nous a montré qu'au sein de cette typologie, il existe des sous-groupes d'appartenance: le tiers environ de nos sujets, tout en présentant des caractéristiques franches dans une typologie donnée, présentent aussi des noyaux ou des structures comportementales appartenant à une autre typologie.

Par exemple: typologie V à 70 % plus quelques aspects appartenant à la typologie II (70% V, 30% II), ou encore une typologie franche et bien définie de type V mais avec des structures particulières telles que: affinité quasi exclusive pour des dragueurs de typologie I, états dépressifs très marqués, usage abusif d'anxiolytiques et d'alcool.

Il est important de prendre en compte ces structures mixtes particulières car notre étude nous montre d'une façon peremptoire qu'elles ont une importance fondamentale dans les comportements de non prévention.

De plus, au sein de la même typologie, une assez grande variation peut apparaître en fonction du sexe du sujet et secondairement de son âge; un sujet de typologie I bien typé se comportera de façon différente à 18 ans qu'à

50 ans; il en va de même dans la population féminine; cela implique donc le fait de ne pas négliger les sous-groupes d'appartenance typologique.

En tenant compte de toutes les variables et des paramètres évoqués précédemment, on peut conclure d'une façon générale que la représentativité de la présente recherche est satisfaisante, sans plus, et ceci est lié à trois aspects:

- A l'extrême hétérogénéité de l'échantillon ciblé.
- A des variations inter et intra-typologies et à l'existence de sous-typologies.
- A l'accent mis particulièrement sur la tranche d'âge 18-25. ans.

LES DIFFERENTS BIAIS D'ECHANTILLONAGE.

(1).

L'échantillon de population ciblé est d'une cinquantaine de sujets (incluant les pré-tests); un principe veut que l'on arrête les entretiens quand les réponses deviennent redondantes.

Cette redondance permet de supposer que tous les objectifs ont été atteints; il en va de même pour les appartenances typologiques.

Nous ne pouvons pourtant pas être certains d'avoir exploré d'une façon exhaustive la totalité du problème, il peut encore exister des zones non explorées.

(2).

Après un nombre limité de pré-tests (environ 12 sujets), nous avons établi notre typologie à partir de laquelle nous avons recruté et sélectionné nos sujets; méthodologiquement, cette façon de faire peut représenter un biais, celui de ne sélectionner que des sujets entrant dans le modèle proposé et d'éliminer les autres. Secondairement, nous ne pouvions être certains qu'a posteriori que l'ensemble de la population dragueur(euse) était bien couvert par la typologie proposée.

Notre typologie était au départ un postulat pour recruter un certain nombre de sujets, mais cela ne nous empêchait nullement de la modifier en cours d'expérimentation; dans la pratique cela ne s'est pas avéré nécessaire.

(3).

Autre biais auquel nous avons le plus possible essayé d'échapper, c'est d'éliminer des sujets intéressants mais ne rentrant pas dans notre typologie, quitte à perdre de l'information; nous avons délibérément supprimé de notre échantillonnage des sujets peu représentatifs (dragueurs sans passage à l'acte ou avec très peu de partenaires) ou présentant des caractéristiques trop personnelles ou trop éloignées de nos préoccupations, par exemple: un homme de typologie I, bien typé, mais "client" exclusif de la prostitution et ne recherchant que ce type de partenaires (drague de trottoir).

(4).

Un autre biais peut être encore stigmatisé, c'est celui d'avoir plus ou moins délibérément sélectionné ou recherché telles typologies, tels âges, ou tels sexes et ceci dans un souci de représentativité, d'avoir privilégié à typologie égale un sujet de 20 ans plutôt qu'un de 40 ans. En étant plus trivial "d'avoir été à la pêche aux sujets" en fonction de nos propres besoins méthodologiques.

D'autres biais ont été introduits volontairement ou non par le choix même de la "population dragueur", population rappelons-le éclectique, hétérogène, et mal connue.

CONSTITUTION DE L'ECHANTILLONAGE.

De nombreux pré-requis, régions linguistiques et culturelles, âges, sexes, appartenance socio-professionnelle, avaient déjà été posés lors du projet d'évaluation définitif du mois de Mars 1987.

Lors du premier rapport préliminaire de Juillet 1987, nous avons posé la nécessité d'élaborer une typologie pour ce groupe de population, typologie qui ne figurait pas dans le projet initial. A partir des pré-requis de Mars 1987 et des nécessités de cette nouvelle typologie, nous avons constitué notre échantillon "théorique". Ensuite il a fallu se mettre à la recherche de sujets entrant dans le modèle et ceci en les recrutant dans les milieux qu'ils fréquentent.

Rappelons-le, nous nous sommes efforcés d'être le plus représentatifs possible tout en tenant compte de notre cadre typologique; et en ciblant tout particulièrement une population comprise dans une fourchette 18-25, au détriment peut-être d'une population plus âgée.

VALIDITE.

Deux aspects sont à examiner ici: la validité des réponses et la validité des questionnaires.

En ce qui concerne la validité des réponses, on peut en toute légitimité affirmer que les résultats fournis sont valides, mais à une nuance près; à savoir:

Ces résultats ne sont valides qu'en fonction d'un espace-temps donné, en Suisse, dans certaines régions urbaines, de Juin à Décembre 1987; toute généralisation hors de cet espace-temps se révélerait abusive, car la masse des informations dont dispose chaque sujet peut augmenter en termes quantitatifs et qualitatifs, les comportements peuvent évoluer et se modifier avec le temps.

Quant à la validité de la grille-questionnaire, elle nous paraît bonne; avec notre cinquantaine de sujets (incluant les pré-tests) nous avons obtenu assez rapidement des redondances dans les réponses, le questionnaire couvrant d'une manière relativement exhaustive l'ensemble de la problématique.

REPRODUCTIBILITE.

La reproductibilité est aussi contingente à plusieurs facteurs: respect scrupuleux (recherche particulière de certains types de sujets, ciblage de certaines pratiques et comportements, sélection de certaines tranches d'âges, de sexes, etc.) de la méthodologie proposée .

Lien au temps : ce qui est valable pour Décembre 1987 ne le sera certainement plus en Juin 88: évolution des campagnes, des informations, des moeurs, des comportements.

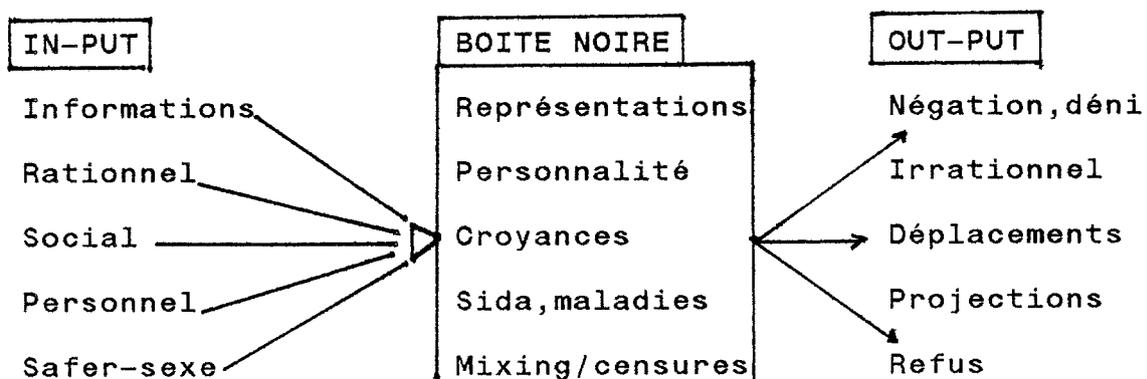
Cette recherche peut-être reproductible si les instruments utilisés mesurent bien les variables recherchées, variables qui vont évoluer avec le temps.

DESCRIPTION

REPRESENTATIONS ET CROYANCES SUR LE SIDA POUR LE GROUPE

"DRAGUEURS (EUSES)".

Invariablement, quand on dépouille les questionnaires disponibles, on entend toujours les mêmes choses, à savoir : " Le SIDA c'est l'autre, je ne suis pas concerné, (malgré 5 partenaires différents par mois, c'est nous qui soulignons), ce n'est pas si contagieux que l'on veut bien nous le dire, je ne suis ni pédé ni toxico donc pas concerné, je n'ai pas encore assez peur pour prendre des précautions, etc."; on peut multiplier ces constantes; il ne s'agit pas à proprement parler de représentations, mais seulement de la partie émergée de celles-ci; car il n'est pas possible d'avoir accès à la représentation brute; celle-ci est obligatoirement réélaborée, censurée, rectifiée quand le sujet la verbalise ou l'exprime. De ce fait, nous ne pouvons connaître que son contenu manifeste à défaut du contenu latent.



Si une information peut être perçue comme juste ou fausse, ou encore inadéquate après des procédures de

vérification, il n'en va pas de même d'une croyance ou d'une représentation. En terme de SIDA, il y a peu de fausses images, et elles sont facilement réductibles par la transmission d'informations adéquates pour le sujet.

Il n'y a pas de fausses images sur le SIDA; le problème est d'un autre ordre. Il touche à la représentation que se fait l'individu, représentation qui va prendre en compte toute son histoire personnelle, sa sexualité, son rapport à l'autre, ses peurs, ses angoisses, etc.

Une représentation ne peut en aucun cas être traitée de fausse ou de juste, elle est personnelle et c'est le psychisme du sujet qui la porte qui va en définitive décider de son acceptabilité ou de sa non acceptabilité; si cette représentation est anxiogène pour le sujet, celui-ci dispose de tout un arsenal défensif pour réduire l'angoisse qu'elle suscite, par exemple: "Le SIDA, c'est l'autre.". Quant à savoir à quoi sont dues ces représentations qui posent problème, la question reste ouverte.

Moments décisifs et les motivations dans l'évolution des comportements .

En terme de déclencheurs positifs, nous en avons trouvé 3.

- 1.- Avoir dans son entourage immédiat (liens affectifs) un malade du Sida ou un séropositif: ceci induit rapidement des conduites safer-sexe (ou l'abstention, dans dans un premier temps du moins).

2. Avoir fait un test anti-HIV après de nombreuses conduites à risques: si celui-ci se révèle négatif, le sujet passe à des conduites protégées ou paradoxalement diminue le nombre de ses partenaires, ce qui est déjà une conduite protégée en soi.
3. Montée massive de d'angoisse face à la maladie (de l'ordre du fantasme); cette angoisse est rationalisée en peur de la contagion par le SIDA et en peur de l'autre. On voit apparaître des comportements de prévention si la peur est maîtrisable ou d'abstention si elle ne l'est pas; c'est en général ce 2 ème versant qui domine; ou encore l'apparition de comportements tout-à-fait paradoxaux à risques maximum.

Quant aux déclencheurs négatifs (allant dans le sens de la non protection) ils sont aussi au nombre de 3.

1. Quand un toxique, alcool ou médicament (ou les deux) est présent dans une relation occasionnelle, chez l'un ou les deux partenaires on ne prend plus aucune mesure de précaution même si à l'état normal le (les) sujet(s) se protégeait(ent).
2. Quand une relation est vécue comme stable, ou que des rapports affectifs entrent en jeu.
3. Quand on dit à son (sa) partenaire que l'on vient de faire un test et que celui-ci est négatif (test souvent pas fait); cette façon de faire est assez répandue, et coupe court à toute mesure préventive.

