



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

RAPPORT DE L'ETUDE  
HOMOSEXUELS

NOVEMBRE 1987

Françoise Dubois-Arber  
avec la collaboration de Doris Frank.

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 23.6

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 :

Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : Homosexuels. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 25 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23.6)

Doc 5  
23,6  
54/92

Institut Universitaire de  
Médecine Sociale et Préventive  
Lausanne

930

10894 1

## 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 soggettiva. 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.

## **Table des matières**

|  |    |
|--|----|
| 1. Méthodologie  | 5  |
| 1.1. Questionnaires  | 5  |
| 1.2. Interviews en profondeur                                  | 7  |
| 1.3. Caractéristiques générales des deux collectifs constitués | 8  |
| 2. Résumé des observations                                     | 9  |
| 2.1. Mode de vie, lieux de rencontre, pratiques.               | 9  |
| 2.2. Les représentations du SIDA                               | 10 |
| 2.3. Du changement d'attitude au changement de comportement    | 12 |
| 2.4. Les déclencheurs  | 13 |
| 2.5. Les résistances   | 14 |
| 2.6. Le changement, la gestion du risque, les difficultés      | 15 |
| 2.7. La gestion inappropriée du risque et les exceptions       | 16 |
| 3. Analyse   | 17 |
| 4. Les campagnes de prévention                                 | 18 |
| 5. Le test   | 21 |
| 5.1. Motivations pour le faire :                               | 21 |
| 5.2. Motivations pour ne pas faire le test :                   | 21 |
| 6. Recommandations   | 22 |
| 6.1. Campagnes générales                                       | 22 |
| 6.2. Campagnes spécifiques                                     | 23 |
| Annexe I Guide d'interview                                     |    |
| Annexe II Questionnaire français                               |    |
| Annexe III Questionnaire allemand                              |    |

## **EVALUATION DES CAMPAGNES DE PREVENTION DU SIDA:** **RAPPORT DE L'ETUDE "HOMOSEXUELS"**

Cette étude est destinée à évaluer les effets des campagnes de prévention du SIDA en Suisse chez les homosexuels, en termes de modifications des représentations, attitudes et comportements face à cette maladie et aux manières de s'en protéger. Elle s'intéresse aussi aux modalités d'acquisition d'attitudes et comportements nouveaux, ainsi qu'à la manière dont les campagnes ont été accueillies et répercutées.

### **1. Méthodologie**

Comme il n'existe aucune donnée en Suisse sur les orientations et comportements sexuels qui permette de définir avec précision ce que représente la population homosexuelle masculine de ce pays, il est impossible d'effectuer une étude sur un échantillon représentatif de cette population. On peut cependant apprendre beaucoup de choses sur ce groupe par d'autres méthodes d'enquête. Ainsi, pour évaluer l'effet des campagnes de prévention du SIDA chez les homosexuels, on a combiné deux approches différentes : une semi-quantitative (questionnaires autoadministrés), une qualitative (interviews en profondeur ciblés). Chacune sera d'abord décrite séparément, avec ses avantages et ses limites. Ensuite les échantillons auxquels elles ont donné lieu seront décrits et comparés.

#### **1.1. Questionnaires**

L'approche par questionnaires permet, pour un certain nombre de questions simples, d'obtenir des données quantitatives peu différenciées (avec les limites décrites plus loin) comme par exemple la fréquence de certaines pratiques sexuelles. Mais lorsque l'on s'intéresse à des comportements complexes, sujets à de subtiles variations et à exceptions, cette méthode d'investigation est inappropriée à elle seule et demande un complément qualitatif (dans cette étude: les interviews en profondeur).

Pour cette première source de données, l'échantillon a été recueilli comme suit : le questionnaire a paru au début de l'été 1987 dans deux journaux homosexuels suisses romands (Dialogai-Info : journal homosexuel d'information plutôt militant; Désir Bleu : journal de petites annonces; diffusion d'environ 6500 exemplaires pour les deux journaux). A la fin de l'été 1987 : parution du même questionnaire traduit en allemand dans deux journaux homosexuels suisses alémaniques (Abendblatt: journal régional au contenu mixte, rédactionnel et petites annonces et Anderschume Kontiki: revue homosexuelle; diffusion d'environ 6000 exemplaires pour les deux journaux). En même temps, ce questionnaire a aussi été envoyé, accompagné d'une lettre de recommandation et d'explication de l'ASS et de l'IUMSP, aux membres de certaines associations homosexuelles, par l'intermédiaire des fichiers de : Anderschume Kontiki "Boutique", Aide Suisse contre le SIDA, Hot Rubber Company (vente de préservatifs par correspondance), Homosexuelle

Arbeitsgruppen , Loveland (sex-shop, vente par correspondance), Loge 70 (club cuir); envoi total d'environ 3200 questionnaires. De nombreuses personnes peuvent avoir été atteintes de plusieurs manières, la consigne étant bien entendu de ne renvoyer qu'un questionnaire par personne; mais le respect de cette consigne est impossible à vérifier.

On peut relever un certain nombre de biais d'échantillonnage : essentiellement inégalité entre Suisse romande et Suisse alémanique, les fichiers d'adresse étant principalement alémaniques.

Biais de sélection: Comme la réponse n'est pas sollicitée en face à face, ceux qui renvoient le questionnaire sont présumés être plus sensibilisés au problème du SIDA. On peut supposer qu'on sélectionne ainsi un échantillon de gens avec une attitude plus favorable à la prévention. De même, ces personnes se reconnaissent (même s'ils ne s'affirment pas tous) homosexuels ou bisexuels et ils ont accès au milieu commercial homosexuel ou à ses publications. On sélectionne enfin probablement les homosexuels ou bisexuels les plus actifs, les plus mobiles, les plus liés au "milieu" (milieu signifiant dans cette étude: lieux de drague, espaces commerciaux, organisations homosexuelles, groupes d'amis), ceux aussi qui ont eu le plus de risques d'être confrontés au virus du SIDA, donc d'être des cibles d'une campagne de prévention. L'homosexuel "caché" de plus de 50 ans, qui a eu quelques aventures dans sa jeunesse, s'est marié et ne pratique plus son homosexualité n'est pas une cible essentielle de la campagne.

Le laps de temps de trois mois entre la parution des questionnaires entre Suisse romande et Suisse allemande, quoique la campagne n'ait pas changé qualitativement entre-temps et que l'information sur le SIDA circule depuis plusieurs années dans le milieu, peut avoir introduit un biais.

Une autre difficulté de recueil des données par questionnaire est sans doute la fiabilité des données : véracité des faits, précision des faits, rappel des faits. Cette difficulté est augmentée dans le cas présent par la nature même de l'objet de l'étude : les modifications de comportement sexuel d'une minorité sociale qui subit une pression considérable en direction d'un changement de comportement voire d'un "retour à la norme" de la part de la majorité. Malgré l'anonymat absolu garanti par la forme du questionnaire, il est possible qu'il existe un effet de conformisme de groupe tendant à minimiser des conduites déviantes par rapport à un modèle de prévention présent dans le milieu.

Dans quelques situations où l'on disposait d'indications sur la provenance du questionnaire (questionnaire signé avec accord pour interview), il a été possible de comparer les deux sources de données : il apparaît que la tendance décelée par le questionnaire est toujours retrouvée dans l'interview (pas de changement de sens), mais que la précision des réponses est insuffisante pour juger d'une chose très importante dans le cadre de la prévention du SIDA : les modalités et motivations du passage d'une attitude ou d'un comportement à l'autre, la stabilité des nouvelles attitudes ou comportements acquis. En d'autres termes, l'échantillon, bien que non représentatif des homosexuels dans leur ensemble, est certainement indicatif des tendances que l'on peut rencontrer dans la partie la plus active, peut-être la plus exposée au risque de SIDA, en tout cas la plus sensible au problème, parmi la population homosexuelle.

## 1.2. Interviews en profondeur

On recherche ici l'émergence d'attitudes et de comportements de protection du SIDA, en s'attachant à en décrire les mécanismes (acquisition, maintien, exceptions) et en détectant les résistances au changement et leur causes possibles.

Par cette méthode de recueil des données, on cherche à obtenir un échantillon qualitativement représentatif, une sorte d'éventail des diverses sensibilités que l'on peut rencontrer chez les homosexuels.

Le recrutement des sujets s'est fait par:

- le questionnaire (invitation à répondre à une interview en fin de questionnaire, donc à travers les mêmes canaux de diffusion que les questionnaires)

- une méthode boule-de-neige par des contacts avec les premiers interviewés, par des connaissances dans le milieu homosexuel, par la consultation SIDA dans un hôpital universitaire

- petites annonces dans deux journaux non-homosexuels (un quotidien romand et un hebdomadaire local tous ménages romand).

L'anonymat était garanti par la forme de prise de contact proposée (téléphone par le candidat à l'interview directement à l'interviewer pour fixer un rendez-vous).

La diversité des types d'homosexualité et des façons de la vivre a été retenue comme critère de représentativité du collectif, la recherche se poursuivant jusqu'à obtention de redondances et au moins jusqu'à l'obtention de la représentation de divers strates choisis préalablement: âge, classe sociale, domicile, mode de vie, appartenance à des sous-groupes d'homosexualité. Les interviews, d'une durée de 1h-1h30, ont été menés en Suisse romande (21) et en Suisse alémanique (23) entre juin et octobre 1987.

L'interview a l'avantage de donner des indications précises sur le processus de changement, sur l'acquisition d'attitudes et de comportements, sur les mécanismes de blocage ou les mécanismes de facilitation. Elle permet non seulement une approche de l'interviewé lui-même, mais encore, à travers lui, d'une partie de son environnement proche.

Le biais de sélection le plus important identifié est la motivation pour accepter une interview en face à face portant sur un sujet d'ordre intime. Sont sélectionnés ici des gens qui "ont quelque chose à dire" dans le domaine du SIDA, sur ce qu'ils vivent ou sur ce qu'ils voient. Cet aspect de témoignage de l'interview est d'ailleurs souvent un gage de fiabilité (véracité) du discours.

