



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Directeur : Professeur F. Paccaud

EVALUATION DES CAMPAGNES DE PREVENTION
CONTRE LE SIDA EN SUISSE

IMAGE DES PRESERVATIFS

RAPPORT FINAL 1988

Monique Weber-Jobé, Philippe Lehmann

Centre Médico-Social Pro Familia, Lausanne
Office fédéral de la santé publique

Cah Rech Doc IUMSP no 39.20

**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 : Weber-Jobé M., Lehmann Ph. - Evaluation des campagnes de
prévention contre le SIDA en Suisse : Image des préservatifs.
Rapport final 1988. - Lausanne, Institut universitaire de
médecine sociale et préventive, 1989, 40 p. - (Cah Rech Doc
IUMSP, Nr 39.20). Prix : CHF 15.-.

S O M M A I R E

I PRESENTATION DE L'ETUDE	4
1. Sujet : Représentation du préservatif, acceptabilité et résistances.	4
2. But de l'étude	4
3. Contexte de l'étude : le Centre médico-social Pro Familia	5
4. Hypothèses	6
5. Réalité observée	8
II POPULATION DES ENFANTS	11
1. Comportements	12
2. Représentations et connaissances du sida	12
3. A propos du préservatif	13
III POPULATION DES ADOLESCENTS	15
1. Comportements - rapport à la sexualité	16
2. Représentations et connaissances du sida	18
3. Situations d'expression de messages éducatifs	19
4. Acceptabilité et résistances	22
5. Influence des pairs	26
IV CONSULTANTS DU PLANNING FAMILIAL	27
1. Comportements, rapport à la sexualité	29
2. Représentations et connaissances du sida	31
3. Acceptabilité et résistances	31
4. Influence des pairs	35
V REMARQUES GENERALES / CONCLUSION	36
VI RECOMMANDATIONS	39

I PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Sujet : Représentation du préservatif, acceptabilité et résistances.

Relevé de réactions exprimées à propos de l'usage des préservatifs dans le cadre du travail d'un service d'éducation sexuelle et des consultations de planning familial, afin de saisir : l'acceptabilité et les résistances aux préservatifs (dans ou en dehors d'une problématique sida)

2. But de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une double perspective. D'une part dans le cadre de la procédure d'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le sida¹; d'autre part comme projet interne propre au Centre médico-social Pro Familia (CMSPF).

Pour contribuer à l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le sida, cette étude se donne pour buts :

(1) d'obtenir une meilleure connaissance de l'acceptabilité et des résistances aux préservatifs, afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées par des personnes confrontées à la nécessité d'avoir des comportements de protection, et

(2) de chercher le cas échéant comment intégrer ces éléments d'appréciation dans la production de futurs messages préventifs.

Cette étude s'insère dans le cadre de l'évaluation d'ensemble des campagnes de lutte contre le sida en Suisse, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique effectuée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP). Pour l'année 1988, l'IUMSP a retenu 20 thèmes d'études pour servir de base à son travail de synthèse : 9 études de résultats, 8 études de processus et 3 portant sur l'influence de l'environnement.²

¹ Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse : Deuxième rapport de synthèse 1988. Lausanne IUMSP Cah Rech Doc IUMSP 1989; No 39.

² Lehmann Ph, Hausser D, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 88 - mars 89 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le sida. Lausanne IUMSP Cah Rech Doc IUMSP 1988; No 27.

C'est dans ce 3ème groupe que prend place la présente enquête. La méthode d'évaluation vise autant des éléments de résultats que des aspects de processus.

Dans le cadre du Centre médico-social Pro Familia, l'enquête poursuit des buts similaires, en les intégrant aux besoins du CMSPF :

(1) une meilleure connaissance des phénomènes d'acceptabilité et de résistance devrait permettre d'intégrer ces éléments d'appréciation dans la production des messages préventifs diffusés par les animatrices(eurs) en éducation sexuelle et les conseillères(ers) en planning familial, le cas échéant de provoquer des changements d'attitudes et de comportements de leur part;

(2) pour les collaborateurs du CMSPF, le fait de participer à une enquête (interne et en même temps plus vaste) suscite des interrogations à propos des pratiques sur le terrain et incite à évaluer les activités préventives.

3. Contexte de l'étude : le Centre médico-social Pro Familia

Il a été décidé de réaliser cette étude avec le concours du Centre médico-social Pro Familia du canton de Vaud. A ce titre, il est utile d'en présenter rapidement les structures et les activités.

Le Centre médico-social Pro Familia (CMSPF) a pour but d'aider les membres du groupe familial qui rencontrent des difficultés dans leur vie relationnelle ou sexuelle.

Ses principaux secteurs d'activité sont : le Planning familial, les Centres de grossesses, la Consultation de couples, l'Education sexuelle, la Prévention du sida et la Formation et coordination d'intervenants dans le domaine du sida. Ses activités s'étendent à tout le territoire vaudois, et pour la formation et la coordination des intervenants sida, à la Suisse romande.

Ce Centre a été créé en 1966 sous l'égide de la Ligue suisse Pro Familia. Cependant, il a été convenu dès le début que le CMSPF serait indépendant de la Ligue, tant sur le plan financier que dans son fonctionnement. Cette indépendance a trouvé son expression formelle en 1984, année où le Centre est devenu une fondation, sous le titre "Centre médico-social Pro Familia"³.

Deux services ont été particulièrement associés à cette étude : l'Education sexuelle et le Planning familial.

L'Education sexuelle

Les animatrices qui ont travaillé durant l'année scolaire 1987-88 ont visité 821 classes de scolarité obligatoire (4ème, 6ème et 8ème années), soit environ 15'300 élèves. A cela il faut ajouter une septantaine de classes des écoles professionnelles, ainsi que des interventions spécifiques concernant la prévention du sida réalisées sous d'autres formes (ex. : animations autour d'une exposition itinérante). Le nombre d'élèves touchés dans ce cadre est difficile à

³ Le Centre a 20 ans, Bulletin du Centre médico-social Pro Familia, 1986.

évaluer, probablement autour de 1300 élèves, surtout de l'enseignement post-obligatoire⁴.

Le Planning familial

Le CMSPF dispose de 4 centres de consultations, à Lausanne, Renens, Yverdon et Vevey (par ordre d'importance), qui ont dispensé au total 11'667 consultations au cours de l'année 1987, 12'060 consultations en 1988⁵. Les collaborateurs de deux centres - Lausanne et Renens - ont été sollicités pour participer à cette étude et récolter du matériel lors des consultations.

4. Hypothèses

Le cadre de référence retenu (dans l'ensemble de l'étude d'évaluation) met l'accent sur les influences nombreuses et parfois contradictoires susceptibles de jouer un rôle adjuvant ou inhibiteur de l'adoption de comportements nouveaux, et ceci à toutes les phases du processus dirigé de modification des attitudes et comportements.

L'efficacité des campagnes de prévention dépend ainsi fortement des interactions favorables obtenues entre les interventions directes des programmes éducatifs et les influences de l'environnement.

H1 Résistances

Les résistances concernant les préservatifs peuvent se situer à plusieurs niveaux différents, souvent confondus mais ici bien différenciés :

- réactions à l'objet lui-même (apparence, manipulation, acceptabilité physique...),
- accès au préservatif (achat, non achat, type d'achat, contexte...),
- réactions à l'usage du préservatif dans l'acte sexuel (en avoir au moment voulu, en parler ou pas, le mettre, le sentir ou sentir ses effets, etc... jusqu'à l'élimination), aspects ressentis et imaginés,
- réactions à la dimension relationnelle qu'implique l'introduction de l'usage du préservatif dans la relation amoureuse (comment en parler, notion de fidélité et suspicion d'infidélité...), évocation d'un (ou plusieurs) tiers,
- réactions à la suspicion d'infection à VIH ou de MST suggérée par le préservatif, notion de risque de contagion, de maladie, de mort,
- réactions par rapport à la contraception (rôle contraceptif du préservatif) et réactions à d'autres méthodes contraceptives (qui peuvent faciliter ou empêcher le recours au préservatif),
- réactions liées à la conception (symbolique, imaginaire) de la relation sexuelle, de l'acte sexuel, des liquides corporels.