Quant à l'évolution des comportements, il est difficile présentement de faire des pronostics; en tenant compte d'une augmentation de l'ordre de 1 rapport protégé sur 5 sur une période d'environ 1 an (Octobre 86-87) ainsi que d'une légère diminution de la moyenne des partenaires occasionnels, on peut considérer ces résultats comme encourageants. Par contre, ce que l'on peut exprimer, c'est que la campagne semble n'avoir touché que des sujets qui se protégeaient déjà avant (en augmentant le nombre de rapports protégés); on observe ce phénomène surtout pour les typologies I et II); par contre les typologies III et IV sont peu convaincues par la campagne, et la typologie V pas du tout.

Pour conclure, on peut dire que les sujets qui avaient déjà des conduites safer-sexe les ont renforcées, et pour ceux qui n'en avaient pas, on observe un statuquo.

ATTITUDES FACE A LA PREVENTION.

Globalement et pour toute typologie confondue, elle est négative, c'est-à-dire que si l'on compare les rapports protégés (préservatifs) d'Octobre 1986 à Octobre 1987, la progression des rapports protégés est de l'ordre de 1/5, mais avec d'assez grandes variations inter-typologie. Il est intéressant de noter que les sujets qui se protégeaient déjà avant Octobre 1986 continuent de le faire, et mieux renforcent ce type de conduites. Voici un tableau qui présente l'évolution de la prévention.

<u>Typol.</u>	<u>Oct.86</u>	<u>Oct.87</u>	<u>aug.</u>	<u>nb.part.</u>	<u>autres.</u>
I, M	++++	++++++	(++)	=-	+
I, F	++	+++	(+)	=-	++
II, M	+++	++++	(+)	-	+++
II, F	++	++	(0)	=-	++
III, M	+,-	+,-	(0)	0	+
III, F	-	-	(0)	0	+
IV, M	0	0	(0)	-	-
IV, F	0	0	(0)	-	-
V, H	0	0	(0)	+	+ *
V, F	0	0	(0)	++	++ *

+ : fréquences rapports protégés, (+) : augmentation

- : diminution " " , = : inchangé/stable

(0) : pas d'augmentation, 0 : pas de comportements Safer-sexe

H,F : homme, femme. Oct.86,87 : fréquence à ces dates.

Autres : + substitution par d'autres pratiques sans risque.

Il y a une apparence contradiction en typologie V, dans la population féminine surtout; elle est due à l'apparition dans ce sous-groupe de comportements paradoxaux, augmentation des partenaires et mise en place simultanée de comportements "augmentateurs" de risques + *.

Il est très intéressant de remarquer que moins les sujets utilisent de préservatifs (typologie III, IV et V) plus ils pensent que les autres (population en général, y compris les autres dragueurs) le font; en d'autres termes, ils pensent que la campagne STOP-SIDA dans son ensemble a eu une relativement forte influence dans la population; et réciproquement, les sujets de typologie I et II (ceux qui utilisent plus volontiers les préservatifs) pensent que cette influence a été relativement modeste.

Dans la typologie V, (5 sujets, 4 femmes et 1 homme) on constate une augmentation du nombre de partenaires occasionnels, et surtout pour la population féminine; on peut supposer ici que l'effet angoisse-Sida-culpabilité " pousse " d'une certaine façon ces sujets à multiplier les partenaires (ainsi que les pratiques) différents; il pourrait s'agir ici de conduites dites "ordaliques" (sorte de pulsion inconsciente visant à rechercher la maladie ou la mort); c'est ce que nous avons appelé des comportements paradoxaux.

Pour toutes les typologies, à une exception près la typologie IV, ce qui s'explique assez facilement par la "personnalité particulière " de ce groupe, on note une augmentation qui nous paraît significative de comportements dits de: DERIVATIONS (par rapport aux préservatifs), comportements qui figurent sur le tableau précédent sous la rubrique "autres".

Un comportement de dérivation est un comportement qui va

dans le sens de la diminution ou de la suppression du risque; il est dit alors comportement de dérivation positif; ou négatif s'il va dans le sens de l'augmentation des risques ou la prise de nouveaux risques. En voici quelques-uns de type positif :

Diminution du nombre de partenaires sexuels occasionnels pouvant aller jusqu'à la continence totale (pas observé dans notre population); mise en place de comportements limitant les risques, tels que "petting", coïts obtenus par masturbation réciproque, suppression du cunnilingus tout en gardant la fellation. Un des reproches constant que l'on fait aux préservatifs, c'est de ne pas permettre la réciprocité dans ce genre de pratique.

Ce qui vient d'être décrit s'observe surtout dans les typologies I et II, ainsi que dans de moindres mesures en typologie III et IV.

Parlons maintenant des comportements de dérivation (ou de non protection) dits négatifs ou paradoxaux: on les observe surtout dans la typologie V et dans la population féminine de cette typologie, qui représente à elle seule trois quart de l'ensemble de ce sous-groupe; ce sont surtout des comportements à risques maximum; ils se situent au niveau de l'augmentation des partenaires sexuels occasionnels, mais surtout au niveau des pratiques, comportements souvent observés sous l'influence de un ou plusieurs toxiques; "la déprime " plus le ou les toxiques semblent faciliter dans cette population la "drague"; et cette conjonction d'éléments conduisent à des comportements de non protection.

Quand on pose la question: les risques liés au Sida vont-ils vous imposer des comportements de prévention ? la réponse est oui pour toute typologie confondue et à plus de 90 %; pour la question " Pensez-vous pouvoir échapper aux conduites de sécurité tout en maintenant votre sexualité actuelle ? La réponse est non à plus de 90%; à première vue ces 2 réponses sont en contradiction avec les faits constatés (la relativement faible consommation de préservatifs dans cet échantillon et le fossé qui existe entre croyance, attitude et comportement). Que nous montrent cette contradiction apparente ?

- 1.- Que le message safer-sexe préservatif ne passe pas, ou/et qu'il n'est pas intégré.
- 2.- Que le conditionnement opérant attendu par la campagne Stop-Sida ne s'est pas produit chez ces sujets.
- 3.- Que le préservatif n'est pas considéré par ces sujets comme une réponse adéquate à leurs attentes préventives; ils sont en attente d'autre chose que le safer-sexe.
- 4.- Une question confirme tout-à-fait cette attitude : "Pensez-vous que le préservatif soit une mesure tout-à-fait transitoire et que d'ici quelques temps nous disposerons de moyens efficaces mais moins contraignants? A 100 % la réponse est oui. Même si la question est ici pilotée, il est clair que le préservatif est perçu comme transitoire.

Quelques remarques encore concernant l'attitude face à la prévention extraites de la recherche, et illustrées par des exemples de représentations ou de comportements.

1.- PERCEPTION DES RISQUES DANS L'ECHANTILLON ETUDIE.

Si l'on demande aux sujets s'ils ont conscience d'avoir des comportements à risques dans leurs pratiques, nous obtenons une moyenne de 6 sur une échelle de 1 à 10, où 1 égale aucun comportement à risque et 10 comportements très risqués; la conscience de prise de risque est inversement proportionnelle à l'appartenance typologique, maximale dans la typologie I, minimale pour la typologie V; la variation due aux variables liées aux sexes des sujets, hommes ou femmes, est importante, la moyenne pour les femmes est plus faible que celle des hommes, perception plus faible des comportements à risques chez les femmes. Il en va de même pour l'affirmation " Le SIDA concerne à 70% les homosexuels et les drogués "; les femmes adhèrent plus massivement à cette proposition, et considèrent le safer-sexe comme destiné en priorité à cette population. Quant à parler du SIDA lors d'un premier rapport (partenaires ne se connaissant pas), c'est un "non" catégorique pour les femmes de toutes typologies et une attitude plus nuancée pour les hommes, surtout pour la typologie I et II; ce qui revient à dire qu'à quelques exceptions près, on ne parle pas de SIDA lors d'une relation vécue ou perçue comme occasionnelle.

2.- REPRESENTATION ET RESISTANCES LIEES AUX PRESERVATIFS.

Nous pouvons affirmer ici que les représentations liées aux préservatifs sont très négatives (ceci est mis en évidence par le test des associations verbales de K.G. JUNG et l'éprouvement cognitif) surtout chez les femmes, et de toutes typologies confondues; cette affirmation souffre quelques exceptions pour des hommes appartenant à la typologie I et II, et de surcroît jeunes.

Voici à titre d'exemple quelques chaînes associatives qui reviennent le plus souvent: Préservatifs égale SIDA, homosexuels, toxicomanes, prostitution, argent, malaise, handicaps, gêne, etc. Dans la compréhension des processus de résistance, il est important de noter que ces résistances ne sont qu'accessoirement liées à des pratiques; elles portent surtout sur des groupes d'appartenance; on ne dit pas l'homosexualité (ses pratiques) mais les homosexuels (le groupe); on ne dit pas l'usage de matériel contaminé (les pratiques) mais les toxicomanes; au niveau de la prostitution c'est l'inverse qui se produit: ce qui est stigmatisé dans le discours, c'est la pratique (la prostitution) et plus rarement les prostituées (les personnes). Le préservatif est encore perçu comme pouvant limiter la confiance en soi, rendre occasionnellement impuissant, limitateur de désir et de plaisir; de plus, il apparaît comme totalement incompatible avec des notions telles que amour, tendresse, relations durables, confiance en l'autre, etc.. Ces quelques exemples nous montrent que les résistan-

ces et les stéréotypes négatifs liés aux préservatifs sont à examiner sur trois niveaux d'analyses: sociologique, psychologique et cognitif; on notera encore pour ce groupe et à l'intérieur de notre échantillon une très forte "anti-homosexualité primaire" apparente, surtout chez les femmes, toutes typologies confondues, ainsi que chez les hommes de typologies I et II.

Si le safer-sexe (utilisation du préservatif) est demandé lors d'un premier rapport, les représentations stéréotypées "volent"; il(elle) a le SIDA, il est malade, il est séro-positif, il se méfie de moi, que cache-t-il ? Ces variations se conjuguent au masculin comme au féminin; même les tenants du safer-sexe critiquent, mais d'une façon moins abrupte, l'usage du préservatif.

Tout ce qui vient d'être décrit (représentations négatives, résistances aux préservatifs etc.) s'applique à l'ensemble de la typologie à quelques nuances près:

Très fort chez les femmes, avec quelques différences mineures en fonction de la typologie, aucune femme consultée dans la présente recherche n'est favorable ou adepte du safer-sexe à plus de 50% (utilisation du préservatif au sens large); elles préfèrent substituer aux préservatifs des conduites à risques limités comme par exemple: le petting, la non pénétration, etc.; quant aux hommes, on retrouve le même type de réactions, mais les nuances inter-typologiques sont plus marquées.

La notion désir — plaisir (dans le sens de la diminution) est beaucoup plus forte chez les hommes, les femmes semblent ne pas lier cette notion aux préservatifs.

3.- ATTITUDES FACE A LA PROTECTION.

Il est bien évident que représentations, croyances, attitudes vont jouer un rôle déterminant dans les habitudes face à la prévention; comme celles-ci sont globalement négatives, les comportements de protection vont s'en ressentir, s'ils ne sont pas totalement absents. On peut les décrire de 3 façons:

En terme quantitatif par la diminution du nombre de partenaires occasionnels; cette diminution est relative, elle n'est pas très importante, elle s'observe surtout en typologie I et II, avec une petite prévalence chez les hommes; cette diminution a trois origines:

- La drague devient plus difficile, le SIDA y est pour quelque chose, raréfaction des partenaires potentiels.
- On limite volontairement le nombre de ses partenaires.
- On choisit ses partenaires selon des critères très subjectifs (bonne mine, sur la tête, pas de toxicomanie connue ou apparente, etc.).