Les deux **instruments** de recueil des données (questionnaire et interviews) ont été prétestés. La plupart des questions du questionnaire pourraient être reprises dans une évaluation ultérieure. Peu de questions ont donné lieu à des réponses équivoques ou incohérentes, la reproductibilité est considérée comme bonne.

Les interviews en profondeur se sont faites sur le mode de l'entretien non dirigé avec un guide d'interview comprenant une liste des items qui doivent figurer dans le matériel recueilli. Cette manière de procéder assure une meilleure acceptabilité de l'interview, permet des recoupements et des retours



sur certaines questions; elle est en revanche plus sensible au biais lié à l'interviewer.

Les interviews ont été réalisées sur le même modèle par deux personnes seulement (F.Dubois en Suisse romande et D.Frank en Suisse alémanique), ceci assurant une bonne homogénéité des données. Chaque interview était si possible enregistrée, toujours avec l'accord de l'interviewé.

Le recueil des données sur le terrain a été précédé d'un travail préparatoire en collaboration avec des groupes d'homosexuels tant en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. ( Dialogai à Genève, homosexuels membres de l'ASS ou non affiliés à un groupe à Lausanne, Berne, Bâle, Zürich). Le questionnaire a ainsi pu être modifié à plusieurs reprises après discussion avec ces personnes auxquels différentes versions ont été présentées.

L'acceptabilité de l'interview a été excellente malgré l'aspect intime de certains sujets traités; dans la grande majorité des cas, l'enregistrement a été accepté. Le fait que les interviewers soient de sexe féminin a été considéré comme plutôt positif ou indifférent, jamais négatif.

### **1.3. Caractéristiques générales des deux collectifs constitués**

795 homosexuels ou bisexuels ont renvoyé le questionnaire (taux de retour :1% pour les journaux;18% pour les fichiers, 5% en moyenne). La majorité d'entre eux sont suisses alémaniques; les 2/3 habitent dans les cantons à grandes villes : Zürich, Bâle, Berne, Vaud, Genève. La répartition par âges est la suivante :

- moins de 20 ans : 3 %
- 20 à 29 ans : 31 %
- 30 à 39 ans : 30 %
- 40 à 49 ans : 24 %
- 50 et au-delà : 12 %

Du point de vue professionnel, plus de la moitié des homosexuels interrogés occupent un poste d'employé dans leur profession, le quart est "cadre", un peu moins du cinquième indépendant. Les secteurs les plus représentés sont d'abord les services, puis l'industrie, les professions intellectuelles et artistiques et le commerce.

70 % des répondants affirment leur homosexualité, 40 % sont affiliés à un groupe homosexuel. 15 % peuvent être considérés comme bisexuels (disent avoir des relations homosexuelles et hétérosexuelles).

43 personnes ont été interviewées (proportions suisses alémaniques/romands : 1:1). Par rapport à l'échantillon du questionnaire, la tranche d'âge 20 à 29 ans y est un peu plus fréquente. Les modes de vie en revanche sont comparables. Les bisexuels sont un peu moins représentés.

La diversité recherchée pour les interviews a été atteinte : on trouve toutes les classes d'âge représentées, les principales catégories socio-professionnelles, les différents modes de vie. Dans ce qui se rapporte à l'homosexualité, on trouve une gamme étendue : des homosexuels stricts aux

bisexuels, des personnes pour qui l'affirmation de l'homosexualité est très problématique, des sensibilités plutôt féminines, d'autres très masculines ou cuir, des homosexuels qui vivent beaucoup dans le milieu, d'autres qui sont totalement hors milieu.

Pour ce qui concerne le SIDA : la plupart ont une attitude positive face à la prévention, mais avec beaucoup de nuances. Certains ont fait le test, d'autres non; certains sont séro-positifs, d'autres malades.

L'éventail nous semble donc satisfaisant. Pour des raisons évidentes d'affirmation ou d'anonymat, il n'a pas été possible d'interroger de très jeunes homosexuels encore hésitants sur leur orientation sexuelle ou tout au début de leur "coming out", ni des homosexuels (ou bisexuels) cachés, ni ceux qui se prostituent. Leurs attitudes et comportements ne peuvent être qu'approchés de l'extérieur, à travers ce qu'en rapportent les personnes interviewées.

Les possibilités de généralisation de cet échantillon à l'ensemble de la population homosexuelle seront discutées avec les résultats.

## **2. Résumé des observations**

### **2.1. Mode de vie, lieux de rencontre, pratiques.**

70 % des répondants au questionnaire sont des homosexuels affirmés. Dans la plupart des interviews, la personne interrogée précise cependant que son orientation sexuelle n'est qu'une partie, importante certes, mais non déterminante de sa personnalité.

40 % sont affiliés à un groupe ou à un club homosexuel, mais beaucoup moins en fréquentent les réunions. Une majorité lit régulièrement un journal homosexuel.

Plus de la moitié des répondants vivent seuls, un quart vit en couple homosexuel. Environ la moitié des personnes interrogées ont une relation homosexuelle stable; les deux tiers ont des relations occasionnelles. 15 % du collectif interrogé ont des relations homosexuelles et hétérosexuelles, 5 % vivent en couple hétérosexuel.

La moitié des répondants fréquentent les bars "gay" (davantage chez les moins de 30 ans), le tiers se rend de temps en temps dans une sauna (la proportion augmente avec l'âge); le quart rencontre les gens dans des parcs, moins du cinquième recherchent des partenaires dans les WC publics (davantage chez les plus âgés). Rares sont les homosexuels interrogés qui vivent exclusivement entre homosexuels, rares aussi sont ceux qui disent mener une "double vie" (homosexualité cachée dans la famille et au travail par exemple). Le terme de "milieu homosexuel", synonyme de ghetto ou d'espace commercial (bars, saunas, discos, etc) est souvent rejeté.

Les pratiques sexuelles mentionnées le plus souvent par les répondants aux questionnaires sont la masturbation et les caresses érotiques (90 % des répondants), la fellation (70 %), la pénétration (56 %). L'abstinence est quasi absente. Le nombre de partenaires au cours des 3 derniers mois varie en fonction de l'âge et augmente légèrement avec l'âge. Les trois quarts des personnes disent acheter des préservatifs.

Dans le questionnaire, plusieurs questions tendaient à évaluer les mesures de protection contre la contamination possible par le VIH : l'une se rapportait au nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois

écoulés, les deux autres mesuraient l'occurrence de pratiques potentiellement à risque durant les trois mêmes mois.

Nombre de partenaires durant les trois derniers mois:

- 10 % des répondants n'ont pas eu de partenaire sexuel
- 27 % en ont eu 1
- 37 % de 2 à 4
- 18 % de 5 à 10
- 8 % plus de 10

A la question : "Avez-vous eu une relation anale durant les trois derniers mois, et si oui, était-ce avec ou sans préservatif ?" :

- 50 % des répondants ont dit qu'ils n'en avaient pas eu
- 30 % ont dit qu'ils avaient pratiqué la pénétration avec préservatif
- 20 % ont dit qu'ils ont eu des relations sans préservatif soit toujours, soit de temps en temps.

Cependant on peut penser qu'une bonne partie de ceux qui ont eu des relations non protégées les ont eues avec leur partenaire stable. En effet à une question convergente : "Employez-vous à chaque fois le préservatif en cas de pénétration et si non quand renoncez-vous à l'employer ?" : 30 % des répondants disent qu'ils n'emploient pas le préservatif à chaque fois, mais plus de la moitié d'entre eux y renoncent seulement en cas de relation avec leur partenaire stable et utilisent le préservatif en dehors de leur relation stable ou sont mutuellement fidèles (couple fermé). Le risque lié à la pénétration se rencontre donc chez moins de 20% des répondants et certainement de manière inhomogène (pour certains souvent, pour d'autres exceptionnellement).

Le risque lié à la fellation ("Avez-vous eu du sperme dans la bouche durant les trois derniers mois ?") est présent chez le quart des répondants.

Chez le cinquième des interviewés on peut mettre en évidence un risque d'infecter ou d'être infecté (toutes pratiques confondues) qui se présente plus ou moins rarement selon les cas.

Ces quelques fréquences sont évidemment insuffisantes pour rendre compte de ce qui se passe réellement, c'est-à-dire: comment pratique-t-on, avec qui, dans quel contexte, pourquoi, est-ce que cela a toujours été comme ça ?

Les questions ouvertes du questionnaire et surtout les interviews apportent quelques précisions.

## 2.2. Les représentations du SIDA

Menace, danger, épée de Damoclès, mystère, insécurité, déchéance, mort, perte, tristesse sont des mots-clés qui reviennent très souvent dans les discours des homosexuels sur le SIDA. Ce qui frappe, c'est la **présence** du SIDA, non pas comme abstraction, produit de lecture de journaux, mais bien comme réalité tangible. C'est probablement ce qui distingue le groupe des

homosexuels de tous les autres groupes sociaux en Suisse. Les premiers cas de SIDA sont apparus très tôt en Suisse (1981) et depuis lors un grand nombre d'homosexuels ont été confrontés à la maladie, à la mort d'un ami; cette expérience est d'autant plus traumatisante que la déchéance peut être très frappante (importance de la beauté du corps dans la relation homosexuelle), que des sentiments de honte, de rejet, de clandestinité sont associés, enfin que l'identification au malade est souvent immédiate, puisqu'il s'agit d'une maladie contagieuse et que, comme homosexuel, on s'imagine courir les mêmes risques que celui qu'elle frappe ("si lui l'a attrapé, pourquoi pas moi?").

Cette forte présence de la problématique SIDA chez nos répondants peut être illustrée par le fait que la moitié d'entre eux connaissent ou ont connu une personne séropositive, le quart d'entre eux une personne atteinte du SIDA, un tiers une personne morte du SIDA. 40 % des répondants n'ont aucune personne concernée (séropositive, malade ou décédée) parmi leurs proches. Rappelons aussi que cette confrontation immédiate avec la mort par maladie (=lente, prévue), de personnes jeunes est un phénomène qui avait complètement disparu de nos sociétés industrialisées.