⁴ CMSPF. Service d'Education sexuelle : Programme et Rapport d'activité; année scolaire 87-88.

⁵ CMSPF. Rapports annuels 1987 et 1988.

Il est supposé, par l'hypothèse H1, que parmi ces niveaux de réactions les aspects indépendants du sida sont peut-être prépondérants - notamment les résistances inconscientes - dans la perspective de l'emploi ou non du préservatif.

H2 Acceptabilité

En fonction des influences exercées dans le cadre de la prévention du sida, notamment par l'information et la publicité, par l'éducation sexuelle et les consultations de planning, les adolescents et les jeunes adultes :

- se sentent de plus en plus concernés,
- doivent trouver des solutions dans des situations qu'ils jugent à risque,
- et donc de plus en plus nombreux (et de plus en plus souvent) surmontent dans une certaine mesure et de diverses manières ces résistances.

A titre d'illustration de cette tendance, on peut évoquer les changements induits par l'usage des préservatifs en ce qui concerne la facilitation de la sexualité, notamment pour les adolescents et les adolescentes. Les préservatifs évitent en effet le passage chez un gynécologue ou à un centre de planning (gate keepers), avec la dimension (symboliquement) autoritaire que ce passage peut impliquer. Ils diminuent aussi par conséquent le contrôle des parents sur l'accès à la sexualité de leurs enfants. Cette opinion est parfois exprimée par des parents qui craignent, de ce point de vue, une trop facile accessibilité des préservatifs.

H3 Pertinence des matériaux utilisés

On peut faire la tentative de comprendre les modes d'acceptabilité et les résistances à partir de dialogues qui surviennent dans des situations "éducatives" (consultation, éducation sexuelle, prévention du sida), c'est-à-dire hors du contexte d'utilisation.

Ce qui est dit alors, riche d'informations et de contradictions, nous donne des pistes, nous révèle peu à peu ce que les intéressés vivent "en situation". Ces miettes de discours, prises au vol, sont un matériau disparate qui demande à être interprété. Les jeunes que nous avons rencontrés ne disent pas toujours ce qu'ils font, et ne font pas toujours ce qu'ils disent... mais il reste des traces de ce qu'ils disent et de ce qu'ils font dans la manière dont ils rendent compte de leurs comportements.

H4 Utilité de l'étude

On peut espérer qu'une meilleure connaissance des différents modes et conditions d'acceptabilité ou de résistances aux préservatifs permettra :

- de comprendre les difficultés auxquelles se heurtent les personnes qui essaient de mettre en pratique les messages préventifs,
- et de produire des messages appropriés à ces différentes thématiques qui puissent diminuer, globalement ou partiellement, les résistances.

5. Réalité observée

Il s'agissait d'observer, de récolter :

Quoi ?

- des déclarations
- des gestes, attitudes non verbales d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes à propos du préservatif et de son usage.

Où ?

dans les situations suivantes :

- dans le cadre de cours d'éducation sexuelle et d'actions de prévention du sida,
- dans le cadre de consultations de planning familial,
- et dans des situations autres de la vie quotidienne où les enfants, les jeunes et les adultes parlent ou évoquent le préservatif.

Par qui ?

Les données ont été récoltées par des animatrices(eurs) en éducation sexuelle et des conseillères(ers) en planning familial du CMSPF.

Comment ?

Les déclarations et attitudes non verbales ont été consignées de la manière suivante :

- aussitôt après la leçon ou l'entretien, elles sont consignées sur "un carnet du lait" ou sur une fiche prévue à cet effet, par les animatrices(eurs) et conseillères(ers), de la manière la plus fidèle possible,
- les observations consignées sont situées en indiquant si possible les éléments suivants :

. éducation sexuelle : âge, sexe, classe (4ème, 6ème, 8ème années, pré-gymnasiale, supérieure ou terminale à options), localité,

. planning familial : sexe, âge, type de relation avec le partenaire, expérience d'utilisation ou non du préservatif,

. autres : situer le contexte (entre amis, salle des maîtres...)

En plus des supports écrits utilisés pour le relevé du matériel, nous avons organisé des réunions de groupes où les intervenants ont pu parler de leurs expériences (découvertes, difficultés, réactions personnelles) relatives au déroulement de la récolte des données et commenter celles-ci.

Ces réunions ont été organisées à 2 moments-clés :

- à mi-parcours, permettant de vérifier si les objectifs de l'étude étaient bien perçus, avec au besoin la possibilité de modifier les consignes de travail;

- à la fin de la période, afin de compléter par des restitutions orales - plus aisées et stimulées par le groupe - les apports des notations écrites.

Combien ?

- dans un premier temps il a été noté tout ce qui concerne le préservatif, afin d'obtenir un éventail aussi complet que possible, en ayant à l'esprit qu'il s'agit d'obtenir les tendances majeures (déclarations qui reviennent souvent, importantes en fréquence et intensité) ainsi que les particularités significatives (notations originales qui amènent quelque chose de nouveau),
- dans un deuxième temps : en cas de redites importantes, à partir d'une certaine date on a stoppé la récolte de tout ce qui est dit ou montré et on s'est concentré sur ce qui était nouveau.

Quand ?

La période de récolte des données s'est étendue de février à juin 1988 pour l'éducation sexuelle et de mars à octobre 1988 pour le planning.

L'évaluation du matériel récolté a été complétée par l'organisation de deux tables rondes permettant de rencontrer diverses personnalités de Suisse romande s'intéressant particulièrement aux problèmes de prévention du sida, et proches pour la plupart des "populations" concernées⁶.

En définitive, ces divers moyens mis en oeuvre nous ont permis d'aborder 4 types de populations différentes :

- 1) enfants de 4ème et 6ème années scolaires (10-12 ans)
- 2) adolescents, 8ème année scolaire (14-15 ans)
- 3) apprentis, classes de jeunes adultes (17-20 ans)
- 4) consultants du planning familial (souvent aussi de 17 à 20 ans, mais aussi plus âgés).

Les différences entre ces populations sont très sensibles quant à leur maturité, à leur proximité de la sexualité, à leurs connaissances, etc. Mais aussi (différence entre 3 et 4) quant aux situations : de groupe (en classe) ou individuelles et alors souvent liées à des relations affectives (en consultation de planning).

Les observations et recommandations seront donc présentées de façon distincte selon ces populations.

⁶ Eventail des rôles et acteurs représentés lors de ces tables rondes : médecin, psycho-sociologue, infirmière, enseignant, médiateur scolaire, volontaire ASS, conseiller(ère) en planning, animatrice en éducation sexuelle.

D'autre part, les niveaux de réalité sont aussi variés. On a pu observer :

- 1) des comportements (proximité de la sexualité, niveaux auxquels les jeunes sont concernés, comportements d'expression et de quête de conseils, fidélités et mobilité sexuelle, etc),
- 2) des représentations et connaissances du sida,
- 3) des situations d'expression de messages éducatifs,
- 4) des réponses aux messages, surtout concernant les préservatifs,
- 5) des effets de l'influence des pairs.

II POPULATION DES ENFANTS

Les enfants dont il est question dans l'étude sont des élèves de classes de 4ème et 6ème années, entre 10 et 12 ans.

Contexte de récolte du matériel

Le matériel a été récolté dans le cadre de cours d'éducation sexuelle organisés dans les écoles vaudoises, et transmis par les animatrices chargées de ces rencontres.