On observe cela surtout en typologie I et II, tous sexes confondus, en moindre mesure en typologie III et IV, et pas du tout en typologie V, où même dans certains cas on note une augmentation du nombre de partenaires occasionnels ainsi qu'une augmentation importante de con-

duites à hauts risques, conduites que certains sujets n'avaient pas nécessairement avant l'apparition du SIDA.

En terme qualitatif, par une modification des comportements touchant à la sexualité, mais sans recourt au préservatif.

- Diminution des comportements à risques et leur remplacement par des conduites sans risques, ou limitant les risques.
- On observe une augmentation substantielle de comportements dits d'échappements (aux préservatifs): oui à l'amour sans risque mais pas avec préservatif; pour résoudre cette équation apparemment contradictoire, " Il faut innover et trouver son plaisir sans la contrainte du préservatif "; il semble que souvent les 2 partenaires arrivent à trouver un terrain d'entente, tout en sauvegardant leur identité et leurs principes; ce phénomène s'observe surtout en typologie I et II, en moindre mesure en III et IV, et pas du tout en V.
- Par l'usage du préservatif qui comme nous l'avons vu est en légère augmentation (1 rapport sur 5 en plus par comparaison à Octobre-Novembre 1986); cette augmentation est portée quasi exclusivement par des sujets de la typologie I et II.

A la question: Quels sont les éléments qui ont fait que vous n'avez pas modifié vos comportements sexuels face

aux risques de contamination par le SIDA, voici quelques réponses, en occurrence décroissante: Cela ne me fait pas encore assez peur, ce n'est pas aussi dangereux qu'on nous le dit, on veut limiter ou contrôler notre sexualité, nous manipuler, ou encore, je ne suis pas concerné.

Il est intéressant de constater que pour une grande majorité d'hommes (plus de 70%), le préservatif n'a qu'un usage anti-SIDA-MST; par contre pour 60% des femmes, il servait, ou il peut encore servir de moyen anti-conceptionnel; il est encore intéressant de constater qu'aucune femme de notre échantillon ne propose le préservatif à un partenaire occasionnel en argumentant le fait que celui-ci est son seul moyen contraceptif; on peut supposer que le préservatif serait beaucoup mieux intégré et accepté s'il était présenté comme un contraceptif plutôt que comme une prévention anti-SIDA-MST exclusivement. En dépouillant ces 50 questionnaires, nous avons constaté que la situation actuelle de la prévention (le concept safer-sexe dans son ensemble) n'est pas figée, mais s'inscrit dans une certaine mouvance, un flou, en quelque sorte une certaine fatalité bi-polarisée sur deux tendances distinctes et contradictoires : 1.- Si l'épidémie de SIDA continue, il faudra obligatoirement passer par le safer-sex, (discours majoritaire) et 2.- Il faut bien mourir de quelque chose et le SIDA fait dorénavant partie de cette réalité ... alors (discours très minoritaire).

ANALYSES.

CONCLUSIONS GENERALISABLES ET PARTIELLEMENT GENERALISABLES POUR LE GROUPE ETUDIE.

A partir des conclusions qui vont suivre, il s'agit de savoir si elles sont généralisables à l'ensemble de la population dragueurs(euses), ou seulement partiellement généralisables et ceci en fonction de biais méthodologiques ou de caractéristiques particulières liées à ce groupe .

(1) TYPLOGIE PROPOSEE .

La typologie proposée semble être bien adaptée à l'ensemble de la population testée, si l'on ajoute une douzaine de pré-tests et un sondage personnel que nous avons effectué dans différents milieux dragueurs afin de vérifier si toutes les catégories de dragueurs(euses) étaient bien représentées dans notre échantillon, comme par exemple: sujets fréquentant les Clubs de rencontres type "Seul(e) Contact(s)", sujets fréquentant le "Club'Med", les bals populaires, ainsi que les discothèques spécialisées.

Aucune nouvelle typologie n'a pu être mise en évidence par ces rapides sondages.

Grâce à l'observation de variables expliquant le "non respect" des comportements protégés, nous avons pu mettre en évidence au sein de notre typologie des structures comportementales particulières, à savoir:

Usage de toxiques (alcool et médicaments) observé surtout en typologie V, ainsi que des appartenances croisées intratypologiques donc légèrement différente de la population type de base.

A ces nuances près, on peut espérer une relativement bonne représentativité de cet échantillon par rapport à l'ensemble de la population "drapeurs(euses)".

Il est évident que par choix certains modes de drague n'ont pas été pris en compte, comme par exemple: la drague par petites annonces, les fanatiques du "Club'Med.", les affiliés aux officines de contacts, etc.; par contre on retrouve dans ces milieux des sujets qui correspondent parfaitement bien à la typologie utilisée (typologie de I à V); ils figurent donc bien dans notre échantillon, même si leurs "modes de drague" ne sont pas explicités; nous avons vérifié cela à plusieurs reprises à l'aide des brefs sondages cités plus haut.

(2) NIVEAU SOCIO-CULTUREL DE L'ECHANTILLON ETUDIE.

Nous nous sommes limités au niveau de scolarisation: de l'école obligatoire aux hautes études terminées; et nous avons défini 4 niveaux; le médian de notre population se trouve à 1,5 avec un écart-type très faible.

La grande majorité de nos sujets se situe entre l'école obligatoire sans formation, et un CFC terminé ou non; en conclusion, un niveau socio-culturel (scolarisation) relativement bas (utile à savoir pour un ciblage plus spécifiquement destiné à cette population). Il est possible de généraliser cette remarque à l'ensemble de la population dragueurs(euses).

(3) COMPORTEMENTS DE DERIVATION POSITIFS.

Il s'agit de "néo-comportements" mis en place par certains dragueurs(euses) après la campagne massive STOP-SIDA; ces néo-comportements n'incluent pas l'usage du préservatif, ils sont dits de dérivation positifs car ils vont dans le sens de la prévention.

Certains comportements vont dans le sens de la diminution, voire de la suppression des risques: diminution du nombre de partenaires occasionnels, mise en place de comportements de sécurité (dits de dérivation positifs) c'est ce que nous avons appelé "l'amour fripon", "le petting", etc..On les trouvent dans l'ensemble de la typologie mais avec une prévalence plus forte en typologie I, II, III. Ces néo-comportements jouent un rôle important dans la sauvegarde de l'identité du sujet, car ils permettent au sujet d'adopter des conduites allant vers la diminution des

risques sans pour autant adhérer aux modèles de prévention proposés; on obéit aux consignes tout en les transgressant d'une certaine façon. Cette mise en place de
néo-comportements n'est pas généralisable à l'ensemble de la
population dragueurs(euses) car ils ne sont observés que
dans une partie de la typologie.

(4) REPRESENTATIONS NEGATIVES FACE AUX PRESERVATIFS .

Les chaînes associatives et les représentations liées aux
préservatifs sont toutes connotées négativement, et ceci pour
l'ensemble de la typologie. Le test de JUNG et l'épuisement
 cognitif mettent en évidence toute une série de stéréotypes
 négatifs liés aux préservatifs, à savoir :

Préservatif égale SIDA, sexualité mercantile, prostitution,
 homosexualité, toxicomanie, argent; de plus, il serait in-
 ducteur d'impuissance, du manque de désir, de la diminution
 du plaisir, de malaise et de gêne.

Ces stéréotypes sont d'autant plus importants qu'ils sont
 imbriqués dans un système où l'affectif et le relationnel
 dominant. On peut faire l'hypothèse qu'il sera difficile
 de changer l'attitude préventive de cette population sans
changer les représentations négatives qu'ils ont du pré-
servatif..

Cet échantillon de population dragueurs(euses) présente une réponse partiellement négative face à l'induction des méthodes préventives, mais avec des différences inter-typologiques relativement importantes.

Les sujets qui se protégeaient déjà avant la campagne renforcent cette protection, par contre les autres maintiennent leurs attitudes non préventives. On peut faire l'hypothèse que "l'objet" préservatif en tant que tel porte une grande part de responsabilité dans ce processus de non-apprentissage et que ce n'est pas la prévention elle-même qui est remise en cause; une preuve nous est donnée par l'usage relativement important des néo-comportements que nous avons appelés comportements de dérivation positifs.

A ce stade, on peut généraliser deux faits à l'ensemble de l'échantillon étudié, à savoir:

Des stéréotypes et des représentations très négatifs face aux préservatifs; et une attitude globalement négative face à la prévention, surtout si celle-ci repose quasi exclusivement sur l'usage du préservatif.

(5) CONSCIENCE DES RISQUES.

L'ensemble de ce groupe a une certaine tendance à minimiser les risques face au SIDA, tout en maintenant des conduites à risques à un assez haut niveau (nombreux passages à l'acte non protégés, augmentation des partenaires, etc.).

Ils stigmatisent encore beaucoup les groupes tels que homosexuels, toxicomanes et prostituées comme seuls présentant des conduites à risques face au SIDA; le message partenaires multiples égale conduites à risques n'a pas encore été suffisamment intégré (exception relative en typologie I).

Une idéologie (façon de voir les choses) assez pernicieuse sous-tend ce phénomène: nous dragueurs, nous devons nous protéger, car ceux qui sont vraiment à risques ne le font pas et continuent de propager la maladie; c'est à cause d'eux que nous devons nous protéger; le SIDA passe au second plan, " l'ennemi " ce sont ces groupes qui ne prennent pas de précautions.

Ceci est conforté par le fait que les dragueurs(euses) qui n'utilisent pas le safer-sexe croient que l'ensemble de la population a adhéré d'une façon importante au safer-sexe; les dragueurs utilisateurs de safer-sexe, eux, sont plus nuancés; cette notion est importante au niveau du fantasme.

(6) DEMANDE DE TESTS.

Cette population est très demandeuse de tests: plus de la moitié de notre population a fait un test ou est en demande de test; cela peut paraître contradictoire par rapport à ce qui a été dit précédemment; la contradiction

n'est qu'apparente et pose le problème du conscient versus l'inconscient; si consciemment les risques sont occultés ou minimisés, inconsciemment ils sont toujours présents et la demande de tests tente à résoudre cette contradiction apparente; c'est en quelque sorte une réponse à l'angoisse inconsciente sous-jacente. Si on aborde par une démarche clinique la demande de tests, on s'aperçoit très vite qu'elle a pour fondement une certaine culpabilité-angoisse liée à la prise de risques.

En d'autres termes, la demande de test (ou le test déjà effectué) peut avoir (ou a) une fonction "charismatique" libératoire de l'angoisse liée à la prise de comportements à risques; un test négatif est souvent perçu comme une "absolution" des conduites antérieures; au niveau du fantasme, un test négatif survenant après une longue période de prise de risques peut-être " un aval " pour persister dans des conduites de non prévention. Il n'est pas possible de généraliser ce type d'interprétation à l'ensemble de notre échantillon, mais ce type de mécanisme psychologique est relativement fréquent, en typologie V surtout.

(7) INFORMATION ASPECTS QUANTITATIF/QUALITATIF.