La **peur** du SIDA exprimée existe chez la grande majorité des répondants. Si l'on pose la question du risque évalué pour soi, la moitié des personnes pensent qu'effectivement ils courent le risque d'avoir un jour le SIDA. Cette réponse ne signifie rien en termes de risques effectivement courus, mais elle est très représentative d'un état d'esprit de proximité ressentie du SIDA, de **doute et d'incertitude**. Ce doute peut s'exprimer de plusieurs façons : "nul n'est à l'abri", "on ne sait jamais", "il existe sûrement un risque résiduel du safer-sex", "rien n'est sûr à 100 %", "la fellation est-elle sans risque?", "je travaille dans un hôpital", "si mon ami était infidèle,...", "la vie est plus complexe que les consignes de l'Aide suisse contre le SIDA", "le désir est plus fort que la raison", "la tête et les sens ne font pas qu'un". Ces incertitudes, on l'oublie parfois, ont été vécues sur une longue période chez les homosexuels en Suisse: quand les premiers cas de SIDA sont apparus (1981), les modes d'acquisition du virus n'étaient pas connus et les "consignes de sécurité", par la force des choses (progression des évidences scientifiques), se sont modifiées avec le temps, donc sont susceptibles de se modifier encore, dans l'esprit des gens. Il a fallu s'adapter au fur et à mesure, expérimenter les fluctuations du discours et des recommandations sur le SIDA.

Après la peur, la mort, un autre thème qui revient souvent est celui du rapport **méfiance/confiance**. L'importance qu'on leur donne, comme critère d'adoption de mesures de précaution, est souvent associée à une difficulté à affronter de face les risques de contamination, à prendre soi-même en charge sa propre protection. Méfiance et confiance sont aussi associées à des méconnaissances des risques et à la façon de les éviter ("je dois me transformer en détective", "je suis devenu très prudent, sélectif", "j'ai de la peine à faire confiance à un partenaire éventuel").

Autre thème assez proche de méfiance/confiance: celui de **propreté/saleté**, le SIDA étant associé à la saleté. Ceci est illustré par la croyance que: parce qu'un sauna est propre, on ne peut y attraper le SIDA ou, parce que telle personne présente bien, elle ne peut être porteuse du virus, etc...

On trouve des représentations très diverses sur les **effets du SIDA sur la cohésion entre homosexuels** : certains éprouvent un sentiment de méfiance généralisée, de clivage entre groupes; d'autres au contraire se sentent dans une communauté qui se serre les coudes, qui réagit positivement face à un coup dur. Pour beaucoup le SIDA est le symbole de l'atteinte à la

liberté, du recul après la libération sexuelle des années 70, l'ère des restrictions, de la frustration, de la remise en question. Rarement sont invoquées des idées de punition ou de culpabilité.

De manière générale, le SIDA est associé à des représentations négatives, sombres, même si quelques remises en question issues de la confrontation avec cette maladie sont mentionnées positivement (ré-évaluation des relations, recherche d'une meilleure qualité de la vie).

### 2.3. Du changement d'attitude au changement de comportement

Pour pouvoir adopter un comportement de protection vis-à-vis de la contamination par le virus du SIDA, il faut généralement avoir évalué pour soi-même les risques éventuels courus et préalablement s'être senti concerné.

Chez les homosexuels interrogés, l'étude de l'évolution vers la conscience d'un risque de SIDA pour soi met en évidence un certain nombre de mécanismes qui ressemblent un peu aux stades de la confrontation à la mort : négation, culpabilité, peur, ressentiment, tristesse et découragement, marchandage, acceptation. On constate des phénomènes de blocage, de résistance, des phénomènes de facilitation. On voit aussi que les comportements adoptés à un moment donné peuvent être mis en relation avec certains stades.

L'identification SIDA/Homosexuels, propagée par les médias depuis quelques années a effectivement conduit la plupart d'entre eux à s'interroger, à commencer la réflexion du risque pour soi. Chez presque tous existe à un moment ou à un autre le phénomène de la **négation**, du **déplacement** (attribution au SIDA d'un rôle, d'un lieu, autre que celui qu'il a en réalité) : "le SIDA ne viendra pas en Europe", "le SIDA est lié aux poppers et je n'en prends pas", "le SIDA, c'est les drogués, les cuirs, les prostitués, etc.", plus généralement, "le SIDA, c'est les autres" ou "c'est ailleurs".

Des phénomènes de **culpabilisation** sont aussi perceptibles. Ils s'expriment sur le mode : "nous avons exagéré, eu trop de partenaires", "j'ai peur d'être contaminé à cause de mon brillant passé". On voit aussi des formulations d'auto-dépréciation personnelle ou de groupe : "nous sommes incapables de nous prendre en charge pour lutter contre le SIDA", "trop frivoles", "pas assez sérieux".

La **peur** est évidente; elle empêche de voir les risques où ils sont réellement. De nombreux homosexuels parlent d'hystérie du SIDA, signalent des réactions irrationnelles, qui auraient eu lieu surtout dans les deux dernières années et qui se marquent par la diminution de la fréquentation du milieu (très perceptible dans les saunas), les bars vides les jours suivant une émission ou un article importants sur le SIDA, les réactions de rejet face aux séropositifs, les bruits qui courent sur eux. La peur génère aussi des phénomènes de fuite en avant (augmentation dans le changement de partenaires, sexualité plus clandestine) qui sont souvent momentanés.

Le **ressentiment** se voit surtout à travers les accusations portées à la société de vouloir réglementer la vie sexuelle des homosexuels ou franchement de supprimer l'homosexualité; ce peut être une excuse pour ne pas accepter le safer-sex. Le ressentiment a pu s'exercer à l'intérieur même du milieu homosexuel. Un membre d'un groupe "cuir" dit avoir ressenti de l'ostracisme de la part d'autres homosexuels qui voyaient en ce type de groupe les responsables de l'introduction de la maladie en Suisse.

La **tristesse et le découragement** sont des stades importants dans l'évaluation des risques qu'on court et pèsent sur des décisions de changement de comportement ou de maintien du comportement acquis : le SIDA représente une mise en cause d'un certain nombre d'acquis de la libération sexuelle et ceux pour qui l'accomplissement de soi s'est fait au travers d'une sexualité libre et sans limite peuvent ressentir un véritable frein à leur épanouissement, voire un deuil d'une époque donnée. Le prix à payer (se conformer aux prescriptions du safer-sex) peut être trop grand et empêcher le maintien d'un comportement de protection. Parfois on sent aussi le découragement de se voir entouré par des gens atteints, avec des réflexions qui vont dans le sens de se dire : "à quoi bon, c'est trop tard !".

Le **marchandage** représente la demi-mesure, la semi-conviction. Au niveau de l'attitude, c'est admettre que l'on peut courir un risque de SIDA mais de ne pas accepter entièrement les consignes de safer-sex : "je ne peux attraper le SIDA car je ne fréquente que des séronégatifs", "j'ai diminué le nombre de mes partenaires, donc... ". Le marchandage au niveau du comportement, c'est la mise en pratique du SSR avec des exceptions : "je ne suis pas strict, mais je diminue les risques".

Tous les homosexuels interviewés passent par l'une ou l'autre de ces phases d'adaptation, ces cercles concentriques du concernement avec des allées et venues d'un stade à l'autre. Chez tous les répondants cette période d'ajustement a été longue, de plusieurs mois à plusieurs années, avant que la conviction du risque pour soi soit suffisante pour entraîner un changement stable de comportement (= **acceptation**): "le SIDA existe, il faut faire avec, et bien faire avec".

## 2.4. Les déclencheurs

On peut considérer les campagnes de prévention comme une stimulation plus ou moins continue au changement. Cependant, seules, elles ne sont pas toujours suffisantes pour produire l'effet désiré par leurs promoteurs. Alors, qu'est-ce qui déclenche, qu'est-ce qui est décisif pour le changement du comportement ? Dans les interviews, on a tenté de cerner ce "moment" qui entraîne l'adhésion pour tenter de mettre en évidence des points d'accrochage pour des messages de prévention.

Presque tous les **déclencheurs** peuvent être regroupés dans les rubriques suivantes:

- la nécessité
- la confirmation par un proche
- l'accumulation d'informations (pression des informations)
- la proximité du SIDA
- la responsabilisation par rapport à l'autre (celui ou ceux qu'on aime).
- la crainte des MST en général

Souvent plusieurs déclencheurs sont liés.

La **nécessité**, représentée par la découverte d'une séropositivité ou de la maladie chez soi ou chez son partenaire, est autant un déclencheur de

constance dans la protection (nécessité d'être toujours strict chez des gens qui prenaient déjà des précautions) que le signal du début de précaution. Plusieurs interviewés, qui pratiquaient le safer-sex en dilettantes ou qui commençaient à le pratiquer, ont dû brusquement changer, devenir stricts, pour se protéger eux-mêmes ou pour protéger les autres.

Fréquemment les homosexuels interrogés ont identifié une personne, une circonstance qui les a fait basculer vers la protection (**confirmation par un proche**). Il s'agit souvent de la discussion avec un proche, avec quelqu'un en qui on a confiance, quelqu'un qui connaît le problème, etc. (par exemple, un ami qui rentre d'Amérique et qui connaît des malades du SIDA, un médecin de famille, un parent qui se fait du souci). L'émission de la télévision alémanique où André Ratti, journaliste et homosexuel, a témoigné comme malade du SIDA, a été signalée à plusieurs reprises comme déclencheur : Le SIDA était là et c'était Ratti, quelqu'un à qui on pouvait s'identifier, avec un grand charisme, qui venait le confirmer à la télévision.

**L'accumulation des informations et des recommandations**, leur convergence surtout, semblent à un moment donné être suffisantes pour décider quelqu'un à changer de comportement. En ce sens, la synergie entre les campagnes et consignes de l'ASS depuis 1985 (plus tard de l'OFSP) et des différents groupes homosexuels organisés semble avoir bien fonctionné. Certaines images "choc" aussi peuvent suffire: par exemple un homosexuel dit avoir été impressionné par l'image "boule-de-neige", "en courbe exponentielle" du SIDA. Plusieurs personnes interviewées en Suisse alémanique ont signalé comme déclencheur un article du "Spiegel" du 5.11.1984 ("SIDA : La bombe est posée") où l'effet de pression sur les homosexuels a dû être très fort car l'article insistait sur la liaison SIDA-homosexualité.