En 4ème année, les animatrices consacrent beaucoup de place aux notions fondamentales : qu'est-ce qu'un garçon ? qu'est-ce qu'une fille ? anatomie générale des organes génitaux, début d'apprentissage d'un vocabulaire scientifique, changements qui vont survenir à la puberté, relation sexuelle et fécondation, grossesse et accouchement. Toute cela pour dire qu'il s'agit de mettre en place ces notions tout en restant ouvert aux questions des enfants sur des domaines plus marginaux : homosexualité ("qu'est-ce qu'un pédé?"), transsexualité, mère porteuse... Ces notions seront reprises en 6ème année en vérifiant ce que les enfants savent déjà, et en approfondissant plus particulièrement le thème de la puberté.

Dans ce contexte, le sida et les préservatifs ne sont pas un thème central et apparaissent en marge du débat. Cependant, depuis quelque temps, des questions sont posées de plus en plus souvent⁷. Des événements vécus par les enfants peuvent aussi être à l'origine de demandes précises : "si on trouve des préservatifs et des seringues, que faut-il faire?".

Le matériel récolté se différencie selon l'âge des enfants. Les "petits" (4ème année : 9-10 ans) (se) demandent parfois : "est-ce qu'on peut poser des questions sur le sida ?" n'étant pas sûrs que ce sujet a sa place dans le cadre d'un cours d'éducation sexuelle.

Autre exemple récent : après le cours des enfants viennent demander pendant la récréation : "Madame, est-ce qu'on aurait pu parler de sida ?". Y aurait-il autocensure des élèves et/ou des animatrices ? Les adultes et les enfants ne sont parfois pas (encore) convaincus que le sida peut être un sujet de discussion légitime entre eux.

Les plus "grands" (6ème année : 11-12 ans) par contre y font allusion avec plus de régularité. Et leurs questions tournent surtout autour des modes de transmission.

⁷ Chatterji C, Weber-Jobé M. L'expérience de deux animatrices en éducation sexuelle. In Martin J (éd) Faire face au sida. Lausanne, Ed. Favre, 1988 : pp 205 et suiv.

1. Comportements

Grande distance à la sexualité, au sens où la conçoivent les adultes.

A cet âge la relation sexuelle est plutôt vue comme "faire des enfants" que "faire l'amour". La caractéristique irrationnelle, pulsionnelle de la sexualité n'est souvent (même) pas imaginée. Leur corps et leur cerveau ne sont pas encore imprégnés d'hormones masculines ou féminines nécessaires à la perception de cette dimension de la sexualité. Ils comprennent "Eros" mais pas "Aphrodite" ! Tout au plus les enfants posent-ils la question : "pourquoi les grandes personnes rugissent-elles en faisant l'amour ?" ou prennent peur lorsqu'ils sont témoins d'une scène d'amour dont la "violence" les surprend. La dimension de tendresse et de proximité physique, par contre, est saisie à travers leur propre expérience (bisous, câlins, chatouilles...).

2. Représentations et connaissances du sida

Tous ont entendu parler du sida. Ils savent qu'il s'agit d'une maladie grave, qu'on ne peut pas soigner actuellement.

Ils s'étonnent de l'apparition d'une maladie nouvelle ("d'où vient le sida?", "pourquoi parle-t-on de sida maintenant ?"). Ils réalisent peu à peu qu'il ne s'agit pas d'une maladie comme les autres. Leur expérience de "comment s'attrape une maladie" (style rhume, grippe, oreillons...) ne les aide pas à comprendre. Pourquoi ces modes de transmission (bizarres) et pas d'autres !

A partir de là s'établit parfois une angoisse diffuse du sida liée à une non-compréhension (ou mauvaise) des modes de transmission. Ceux-ci sont "situés" du côté de la drogue et du sexe, sans en saisir les véritables mécanismes. Certains enfants cependant arrivent à expliquer les modes de transmission en parlant du sang et du sperme (6ème année). Les sécrétions vaginales (le mot lui-même fait problème) sont ignorées. La transmission mère-enfant est en revanche parfois évoquée, même par les plus petits (4ème année).

La diversité des modes de transmission les trouble : la drogue et les relations sexuelles ne semblent concerner que les adultes, et la grossesse concerne les bébés. Quelle est donc cette maladie qui épargne les enfants, mais pas les bébés ni les adultes ? D'où les questions suivantes, qui reviennent souvent :

- "comment s'attrape le sida ?"
- "est-ce que les enfants peuvent attraper le sida ?"
- "peut-on attraper le sida à la naissance ?"
- "pourquoi y a-t-il des gens qui ont le sida ?"
- "depuis quand les personnes ont le sida ?"
- "y a-t-il seulement des filles ou des garçons qui ont le sida ?"

En dehors de l'école, à la récréation par exemple, le mot sida est parfois employé dans des plaisanteries ou pour stigmatiser un enfant, comme le remarque aussi en France Christine Féron⁸ :

Ils racontent des blagues, comme "t'as le sida", "moi je suis vacciné", "ma grand-mère elle a attrapé le sida", "y en a qui se crachent dessus en disant, je vais te donner le sida", "espèce de sida".

Ou évoquent le sida pour accentuer l'exclusion d'un mal-aimé : "faut pas s'approcher d'elle parce qu'elle a le sida", "y a un garçon, ils l'aiment pas, ils veulent plus lui causer, alors ils disent, va pas près de lui, tu vas attraper le sida". "Pour se moquer", "pour rigoler".

Les messages informatifs reçus jusqu'ici (mass médias, affiches, conversations d'adultes) ne s'adressent jamais à eux. Ils n'en saisissent que des bribes. Ils ne savent donc pas s'ils risquent quelque chose ou non. On a beaucoup parlé du sida autour d'eux, au-dessus d'eux, sans s'adresser à eux. Comme ils ne sont pas directement concernés, souvent personne n'a pris la peine de leur donner les explications nécessaires. Ils demandent à comprendre, à être rassurés.

L'enjeu est plutôt de trouver les mots adéquats, vrais et pudiques à la fois, pour leur expliquer un problème nouveau auquel sont confrontés les adultes : il s'agit de ne pas brusquer par des explications inadéquates un capital de compréhension en formation, qui sera très utile pour un travail de prévention ultérieur.

3. A propos du préservatif

- Image :

Rapport au préservatif comme à un objet (ou l'évocation d'un objet), qui est entré dans leur vie comme objet de connaissance bien avant qu'ils en voient "en vrai" ou qu'ils puissent en comprendre l'utilisation.

Souvent l'image (affiches STOP SIDA) a précédé le rapport à l'objet. Les enfants qui n'en ont jamais vu avant s'étonnent de la taille (du préservatif, donc du pénis), sont aussi surpris par la couleur (rarement rose comme sur les affiches).

- Représentation :

Lorsqu'on discute dans la classe du préservatif sans le montrer (4ème)⁹, les élèves s'efforcent d'expliquer au mieux ce que c'est :

- "une chose en plastique qu'on met sur le zizi" (garçon)
- "un tube en plastique, mais souple, on peut tirer dessus, ça ne casse pas" (garçon)
- "ça sert aussi pour pas faire d'enfants" (fille)

⁸ Féron Ch. Le sida expliqué aux enfants. Nancy-Vandoeuvre, Centre de médecine préventive, janvier 1988 : p. 2.

⁹ Dans les classes de 4ème (9-10 ans) on ne montre en général pas de préservatifs, alors que cela est courant en 6ème année (12-13 ans).

- "c'est comme un ballon, on peut le gonfler" (garçon)
- "est-ce que la femme sent le préservatif ?" (fille)

L'utilité de l'objet ayant été comprise, surgit alors la grande question : "et si tout le monde les utilise, alors il n'y aura bientôt plus d'enfants ?". Peut-être se sentent-ils alors comme "une espèce en voie de disparition" ?

- Objet :

En dehors de la classe, en plus des affiches, conversations et rumeurs, les enfants sont parfois confrontés à l'objet lui-même dans des lieux publics : plages, places de jeux, parkings... Ils ont aussi vu des distributeurs automatiques dans des toilettes de restaurant. Quelques fois ils voient des préservatifs en compagnie de seringues.