Un autre invariant pour ce groupe, c'est la dichotomie entre quantité d'information sur le SIDA, perçue comme tout-à-fait suffisante, à la limite du trop et son aspect qualitatif jugé comme insuffisant voire démagogique et

manipulateur; plutôt que de remettre en cause ses conduites, il est plus facile de stigmatiser la qualité de l'information. " Vous nous rasez avec l'information sur le SIDA, il y en a trop, on veut nous faire tomber dans la parano, de plus la qualité de vos informations est médiocre ". Ce discours est fort en typologie V, plus faible quand on s'éloigne de la typologie V; en typologie I, il est très nuancé.

Il y a un parallèle évident entre ce discours d'une part et l'utilisation de conduites safer-sexe ou l'usage de préservatifs: moins on utilise de préservatifs plus le discours critique vis-à-vis de la qualité des informations est important. Que cela peut-il bien signifier au niveau du discours implicite ?

Cette critique négative permet aux sujets d'échapper aux conduites de prévention et de justifier leurs attitudes en argumentant le fait que l'information manque de qualité, en d'autres termes qu'elle n'est pas crédible.

Il ne faudrait pas sous-estimer ces mécanismes psychologiques, car pour tout ce qui touche au SIDA et à sa prévention, ils sont très forts, par exemple: une dragueuse de la typologie V dit : " Le SIDA c'est pas aussi contagieux qu'on (qui on ?) veut bien nous le faire croire " Son message est très intéressant à plus d'un titre, car

elle nous fournit deux "preuves" pour justifier son message: une preuve statistique: j'ai eu 30 partenaires différents et je suis toujours séro-négative. Et une preuve clinique: j'ai pris des risques importants durant une longue période et je n'ai pas attrapé le SIDA; dans son esprit, une conclusion s'impose: la qualité des informations sur le SIDA n'est pas bonne, "je l'ai mise en défaut". En projetant les conséquences du passé dans le futur, cela revient à dire qu'il n'est pas nécessaire du tout de prendre des précautions particulières.

Une autre problème peut encore apparaître: ce n'est pas ici la qualité de l'information qui pose problème, ni les codes utilisés, mais comment elle est perçue. Il serait important ici que l'émetteur entende le message du récepteur: "la qualité de vos informations est médiocre, vous faites de la démagogie"; et que celui-ci module son information et les codes utilisés en fonction des capacités psychologiques et des blocages du récepteur; il y a tout une pédagogie spécifique à réinventer pour tenir compte de la grande variabilité des groupes à qui l'on veut s'adresser.

En fait, ce problème de la qualité de l'information SIDA repose sur trois piliers: 1) sur des aspects psychologiques liés au sujet lui-même, son incapacité d'intégrer un message que sa réalité et son vécu dément. 2) sur des aspects pédagogiques de la transmission des informations et 3) sur "notre" capacité à tenir compte des points 1 et 2.

(8) MULTIPLICATEURS PAR LES PAIRS.

Autre invariant constaté dans ce groupe, comme nous l'avions déjà évoqué dans le rapport préliminaire, il semble nécessaire voire même indispensable que l'information puisse être discutée et réélaborée au sein même du "groupe"; une réappropriation de l'information est indispensable et elle doit obligatoirement avoir lieu au sein même du "groupe" et par des membres de celui-ci; de cette façon l'information peut acquérir une légitimité et une crédibilité qu'elle ne possédait pas antérieurement.

Cette caractéristique peut nous suggérer quelques pistes dans une perspective future de prévention.

Certains dragueurs déjà, mais de façon très ponctuelle, (trois hommes jeunes, de typologie I et II) mettent en place une structure très intéressante à ce niveau; ils ont bien intégré la notion que le SIDA concerne tout le monde et cette prise de conscience a amené chez eux l'idée de responsabilité "je suis responsable de moi face aux risques SIDA, je suis responsable de ma(mes) partenaires, et je fais en sorte de partager cette responsabilité avec l'autre en lui parlant des risques et en partageant le safer-sexe; voilà un exemple concret de re-élaboration par les pairs. Dans les campagnes futures, cette notion de responsabilité-co-responsabilité devrait être développée plus systématiquement.

(9) LE SIDA: C'EST L'AUTRE.

"Le SIDA c'est l'autre", c'est un phénomène lié à une mauvaise représentation du SIDA. Le risque n'est pas perçu comme pouvant être lié à certaines conduites propres au sujet mais comme une menace directe de l'autre atteignant une "victime innocente"; cette notion est très forte en typologie I, II et IV, beaucoup plus faible en typologie III, quasiment absente en typologie V.

Typologie I,II,IV: prévalence forte de mécanismes de type projectif; typologie V(III): prévalence forte de mécanismes de type introjectif.

Projectif signifie mécanisme de défense par lequel le sujet expulse de soi et localise dans l'autre des sentiments, des désirs, des angoisses, des craintes qu'il méconnaît ou refuse en lui.

Et introjectif signifie que le sujet fait passer sur un mode fantasmatique du dehors au dedans; il s'agit du mécanisme inverse de la projection; l'angoisse et la culpabilité sont très fortes chez des sujets qui pratiquent ce mécanisme de défense face à la réalité ambiante.

Ces deux mécanismes, quoique non fondamentaux, peuvent être pris en compte dans les stratégies futures de prévention.

A partir de ces prémices, on peut faire des hypothèses de prévention:

Prévalence (comportements dominants) de mécanismes projectifs (sur l'autre) égale bonne prévention et bonne réceptivité au safer-sexe; la menace étant portée par l'autre, il est relativement facile de s'en protéger tant sur le plan technique (utilisation du safer-sexe) que sur le plan psychologique.

Prévalence de mécanismes introjectifs (sur soi) égale mauvaise prévention, mauvaise réceptivité du safer-sexe; ici la menace, l'angoisse et la culpabilité sont internes au sujet, et c'est ici qu'on voit apparaître des conduites totalement paradoxales: connaissant objectivement les risques liés à certaines conduites, ces sujets multiplient ces conduites à risques; on retrouve cette façon de faire (quoiqu'ici plus modérés) chez certains toxicomanes; ces conduites sont qualifiées " d'ordaliques " (suicidaires).

Ces hypothèses se vérifient dans les faits, et elles démontrent que l'on ne peut pas tenir le même discours à des sujets appartenant à la typologie I,II,(III) qu'à ceux appartenant à la typologie IV et V.

En terme de prévention, on peut s'attarder à faire un pronostic sous forme d'hypothèse:

Typol.I,II,(III): évolution favorable, augmentation des conduites protégées, diminution des partenaires occasionnels, augmentation des comportements de sécurité sans recours systématique aux préservatifs (petting, coïts manuels, caresses etc.).

Typol.IV,V: évolution défavorable, peu ou pas d'utilisation de préservatifs, diminution des conduites safer-sexe (conduites de sécurité autres que les préservatifs), augmentation des partenaires occasionnels, augmentation des comportements de dérivation négatifs (comportements à risques maximum); plus la pression informative et médiatique va augmenter, plus l'angoisse elle aussi va augmenter, et plus nous aurons de passages à l'acte sans précaution; cet aspect concerne plus de la moitié de notre population dragueurs(euses); par contre il est impossible de savoir combien ils sont réellement dans la population " dragueurs(euses) " totale.

(10) DECLENCHEURS POSITIFS ET NEGATIFS.

Une fois encore ici, notre échantillon se scinde en deux parties, une où les déclencheurs positifs dominant (typol.I,II,(III)) et une autre où les négatifs dominant (typol.IV,V).

(Les déclencheurs sont définis comme positifs ou négatifs par le fait même qu'ils stimulent ou inhibent des comportements protégés ou non.).

Les déclencheurs positifs vont dans le sens de la prévention, les négatifs dans le sens de la non prévention. Un déclencheur n'est pas positif ou négatif intrinsèquement, il est neutre; ce qui le positivise ou le négativise, c'est le terrain psychologique dans lequel il agit: Par exemple: la consommation d'alcool est contingente à la personnalité du sujet: pour certains, elle jouera le rôle de déclencheur négatif et fera abandonner toutes mesures préventives ou même induira des comportements paradoxaux (multiplication des partenaires); et pour d'autre cette consommation d'alcool n'aura pas d'effet sur les comportements de prévention.

(11) COMPORTEMENTS DE DERIVATIONS NEGATIFS.

Observés particulièrement en typologie V et accessoirement en IV, et surtout dans la population féminine. Il s'agit de comportements à risques maximum: augmentation relativement importante des partenaires occasionnels et surtout augmentation des pratiques sexuelles diverses et variées et ceci sans aucune précaution.

Il est difficile de déterminer le rôle exact du SIDA dans ces pratiques, et il faut reconnaître qu'elles existaient avant lui; par contre la crainte, l'angoisse face au SIDA semble jouer un rôle de catalysateur et d'amplificateur face à ces comportements paradoxaux.

Souvent ces comportements sont favorisés par la prise de toxiques, médicaments, alcool, cannabis ou les trois à la fois (la prise de "H" fumé est considérée par deux sujets comme une conduite à risque majeur face au SIDA); ou encore par une sorte de bouffée d'angoisse non maitrisable qui induit des passage à l'acte; " quand je flippe trop, j'oublie le SIDA et je vais draguer " .

Nous sommes en présence ici d'une prise de risque délibérée mais inconsciente (conduite ordalique); c'est une réponse inadéquate et dangereuse à une situation interne plus ou moins intolérable pour le sujet qui la porte; on pourrait croire que ces faits sont rares et ponctuels, le dépouillement de notre grille-questionnaire nous montre qu'ils sont assez fréquents, donc à ne pas trop sous-estimer.

(12) PRESERVATIFS = REPOSE NON ADEQUATE A L'ATTENTE PREVENTIVE.

Pour une grande majorité des sujets, le préservatif n'est pas recevable tel quel; il est trop négativement connoté pour qu'il puisse répondre à leur attente préventive.

Le préservatif est porteur d'un fantasme qui serait à lui seul capable de mettre en péril l'identité propre, voire même la personnalité de celui qui l'utilise.

Nous avons beaucoup d'indices tirés de notre grille-questionnaire qui vont dans le sens de cette interprétation, notamment le test de JUNG et l'épuisement-cognitif.

(13) INFLUENCE DE LA CAMPAGNE.

Les sujets qui n'ont que peu modifié leurs comportements pensent que la campagne STOP-SIDA avec tous ses multiplicateurs a eu une influence relativement forte sur l'ensemble de la population en général; (cette influence est notée par eux 8,5 sur une échelle en 10 points, où 0 = aucune influence et 10 = influence maximum). Par contre, les sujets attentifs et adeptes du safer-sexe sont beaucoup plus mitigés sur l'influence de la campagne (estimée par eux à 6,5 sur une échelle en 10 points). Il se dégage de cette observation que l'influence supposée de la campagne est directement à mettre en corrélation avec l'attitude adoptée par chaque sujet; ceux qui ne se protègent pas imaginent que les autres le font (on retrouve là un vieux mythe), et ceux qui se protègent imaginent que les autres le font, mais dans une relative proportion. Cette croyance n'est pas à négliger dans une optique préventive; on retrouve cela dans les campagnes de vaccinations, où ne pas faire le vaccin est doublement bénéfique: on bénéficie indirectement de l'immunité que la population a acquise par le vaccin, et sans toutefois prendre personnellement les risques inhérents à la vaccination; il est bien clair qu'un tel discours n'est pas tenu "in extenso" par les dragueurs(euses), ils le formulent différemment, mais le contenu implicite est identique.