**La proximité du SIDA** : ce déclencheur est souvent cité. La représentation "le SIDA, c'est l'autre" s'effondre quand on s'aperçoit qu'une personne qui est séropositive ou malade est comme soi ou, pire, est encore moins "à risques" que soi selon les critères que l'on s'était choisis. Un jeune homosexuel raconte que ce qui l'a bouleversé, c'est d'apprendre la mort d'une connaissance qui était un "gay standard", un gay sans excès qui "en faisait moins que lui". Cela a représenté pour lui "l'alerte rouge".

**La responsabilisation envers ceux que l'on aime** : c'est la prise de précautions strictes pour protéger le couple ou la famille. Par exemple, un homme signale comme déclencheur une discussion avec son grand fils à la suite de laquelle il a renoncé aux partenaires multiples et s'est fixé dans une relation homosexuelle stable et protégée.

Un déclencheur non lié au SIDA et portant exclusivement sur la protection par le préservatif: **la peur des maladies sexuellement transmissibles**, a été rencontré chez plusieurs interviewés qui utilisaient le préservatif déjà depuis plusieurs années pour cette seule raison.

## 2.5. Les résistances

A tous les niveaux (attitudes, comportements) on rencontre des résistances au changement. Les principales sont liées à l'incertitude née de l'accumulation d'informations contradictoires. Ce brouillage d'informations empêche d'entendre les messages principaux: comment croire sérieusement que le préservatif est un bon moyen de se protéger du SIDA et a fortiori l'employer, si on a encore des doutes sur la transmission à travers la peau et que la bataille fait rage dans les journaux à ce sujet? Cet effet pervers des

médias à l'affût de sensationnel est souvent mentionné comme perturbateur. Chez les homosexuels, la plupart des résistances ont ainsi lieu "en amont" de l'usage du préservatif, dont la sécurité et l'acceptabilité sont peu mises en cause par ceux qui sont convaincus de son utilité. Trois quarts des répondants disent qu'ils n'ont (ou n'auraient) pas de problèmes à employer le préservatif; certains soulignent le bénéfice secondaire de son usage: ne plus avoir de MST du tout, se sentir en sécurité ("c'est comme si je savais qu'il y a un bon pilote dans l'avion: je peux me laisser aller, savourer mon voyage...").

Les principaux arguments mentionnés en défaveur du préservatif sont: la baisse de la puissance sexuelle, les problèmes relationnels induits par la proposition du préservatif, la diminution du plaisir et du charme.

## 2.6. Le changement, la gestion du risque, les difficultés

85 % des répondants au questionnaire et une proportion semblable des interviewés disent qu'ils ont changé quelque chose dans leur vie sexuelle, en réponse au problème posé par le SIDA. Ces changements ont commencé depuis longtemps. Par exemple, à la question: "depuis quand pratiquez-vous le safer-sex", parmi ceux qui répondent (66%):

- 15% ont commencé depuis moins d'un an
- 28% " " " 1 à 2 ans
- 57% " " " plus de 2 ans

Les changements les plus fréquemment mentionnés sont la diminution du nombre de partenaires, l'usage du préservatif pour la pénétration, la fellation sans recevoir de sperme dans la bouche. Beaucoup ont renoncé à certaines pratiques (pénétration, fellation ou autres); certains se sont tournés vers la relation monogame fidèle. Si les consignes du safer-sex (pénétration avec préservatif, pas de sperme dans la bouche en cas de fellation) sont celles qui semblent le plus suivies, on assiste à une véritable **gestion du risque ou de la protection** qui n'a rien de monolithique. En effet, les aménagements sont multiples, qui vont de l'abstinence totale (rare) à une gamme étendue de pratiques sexuelles entre partenaires exclusifs fidèles et testés séronégatifs après trois mois de précautions, en passant par les couples ouverts, sans protection dans le couple, mais se protégeant lors de relations extérieures, etc.

Pour être efficace, une telle gestion du risque doit être bien définie pour soi (ce que je fais, ce que je me permets, ce que je me défends), clairement exprimée en parole ou en action (il n'est pas toujours nécessaire d'en parler, on peut "agir" la prévention), constante. On voit que cette gestion du risque est plus ou moins bien vécue selon qu'elle s'accorde à l'histoire, à la personnalité de quelqu'un ou d'un groupe. Le "mâle chasseur", à grand nombre de partenaires, sans attache affective, semble avoir peu de peine à adopter le préservatif ou un autre mode de safer-sex et l'imposer toujours sur le mode du "c'est comme ça ou rien". Le couple stable et confiant peut parler ouvertement du problème. Il semble aussi que ceux qui pratiquaient une sexualité très variée (comme les "cuirs") ont plus de facilité à modifier certains aspects de leurs pratiques sexuelles, le choix existant rend les changements moins contraignants). En revanche, dans les situations instables, conflictuelles, inhabituelles, de transition, cette gestion du risque fonctionne mal: une personne qui s'affirme difficilement, qui a beaucoup de peine à nouer des contacts, ne laissera pas passer "une bonne occasion" qui survient, même si elle présente des risques. Dans les situations de transition, comme la



construction d'une nouvelle relation privilégiée, l'enjeu affectif peut être trop grand pour risquer une clarification qui pourrait conduire à remettre en question la relation. Pour les jeunes, au moment des premières relations sexuelles, le problème est le même.

## 2.7. La gestion inappropriée du risque et les exceptions

Peu d'homosexuels (répondants au questionnaire ou à l'interview) font des erreurs d'évaluation fondées sur la méconnaissance des risques ou la mauvaise interprétation des consignes. Le niveau d'information sur les moyens de transmission du SIDA semble être bon. On trouve quand même des risques tels que: l'abandon de la pénétration passive avec persistance de la pénétration active sans préservatif, le coït interrompu, le choix du partenaire fondé sur l'apparence (propreté, air en bonne santé, niveau social élevé) ou le choix de partenaires sur la base d'un certificat de séronégativité. Certains rencontrent des difficultés à adopter le safer-sex dans des cercles d'intimes, de connaissances, où il semble que la confiance mutuelle joue un rôle peut-être surestimé. Il arrive que le problème ne soit pas abordé, reste au niveau du "non-dit" ou tout simplement que le cercle restreint de connaissances soit considéré comme un lieu sûr en soi où il n'est pas nécessaire d'envisager des précautions, encore moins d'en parler. On retrouve le même problème au niveau des relations stables. La question du risque oriente certains vers la recherche d'un partenaire stable, la création d'une île hors d'atteinte du SIDA ou qui les aide à affronter le SIDA. Ces ajustements sont nettement différents selon que cette évolution vers la fidélité est naturelle et juste accélérée par le problème du SIDA (par exemple évolution personnelle avec l'âge) ou un peu "forcée". Dans ce cas il apparaît plus difficile et plus conflictuel de définir un accord sur les modalités de protection dans et hors de la relation de couple. On rencontre aussi des sortes de "crispations" sur la relation qui devient une fin en soi, très sérieuse ("todernst"), difficile à construire en ces temps de SIDA.

Presque tous les interviewés qui ont adopté un comportement de protection décrivent qu'il est difficile d'être toujours strict, qu'il existe des **exceptions**.

Les exceptions d'ordre technique (le préservatif défilant par exemple) sont très rarement décrites.

Fréquemment l'exception est liée à une circonstance particulière, représentant une diminution de la maîtrise de soi : état amoureux où l'on pense transcender ou gommer le risque, désir frénétique, partouze improvisée. L'alcool, le recours à des drogues conduit aussi à des abandons de protection. Plusieurs personnes décrivent des exceptions pendant les vacances...

Des situations psychologiques particulières peuvent avoir le même effet : moment de dépression où le sentiment d'inéluctabilité de la contamination prévaut, moment de soulagement après un test qui s'est révélé négatif, etc.

Enfin, certains lieux semblent moins propices à l'adoption de comportements de protection : les parcs, les toilettes publiques, où la sexualité est plutôt rapide, furtive, consommatrice.

Le grand problème avec les exceptions réside dans le fait qu'elles donnent l'impression d'avoir lieu justement quand un risque plus grand est présent. Souvent les personnes interrogées décrivent des sentiments de panique, de stupéfaction et de culpabilisation après une exception ("Je ne comprends pas encore comment cela a pu m'arriver dans telle circonstance").

L'exception est alors un phénomène très destabilisateur qui conduit parfois à la répétition de tests, au découragement momentané, à des remises en question. En tout cas, elle est rarement vécue comme quelque chose d'anodin.

### 3.Analyse

Les données obtenues par les deux méthodes d'investigation sont très convergentes : les homosexuels interrogés sont en train d'évoluer vers l'adoption de plus en plus généralisée de comportements de protection face au SIDA, et cette démarche a commencé depuis plusieurs années.

Y a-t-il des arguments pour une généralisation des résultats de nos enquêtes à l'ensemble des homosexuels en Suisse ? Il est évident que les deux sous-populations d'homosexuels interrogés représentent plutôt le noyau de l'homosexualité; ce sont les plus affirmés, les plus actifs dans le milieu homosexuel, ceux qui se sentent le plus concernés par le SIDA. Les fréquences rapportées de changements de comportement ou d'attitude ne se rapportent donc qu'à eux. Cependant, si l'on essaie de constituer parmi les répondants au questionnaire des sous-groupes et de les comparer entre eux ou à l'ensemble du groupe, on constate que, en ce qui concerne la protection, **les tendances sont les mêmes**. C'est le cas si l'on sépare ceux qui ont des relations hétérosexuelles (bisexuels) de ceux qui n'en ont pas; également si l'on examine séparément les clients de la Hot Rubber Company (supposés être particulièrement conscients du safer-sex et pratiquer la pénétration avec protection), ou encore si l'on examine les distributions des différents comportements selon les classes d'âge. Il y a peu de différences entre ceux qui fréquentent les différents lieux de drague (saunas, parcs, bars, WC).