A la suite de cette sorte de trouvailles, des mis en garde ont été faites : ne pas y toucher et si possible avertir un adulte (parent, concierge, enseignant...) afin que d'autres enfants plus jeunes ne puissent se blesser. Dans tout ce qui est dit à cet âge, c'est le seul message réellement préventif qui puisse avoir une utilité à court terme.

III POPULATION DES ADOLESCENTS

Contexte de récolte du matériel

La plupart des données sur les adolescents ont été récoltées en classe par les animatrices lors de leçons d'éducation sexuelle (en 8ème année : 13-14 ans) ou des rencontres consacrées à la prévention du sida (en 9ème année : 15-16 ans et dans le cadre des cours pour apprentis : 17-19 ans).

Ces activités s'inscrivent dans le cadre de mandats confiés par les Départements cantonaux vaudois de la Santé publique et de l'Instruction publique au Service d'Education sexuelle du Centre médico-social Pro Familia. En outre, une commission cantonale "sida-Ecoles" a été mise sur pied dès 1986 pour coordonner les actions à entreprendre en milieu scolaire, sous la direction de Jean Martin, médecin cantonal. Elle a proposé une ligne à suivre consistant essentiellement en l'utilisation de structures existantes et la collaboration de tous les partenaires intéressés au travail préventif : médecins et infirmières scolaires, enseignants, médiateurs scolaires, animateurs et animatrices en éducation sexuelle.

En 8ème année, les cours durent 2 fois 2 périodes de 45' à une semaine d'intervalle. Les thèmes majeurs abordés par les animatrices sont :

- reprise ou vérification de connaissances de base, avec une approche plus "adulte" que précédemment,
- importance accordée à la relation sexuelle : aspects psychologiques, sexuels, culturels, éthiques; bref, toutes les questions que l'on peut se poser autour de l'entrée (plus ou moins lointaine) dans la vie sexuelle active,
- présentation détaillée de la contraception,
- prévention du sida et des MST,
- ouverture à des questions particulières des élèves (prostitution, homosexualité, transsexualisme, fécondation in vitro...).

Etant donné l'importance accordée actuellement au sida, certaines animatrices centrent une des leçons sur la sexualité et la contraception et l'autre plus particulièrement sur le sida. Les supports pour amorcer les discussions varient selon les animatrices, et selon les moments de l'année : questions des élèves, émissions TV sur bandes vidéo, brochures de l'OFSP "PS-Magazine-Jeunes"...

Les apprentis ont été vus dans le cadre de cours donnés dans les écoles professionnelles (cours d'information sexuelle et débats sur les relations humaines), ou lors d'animations organisées autour de l'exposition contre le sida et les MST¹⁰.

Il s'agit d'une population relativement bien informée, ou du moins à qui on a essayé de transmettre les connaissances de base relatives au sida à plusieurs reprises : actions d'infirmières, d'enseignants, exposition sur le sida et les MST, distribution de brochures et de préservatifs... A titre de comparaison, les élèves des gymnases vaudois, appartenant aux mêmes classes d'âge, n'ont pas eu autant d'occasions de s'informer. Seule, à notre connaissance, la brochure de l'OFSP leur a été distribuée.

1. Comportements - rapport à la sexualité

Les deux groupes d'adolescents présents dans cette étude - fin de scolarité obligatoire et apprentis - s'ils partagent l'univers commun de l'adolescence et les "sous-cultures" qui l'habitent, ont cependant de grandes différences entre eux. Particulièrement à un âge où tout change si vite : parler de sexualité avec des jeunes de 13-14 ans ou de 17 ans n'a pas la même signification.

Dans les classes de fin de scolarité (13-16 ans), la sexualité a une place dans leur vie qui peut difficilement se dire. Ce sont pour la plupart des expériences diverses, peu valorisées, dont les adultes font peu de cas. Masturbation : expérience importante dont parlent les garçons et pratiquement jamais les filles. Recherche d'informations, d'images, de sensations relatives à la sexualité (ex. : journaux d'adolescents, films vidéo et revues pornographiques, discussions entre jeunes, écouter de la musique ensemble...). Ce qu'ils vivent entre eux est peu explicité : tout ce qui se passe avant et en dehors des relations sexuelles (de l'ordre de "sortir ensemble") n'a pas de statut clair dans le langage habituel.

La situation créée par le sida tend à renforcer cet état de fait en focalisant l'attention sur la sphère génitale. Et en négligeant donc d'autant plus les autres formes de tendresse et de sensibilité.

D'où une impression visible de soulagement dans les classes lorsqu'on précise que le VIH ne se transmet pas par les baisers.

Cela montre que ce qu'ils vivent est important, et qu'en parler rassure - concernant les craintes infondées relatives à la transmission du virus - et d'autre part légitime au passage les gestes et les sensations qu'ils vivent dans leurs relations présentes.

Pour la majorité de ces jeunes (13 à 16 ans), les relations sexuelles sont de la musique d'avenir, et pour très peu déjà une réalité (ex. : des jeunes filles relativement mûres ou qui refont leur année scolaire, qui ont des partenaires plus âgés). Cependant elles sont de l'ordre du possible dans leur tête, et pour certains dans la réalité. Beaucoup montrent par leurs propos que l'entrée dans la vie sexuelle n'est pas une de leurs préoccupations immédiates.

Dans le cadre de la classe, les plus jeunes, sous l'influence du groupe, brouillent consciencieusement les pistes permettant de repérer leurs réalités intimes : ceux qui se vantent dévoilent au détour d'une phrase leur désarmante inexpérience,

¹⁰ Michaud PA, Resplendino J, Palasthy E, Chapuisod B. Une exposition sur les maladies sexuellement transmissibles et le sida pour les apprentis vaudois. Med. Soc. et Prév. 1987; 32 :210-211.

et ceux qui se taisent ont des sourires qui en disent long... Suivant le groupe et le profil de la discussion, il est de bon ton de dire que l'on a des relations ou que l'on n'en a pas !

Pour les apprentis, les échos sont différents. Ils vivent toute la semaine parmi des adultes, et ne viennent "à l'école" qu'une fois par semaine. Leur vie quotidienne est donc totalement différente et leur rapport à la sexualité plus proche de celui des adultes.

A 16 ans, 33 % des filles et 58 % des garçons ont déjà eu des relations sexuelles. A 17 ans, ces chiffres se montent à 49 % des filles et 63 % des garçons, 72 % et 85 % à 18 ans. Globalement (entre 16 et 19 ans), plus des 2/3 des apprentis entrent dans la vie sexuelle. Parmi ceux-ci 1/3 déclarent n'avoir eu qu'un(e) seul(e) partenaire, les autres ont déjà fait l'expérience d'un changement de partenaire : 1/3 en ont eu de 2 à 4 et 1/3 plus de 4.¹¹

C'est dire qu'on peut noter une extrême variété des situations. Celles-ci sont riches de contradictions, d'incohérences ou de discontinuités, mais aussi de créativité. Ce n'est pas si simple d'entrer dans la sexualité à l'ère du sida !

Nous avons choisi de mettre en évidence quelques échos particuliers :

- Changement de partenaire/fidélité :

La plupart disent être fidèles, par rapport à ce qu'ils vivent. Il s'agit plutôt d'exclusivité que de fidélité. Souvent la "fidélité" ne dure pas et une autre "fidélité" commence avec l'attachement à un autre partenaire. Cela pose le problème de la contradiction qui peut exister entre l'évaluation éthique de la fidélité (être clair avec son partenaire, ne pas le/la tromper, annoncer une rupture) et l'évaluation en termes de transmission de l'infection.

Les relations multiples ou occasionnelles sont peu évoquées. Cependant, des garçons disent ne pas dédaigner les "occasions" qui se présentent, ou qu'ils recherchent ("moi, je vais draguer tous les soirs après le travail"); des filles ne pas refuser de coucher par peur de déplaire. Difficulté de dire non...