" c'est très bien la campagne STOP-SIDA-PRESERVATIFS, utilisez des capotes, il y aura moins de gens contaminés, et je prendrai moins de risques si j'en n'utilise pas." . Sur l'influence de la campagne, il nous paraît utile de faire quelques commentaires d'ordre plus généraux mais concernant l'échantillon de population étudié.

Nous observons toujours, dans des proportions relativement importantes des réponses fausses, inadéquates ou fantasmées face à l'information sur le SIDA; en voici quelques unes apparaissant à fréquence élevée: " Le SIDA est transmissible par le don du sang, en subissant une intervention chirurgicale, chez le dentiste, à l'armée, chez les coiffeurs , en fumant du "H", et même un de nos sujets parle de l'usage de préservatifs comme conduite à risque (seulement s'il est mal utilisé !).

Pour les groupes "potentiellement" à risques, en plus des homosexuels et des toxicomanes, les prostituées sont fortement stigmatisées dans notre échantillon; paradoxalement la bisexualité n'est citée que 6 fois dans un collectif de 50 sujets.

Les objectifs de la campagne sont parfaitement intégrés dans notre échantillon; et à plus de 90% ils pensent que ces objectifs ont été atteints.

Plus de 10 % de nos sujets tiennent toujours des propos inquiétants face à la prévention, toujours les mêmes à quelques nuances près " LE TEST POUR TOUT LE MONDE ET MARQUER LES SEROPOSITIFS " (réf.SAMI).

(14) LES STRATEGIES PREVENTIVES.

Les exemples précédents nous montrent que les mesures préventives, que cela soit l'usage du préservatif, le safer-sexe ou l'information d'une manière plus générale, ne sont que partiellement intégrées dans l'ensemble de notre échantillon de population.

Cet échantillon de dragueurs(euses) présente une extrême hétérogénéité et de plus il n'a que peu conscience d'une appartenance groupale quelconque; il peut présenter un grand nombre de caractéristiques ne lui appartenant pas en propre; un ciblage univoque ne lui convient pas; si pour les homosexuels la notion de groupe d'appartenance versus groupe de référence est bien délimitée, ce n'est apparemment pas le cas dans l'échantillon que nous étudions; d'où des stratégies différentes à moduler en fonction des sensibilités spécifiques.

(15) IMPORTANCE DES VARIABLES LIEES AU SEXE ET A L'AGE.

D'autres éléments rendent encore plus difficile l'analyse de certains paramètres pour cet échantillon de sujets: c'est la variable liée au sexe du sujet, homme ou femme; à typologie égale, on note des différences comportementales importantes entre les hommes et les femmes; d'autre part, l'âge du sujet vient encore inférer sur les comportements;

on ne se comporte pas de la même façon à 18 ans ou à 50; il faut encore ajouter à cela l'appartenance socio-culturelle (scolarisation), les comportements diffèrent selon qu'on appartient au niveau 1 ou au niveau 4; l'élément cognitif (le savoir que l'on a) est aussi à prendre en compte lors du choix d'une conduite préventive ou non, bien que ce savoir soit relatif.

Autre élément qui vient encore compliquer la compréhension de ce groupe, c'est le fait que dans certaines circonstances, un sujet peut se considérer comme dragueur(euse) avec tout ce que cela implique comme connotations particulières, et que dans d'autres situations il se considérera comme tout-à-fait assimilable à la population standard et à risques très modérés.

NOTRE ECHANTILLON EST-IL REPRESENTATIF DE LA POPULATION

" DRAGUEURS(EUSES) " EN GENERAL.

On peut prétendre que notre échantillon de population dragueurs(euses) est représentatif de l'ensemble de la "corporation" des dragueurs(euses); cette affirmation repose sur quelques faits:

Avec nos 50 questionnaires, (une dizaine de pré-tests), ainsi qu'un sondage effectué dans différents milieux "dragueurs", (voire pages précédentes dans le même chapitre), nous n'en

avons rencontré aucun qui ne rentrait pas dans notre typologie ou qui présentait des caractéristiques que nous n'avions pas évoquées.

POPULATION DRAGUEUR VERSUS POPULATION GENERALE.

Nous avons suffisamment défini de critères pour qu'aucune confusion soit possible entre un sujet dragueur et un sujet de la population générale; par contre, ce qui peut poser problème, c'est qu'un sujet dragueur ne se définira jamais comme tel; il n'a pas la notion d'appartenir à un groupe particulier, et ceci à quelques exceptions près.

CAMPAGNE STOP-SIDA.

ACTION DE LA CAMPAGNE SUR LE MILIEU "DRAGUEURS(EUSES)".

Tout d'abord quelques chiffres concernant cette population:

Nombre de partenaires différents(moyenne/mois)	=	4
Nombre de partenaires ces derniers 30 jours	=	4
Nombre de rapports sexuels ces " " "	=	6 (*)
Typologies I et V	: au-dessus de la moyenne,	> 4
Typologies II et IV	: au niveau de la moyenne	= 4
Typologie III	: inférieur à la moyenne	< 4
Variable sexe masculin	: au-dessus de la moyenne.	
Variable sexe féminin	: au-dessous de la moyenne.	

(*) Remarque importante concernant le nombre moyen de rapports sexuels ces derniers 30 jours.

Une particularité est à signaler concernant cet échantillonage de population; comme nous l'avons déjà vu, les rapports sont occasionnels ; nous avons de plus observé qu'ils sont ponctuels et s'inscrivent dans un espace-temps particulier et limité ; c'est-à-dire que les dragueurs, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, consacrent un minimum de temps à leurs activités sexuelles - la durée moyenne des rapports est courte (5 à 10 minutes), ils ne s'attardent pas en pré et post-liminaires; une fois la satisfaction obtenue, on rentre chez soi .

Ceci est valable pour toutes typologies et pour tous sexes confondus; on note une exception relative en typologie IV. Même si l'opportunité est offerte à un dragueur(euse) de

passer la nuit avec sa (son) partenaire, celui (celle)-ci est très rarement "preneur(euse)" de cette opportunité; il s'agit là plus ou moins d'un invariant comportemental observé dans notre échantillon de population.

La campagne STOP-SIDA et l'information en général ont-elles eu une influence sur l'utilisation des préservatifs, et ceci dans la population générale ?

Selon l'avis et l'opinion de notre échantillon:

A 95 % (38/40) la réponse est: oui (Je ne sais pas 2/40).

Si l'on demande de situer cette influence sur la population générale avec une échelle en 10 points (1= aucune influ., 10 = très forte influ.) on obtient en moyenne 7,5.

Faits observés dans notre échantillon: (pour eux-mêmes).

Avant la campagne, utilisiez-vous des préservatifs?

Environ 1 rapport protégé sur 10 en moyenne, observé surtout en typologie I, et un peu en typologie II, autres typologies, faible à nul.

Après la campagne, utilisez-vous des préservatifs ?

Environ 3 rapports protégés sur 10 en moyenne, observés surtout et encore en typologie I et II; pour le reste de la typologie, l'augmentation n'est pas perceptible.

Si l'on pose la question en termes indirects, en se référant

non plus au sujet lui-même (utilisation personnelle de préservatifs avant et après la campagne), mais combien vos partenaires en utilisaient-ils avant et après la campagne? , il est curieux de constater que les chiffres sont inférieurs à ceux des questions précédentes, de l'ordre de 5 %; à savoir :

Vos partenaires utilisaient-ils des préservatifs avant la campagne ? Réponse: oui à 5 % ou 0,5 rapport protégé sur 10 en moyenne, question précédente 1/10, dif. 0,5.
Même question après la campagne :Réponse environ 2,5/10, question précédente 3/10, dif. 0,5.

"En général le préservatif s'utilisant à deux", il est mal-aisé d'expliquer cette petite différence.

Les thèmes que les dragueurs(euses) ont le mieux retenus, ou auxquels ils ont été le plus sensibles (thèmes évoqués spontanément) sont les suivants et par ordre décroissant: STOP-SIDA (première affiche OFSP), la deuxième série d'affiches (reste fidèle, le premier shoot), les spots TV, radios, cinémas (stop Sida-préservatif), et enfin pour les sujets de la région genevoise la distribution d'un préservatif dans le journal GHI; vient ensuite, assez loin derrière, le concept "safer-sexe" tel que défini dans la petite brochure de l'OFSP/ASS et connue sous le nom de "safer-sexe"; cette brochure est perçue chez les dragueurs mâles comme étant surtout destinée aux homosexuels et aux femmes (sic) "Pas de sperme ni dans l'anus ni dans la bouche"; la notion " Pas de "sperme dans le vagin" n'a pas

été retenue ou a été totalement scotomisée.

La pertinence et l'objectivité de ces thèmes retenus spontanément par les sujets est fixée à 8,5 sur une échelle en 10 points ; par contre, l'adhésion personnelle à ces thèmes chute de 2 points et demi et passe à 6,0 sur la même échelle en 10 points.

Nota: Un sujet peut considérer un thème comme tout-à-fait pertinent et objectif et le noter 10/10; mais ne pas y adhérer personnellement, et de ce fait le noter 1/10. Par exemple le thème: " Stop-SIDA, utilisez des préservatifs" peut-être considéré par un sujet comme tout-à-fait pertinent et objectif, mais lui personnellement n'adhère absolument pas à cette idée et n'utilise pas de capotes.

Pour les thèmes évoqués (une liste de 10 thèmes proposés à chaque sujet), le profil est un peu différent: Nous allons nous limiter aux plus symptomatiques; les chiffres fournis sont des moyennes prises sur l'ensemble de l'échantillon, et toujours selon une échelle de 1 à 10; pour simplifier nous abrègerons: pertinence et objectivité du thème par (PO) et adhésion personnelle par (A).

Le SIDA concerne tout le monde: PO= 7 A= 6

Pas de sperme dans la bouche, ni dans l'anus: ce thème passé très très mal chez les hommes dragueurs hétérosexuels : PO Hom.= 0, PO Fem.= 4, A Hom.= 0, A Fem.= 2.

Éliminer les préjugés, discuter des tabous, de la sexualité:
 PO = 9, A = 9, avec très peu de variations entre H., et F..

Safer-sexe: PO Hom.= 5, PO Fem.= 6, A Hom.= 2, A Fem.= 3
 (tout ou partie de la brochure OFSP/ASS)

La fidélité réciproque "égale" STOP-SIDA: c'est le thème
 qui a déclenché les plus violentes remarques négatives,
 tant du point de vue masculin que féminin, du type:

" c'est con, débile, rien à foutre de la morale, l'église
 se n'a pas à se mêler de ça, c'est fachiste etc..

PO = 2, A = 2, il y a quand même 2 partisans de la for-
 mule (avec des nuances), les 2 en typologie IV (les
 idéalistes en recherche du partenaire stable).

Changement fréquent de partenaires égale conduite à ris-
 que : PO = 6 et A = 6, tous sexes confondus; on peut dire
 que ce concept n'est pas très bien intégré dans cet
échantillon ; il serait intéressant de se pencher rapidement
 sur ce problème, car pour cette population, partenaires
 multiples ne signifient pas obligatoirement conduites à
 risques; on retrouve cette ambivalence dans plusieurs autres
 réponses du questionnaire.