Deux groupes paraissent assez distincts l'un de l'autre en termes quantitatifs : ceux qui ne connaissent aucune personne séropositive, malade, ou morte du SIDA dans leur entourage et ceux qui en connaissent. Les premiers sont davantage "hors milieu" (milieu au sens de: espaces commerciaux, lieux de drague, organisations homosexuelles, groupes d'amis), se protègent un peu moins par le préservatif et un peu plus par la diminution du nombre de partenaires. Ils ont un taux de séropositivité plus bas, mais moins d'entre eux ont fait le test. En revanche, ils affirment avoir autant peur du SIDA et sont autant à avoir changé quelque chose à leur vie sexuelle. Mais, une fois de plus, les tendances dans les acquisitions de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements restent les mêmes, simplement l'écart avec les plus concernés est plus net.

Il apparaît donc que le degré de protection varie selon certains sous-groupes, mais que la protection (ou au moins l'entrée dans des comportements de protection) reste majoritaire. Cette constance dans la tendance autorise une généralisation à l'ensemble des homosexuels en Suisse.

Le nombre des répondants, leur distribution dans les diverses couches sociales, dans les divers lieux de l'homosexualité, font qu'il est peu probable qu'il persiste de façon importante des cloisonnements, des endroits où le safer-sex ne se pratique pas du tout. On va certainement assister à une généralisation de la prévention "par l'exemple", "par contiguïté"... Même les lieux réputés pour abriter l'homosexualité cachée (les parcs, les WC publics par exemple) sont fréquentés par des gens qui pratiquent des formes de protection et qui décrivent que les choses sont en train de changer, même si, selon leurs dires, on y voit encore parfois "des vertes et des pas mûres". D'ailleurs, une

certaine pression de la part de ceux qui font du safer-sex sur ceux qui n'en font pas commence à se manifester, et il est caractéristique que les deux tiers des homosexuels interrogés pensent avoir un rôle actif dans la prévention par la diffusion autour d'eux de comportements de prévention.

Finalement, on peut affirmer que si ce sont les homosexuels les plus convaincus qui ont répondu aux questionnaires ou aux interviews, ils sont **nombreux**, et ils sont **partout**, représentant un bon réseau de diffusion des attitudes de protection et d'apprentissage de nouveaux comportements.

Il reste cependant deux interrogations majeures auxquelles on ne peut encore répondre pour l'instant : est-ce que les changements se sont faits (ou se font) suffisamment rapidement et sont suffisamment stricts pour endiguer la propagation de l'infection ? Quelle est l'importance du risque résiduel (surtout les "exceptions") dans un milieu où le virus est fortement endémique ?

On peut comparer les résultats de nos enquêtes à deux sources de données étrangères : les recherches de M. Pollak et ses collaborateurs au CNRS en France en collaboration avec l'hebdomadaire Le Gai Pied Hebdo et les études menées à San Francisco dans des cohortes d'homosexuels <sup>1)2)</sup>.

L'enquête française menée chez les lecteurs de l'hebdomadaire le Gai Pied à l'aide d'un questionnaire, qui a été répété en 1985, 86 et 87, montre que les changements de comportement en faveur d'une prévention du SIDA deviennent de plus en plus fréquents. A noter que l'échantillon du GPH est assez proche de celui de notre questionnaire en ce sens qu'il est composé de lecteurs d'un journal homosexuel qui parle de prévention du SIDA depuis plusieurs années (sélection de gens sensibilisés).

Les investigations dans une des cohortes d'hommes homosexuels et bisexuels de San Francisco mettent aussi en évidence des changements de comportement (associés à une réduction de la transmission du VIH). Il est intéressant de noter que, dans cette cohorte, les modifications de comportement vont plutôt dans le sens de l'abandon d'un certain nombre de pratiques à risque (notamment la pénétration) plutôt que vers l'adoption de mesures de protection comme le préservatif.

#### 4. Les campagnes de prévention

Dans le cadre de cette évaluation, il est nécessaire de dissocier les campagnes de l'OFSP - ASS (brochure verte en 1986, STOP-SIDA en 1987) des campagnes plus spécifiques qui ont été menées chez les homosexuels par l'ASS, la Hot Rubber Company et divers groupes homosexuels depuis 1985 déjà.

Ces campagnes d'information et de prévention qui émanent du **milieu** (l'ASS est considéré comme proche du milieu puisque nombre de ses membres fondateurs étaient des homosexuels) sont appréciées par la majorité des personnes interrogées; leur nécessité et leur utilité ne font pas de doute, mais on trouve des nuances sur l'appréciation de la quantité. Il existe des effets

<sup>1)</sup> M. Pollak : in Gai Pied Hebdo 294. 14.11.87.

<sup>2)</sup> Warren Winkelstein Jr and al. The San Francisco Men's health study : Reduction in human immunodeficiency virus transmission among homosexual-bisexual Men, 1982-1986. AJPH, June, 1987, Vol.76, No 9.

de saturation, de rabâchage qui choquent un peu; mais généralement l'intérêt de répéter et traduire les messages est reconnu.

Les opinions sur le contenu des messages (jusqu'à présent consignes de safer-sex) laissent apparaître un souhait de diversification qui va dans le sens de la revalorisation de la relation affective ("trop centrés sur le préservatif, pas assez sur la qualité de la relation").

Les actions de prévention où l'on met à disposition des moyens de s'informer ou de se protéger, tels que : installation de distributeurs dans les bars ou les discos, préservatifs mis à disposition dans les saunas, dépliants ou affiches dans certains lieux sont plus généralement appréciés que les actions-démonstration (par exemple la distribution dans les bars du petit paquet de l'ASS avec un préservatif, du lubrifiant et un chocolat a ses détracteurs et ses admirateurs passionnés!).

Dans le ton à adopter, les avis sont divergents : l'humour prévaut, mais on rencontre aussi des demandes pour un ton de campagne plus agressif, plus percutant. Certains voudraient faire peur indépendamment du fait qu'ils aient été eux-mêmes convaincus par d'autres moyens que la peur. Ce genre de demande traduit généralement un désir d'agir très rapidement, un sentiment d'urgence.

Les **campagnes de l'OFSP** ont été remarquées. A noter que la brochure (mars 1986) a été mentionnée souvent dans les interviews. Il semble que chez certains homosexuels alémaniques particulièrement elle n'ait rien apporté de nouveau du point de vue de l'information, qui circulait déjà (fondation de l'ASS en été 1985). On peut donc affirmer que le "bruit de fond" de l'information sur le SIDA est présent depuis plusieurs années parmi les homosexuel.

La campagne STOP-SIDA rencontre généralement une approbation, surtout parce qu'elle s'adresse à la population générale et qu'elle permet d'ouvrir le débat sur la sexualité. Cet aspect de désenclavement du SIDA, qui n'est plus seulement un problème d'homosexuels et de toxicomanes, apporte un réel soulagement. Un homosexuel interviewé exprime qu'il est content de voir les affiches sur les murs, se dit sécurisé par l'aspect "mouvement de masse" de la campagne, par le partage du problème avec tout le monde et se sent valorisé, conforté dans sa propre action de protection.

Le ton général de la campagne, plutôt neutre, la formulation simple et directe du message ont plu à une majorité des gens interrogés. Cependant il est reproché à la campagne de manquer parfois d'humour et d'être trop timide, trop gentille ("zu brav"). Rarement est exprimé un souhait de miser davantage sur l'émotion ou la peur dans les messages de prévention.

Le message "STOP-SIDA, reste fidèle" a été plutôt mal ressenti chez les homosexuels. Ceci est essentiellement dû à l'usage de l'alliance, symbole du mariage hétérosexuel. Pour certains, ce message représentait une concession trop importante à la morale; pour d'autres la référence au mariage hétérosexuel occultait un message fidélité (qualité de la relation) qui était, lui, parfaitement acceptable, voire souhaité.

Les formes de message préférées ont été les spots à la télévision, les publications que l'on peut garder et qui constituent une référence (PS magazine femme, par ex.).

Les autorités sanitaires en général, et l'OFSP en particulier, jouissent d'une bonne crédibilité surtout parce qu'elles représentent un point de référence scientifique ressenti comme particulièrement nécessaire dans la jungle d'informations sur le SIDA et aussi parce qu'il n'y a jamais eu de tentation de répression, d'ostracisme anti-homosexuel de leur part. Cependant cette crédibilité reste fragile et dépend absolument de la plus large circulation de l'information et de la clarté des intentions. A cet égard la déclaration obligatoire des cas de SIDA à l'OFSP a été parfois accueillie avec inquiétude ou critiquée, probablement par crainte de lacunes dans le système d'anonymisation des données. En revanche, le fait que l'OFSP se montre prudent et restrictif en matière de test est bien accueilli.

L'émetteur le plus légitime, le plus crédible, reste le milieu homosexuel, particulièrement les professionnels homosexuels (médecins, autres professions de la santé, travailleurs sociaux, journalistes, etc.). On attend d'eux une information très précise, remise à jour, adaptée aux préoccupations spécifiques de cette population.

La perception par les homosexuels des effets de campagnes de prévention sur la société en général sont très divers : généralement ils ont pu percevoir des changements dans le discours sur la sexualité, une ouverture plus grande. Par rapport à l'homosexualité, certains pensent que l'information sur le SIDA (plus que les campagnes proprement dites) ont renforcé un sentiment de défiance, de discrimination vis-à-vis de l'homosexualité; d'autres estiment qu'au contraire une meilleure compréhension de l'homosexualité existe actuellement. Il est frappant de constater cependant, que plusieurs personnes interviewées décrivent un climat général plus ouvert par rapport à la sexualité en général et à l'homosexualité en particulier, mais ont expérimenté par ailleurs des phénomènes de rejet et d'ostracisme assez virulents de la part d'individus. Par exemple, des voisins qui leur disent : "Quand on aura le SIDA, on saura d'où ça vient". On peut donc faire l'hypothèse que la mode, le discours sont empreints d'ouverture (le contraire ne serait pas socialement acceptable dans notre pays), mais qu'il existe aussi des pratiques individuelles moins raisonnables et plus rejetantes.

C'est pourquoi nombre d'homosexuels interrogés craignent, ou plutôt ne peuvent exclure l'éventualité de mesures répressives (test obligatoire, mesures d'isolement, contrôles aux frontières) bien que majoritairement ils fassent plutôt confiance en notre système pour lutter contre ce genre de dérapages.