Parfois une certaine pauvreté dans la communication, ou une peur de la solitude, font que certaines relations ne sont pas très riches de sens. "Finalement, c'est de la tendresse qu'elles recherchent!" note une observatrice attentive (médiateur scolaire) à propos de ces jeunes filles.

- Manque d'organisation / prévision :

Ils ne savent pas à l'avance ce qui va se passer, et ne s'organisent pas en prévision de relations sexuelles. Lorsqu'ils achètent des préservatifs, s'ils en achètent, c'est souvent en catastrophe, le samedi soir, dans un distributeur automatique.

- Parler ensemble / difficulté de parler, passivité :

Comment parler de ce qu'il faudrait faire : contraception, prévention, test éventuel... Parlent-ils même de faire l'amour avant de le faire ?

¹¹ Michaud PA, Hausser D. La sexualité des adolescents à l'heure du sida : Résultats d'une enquête auprès de 1398 apprentis vaudois. Rev. Méd. de la Suisse romande 1989; 109 :312-326.

- Manque d'expérience / découverte :

Difficultés de faire connaissance avec le corps de l'autre, de toucher notamment les organes génitaux. Cette maladresse peut être un obstacle à l'utilisation des préservatifs. Cependant le manque d'"habitudes amoureuses" peut aussi être un avantage : tout est à découvrir, y compris qu'utiliser un préservatif n'est pas si dramatique que ça !

- Contraception / non protection contre le risque de grossesse :

Ce risque, bien que clairement identifié et beaucoup mieux intériorisé que celui du sida, ne donne cependant pas lieu à des pratiques toujours adéquates. 45 % des garçons et 37 % des filles du collectif des apprentis déclarent n'avoir pas utilisé la contraception lors de leur première relation sexuelle¹². Au planning 20-25 % seulement des filles consultent avant une première expérience sexuelle¹³.

Une meilleure accessibilité des préservatifs permettrait aussi une meilleure protection des débuts de la vie sexuelle... en attendant un rendez-vous chez le gynécologue ou au planning !

La plupart des situations évoquées illustrent des résistances à un comportement de protection, et constituent donc des éléments à prendre en compte dans l'élaboration du travail préventif.

2. Représentations et connaissances du sida

- Connaissances.

Le niveau des connaissances est généralement bon, notamment en ce qui concerne la définition de la maladie et ses modes de transmission. Les chiffres récoltés à cet égard par P.-A. Michaud corroborent cette impression glanée sur le terrain¹⁴. Les points faibles en matière de connaissances concernent :

- la différence entre personne séropositive et personne malade du sida,
- le test : ce qu'il est, ce qu'il n'est pas (un "permis de chasse" ou un moyen de se rassurer),
- la séroconversion : problème du délai qui s'écoule entre le moment de la contagion et le moment de l'apparition des anticorps; les implications pour le test.

- Représentations : déni et acceptation.

Il est de bon ton de dire que les jeunes ont "ras-le-bol" d'entendre parler du sida. A y regarder de plus près, ce "ras-le-bol" prend des formes diverses, qui sont significatives du degré d'acceptation (ou de déni) de cette nouvelle réalité. Il témoigne aussi du cheminement complexe des messages préventifs, qui ne conduisent pas directement des croyances aux attitudes pour arriver aussitôt après à des changements de comportements.

¹² Michaud PA. 1989 ibid.

¹³ Centre médico-social Pro Familia. Rapport annuel 1987 : p. 18.

¹⁴ Michaud PA. 1989 ibid.

Ils disent à la fois "on sait, on n'est pas fou, on a compris", "maintenant on sait ce qu'il faut faire", et d'autre part "on ne veut pas en parler, ça nous fait trop peur!", "on s'en fout, on préfère ne pas y penser".

De manière générale, "le sida, c'est pour les autres", car on ne s'imagine pas immédiatement et personnellement menacé (ou menaçant). Mais une prise de conscience plus collective se fait jour : leur génération est confrontée à ce risque et ils sont obligés d'en tenir compte. D'où souvent un sentiment de révolte : "pourquoi ça nous arrive, à nous, maintenant ?"

Finalement, lorsque le dialogue s'établit, le ras-le-bol s'efface dès qu'on sort du discours très général sur la maladie dont ils connaissent grosso modo la teneur. Deux thèmes retiennent alors particulièrement leur intérêt :

- les malades du sida : quel visage a cette maladie ? Ils demandent à voir des malades, ou des films de témoignages de malades¹⁵.
- le préservatif : comment se familiariser avec cet objet ? comment s'en procurer (distributeurs automatiques, pharmacies, grands magasins?), comment en parler avec son(sa) partenaire ?

Par ces demandes, ils cherchent à concrétiser le risque afin de comprendre l'enjeu de la situation et de se créer des motivations suffisantes pour "apprivoiser" la prévention.

3. Situations d'expression de messages éducatifs

Ainsi que nous l'avons évoqué, le moment de discussion consacré aux préservatifs est l'un des plus marquants de ces rencontres dans les classes. En 8ème année, proposer de parler et de montrer des préservatifs déclenche inmanquablement des réactions "oui, oui, pouvez-vous nous en montrer ?", "est-ce que vous en distribuez gratuitement ?". Ils veulent tout savoir : les marques, la(les) grandeur(s), les prix, où on les achète, où il y a des distributeurs automatiques.

Si discuter et voir déclenchent une forte curiosité, toucher pose plus de problèmes ! L'ambivalence à ce niveau est très manifeste et se laisse remarquer à de nombreux signes qui ont frappé les animatrices :

- des élèves hésitent à les sortir de l'emballage,
- certains refusent de les toucher,
- des exclamations : "ça pue!", "c'est dégoûtant!",
- ils se passent de l'un à l'autre le préservatif du bout des doigts,
- une fille ramasse un préservatif tombé par terre à l'aide d'un crayon,
- certains vont se laver les mains après les avoir manipulés.

¹⁵ Michaud PA et al. Face au Sida : paroles de jeunes paroles d'adultes. In Martin J (éd) Faire face au sida. Lausanne, Ed. Favre, 1988 : pp 25-42.

Au bout d'un moment, ils surmontent leur gêne et font des découvertes : "c'est doux", "c'est fin", "on sent les doigts" (deux élèves qui se serrent la main avec ce nouveau "gant"). D'autres s'intéressent à la solidité : gonflent, mettent de l'eau dedans. Le côté ludique prend le dessus et l'espace d'un instant on joue dans la classe. Certains s'amusent beaucoup, d'autres sont plus réservés. D'une manière générale, les filles sont plus gênées que les garçons, qui masquent leurs émotions à travers le jeu et les rires !

Dans les classes d'apprentis, la tournure de la discussion est différente. L'expérience des débuts d'une sexualité active leur fait saisir d'autres enjeux que celui de l'objet lui-même et l'intérêt se déplace vers la sphère relationnelle :

- avoir ou ne pas avoir des relations sexuelles,
- partenaire connu, présumé "sans risques",
- partenaire stable, présumé aussi "sans risques",
- comment en parler avec son partenaire ?
- à quel moment "annoncer la couleur" en cas de nouvelle rencontre ?
- certaines filles l'exigent. Comment réagissent les garçons ?
- comment réagir au refus du (de la) partenaire ? Choisir entre le "c'est ça ou rien!" ou le "oui quand même", pour ne pas compromettre la relation.

De la difficulté d'imaginer que l'autre, celui ou celle avec qui on voudrait avoir des relations sexuelles, puisse être atteint par le VIH ? (Jamais on n'imagine que l'on pourrait être soi-même un danger pour d'autres !) Comment vivre et nouer des relations en gérant cette incertitude ?

Déclarer vouloir utiliser des préservatifs, en avoir sur soi "au cas où", c'est reconnaître qu'on ne considère pas comme impossible la présence du VIH chez ses semblables, chez les jeunes qui ont le même style de vie que soi.

Le préservatif : version socialisée, version intime.