Quant à l'aspect quantitatif de l'information pour cet
 échantillon , la question est vite tranchée: tout-à-fait
 suffisant, voire même trop; l'aspect qualitatif par contre

de cette information chute à 6 sur une échelle en 10 points.

D'ou vient cette différence ? Il est relativement aisé de l' expliciter à l'aide du tableau suivant :

TABLEAU RESUMANT LA PERCEPTION DE L'INFORMATION CHEZ LES DRAGUEURS(EUSES).

Nous avons utilisé une échelle en 10 points: 1 = non, 10 = oui, les sujets peuvent se situer librement entre ces deux extrêmes; l'information sur le SIDA est :

(les chiffres indiquent des moyennes, tous sujets confondus, tendance = variations par rapport à ni oui, ni non).

<u>ITEMS:</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>TENDANCE</u>
OBJECTIVITE :	7, plutôt oui	++
SUSPECTE, DOUTEUSE :	6, " "	+
DEMAGOGIQUE, MANIPULATIVE:	7, " "	++
GENERATIVE D'ANGOISSE :	5, ni oui, ni non	0
REPETITIVE, REDONDANTE :	8,5 plutôt oui	+++ / +
CONTRE INFORMATIVE :	7, plutôt oui	++
MORALISANTE :	8, plutôt oui	+++
QUANTITATIVEMENT SUFF. :	10/11*" oui	++++++
QUALITATIVEMENT SUFF. :	6, " oui	+
DESTINEE A PANIQUER :	8, " oui	+++
POUR GROUPE A RISQ. SEUL :	8, " oui	+++
POUR TOUTE LA POPUL. :	6, " oui	+

* Nous avons volontairement introduit le chiffre 11 pour cet item afin que chaque sujet puisse se déterminer entre totalement suffisante (10) et trop (11); nous obtenons

en effet une moyenne de 10,5 pour cet item.

Ce tableau explique bien à lui seul pourquoi l'information sur le SIDA présente une différence non négligeable entre son aspect quantitatif et qualitatif.

Légitimité des émetteurs.

Les émetteurs que les sujets retiennent spontanément:

A ce niveau, nous sommes en présence d'une certaine indigence au niveau des émetteurs spontanément retenus ; un seul est spontanément mis en évidence par tous les sujets, il s'agit de l'OFSP qui occupe inconditionnellement la première place; paradoxalement l'ASS n'est citée que par 2 sujets sur 40.

Il est intéressant de relever que plus ou moins inconsciemment, tous les sujets ou presque pensent que l'OFSP pilote tous les autres émetteurs et qu'aucun émetteur n'est indépendant face à l'OFSP; ce qui n'est que partiellement faux. Quant à la légitimité, elle est totale pour l'OFSP et ses satellites supposés; par contre elle chute assez fortement quant il s'agit d'émetteurs plus ciblés ou connotés comme Dialogai ou des antennes locales SIDA ;

l'émetteur "Dialogai" par exemple passe assez mal dans notre population, le ciblage " homosexuel " ne lui convient pas; de plus une assimilation erronée se fait entre "dialogai" et les antennes locales SIDA; dans l'esprit de notre échantillonnage, ces deux associations pourtant distinctes sont confondues .Beaucoup de choses se jouent à ce niveau; il faut être très attentif avec cette population

à la nuance groupe de référence-groupe d'appartenance.

On peut reprendre ce qui avait déjà été dit dans le rapport intermédiaire et qui se confirme avec l'analyse d'un plus grand nombre de sujets, à savoir:

La légitimité ne suffit pas, surtout en présence d'un groupe d'appartenance versus un groupe de référence; il faut, et c'est une condition nécessaire mais pas suffisante, un ancrage "par les pairs" (ou personnes à qui l'on fait confiance, copains, amis, autres dragueurs, etc.); en d'autres termes, il faut l'intervention de multiplicateurs appartenant au groupe d'appartenance extraits du milieu dragueurs lui-même; mais ici surgit une difficulté importante car ce "milieu" n'a que peu conscience de son identité propre, il n'est pas homogène, et il ne se définit pas lui-même comme un milieu spécifique.

Quant aux autres émetteurs retenus par les sujets, ils sont assez proches globalement de ce que disent les sujets concernant l'information; (voir tableau perception de l'information). Quant aux émetteurs évoqués (on demande au sujet de se situer par rapport à des émetteurs qu'on lui cite) en voici quelques exemples :

Associations diverses concernées par le SIDA (Dialogai):
PO = 6, A = 4, code utilisé: mauvais, ne leur parle pas.

OFSP (campagnes, brochures, PS magazine etc.) : PO = 9,
A = 7, code utilisé: bon, voire très bon, langage clair, pré-

cis, pas trop médical ni trop scientifique, un langage à la portée de chacun.

Eglises, messages pastoraux: PO = 2, A = 2, code utilisé: refus catégorique et sans appel de ce type de message, y compris celui de l'OFSP "reste fidèle".

Multiplicateurs appartenant au milieu ou proche du milieu: (ce que nous avons appelé précédemment les pairs)
PO = 9, A = 9, code utilisé: très grande variété de code plus ou moins spécifique à chaque utilisateur: très bon.

Journaux, magazines : PO = 6, A = 5 code: médiocre.
(charabia technico-médico-scientifique démagogique)

Médecin de famille, travailleurs socio.etc.: PO = 8,
A = 8 code utilisé : varié et crédible.

TV, radio, émissions SIDA: PO = 7, A = 6, code:moyen à bon

Comme on peut l'observer par ces quelques chiffres, quand il n'y a pas d'intermédiaire entre l'émetteur, le code et le sujet que l'on veut cibler, c'est globalement moins bon que si l'émetteur, le code peuvent être rediscutés ou médiatisés par le récepteur; exception faite semble-t-il pour l'OFSP qui n'a pas besoin de cette remédiatisation. Cette observation devrait être prise en compte pour les futures campagnes.

LES MESSAGES DE LA CAMPAGNE: PERTINENTS ET CONVAINCANTS ?

Comme nous venons de le voir à l'aide des exemples précédents, la pertinence et l'objectivité des messages est perçue comme bonne (environ 8 sur une échelle en 10 points), et ceci à l'exception de 2 messages ("reste fidèle, et pas de sperme dans la bouche ni dans le vagin ni dans l'anus"). Quant à la conviction et à l'adhésion personnelle aux messages proposés, on observe une chute assez importante d'adhésion (environ 5,5,-6 sur une échelle en 10 pts).

Par contre les objectifs de la campagne sont tout-à-fait bien perçus par l'ensemble de notre échantillon: Informer, prévenir, éviter la propagation du SIDA, sensibiliser la population, faire adopter des comportements nouveaux, stigmatiser et désigner les conduites à risques etc.; chaque sujet est capable de définir au moins 4 voire 5 objectifs de la campagne; à ce niveau, les messages ont bien passé et ils sont bien retenus.

Par contre, à la question " La campagne a-t-elle atteint ses objectifs ? les réponses sont beaucoup plus nuancées; cela vient du fait de la non-adhésion de nos sujets aux objectifs proposés (surtout à l'usage du préservatif auquel ils sont plus ou moins réfractaires) et du principe de généralisation qui veut que en ne pratiquant pas un ou des comportements recommandés, ils supposent que le reste de la

population les pratiquent et de ce fait qu'ils bénéficient d'une relative protection indirecte.

Cela revient à dire qu'ils supposent (les dragueurs) que la campagne a eu une "bonne" influence sur la population en général, donc "ils"(les autres) se protègent et "moi" je n'ai pas besoin de me protéger, je peux donc continuer mes pratiques sans "trop" de risques.

Si globalement la campagne les a convaincus, ils n'en ont pas tiré les conséquences attendues, du moins dans un premier temps; nous n' avons derrière nous que 9 à 10 mois de campagne; par contre, certains indices nous montrent que des mécanismes préventifs se mettent en place. Même si ceux-ci ne se traduisent pas obligatoirement par l'usage systématique du préservatifs, ils vont dans le sens d'une prise de conscience des risques et dans la mise en place de néo-comportements préventifs.

(comportements de dérivation positifs par exemple)

QUE CONSEILLEN LES DRAGUEURS POUR AMELIORER LA CAMPAGNE.

Nous sommes en présence d'une bonne cinquantaine de propositions différentes; avec quelques unes qui émergent quelque peu face aux autres. Une qui revient fréquemment est le souhait, verbalisé de différentes façons mais identique quant à son contenu, de voir l'OFSP prendre le contrôle de toute l'information circulant sur le SIDA; une sorte de caution morale sur la totalité de l'information qui est diffusée par les médias, radios, TV, journaux etc..

Il y a là pour les dragueurs un souhait, pour ne pas dire une nécessité, que l'OFSP CAUTIONNE LA VERITE, MIEUX, REJETE LE FAUX.

Ce contrôle améliorerait grandement la qualité et la fiabilité de la somme de l'information circulant dans ce domaine; c'est un souhait important dans notre échantillon. Beaucoup de propositions recouvrent celle-là et vont dans le même sens, par exemple: ne pas laisser les journaux écrire n'importe quoi sur le SIDA, vérifier la crédibilité des sources etc..

Autres propositions ou souhaits exprimés par plusieurs sujets de notre échantillonage:

Il faut continuer la campagne STOP-SIDA sous toutes les formes possibles, mais continuer c'est important; parler du SIDA, de la prévention, des conduites à risques, des traitements, de l'évolution de maladie, du nombre de malades, des séropositifs etc.. Nous sommes en présence ici d'un paradoxe, car quand on leur demande ce qu'ils pensent de l'information générale sur le SIDA, on obtient toujours le même type de réponse " il y en a trop , on nous bassine trop avec le SIDA, c'est parano etc.". Il y a visiblement ici un problème au niveau de la transmission et de la médiatisation de l'information ; en quelque sorte la pédagogie de la transmission de l'information pose encore de nombreux problèmes à ce niveau.

Plus d'humour, plus de créativité, plus de spots marrants

et recours à la " BD " .

Mieux cibler l'information et le public à qui l'on veut s'adresser, aller sur le terrain si cela est possible, faire des conférences; parler un autre langage, être sélectif et attrayant.

En interprétant leurs pensées, mieux cibler l'information peut vouloir dire aussi leur parler un autre langage, plus adapté à leurs préoccupations et à leurs comportements spécifiques, plus proche d'eux; par exemple: le " Reste fidèle-Stop-SIDA", indépendamment de toute connotation morale, ne peut pas passer dans ce milieu là; d'autre part, mieux cibler le public signifie tenir compte de la spécificité inter-typologique: on ne s'adresse pas de la même façon à un dragueur de la typologie I qu'à une dragueuse de la typologie V.

Parler un autre langage peut signifier aussi les responsabiliser et non pas toujours les culpabiliser; certains dragueurs(euses) ont la nette impression qu'à travers la campagne STOP-SIDA et qu'en plus de les informer, de les prévenir, en les rendant attentifs aux risques, il y a une volonté délibérée de s'en prendre directement à leur façon de vivre et de se comporter, en quelque sorte une tentative de récupération sociale à leur endroit, ou pire encore, une tentative de stigmatisation ou de marginalisation. Quand les dragueurs stigmatisent aussi violemment qu'ils le font les homosexuels, les toxicomanes et la prostitution, c'est en quelque sorte une réponse à leur

propre angoisse d'être plus ou moins amalgamés à de tels groupes; c'est ce qu'ils disent quand ils expriment ce souhait:

"Faire preuve de pédagogie, expliquer mieux les enjeux, les risques, ne pas faire de morale ni culpabiliser les gens."