Une des propositions qui revient souvent pour lutter contre le risque de ségrégation, c'est d'intégrer au maximum les homosexuels à l'élaboration des campagnes de prévention, à reconnaître leur expérience acquise dans le domaine (tant dans la prévention que dans la mise en pratique de la protection ou dans l'accompagnement des séropositifs et des malades), de tenir compte de la sensibilité extrême (et légitime) qui règne dans le milieu à tout ce qui peut signifier l'exclusion sociale (à commencer par la perte de l'anonymat).

D'autres propositions plus pratiques sur les manières de mener la prévention du SIDA vont dans le sens de la décentralisation des campagnes, à la fois régionalisation et extension des réseaux de prévention. Il existe une demande très forte de travail sur le terrain, d'intervenants de rue (street workers), près de la réalité des gens (dans les lieux de drague par ex.), pour atteindre ceux qui sont encore peu perméables aux attitudes de prévention. Les demandes concernant l'accompagnement, l'écoute, la prise en charge de gens concernés par le SIDA (malades, séropositifs et leurs proches) sont aussi nombreuses (demandes de lieux, de personnes compétentes, de matériel, de financement).

## **5. Le test**

Un peu plus de la moitié des répondants au questionnaire, trois quarts des interviewés ont fait le test au moins une fois.

### **5.1. Motivations pour le faire :**

Le désir de **savoir**, de faire le point, la curiosité sont les motivations les plus fréquentes. L'incertitude est difficile à supporter, surtout pour ceux qui pensent qu'ils sont séronégatifs, pratiquent le safer-sex, mais savent qu'ils ont couru des risques de contamination plusieurs années auparavant. Chez presque tous les interviewés existe à un moment donné une très forte envie de savoir. Cependant beaucoup regrettent d'avoir fait le test sans réfléchir suffisamment aux conséquences de la découverte d'une séropositivité. Ils ne répèteront pas le test maintenant s'ils étaient négatifs la première fois. En général, c'est parce que chez la majorité des gens, le temps entre la prise de sang et le résultat a été vécu dans l'angoisse.

La **responsabilité, la loyauté à l'égard de soi-même et des partenaires** sont aussi des motivations importantes; souvent avec en arrière-plan un besoin d'être confirmé (récompensé ?) dans son attitude de protection; ou encore au début d'une nouvelle relation pour faire le point, éventuellement pour arrêter des pratiques de safer-sex dans le couple après quelques mois de protection stricte.

Beaucoup moins souvent, le test a été effectué après un **contact** avec un séropositif ou un malade, ou dans un but diagnostique (présomption de maladie liée au VIH).

Rares sont ceux qui peuvent dire que le test a été pratiqué à **leur insu**, mais assez souvent il a été conseillé (et même parfois imposé) par un médecin avec des motivations ou dans des conditions qui sont loin d'être toujours adéquates. Par exemple un chirurgien a très fermement conseillé à son patient qu'il savait homosexuel de faire le test avant de l'opérer.

Enfin, on trouve des motivations très ambiguës : "par sécurité", "une fois par an, on ne sait jamais", "pour être sûr de ne pas avoir le SIDA", "pour être sûr d'être en bonne santé et pouvoir continuer comme ça". Même si ces motivations ont été assez rarement exprimées, leur existence montre bien que les connaissances sur le test sont loin d'être généralisées. Il arrive que le test soit utilisé comme certificat de bonne santé pour éviter d'adopter une protection ou comme preuve pour soi que l'on peut continuer "comme ça", à se protéger imparfaitement ou pas du tout.

### **5.2. Motivations pour ne pas faire le test :**

D'abord l'**absence de doute**, ou plutôt la **certitude** que l'on ne court pas de risque : soit par absence de comportement à risque, soit par l'adoption de conduites de safer-sex.

La **peur de savoir** (doute sur sa propre séropositivité), de ne pas être capable de supporter un diagnostic de séropositivité. Mais aussi la peur que le trouble psychique jeté par l'annonce d'une séropositivité n'accélère une évolution vers le SIDA.

**L'option "raisonnée"** (pas de test en l'absence de symptômes puisqu'il n'y a pas de traitement à proposer) n'est pas souvent choisie parce qu'elle est difficile à maintenir surtout si on pense être séronégatif. A relever qu'elle est de temps en temps adoptée par le médecin traitant.

La  **Crainte d'un rejet social** ou le **doute sur la protection des données** et la garantie de l'anonymat ("malgré tous les discours, on est fiché si on est séropositif"), sont très rarement exprimés, de même que le doute sur la validité du test.

Pour les répondants au questionnaire, 77 % de ceux qui ont fait le test ont eu un résultat négatif, 14 % un résultat positif, 9 % ne veulent pas dire leur résultat. Le questionnaire tel qu'il était proposé ne permettait pas de mettre en évidence des risques courus avant la découverte de la séropositivité. En revanche on constate que du point de vue du mode de vie et des lieux fréquentés (bars, saunas, WC, parcs), il n'y a pas de différence significative entre les séropositifs et les autres.

Trois quarts de ceux qui ont participé à l'interview ont fait le test et, parmi ceux qui l'ont fait, un quart sont positifs. On constate chez ceux qui sont séropositifs une anamnèse plus chargée en maladies sexuellement transmissibles que chez les négatifs, particulièrement en ce qui concerne la variété des maladies sexuellement transmissibles. Un tiers seulement des interviewés n'ont jamais eu de MST.

Plusieurs des personnes interviewées vivent en couple (ou ont une relation stable) où l'un des partenaires est séropositif. La découverte de la séropositivité chez l'un des partenaires n'a fait éclater la relation chez aucun des couples interviewés; au contraire, la relation affective s'en trouve resserrée. En revanche, ce type de situation fait naître une multitude de tensions et de conflits (par exemple sentiment de culpabilité chez l'un et chez l'autre, projection de ses propres peurs sur l'autre, etc.). La relation sexuelle est presque toujours modifiée et, de fait, le plus souvent la découverte d'une séropositivité dans le couple conduit soit à une inhibition de la sexualité, soit à des relations sexuelles non dénuées de peur, malgré la protection absolue. Et ceci en dit long sur la possibilité **réelle** d'"avouer" sa séropositivité pour quelqu'un qui n'a pas de relation stable et privilégiée...

## **6.Recommandations**

Continuer les campagnes de prévention malgré les effets de saturation qui peuvent apparaître; tel est le leitmotiv chez les personnes interrogées.

### **6.1. Campagnes générales**

Elles ont un effet protecteur, anti-ostracisme, que beaucoup d'homosexuels aimeraient voir renforcé. Le message disant que le SIDA peut concerner tout le monde est donc central et il faut insister là-dessus en évitant d'illustrer le risque de SIDA par des témoignages d'homosexuels, de toxicomanes, etc; ceci permettant une meilleure identification de monsieur ou madame tout le monde avec le message sur le risque. En revanche on peut

tout-à-fait utiliser l'expérience acquise par les homosexuels dans la protection à titre d'exemple, en montrant qu'il est possible de se protéger, que les homosexuels le font, et qu'ils sont "en avance sur la population générale" sur ce plan. Bon garde-fou contre la "3ème épidémie"... (celle des réactions psychosociales, politiques, etc.. au SIDA, décrite par l'OMS)

Il faut aussi abandonner le terme de "groupe à risque" et le remplacer par "situation ou comportement à risque".

On peut utiliser davantage la légitimité dont jouit l'autorité sanitaire (l'OFSP) pour valider l'information, y compris pour réfuter les informations fausses véhiculées par la presse à sensation qui peuvent faire des ravages (brouillage de l'information).

Les messages doivent rester lisibles ou adaptables par tout le monde; l'utilisation de l'alliance pour faire passer le message "fidélité" est un exemple de la non-pertinence du symbole qui occulte le message principal (exclusivité de la relation).

Il existe une forte demande d'être rassuré sur ce qui ne comporte pas de risque (cette nouvelle orientation de la campagne est trop récente pour figurer dans l'évaluation de cette année), de même on trouve beaucoup d'incertitudes sur l'avenir. Des explications répétées sur l'effet retard des mesures de prévention (les infections évitées maintenant, ce sont des maladies en moins dans 3-5 ans) peuvent empêcher l'apparition de découragement et de tentations répressives devant l'augmentation possible des cas de SIDA ces prochaines années.

Le rythme des actions de prévention paraît avoir une importance. Si la continuité est souhaitée, elle doit être ponctuée de mini-actions d'éclat (nouvelles affiches, nouveaux spots, par exemple) pour réveiller l'intérêt.

## 6.2. Campagnes spécifiques

Jusqu'à présent ce sont l'ASS et les divers groupes d'homosexuels qui ont porté l'essentiel des campagnes d'information et de prévention chez les homosexuels. Ce faisant, ils ont acquis une bonne crédibilité et sont reconnus dans le milieu. Ils représentent donc le canal privilégié pour la diffusion de la prévention.

Il existe des besoins dans 2 directions :

- consolider les acquis et diversifier
- étendre les ramifications de la prévention

Dans le domaine de l'information et du conseil, compte tenu de la tendance chez les homosexuels à une approche individuelle et variée de la prévention du SIDA, l'information doit être **continue, convergente, précise, régulièrement mise à jour** pour éviter les incertitudes. Les grandes orientations, les mots d'ordre ne suffisent plus. Cette information sera d'autant mieux acceptée qu'elle proviendra de professionnels du milieu (médecins, infirmiers ou infirmières, travailleurs sociaux, etc.).

De plus en plus, il s'agit de nuancer le terme de comportement à risque, de faire prendre conscience aux gens concernés qu'il existe des lieux, des circonstances dans lesquels on court plus de risques que dans d'autres, où il



est plus difficile d'assumer de prendre des précautions. Il s'agit de permettre à chacun de faire sa propre évaluation de risque et de le gérer de façon optimale. Ceci ne veut pas dire qu'il faille abandonner les consignes, les propositions de comportement, mais il faut être très conscient de leurs limites.