Ainsi qu'on peut le constater, parler du préservatif avec des jeunes recouvre des réalités très différentes selon leurs connaissances et leur degré de maturité. Même au sein d'une classe, ainsi que le remarquait le Dr Jean Martin, il y a des jeunes de maturité et activité sexuelles très différentes, même s'ils sont de niveau intellectuel comparable¹⁶.

Depuis les campagnes "STOP-SIDA", le préservatif acquiert un nouveau statut et une légitimité sociale. Il existe en tant qu'objet dont on peut parler en dehors de son utilisation intime. Parler et manipuler des préservatifs en public fait surgir ces 2 réalités :

- l'objet : en voie de socialisation hors du registre sexuel, la réalité du préservatif est vécue en groupe, entre pairs. Cette réalité peut être de l'ordre de l'information, de l'apprentissage, du gag, du jeu, de la connivence... Elle a valeur initiatique¹⁷. En effet, on imagine mal des jeunes qui n'en n'ont jamais vu

¹⁶ Martin J. Pour la Santé Publique. Lausanne, Réalités sociales 1987 : p. 227.

¹⁷ Aide Suisse contre le sida. Préservatifs mode d'emploi. Bande dessinée de Vladimir et Veronik, 1988.

utiliser des préservatifs, donc les découvrir et les employer en même temps la première fois.

- l'utilisation : l'évocation fait aussitôt appel à la dimension relationnelle (comment en parler?) et sexuelle (comment le mettre ?). Elle évoque la relation sexuelle et l'intimité du couple.

Ces deux derniers aspects, bien que touchant à la sphère intime, peuvent être évoqués dans la discussion. Le mode d'emploi fait partie du message préventif : "utiliser des préservatifs" ne suffit pas, encore faut-il dire comment !

Mais "comment en parler ?" fait aussi partie des demandes des jeunes actuellement.

"S.O.S. des mots pour le dire" semblent-ils nous souffler au travers de leurs questions : "comment dire à un garçon d'utiliser un préservatif ?", "je ne vois pas comment je pourrais dire à un garçon de mettre un préservatif !".

Dans la classe, ces deux types de réalités cohabitent et selon les moments l'une ou l'autre est plus présente.

On le voit, la complexité et l'intensité des émotions en jeu peut rendre ce moment très difficile à gérer pour les adultes qui en ont la responsabilité.

Ce travail a d'ailleurs donné lieu à de multiples analyses au sein de l'équipe d'animation, lors de supervisions ou des groupes de travail réunis pour l'enquête. Il est ressorti de ces discussions que les animatrices, pour faire ce travail, doivent se sentir en confiance et être libres d'agir selon leur style et leur dynamique propre. Qu'elles ne se sentent pas obligées de faire telle ou telle chose, qu'elles ne subissent pas la pression de leurs collègues. Il semble encore plus difficile que dans d'autres matières d'imposer des schémas d'animation et d'utiliser des recettes¹⁸. Seule cette liberté d'action rend la prévention crédible et évite les doubles messages.

Doris Störi, qui fait un travail analogue pour l'ASS, met elle aussi en évidence cet aspect du problème : "Aussi me semble-t-il important que le praticien, qu'il soit médecin, psychologue, éducateur sexuel ou assistant social, soit conscient de sa propre attitude face aux 1,9 grammes de latex quand il est amené à conseiller le préservatif. Cette connaissance lui permettra une meilleure écoute des réactions de son patient ou consultant"¹⁹.

A l'issue de ces rencontres, certains élèves expriment leur satisfaction : "c'était sympa, on s'est bien marré!", ou "c'est pas évident, c'est bien d'en parler".

Devant la complexité de ce qui est en jeu, les adultes et les jeunes doivent/peuvent chercher des pistes qui leur permettent de mieux vivre ces temps de sida.

¹⁸ Il a cependant été recommandé à tous les animateurs et animatrices de faire ou de refaire l'expérience de l'utilisation des préservatifs dans leur propre vie sexuelle, pour éviter les discours trop simplistes et normatifs.

¹⁹ Störi D. Le préservatif - oui mais comment ? In Femmes et sida. Médecine et Hygiène 1988; 46 : 1433.

4. Acceptabilité et résistances

(réponses aux messages concernant les préservatifs)

Cette population d'adolescents dont les âges s'échelonnent entre 14 et 19 ans est partagée en 2 groupes : ceux qui n'ont jamais eu de relations sexuelles et ceux qui en ont eu, ou en ont régulièrement. Ce fait fondamental va bien sûr influencer leurs attitudes et comportements (s'ils en ont) face au préservatif.

Pour certains - les plus âgés - l'utilisation du préservatif représente déjà un nécessaire changement de comportement par rapport à des habitudes amoureuses antérieures. Pour les plus jeunes, la confrontation avec le préservatif fera partie d'emblée de leurs premières expériences sexuelles.

Avant d'en avoir utilisé

- "Nous sommes la génération du préservatif"
- "OK, on a compris"
- "on l'utilisera, on sera bien obligé de l'utiliser"
- "la capote, c'est normal"
- "on verra bien", "pourquoi pas"
- "si on ne l'avait pas, qu'est-ce qu'on ferait".

Les déclarations globales se réfèrent à un discours préventif. Discours de principe, favorable, dans la mesure où la relation affective et sexuelle n'est pas en cause. Plus c'est théorique, plus c'est loin, plus c'est vague, plus c'est facile de dire qu'on utilisera des préservatifs.

A cet âge, la possibilité d'une relation sexuelle semble encore lointaine à la très grande majorité. Ils s'imaginent mal comment s'y prendre, aussi bien pour passer à ce type de relation que pour mettre en pratique l'usage des préservatifs. Des remarques pratiques comme "c'est trop cher" montrent que c'est la relation sexuelle elle-même qui n'est pas à l'ordre du jour.

- "Je ne vois pas comment je pourrais proposer le préservatif à un garçon".
- "Est-ce que ça enlève le plaisir ?"
- "La première fois qu'on fait l'amour, est-ce que ce n'est pas trop difficile, le pénis n'est pas trop dur avec le préservatif ?"

Quand il s'agirait d'en utiliser

- Jeunes cherchent préservatifs (désespérément) !

Où en trouver ? (accessibilité)

- dans les pharmacies : "la pharmacie on y va quand on est malade", "on connaît la pharmacienne". Ce point particulièrement mis en évidence dans les petites villes. On dit aussi "à la pharmacie c'est plus sûr, il y a des Ceylor", cependant on montre peu d'empressement à affronter le regard du pharmacien.

- dans les grands magasins : sont évoqués la Migros et la Coop. Difficile d'acheter des préservatifs dans sa Coop ou sa Migros de quartier. On pense que tout le monde se connaît. Une caissière n'a-t-elle pas proposé de rapporter les préservatifs à la mère lors d'un achat fait par un jeune de son quartier !

- Les distributeurs automatiques ont la faveur des jeunes. Ils reviennent sur ce sujet avec insistance : ils aimeraient des distributeurs partout, dans les cafés, les bars, les discos... bref, à portée de main et accessibles à toute heure. Une jeune fille remarque : "en plus les distributeurs sont dans les toilettes des hommes, alors s'il me faut un préservatif, est-ce que je dois aller accoster un homme pour qu'il m'en procure un ?".

On peut regretter que le mode d'approvisionnement qui a le plus la faveur des jeunes soit celui où la qualité des préservatifs est la moins bonne. Cependant ce problème va probablement évoluer ces prochains mois avec l'introduction par l'Office fédéral de la santé publique d'un label de qualité, ce qui entraînera un certain assainissement du marché. Mettre trop en évidence auprès des jeunes ce problème de qualité peut entraîner des barrières supplémentaires à l'utilisation et générer des "doubles messages" ainsi que nous l'avons vu récemment en France. Il nous paraît donc plus important de mettre l'accent sur l'utilisation régulière des préservatifs et le recours au distributeur automatique dans ce cadre là peut avoir valeur initiatique²⁰. Une fois l'habitude prise, il sera plus aisé d'aller dans un grand magasin ou en pharmacie pour se constituer un stock de préservatifs.