Voici d'autres propositions moins réalistes mais ne manquant pas d'humour: ciblage particulier de la population féminine "dragueuse" par l'intermédiaire des coiffeurs ; comment faire l'amour avec des préservatifs: éditer une brochure avec mode d'emploi, trucs, positions, variantes; organiser des concours ou des primes pour l'achat de préservatifs etc..

Voici encore un autre exemple de conseil (déclaration d'intention) à la limite de la stigmatisation.

"Obliger les malades ou les séropositifs à dire qu'ils sont malades serait une très bonne chose; avec ce système on limite de beaucoup les risques ". Ces propos sont tenus par une femme de 23 ans appartenant à la typologie V. Concluons sur un conseil très optimiste: "Je ne sais pas, mais il faut promouvoir une vie saine et les sentiments dans l'amour; la Fidélité c'est très beau, et si tout le monde appliquait cela il n'y aurait pas le SIDA.". (un sujet homme de typologie IV, 33 ans.).

JUGEMENTS DES DRAGUEURS: EFFETS DE LA CAMPAGNE SUR LA SOCIETE EN GENERAL.

Il y a d'une façon assez nette un surinvestissement dans la croyance que la campagne STOP-SIDA a eu une forte influence sur la population générale; ils situent cette influence à 8 sur une échelle en 10 points, (1 étant aucune influence, 10, une très forte influence); cette conviction porte presque exclusivement sur la pratique du safer-sexe.

Et de conclure que cette campagne c'est très bien mais qu'"on" devrait s'intéresser plus aux groupes à risques qu'à eux (comprendre les homosexuels et les toxicomanes); on retrouve encore ici leurs inquiétudes de se voir assimilés à un groupe à risque face au SIDA.

Si les dragueurs(euses) jugent l'effet de la campagne sur la population générale comme positif, ils insistent tout particulièrement sur le manque d'informations disponibles et crédibles sur les conduites sans risque liées à la sexualité, mais autres que le safer-sexe ou l'usage systématique du préservatif; en d'autres termes, ils sont demandeurs pour eux-mêmes ainsi que pour la population en général de plus amples informations sur telle ou telle conduite de leur vie sexuelle, comme par exemple connaître exactement les risques encourus par la fellation ou le cunilinguisme, le baiser profond, etc.; il faut donc pour cela développer tous les messages possibles sur les situations d'absence de risque, que ce soit au niveau de la sexualité ou de la vie quotidienne et relationnelle.

TESTS.

QUI FAIT LE TEST DES ANTI-CORPS ANTI-HIV ? POURQUOI ET AVEC QUELLES CONSEQUENCES ?

Sur 40 sujets, 10 ont fait le test anti-HIV , ce qui représente 25 % de notre échantillon , soit 8 hommes et 2 femmes, 6 en S.Rom, 4 en S.Al. et 0 en Suisse Italienne.

Pour 9 d'entre eux, le fait du test est intimement lié aux conduites à risques, plus de 4 à 5 partenaires différents en moyenne mensuelle, et souvent sans précaution particulière; ils avaient tous conscience d'avoir pris des risques, mais cette situation ne les inquiétait pas outre mesure; la demande de test prenait chez eux plutôt un aspect de bilan (sujets de typologie I et II surtout).

Pour le sujet restant, une femme qui ne présentait objectivement que peu de conduites à risques, c'est surtout des conditions anxiogènes qui l'ont poussée à faire le test.

Trois tests ont été fait de façon anonyme et 7 en médecine libérale; quant aux résultats 9 négatifs sur 10 .

Chez les sujets restants (30), plus de la moitié sont désireux de faire un test dans un avenir très proche; leurs motivations dans un ordre décroissant sont :

- 1.- J'ai peur du SIDA. 2.- Conduites sans précaution.
- 3.- Faire un bilan, pour savoir, se rassurer.

Certains indices nous font penser que chez ces sujets qui n'ont pas encore fait le test mais qui sont désireux d'en faire un, du moins l'expriment-ils ainsi, l'aspect anxigène face au SIDA semble être nettement plus important que chez les sujets qui ont fait le test, du moins en première analyse.

Le nombre de sujets désireux de faire un test anti-HIV augmente de façon relativement forte depuis Juin 1987 ; leurs principales motivations sont :

- 1.- Surtout se rassurer, et se désangoisser face au SIDA. 2.- La prise de conscience (relative) des conduites à risques. 3.- Certains dragueurs pensent que de garder avec eux (dans leur poche) la confirmation d'une sérologie négative est un atout non négligeable pour la drague.

Pour une quinzaine, de sujets, le test n'est pas une finalité en soi, et ils ne sont pas désireux d'en faire un maintenant ni plus tard, ils n'ont pas conscience d'avoir ou d'avoir eu des comportements à risques justifiant un tel test; les tests c'est pour les autres, et c'est à leurs partenaires de prendre des précautions.

Le fait d'avoir une sérologie négative modifie-t-il les conduites de prévention ? 6 sujets sur 10 ont été rassurés et continue comme avant, c'est à dire sans aucune précaution ou presque (typologie II et V); les quatre autres ont adopté d'une façon assez rigoureuse le préservatif, il faut noter qu'ils se protégeaient déjà avant le test, mais de façon épisodique.

Quant au sujet séropositif, il dit avoir abandonné provisoirement du moins toute activité sexuelle.

JUGEMENT DU MILIEU SUR L'OPPORTUNITE DE FAIRE UN TEST.

Globalement, 70 % de notre échantillon a fait ou est désireux de faire un test anti-HIV dans un avenir très proche; dans l'ensemble le milieu est donc favorable aux tests de dépistage anti-HIV .

Quant au 30 % restant, ils n'en ressentent pas la nécessité, car ils ne se considèrent pas spécialement menacés, n'ayant que peu ou "pas" de conduites à risques (sic). A ce propos, il est intéressant de noter que : partenaires multiples est perçu comme une conduite à risque chez les tenant du test (effectué ou en projet); par contre cette conduite ne figure qu'en quatrième voire cinquième position chez les sujets non désireux de faire un test ; pour eux l'homosexualité, la toxicomanie et la prostitution sont vraiment des conduites à risques, et comme ils ne

sont pas concernés par ces conduites, le test de dépistage anti-HIV ne les concernent pas non plus.

Certains dragueurs pensent qu'il serait souhaitable que toute la population fasse le test, sans containte, librement, afin que les séropositifs soient au courant de leur état et que ceux-ci prennent toutes les mesures adéquates afin de ne pas transmettre la maladie.

On retrouve ici le vieux mythe que c'est toujours à l'autre de prendre ses précautions; cela sous entend que si les séropositifs se désignaient eux-mêmes comme tels, les séronégatifs pourraient continuer bien tranquillement leurs pratiques sans prendre de précautions particulières.

En d'autre termes, on perçoit bien dans notre échantillon le discours suivant: Faisons des tests à l'ensemble de la population mais attention, il faut que cela soit fait librement et sans contrainte (1 er paradoxe).

Il faut que les séropositifs et les gens ayant des conduites à risques soient désignés à l'ensemble de la population comme tels (2 eme paradoxe); et qu'ils prennent toutes précautions utiles à cet effet (3 eme paradoxe).

MST, HEPATITE ET DRAGUE, CONSEQUENCE SUR LA PREVENTION.

Plus de 70 % de tous nos sujets interrogés déclarent

avoir eu des MST, mycoses, trichomonas, clamidiae, ainsi que 2 cas de gonococcie; on ne note aucun cas de siphyllis; deux de nos sujets ont présenté d'assez graves complications à la suite de leurs MST; le sexe ratio lié aux MST est égal à 1/1; aucun cas d' hépatite B n'est relaté.

Les conséquences des MST ne semblent pas affecter outre mesure les comportements de drague; lors de MST "banales", la majorité des sujets s'abstiennent de tout rapport sexuel ou prennent des précautions durant la phase aigüe ou le traitement; d'autres par contre font comme si de rien n'était et taisent leur mal à leurs partenaires; d'autres encore, sachant que leur partenaire est atteint d'une MST, prennent des risques en ayant des rapports non protégés. Comme on le voit, il y a une assez grande variabilité dans les conduites tant sur le plan individuel que sur celui des relations avec des partenaires occasionnels.

Il ne semble pas et il est peu probable que les MST aient une influence particulière ou singulière sur les comportements de drague, tout au plus une abstention ou une prévention temporaire, ce qui est déjà une référence en soi.

La fréquence des MST ne se ventile pas de façon homogène dans l'ensemble de la typologie; elle est maximum en typologie V, plus faible en typologie II et IV, et en dessous de la moyenne en typologie I et III; la courbe de fréquence des MST suit assez bien la courbe d'utilisation

des préservatifs.

En résumé: **40** sujets, situation Déc-Janvier 1988.

Nombre de tests effectués:	10	% échantil.	25 %
Nombre d'hommes	8	"	20,0 %
Nombre de femmes	2	"	5,0 %
Régions culturelles	Suisse romande: 6		
	Suisse alémanique: 4		
	Suisse italienne: 0		
Tests anonymes:	3		
Tests en médecine lib:	7		
Nombre de test positif:	1 (homme)		
Nombre de test négatif:	9		

Sujets désireux de faire un test anti-HIV dans un avenir très proche (dans les trois mois).

Sexe ratio H/F env. 2/1 **18** % échantil. **45%**

Sujets non désireux de

faire un test: **12** " **30%**

Sexe ratio env. 1/1

MST:

Sexe ratio 1/1 60 % de l'ensemble de l'échantillon.

fréquence: mycoses, trichomonas, clamidiae.

Hépatite B: néant.

CONCLUSIONS.

BILAN SUR LES ACTIONS DE PREVENTION ENTREPRISES.

En terme de bilan il y a plusieurs façons de voir les choses: nous avons d'une part un groupe de dragueurs relativement bien défini (en terme de comportements surtout), et d'autre part un concept de référence préventif STOP-SIDA, lui aussi bien défini par ses objectifs; si l'on se situe dans cette perspective, il n'y a pas de quoi être particulièrement enthousiaste, un petit 1/5 (ce chiffre n'a qu'une valeur relative il indique tout au plus une tendance, la seule chose que l'on puisse affirmer c'est que ces comportements existent) de conduites safer-sexe en plus par rapport à l'année précédente et chez des sujets qui se protégeaient déjà avant la campagne, il est vrai en moindre mesure; ces constatations concernent environ une douzaine de sujets (30% de l'échantillon) appartenant surtout à la typologie I et II.

Les 70 % (28 sujets) de l'échantillon restant sont semble-t-il réfractaires (avec des nuances en fonction de l'appartenance typologique) aux préservatifs proposés par les organismes de prévention (OFSP/ASS, multiplicateurs locaux, etc.), du moins pour l'instant; vu sous cet angle là, le bilan n'est pas très satisfaisant.

Ce n'est pas à proprement parler le concept safer-sexe qui pose problème pour cette population restante; à des titres divers, ils en sont tous plus ou moins convaincus; c'est l'objet préservatif qui pose lui de réelles difficultés .