La diversité du safer-sex (gamme des possibilités) n'a peut-être pas encore été assez exploitée; on a peut-être un peu trop insisté sur le seul préservatif.

La revalorisation de la qualité de la relation, de la séduction, est un thème qui porte chez une part non négligeable des homosexuels, faut-il en faire un message de prévention?

Même chez les homosexuels bien informés, les situations d'absence de risque sont encore insuffisamment connues et ceci peut avoir des conséquences dramatiques d'exclusion pour les séropositifs et les malades. Ici encore l'abîme entre attitude positive envers les séropositifs et comportement d'exclusion "en situation" est perceptible et mérite une attention particulière (on "sait" que la salive ne transmet pas le virus, mais on évite de boire dans le même verre de bière qu'un séropositif). Des groupes de discussion proposés aux personnes concernées pourraient peut-être permettre d'avancer un peu dans ce domaine; il existe en tout cas une forte demande dans ce sens.

Le test, sa signification, ses limites, les conditions d'information dans lesquelles il devrait être fait, doivent aussi faire l'objet d'une information plus soutenue et plus diversifiée. Ici aussi, un discours de principe soutenu souvent par les associations d'homosexuels (pas de test sans symptôme), même s'il se justifie théoriquement, pourrait être replacé dans la réalité (l'incertitude n'est pas toujours supportable) et adapté selon les cas.

Ces quelques exemples montrent bien qu'il s'agit d'aller plus près des gens, de faire descendre l'information, de l'adapter, en profitant des nombreux multiplicateurs.

La diversification peut être vue plutôt sous l'angle des actions à entreprendre. Les canaux de communication habituels ont été largement exploités (presse homosexuelle, lieux publics comme les bars et les saunas). Il s'agit d'imaginer comment on peut faire parvenir les messages de prévention dans d'autres lieux, "en situation" (parcs, WC, lieux de prostitution) avec des intervenants dans le style "street workers". Par exemple des gens de "Point fixe" à Lausanne ont fait l'expérience de se rendre dans les parcs le soir et d'inviter des homosexuels présents à discuter autour d'un verre, de problèmes généraux, de SIDA, sans rencontrer de réactions d'hostilité trop forte, c'est une façon d'être présent, à l'écoute.

Il est prévisible que l'expérience acquise dans le conseil, l'accompagnement et dans les soins aux séropositifs et aux malades renforce la compétence pour des tâches de prévention de ceux qui s'y consacrent en leur permettant de mieux comprendre la problématique de la confrontation au SIDA.

Il se dessine donc une nette division du travail entre les campagnes générales de l'OFSP et les campagnes spécifiques, utilisant les multiplicateurs, les pairs agréés, et nécessitant probablement un financement extérieur.

L'articulation entre les campagnes adressées à la population générale et les campagnes spécifiques aux homosexuels est cruciale. Ces campagnes peuvent se renforcer mutuellement si les données dont nous disposons maintenant sont utilisées judicieusement et si la confiance mutuelle acquise se

maintient. En d'autres mots, les campagnes chez les homosexuels ont débuté avant les campagnes dans la population générale et commencent à porter leurs fruits en termes de changements de comportements, même si ces changements mettent du temps à s'établir et ne peuvent toujours être imputés aux seules campagnes: il existe un effet SIDA spécifique. Il apparaît aussi que ces changements sont praticables, sans bouleverser totalement la vie sexuelle et relationnelle des gens. Alors pourquoi ne pas le dire pour faire profiter le plus grand nombre de cette expérience: patience, c'est faisable et ça donne des résultats.

ETUDE "HOMOSEXUELS": GUIDE D'INTERVIEW

L'interview est destinée à apporter une évaluation qualitative des attitudes, comportements, représentations face au Sida et de leur évolution en rapport avec la campagne de prévention du Sida. L'échantillon de personnes interviewées est obtenu au travers de deux canaux: répondants au questionnaire acceptant de se prêter à une investigation plus approfondie (répondent à une invitation formulée en fin de questionnaire) et individus recrutés par un système "boule de neige" dans le milieu homosexuel, sur la base de leur appartenance à divers types d'homosexualité (homosexualité affirmée ou non, bisexualité, style "cuir", style efféminé, etc...), jusqu'à obtention de redondance dans les réponses.

La forme de l'interview est celle d'un entretien semi-directif, ouvert, où les différents thèmes peuvent être abordés dans un ordre libre pour autant qu'ils figurent tous dans l'interview terminée.

L'entretien est enregistré si possible (avec l'accord du répondant figurant sur l'enregistrement). Durée: 1h. à 1h1/2.

1ere partie: identification, mode de vie, pratiques

- âge, profession, lieu de domicile
- cadre de vie (comment et avec qui)
- homosexualité ressentie et vécue (rapport à la famille, à la génération, à la communauté homosexuelle, affirmation de soi, difficultés rencontrées, style de vie, fréquentations de lieu et de personnes, réseau de connaissances, appartenance à un groupe constitué)
- type de relations (stables/occasionnelles, sexuelles/affectives, nombre de partenaires) et forme (description de la "drague", de ce qui en est attendu, de son déroulement, des pratiques sexuelles), safer-sex ou non (comment, quand, avec qui, pourquoi), maîtrise de soi (consommation de drogues, d'alcool)
- antécédents de maladies sexuellement transmissibles (lesquelles, quand)
- évolution dans le temps du mode de vie et des pratiques sexuelles, date et raisons des changements, comment se sont-ils opérés, difficultés rencontrées, constance des nouvelles attitudes et pratiques, conséquences dans les relations affectives (confiance/ méfiance, superficialité/profondeur) et sexuelles.

- jugement de valeur positif ou négatif sur les changements (acceptabilité, regrets, restriction, ouverture nouvelle, etc)

## 2ème partie: Sida

- sentiment général par rapport au Sida (représentations, peur, évitement, insouciance)
- degré d'implication personnelle (se sentir personnellement concerné, penser que cela peut vous arriver, connaître personnellement des gens séropositifs, malades ou morts du Sida)
- mesures de protection adoptées ("que faites-vous")
- changements produits par le Sida (sur les relations interpersonnelles, la vie affective, la vie sexuelle) et jugement de valeur (ce qu'il y a de positif, de négatif)
- perception de changements dans la communauté homosexuelle dus au Sida (solidarité, éclatement, reconnaissance, ...) et jugement de valeur +/-
- perception de changements dans la société dus au Sida et jugement de valeur +/-
- peur de mesures restrictives ou répressives

## 3ème partie: campagnes de prévention

- provenance des informations sur le Sida (quels émetteurs cités avec quelle crédibilité et légitimité)
- évolution dans le temps de la prise de conscience et des changements de pratiques, éléments déterminants (lesquels, quand, pourquoi)
- jugement porté sur les campagnes de prévention (qualité, quantité), sur leur efficacité (pratiques de safer-sex) et leur impact dans le milieu homosexuel et dans la société
- propositions concernant les campagnes de prévention (comment devraient-elles se faire, par qui, pour qui)

## 4ème partie: test

- qu'est-ce que le test, utilité du test, chez qui et dans quelles conditions peut-il être fait?
- test effectué? intention de la faire? pourquoi? résultat éventuel.

28. Pensez-vous avoir un rôle actif pour la prévention du Sida ?  
oui  non   
Comment ?

Aimeriez-vous avoir un rôle actif pour la prévention  
du Sida ? oui  non   
Comment

Seriez-vous prêt à vous occuper d'un malade ?  
oui  non

Le test de dépistage des anticorps contre le virus du Sida fait actuellement l'objet de controverses. Chacun doit être libre de faire ou de refuser le test.

29. Avez-vous fait le test de dépistage des anticorps anti-HIV ?  
oui  non   
Pourquoi ?

30. Si oui, êtes-vous ? séropositif  séronégatif   
je ne veux pas le dire

Nous avons l'intention de réaliser une cinquantaine d'interviews pour compléter cette enquête.

Accepteriez-vous une interview confidentielle pour préciser votre opinion ou aimeriez-vous nous poser des questions au sujet du questionnaire ?

Si oui, téléphonez à Dr. F. Dubois, Institut de médecine sociale et préventive. Lausanne (021.49.20.19)

Vos commentaires

A renvoyer à : Dialogai-Info, Case postale 237, 1211 Genève 1,  
ou Dr. F. Dubois, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Bugnon 17, 1005, Lausanne.

## Evaluation des campagnes de prévention contre le Sida Questionnaire aux homosexuels

Nous espérons que vous serez d'accord de participer à cette recherche et vous en remercions. Nos remerciements aussi à la rédaction de Dialogai-Info pour sa précieuse collaboration.

Si, en remplissant ce questionnaire, vous désirez apporter des remarques, des précisions, des suggestions, n'hésitez pas à utiliser pour cela l'espace libre à la fin du questionnaire, ou une feuille additionnelle.

L'anonymat des réponses à cette enquête est garanti, ne pas indiquer de nom.