A quel prix ?

- Pour beaucoup de jeunes, un préservatif coûte 2 francs, car ils l'achètent à la pièce dans un distributeur automatique. Dans les supermarchés, les meilleurs sont vendus au quart de ce prix, mais par paquets de 10.

Quelles marques ?

- Si les jeunes connaissent bien le logo "STOP-SIDA", par contre ils ne connaissent pas bien les marques et les emballages des préservatifs en vente dans le commerce. Quand ils les cherchent... ils ne les trouvent pas (disent-ils), tant leur présentation est discrète. Les jeunes aimeraient des préservatifs avec un "chouette look" (ex. : style dolce vita).

Autres façons de s'en procurer :

- "les filles en ont dans leur sac"
- "c'est ma mère qui les achète"
- "je n'achète pas de préservatifs, je les prends quand ils sont distribués".

- En avoir ou pas ?

Selon les moments ils disent "on en a souvent dans nos poches" ou "on en n'a jamais quand il faut". "Si on n'en a pas, tant pis, on ne fera pas l'amour ce jour-là". "Chacun en a un sur soi, et on décide celui qui va être employé".

²⁰ le Groupe de liaison des activités de jeunesse (GLAJ) de Lausanne a produit et diffusé une carte attrayante et solide (donc durable) avec un plan de l'emplacement des distributeurs de préservatifs dans l'agglomération lausannoise.

- Qui fait quoi ?

des garçons :

- "Ce serait mieux si c'est la fille qui va l'acheter"
- "C'est la fille qui doit s'occuper de ça"
- "C'est la fille qui doit le mettre, c'est plus facile"
- "Ca va mieux quand on en parle !"

des filles :

- "C'est au garçon de prendre la décision de le mettre"
- "Je n'oserais pas dire à un garçon de le mettre".

Zone de flou : les rôles ne sont pas établis. Tout est à négocier. Les filles disposent d'un certain acquis à penser à la partie "prévoyance" de l'acte sexuel. Elles seraient prêtes à jouer un rôle mais lequel : celle qui achète ? qui prévoit ? qui exige ? qui participe à la pose du préservatif ?

Aujourd'hui elles se trouvent confrontées au sida, ainsi que le remarque Doris Störi, "sans avoir les habitudes qui les inciteraient à partager cette responsabilité, confrontées à une génération entière d'hommes qui ne leur posent même pas la question de l'éventualité d'une procréation, avant de passer au lit. Pourtant, pour la première fois depuis 20 ans, les femmes ne peuvent plus assumer seules la responsabilité de la prévention face à un risque nouveau qui, lui, ne s'avorte pas. Elles ont à nouveau besoin de la participation active de l'homme. C'est un changement notable dans le jeu relationnel qui entoure les préliminaires d'un acte sexuel"²¹.

Après : échos d'utilisation

- "On n'aime pas trop, c'est pas la même chose avec ou sans"
- "C'est pas rigolo", "c'est pas très sympa"
- "C'est con", mais aussi "c'est con mais c'est utile"
- "Sans problèmes"
- "Ca enlève le plaisir", "c'est pas naturel".

Diversité, réticences dans les discours, surtout lorsqu'on généralise et qu'on s'exprime en public.

A noter la discrétion de ceux qui disent "sans problèmes". Que les discours soient claironnants ou discrets n'a pas forcément à voir avec la réalité de ce qui s'est effectivement passé.

²¹ Störi D. 1988 ibid.

Procréation/contraception

Les jeunes associent spontanément préservatif à contraception (en plus du sida) en cas de relations débutantes, occasionnelles, instables... Lorsque la relation tend à se stabiliser la jeune fille en général commence à prendre la pilule. La prescription de la pilule a valeur symbolique d'officialisation de la relation. Souvent, à ce moment-là, les parents sont (mis) au courant.

Les plus convaincus utilisent néanmoins le préservatif :

- "on a décidé ensemble, avec mon copain, cela va bien"
- "ça fait double emploi : sida et contraception"
- "on utilise le préservatif comme moyen de contraception, comme ça plus besoin de se poser la question du sida"
- "si on utilise le préservatif, mes parents ne sauront rien".

D'autres, moins convaincus, se posent des questions et le problème de la sécurité est au centre de cette interrogation :

- "pendant des années on nous a fait peur en nous disant que le préservatif n'était pas assez sûr pour la contraception, maintenant on nous dit de l'utiliser contre le sida"
- "une femme est fertile quelques jours par mois, et il y a quand même des problèmes, comment peut-on être sûr que ça va marcher pour le sida ?"

Les plus anxieux avancent l'idée d'utiliser les 2 : préservatif + pilule. Notamment en cas de relations occasionnelles (ex. les vacances). Beaucoup de jeunes filles se sentent en état d'insécurité à l'idée de renoncer à la pilule.

On assiste tantôt à une opposition entre pilule et préservatif, tantôt à l'idée de cumuler les deux : préservatif pour le sida et pilule pour la contraception ("parce que c'est plus sûr quand même"). Dans le 2ème cas on assiste en quelque sorte à une double négation : d'abord le préservatif n'est pas assez sûr si on l'envisage pour la contraception... et ensuite utiliser une protection pas vraiment sûre pour le sida signifie nier la probabilité de rencontrer le VIH dans ses relations. C'est plutôt une protection pour le principe (désirabilité sociale) et qui permet de s'autoriser des exceptions le moment venu (exceptions pour le sida mais pas pour la contraception).

Fonction biologique de l'acte sexuel

"Et si tout le monde en utilise, il n'y aura plus de bébés". On peut entendre cette inquiétude au-delà d'une question naïve. Ce point fondamental est d'ailleurs aussi mis en évidence par Doris Störi dans son texte déjà cité :

"D'un point de vue biologique, l'homme est programmé pour procréer. Bien que l'*homo sapiens* soit le mammifère le plus évolué sur cette terre, cet instinct est resté présent. Il s'accompagne de toutes sortes de conventions sociales et culturelles dont les animaux ne s'encombrent peu ou pas du tout, mais au moment de l'accouplement nous retrouvons une partie de cette énergie sexuelle primaire, guidés en cela par notre instinct.

Vu dans ce contexte, le préservatif constitue une barrière mécanique à l'accomplissement biologique de l'acte sexuel, la fécondation. Barrière présente pendant l'acte lui-même contrairement aux (autres) méthodes contraceptives.

Sans vouloir minimiser les effets psychologiques et les risques possibles de ces méthodes, il faut souligner qu'elles s'effectuent hors contexte puisqu'elles n'interviennent pas directement lors de l'acte sexuel. L'illusion d'une procréation peut donc rester entière. Ce scénario est par contre mis en question par le préservatif : l'homme doit se retirer avec son sperme après éjaculation, sans laisser de "trace". L'illusion devient donc évidence²².

Il s'agit là d'un processus en grande partie inconscient et qui pourrait expliquer bien des résistances, tant masculines que féminines, au préservatif.

5. Influence des pairs

- En groupe :

On note deux attitudes opposées face aux pairs. "Frimer" en affirmant avoir beaucoup de relations et masquer ses relations. Selon les circonstances, le plus comme le moins sont aussi valorisants l'un que l'autre. De même pour la protection face au risque. A certains moments on peut dire "le sida, on s'en fout, il faut bien mourir de quelque chose" et à d'autres moments valoriser l'utilisation du préservatif "sans problèmes". "J'engaine plus vite que mon ombre" (slogan d'un apprenti). Il importe alors de montrer qu'on n'est pas dupe de ces effets de conformité.

- Entre eux (peer support) :

Ceux qui utilisent des préservatifs peuvent en parler, et découvrir que d'autres font comme eux, et se sentent renforcés... A l'opposé, moins on pratique, moins on aura l'occasion d'en parler et d'apprendre que d'autres en usent. Ainsi, plus on s'identifiera à une norme de refus, plus on se sentira renforcé dans son refus.