Par contre, ce qui est plus encourageant, et ceci d'autant plus que ce n'était pas programmé par avance, c'est qu'on voit apparaître spontanément des comportements nouveaux et allant dans le sens de la prévention; (en plus du safer-sexe). C'est ce que nous avons appelé des comportements de dérivations positifs et qui vont dans le sens de la diminution des risques (diminution du nombre de partenaires occasionnels, coït sans pénétration, petting, caresses etc.).

Certains indices peuvent nous faire penser que l'on va voir apparaître de plus en plus de tels comportements, car ils présentent trois avantages:

Pour les organismes intéressés par la diminution des prises de risques, ils vont effectivement dans ce sens.

Pour les "drapeurs(euses)", ils permettent de refuser le préservatif sans trop de culpabilité en lui substituant d'autres conduites à moindres risques.

Et troisièmement, ce qui est fondamental , ils permettent aux "drapeurs(euses)" de préserver leur identité, tout en transgressant l'injonction préventive du préservatif.

De ce point de vue, le bilan est positif, même si les

résultats sont très difficiles à évaluer d'une façon pragmatique. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'ils existent et qui mieux est, certains indices nous permettent de supposer qu'ils iront en s'amplifiant.

La pratique de ces néo-comportements préventifs (excluant plus ou moins le préservatif) a même introduit des changements d'appartenance au sein de la typologie, par exemple : un dragueur de la typologie I bien typé a, par ces comportements, tellement modifié ses habitudes que de la typologie I, il passe à la typologie III avec 3 ou 4 partenaires différentes mais qui s'inscrivent dans un tour-nus; avec ces partenaires là, il ne pratique pas ou peu le safer-sexe (relations plus ou moins stables vécues dans la durée); quand par hasard il se retrouve en situation de drague (typologie I), il utilise le préservatif dans 100% des cas et sans aucune exception.

Quant à faire un bilan de l'information SIDA, c'est très délicat; nous l'avons vu, elle est perçue et reçue d'une façon critique et négative; cet état de fait ne présente pas que des inconvénients (même si dans certains cas il permet le doute et l'incrédibilité, ce qui a pour conséquence des comportements de non prévention), nous pensons paradoxalement que c'est une bonne chose, car cet état de fait permet la contradiction, le débat d'idée, et oblige

le récepteur à se situer par rapport à elle, à la limite de s'y confronter et de prendre position.

Nous l'avons vu le double ancrage (information reprise par les pairs) est important pour cette population; une information lénifiante, standardisée et acceptée à 100 % ne permettrait pas cette confrontation d'idée et le double ancrage; de plus, la contradiction-confrontation oblige le sujet à se situer personnellement par rapport aux messages qu'il reçoit, à en tirer les conclusions qui s'imposent et à les inférer sur ses comportements.

En terme de bilan, il peut être utile de savoir que les résistances et les représentations de cette population ne sont pas rigides; elles sont labiles, c'est à dire peu élaborées et perméables à l'action préventive; mais cette action préventive ne peut venir que du sujet lui-même, en aucun cas de l'extérieur; il faut qu'il s'approprie sa propre prévention.

SUGGESTIONS DE TYPES D'ACTIONS, DE STRATEGIES, DE MESSAGES A PROPOSER.

Continuer l'information, renforcer l'information sur les conduites à risques; étudier les relations dynamiques dragueur-dragué, le safer-sexe se joue à deux.

Sortir du discours univoque de la capote, proposer non seulement des alternatives, mais des choix; la capote seule c'est un diktat, la capote ou les comportements de dérivations c'est une alternative; il faudrait faire mieux, et proposer des choix; ces prérogatives incomberaient surtout à l'OFSP (plan national).

A ce niveau, une remarque s'impose et elle s'adresse surtout à l'OFSP; nous l'avons vu, l'affiche STOP-SIDA (la première éditée par l'OFSP) a eu un impact fort sur notre échantillon de population; elle prônait l'usage exclusif du préservatif; ensuite est venue la deuxième affiche OFSP "STOP-SIDA RESTE FIDELE" qui a plus ou moins déchaîné les passions; il s'est fait un amalgame pernicieux entre ces deux affiches à savoir :

En terme d'association, cela signifiait que les utilisateurs de préservatifs sont obligatoirement associés à des gens ayant de nombreux partenaires, " des baiseurs invétérés en quelque sorte" et ceci par opposition à une "valeur traditionnelle et morale de la fidélité" qui n'a sa raison d'être, selon l'idéologie dominante, que dans une "dialectique conjugale", dialectique qui est aux antipodes de l'idéologie "dragueuse".

Dans l'avenir, il serait prudent d'éviter ce type d'association, car elle stigmatise trop les gens ayant des com-

portements sexuels différents de la moyenne, risque de marginalisation et de mise à l'index de ce type de comportements et des gens qui les pratiquent.

Autre suggestion pour les campagnes futures:

Prendre en compte le discours, minoritaire il est vrai, que tiennent certains "drapeurs" à savoir:

La notion de responsabilité-coresponsabilité qui émerge chez certains d'entre eux serait à exploiter d'une façon systématique; des slogans, des affiches, ou autres, pourrait être développés autour de ces idées " je suis responsable de mes conduites, de ma sexualité, et je dois partager cette responsabilité (co-responsabilité) avec mes partenaires"; il y a dans ce discours une ébauche d'appartenance groupale qu'il peut être intéressant de développer, d'autant plus que cette population n'a pas ou n'a que très peu conscience d'une appartenance à un groupe particulier.

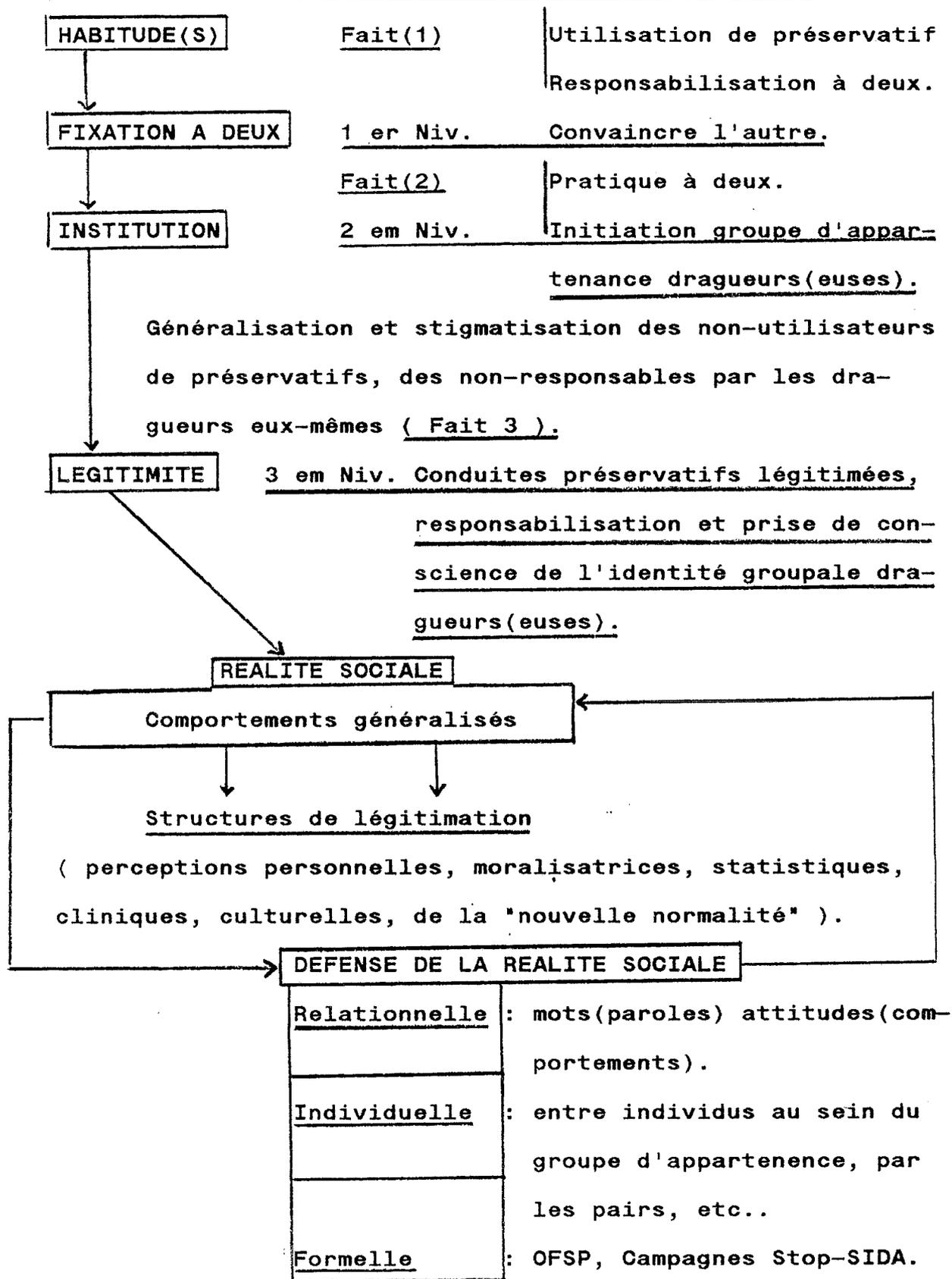
Il pourrait être judicieux de trouver un modèle capable de faire prendre conscience à cette population qu'elle appartient à une entité particulière et qu'elle s'inscrit dans une réalité sociale; à partir d'une habitude, par exemple l'usage du préservatif ou la notion de responsabilité-coresponsabilité, on peut tenter de proposer un modèle de CONSTITUTION D'UNE REALITE SOCIALE " DRAGUEURS ".

D'une façon pragmatique, il peut être intéressant de valoriser ce groupe " dragueurs(euses)"; en d'autres termes, lui faire prendre conscience de sa spécificité propre, en le valorisant. Pour ce faire, il peut être utile de changer le dénominatif " dragueurs(euses) " qui a le désavantage d'être assez mal perçu par la population en général et par les dragueurs(euses) en particulier. Proposer par exemple : "groupe à partenaires non exclusifs" en insistant tout particulièrement sur le terme non-exclusif, en le présentant comme un "must" un plus, en quelque sorte. Par exemple en valorisant le fait que la non exclusivité mesure la qualité de la relation, ou que l'exclusivité est une barrière énorme à la communication. Nous reconnaissons que ce discours va à l'encontre du slogan OFSP/ASS du " Reste Fidèle STOP-SIDA ".

En résumé: faire exister ce groupe particulier, lui faire prendre conscience de son identité propre, en valorisant ce qui le singularise et ceci afin de créer un groupe spécifique d'appartenance conscient de ses spécificités; il est important de créer la notion groupé de référence versus groupe d'appartenance.

Ce modèle ne présente aucune rigidité, il est simplement là pour suggérer une piste possible; ce n'est en fait qu'un schéma pour fixer les idées.

MODELE PROPOSE: Constitution d'une réalité sociale.



L'image publicitaire de la capote est totalement à repenser et ceci est vrai non seulement pour les dragueurs mais pour toute la population.

L'émetteur OFSP reste la source privilégiée dans notre population; quant à l'information, elle est à affiner car l'information est primordiale; elle reste une condition nécessaire à la prévention, mais elle n'est pas suffisante pour obtenir des modifications comportementales stables et s'inscrivant dans la durée.

MASUR Jean-Blaise

Novembre 1987.

Janvier 1988.

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.

7. Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.

17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
20. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.
21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut. univ-ersitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.