Dr. F. Dubois. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. Lausanne (021.49.20.19). Juin 87

1. Age : moins de 20 ans  20-29 ans  30-39 ans   
40-49 ans  50 ans et plus
2. Profession :

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | employé                  | cadre                    | indépendant              |
| commerce                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| industrie/technique                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| services/santé/hôtellerie                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| professions artistiques<br>ou intellectuelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| étudiant                                      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| autre .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. Canton ou pays de domicile : .....
4. Etes-vous : – un homosexuel affirmé ? oui  non   
– membre d'un groupe gay ?  lequel ? .....
- abonné à Désir Bleu  à Dialogai-Info   
à un autre journal gay
5. Fréquentez-vous : – bars gays   
– saunas   
– parcs   
– réunions de groupes gays   
– toilettes publiques
6. Vous vivez : – seul   
– en couple homosexuel   
– en couple hétérosexuel   
– en communauté avec d'autres personnes   
– chez vos parents
7. Avez-vous une relation homosexuelle stable ? oui  non
8. Avez-vous des relations homosexuelles occasionnelles ?  
oui  non
9. Avez-vous des relations hétérosexuelles occasionnelles ?  
oui  non

10. Quel(s) type(s) de relations sexuelles pratiquez-vous ?
- pénétration
  - fellation (« pompier »)
  - - masturbation réciproque ou caresses érotiques
  - pratiques SM
  - ▼ - aucune relation sexuelle
  - autres .....
11. Combien de partenaires sexuels avez-vous eu dans les 3 derniers mois ?
- 0  1  2-4  5-10  >10
12. Avez-vous eu des relations sexuelles anales dans les 3 derniers mois ? oui  non
- Si oui : avec préservatif  sans préservatif
13. Avez-vous eu des relations sexuelles où vous avez eu du sperme dans la bouche dans les 3 derniers mois ? oui  non
14. Est-ce qu'utiliser un préservatif vous pose(rait) des problèmes ?  
oui  non
- Lesquels ?
15. Achetez-vous des préservatifs ? oui  non
16. Si oui, où ? - pharmacie
- grande surface
  - distributeur automatique
  - vente par correspondance
  - kiosque
  - ASS/groupe gay (Hot Rubber)
  - autre .....
17. Employez-vous le préservatif **chaque fois** lors de pénétration anale ?  
oui  non
- Si non, dans quelles circonstances renoncez-vous à l'employer ?
18. Parlez-vous de sexe sans risque (safer sex) avec un **nouveau partenaire** ?
- toujours
  - pas toujours
  - jamais
  - je ne sais pas ce qu'est le sexe sans risque (safer sex)
19. Si vous utilisez des préservatifs, depuis quand (mois, année) le faites-vous ? .....

20. Si vous pratiquez le sexe sans risque (safer sex), depuis quand le faites-vous ? .....
21. Quelles ont été les conséquences, à votre avis, de l'épidémie de Sida dans le milieu homosexuel ?
22. L'existence du Sida a-t-elle changé quelque chose dans votre vie (affective, relationnelle, sociale) ?  
oui  non
- Si oui, quoi ?
23. Est-ce que l'existence du Sida a changé quelque chose dans votre vie sexuelle ? oui  non
- Si oui :
- diminution du nombre des partenaires
  - abstinence sexuelle totale
  - renoncé à la pénétration
  - pénétration avec préservatif seulement
  - renoncé à la fellation (« pompier »)
  - masturbation réciproque ou caresses érotiques uniquement
  - fidélité mutuelle absolue
  - .....
24. Avez-vous peur du Sida ? non  un peu  beaucoup
25. Pensez-vous que vous risquez d'attraper le Sida ?  
oui  non  Pourquoi ?
26. Connaissez-vous personnellement des gens :
- séropositifs
  - malades du Sida
  - morts du Sida
27. Que pensez-vous des campagnes de prévention du Sida menées en Suisse ?
- a) dans le milieu homosexuel
- b) dans la population générale

28. Glauben Sie, dass Sie persönlich bei der Verhütung von Aids *aktiv* mitwirken?

Ja  Nein

wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

Möchten Sie eine aktive Rolle bei der Aids-Verhütung übernehmen?

Ja  Nein

wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

Wären Sie bereit, sich um einen Aids-Kranken zu kümmern?

Ja  Nein

29. Die Vorsorgeuntersuchung auf Antikörper gegen das Aids-Virus ist zur Zeit Gegenstand von Kontroversen. Jeder sollte sich frei entscheiden können, ob er sich dem Test unterziehen will oder nicht.

Haben Sie sich testen lassen? Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

30. Wenn ja, sind Sie seropositiv  seronegativ   
ich möchte das nicht beantworten

Zur Vervollständigung dieser Befragung möchten wir etwa 50 weiterführende, persönliche Interviews durchführen.

Wären Sie zu einem vertraulichen Gespräch bereit, um uns Ihre Ansichten zu erläutern, oder möchten Sie zu diesem Fragebogen Stellung nehmen?

Wenn Ja, rufen Sie Doris Frank, Kantonsspital Basel, Hebelstrasse 2, Tel. 061/25 41 61 an.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rücksendung dieses Fragebogens an: AHS, Aids-Hilfe Schweiz, Postf. 1054, 8039 Zürich (Bitte benützen Sie den beiliegenden Briefumschlag. Sie brauchen diesen nicht zu frankieren. Das Porto wird vom Empfänger bezahlt.)

Bitte leer lassen:

7 8 9 0 A B

## Untersuchung über die Auswirkungen der Anti-Aids-Kampagnen

### Fragebogen für Homosexuelle

Wir sind Ihnen für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage sehr dankbar. Wir danken auch den Redaktionen der beteiligten Zeitschriften und den verschiedenen Organisationen, die ihre Adresskarteien nutzbar gemacht haben für Ihre wertvolle Mitarbeit.

Wenn Sie beim Ausfüllen dieses Fragebogens ergänzende Bemerkungen oder Vorschläge anbringen möchten, bitten wir Sie, dies am Schluss des Fragebogens oder auf einem separaten Blatt zu tun.

Die Anonymität Ihrer Namen ist gewährleistet: Geben Sie uns Ihren Namen *nicht* an!

Dr. F. Dubois. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

1005 Lausanne (Tel. 021/49 20 19). Juni 1987

1. Alter: Unter 20 Jahre  20-29 Jahre  30-39 Jahre  40-49 Jahre   
50 Jahre und darüber

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Beruf:                               | Angestellter             | Kader                    | selbständig              |
| Industrie/Technik                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verwaltung/Gesundheitswesen/Gastgewerbe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstlerischer/intellektueller Beruf    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Student                                 | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Andere _____                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Wohnsitz (Kanton oder Staat) \_\_\_\_\_

4. Sind Sie offen homosexuell? Ja  Nein

Sind Sie Mitglied einer Homosexuellen-Organisation/-Gruppe/-Club?

Ja  Nein

wenn Ja, welcher? \_\_\_\_\_

Sind Sie Abonnent/regelmässiger Leser einer der folgenden Zeitschriften: Anderschume/Kontiki , Abendblatt , Cruiser , Kontakt , SOH-Info , Stiefel ,

Andere , welche? \_\_\_\_\_

5. Sind Sie regelmässiger Besucher von Homosexuellen-Treffpunkten?

Bars/Clubs  Saunen  Parks

Homosexuellen-Treffen/Veranstaltungen/Feste  öffent. Toiletten («Klappen»)

6. Wohnsituation: Leben Sie:  allein

in homosexueller Partnerschaft

in heterosexueller Partnerschaft

in einer Wohngemeinschaft

bei Ihren Eltern

7. Leben Sie in einer festen homosexuellen Beziehung? Ja  Nein

8. Haben Sie gelegentliche homosexuelle Kontakte ausserhalb einer eventuellen festen Beziehung? Ja  Nein

9. Haben Sie gelegentlich heterosexuelle Kontakte? Ja  Nein

10. Welcher Art sind Ihre sexuellen Kontakte?

- Penetration (Bumsen) Anal
- Oral-Genital (Blasen)
- gegenseitige Masturbation (Wichsen) / erotische Spiele
- S/M-Praktiken
- keine sexuellen Kontakte
- Oral-Anal (Rimming, Arschlecken)

andere, welche \_\_\_\_\_

11. Wieviele verschiedene Sexualpartner hatten Sie in den letzten drei Monaten?

- 0  1  2-4  5-10  über 10

12. Hatten Sie in den letzten drei Monaten anale Sexualkontakte?

Ja  Nein

Wenn Ja, mit Präservativ  ohne Präservativ

13. Hatten Sie in den letzten drei Monaten bei Sexualkontakten Sperma im Mund?

Ja  Nein

14. Haben Sie – oder hätten Sie – Probleme beim Gebrauch von Präservativen?

Ja  Nein

Wenn Ja, Welche \_\_\_\_\_

15. Kaufen Sie Präservative? Ja  Nein

16. Wenn ja, wo?

- Apotheke / Drogerie
- Warenhaus / Supermarkt
- Automaten
- Versand (*ohne* The Hot Rubber)
- Kiosk
- Versand der «HOT RUBBER COMPANY»
- Homosexuellen-Treffpunkt (Bars / Saunas)

andere Quellen, welche \_\_\_\_\_

17. Verwenden Sie bei analem Verkehr *in jedem Fall* Präservative?

Ja  Nein

Wenn nein, unter welchen Umständen benützen Sie keine?  
\_\_\_\_\_

18. Sprechen Sie mit einem *neuen Partner* über Sex ohne Risiko (Safer Sex)?

- immer
- manchmal
- nie
- ich weiss nicht, was Safer-Sex ist

19. Falls Sie Präservative gebrauchen, seit wann tun Sie das?

Jahr \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_

20. Falls Sie Safer Sex praktizieren, seit wann tun Sie das?

Jahr \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_

21. Welches sind Ihrer Ansicht nach die Folgen der Aids-Epidemie im homosexuellen Millieu?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Hat Aids in Ihrem Gefühlsleben, in Ihren Beziehungen, in Ihrem sozialen Umfeld etwas verändert? Ja  Nein

Wenn Ja, was? \_\_\_\_\_

23. Hat Aids in Ihren *sexuellen Beziehungen* etwas verändert?

Ja  Nein

- Wenn Ja:
- weniger Sexualpartner
  - totale sexuelle Abstinenz
  - Verzicht auf Penetration (Bumsen)
  - Penetration (Bumsen) nur mit Präservativ
  - Verzicht auf oral-genitale Praktiken (Blasen)
  - nur noch gegenseitige Masturbation / erotische Spiele
  - absolute gegenseitige Treue
  - oral-genitale (Blasen) ohne Sperma im Mund

\_\_\_\_\_

24. Haben Sie Angst vor Aids? Nein  ein wenig  sehr

25. Glauben Sie, dass für Sie persönlich ein Risiko besteht, sich mit dem Aids-Virus anzustecken? Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

26. Gibt es im Kreis Ihrer Bekannten / Freunde / Bezugspersonen

- HIV-Positive
- Aids-Kranke (manifest diagnostiziert)
- an Aids Verstorbene

27. Was halten Sie von den Anti-Aids-Kampagnen in der Schweiz?

a) in Bezug auf das Homosexuellen-Millieu?  
\_\_\_\_\_

b) In Bezug auf die Allgemein-Bevölkerung?  
\_\_\_\_\_



## 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. Egli 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 universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.