- Dans le couple :

Souvent on assiste à un effet de domination des garçons sur les filles. "Mon copain n'aime pas", "je n'arriverais pas à lui en parler". Le préservatif pose le problème du pouvoir au sein du couple. Il ne s'agit pas uniquement du préservatif, mais de quelque chose qui pourrait poser problème dans la relation.

A mettre en parallèle avec plusieurs témoignages entendus en consultation de planning mettant en évidence ce fait nouveau : "ce sont les filles qui l'exigent". De nouveau ce qui est en cause c'est le statut même de la relation.

²² Störi D. 1988 ibid.

IV CONSULTANTS DU PLANNING FAMILIAL

Les conseillères en planning (et un conseiller) des Centres de planning de Lausanne et de Renens ont été sensibilisées à l'objectif de l'étude, et on leur a demandé d'être attentives à toute remarque spontanée, évocation ou attitude à l'égard du préservatif apparaissant durant les entretiens. Comme les animatrices en éducation sexuelle, elles ont développé durant la période de l'enquête une disponibilité particulière, une attention sélective à tout ce qui pouvait être dit, enregistré à propos du préservatif (paroles, gestes, expressions).

Contexte local : les consultations de Lausanne et Renens

Globalement pour les consultations de planning rattachées au CMSPF, dans le canton de Vaud, on assiste à une croissance du nombre des consultations.

1987 : 11'667 consultations

1988 : 12'060 consultations ²³

La progression cependant est différente selon les régions. Concernant les deux Centres choisis pour cette étude, leur profil présente quelques différences.

- à Lausanne, en 1988, année durant laquelle les données ont été récoltées, on constate une stabilité du volume des consultations, avec une légère diminution des prestations médicales et une augmentation des activités psycho-sociales. Cette dernière est due à une diversification de l'offre, caractérisée notamment par l'intégration d'une sage-femme dans l'équipe et l'organisation de cours de préparation à la naissance;

- à Renens, le Centre de planning fondé plus récemment n'a pas encore atteint sa "vitesse de croisière" et la croissance est plus marquée. Située dans l'Ouest lausannois, cette consultation atteint des femmes suisses et étrangères, ainsi que des personnes défavorisées socialement, notamment des requérants d'asile.

La clientèle de ces deux Centres n'est pas la même : Lausanne a bâti son identité autour de l'accueil des jeunes, alors que Renens est un centre plus "familial". Par rapport à Lausanne, Renens accueille plus de femmes mariées (42 % contre 15 %), plus de familles étrangères (43 % contre 32 %), plus de femmes âgées de 25 ans et plus (47 % contre 27 %). Ces différences ont actuellement tendance à diminuer. A Lausanne, en 1987, on notait déjà un changement dans la composition de la clientèle, en particulier une baisse du nombre de consultantes de moins de 20 ans de 12 % entre 1986 et 1987. Ce phénomène a donné lieu à trois hypothèses :

²³ Centre médico-social Pro Familia, Rapport annuel 1988.

- 1) La diminution de cette tranche d'âge dans la population.
- 2) Le recours plus fréquent des jeunes à un gynécologue privé.
- 3) L'apparition du sida, qui aurait incité certains jeunes à remettre à plus tard le commencement d'une vie sexuelle ou à utiliser des préservatifs²⁴.

En 1988, la mise en place de "centres de grossesses" au sein des plannings, et l'organisation de cours concernant la "cinquantaine" tend à modifier encore la pyramide des âges des nouvelles consultantes. A Lausanne, la proportion des femmes de plus de 25 ans parmi les nouvelles consultantes a passé de 18 % à 27 % de 1986 à 1988.

Ces quelques données générales permettent de mieux situer la population-source dont sont issus les témoignages récoltés durant les entretiens.

Cependant, les données sélectionnées l'ont été en fonction de leur intérêt qualitatif, de ce qu'elles apportaient à la compréhension de l'image du préservatif, et non en fonction de leur représentativité statistique par rapport aux populations fréquentant les consultations de Lausanne et Renens. La taille restreinte du corpus n'a pas permis non plus de mettre en évidence des différences entre les témoignages issus de Lausanne et ceux de Renens. Les témoignages ont été traités en un seul groupe pour l'établissement des caractéristiques principales (âge, occupation professionnelle, type de relation).

Contexte de récolte du matériel

Les conseillères (et un conseiller) ont été chargées de noter, à la suite des entretiens, des appréciations sur le préservatif et son utilisation. Ces notations ont été mises par écrit au sortir des entretiens, dans un registre de statistiques où sont relevés par ailleurs un certain nombre de données relatives aux consultations. Ces remarques ont été consignées de la manière suivante :

- âge de la personne concernée
- type de relation (stable, récente, "multiples", sans relation)
- utilisation ou non de préservatifs
- expérience sexuelle
- appréciation concernant le préservatif.

Du fait de la méthode adoptée - récolter ce type de données dans le cadre d'un planning - ce sont uniquement des femmes qui se sont exprimées. Le vécu des hommes dans le cadre du couple ou de la relation est parfois restitué à travers les dires de leurs partenaires.

²⁴ Centre médico-social Pro Familia, Rapport annuel 1987.

Profil de la population

De cette manière, une centaine de témoignages ont été consignés, provenant d'une population dont les âges s'échelonnent de 14 à 38 ans.

Age :

14 à 17 ans	30
18 à 20 ans	39
21 à 25 ans	19
26 à 30 ans	5
plus de 30 ans	9
Total	102

Occupation, situation professionnelle :

écolières	19
apprenties	19
ouvrières, coiffeuses, vendeuses	13
employées	26
étudiantes	26
autres/sans profession	7
Total	102

1. Comportements, rapport à la sexualité

Pour chaque cas retenu, nous avons consigné 3 éléments d'appréciation en relation avec le comportement sexuel : le type de relation, l'expérience sexuelle, et l'utilisation du préservatif.

- Types de relations

stables	32
récentes	33
"aventures", relations multiples	13
sans relation	9
sans données	15

L'importance des situations de "relations récentes" est liée au moment de la consultation. Lorsque la relation s'établit, la nécessité d'une "bonne" contraception apparaît, d'où une consultation et souvent la demande d'une contraception hormonale.

- Expérience sexuelle

Le groupe se partage à peu près en 2 moitiés : des personnes ayant eu des relations, stables, occasionnelles ou successives, pendant plusieurs années; d'autres qui ont une expérience récente de la vie sexuelle. Cependant, les frontières des 2 groupes sont difficiles à préciser. A travers chaque témoignage, c'est la situation présente qui est mise en évidence.

- Utilisation du préservatif

préservatif utilisé	83
préservatif jamais utilisé	10
sans relation	9

- Une grande diversité de situations

Au-delà des chiffres, c'est une grande diversité de situations qui a été évoquée dans ces entretiens :

- virginité
- désir/peur des relations sexuelles
- après la 1ère fois...
- perspective de relations stables
- relation qui commence, mais pas de certitude que cela dure
- relations occasionnelles envisagées (vacances)
- fidélité et contraception seulement
- mariage et relations extra-conjugales
- échec de contraception, demande de contraception post-coïtale (CPC) ou d'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- grossesse non désirée

- Fragilité des relations

Parmi toutes les situations ainsi évoquées, nous pouvons mettre en évidence que, dans la presque totalité des "histoires", l'aspect affectif est très important. La demande de tendresse, de reconnaissance engage bien au-delà de la sphère purement sexuelle. Certaines jeunes filles acceptent des relations sexuelles sans véritable désir, par passivité ou pour retenir l'attention de leur partenaire. "C'est de la tendresse, finalement, qu'elles recherchent" remarque une médiatrice scolaire à propos de ce genre de situation.

Ce qui nous conduit à penser que des relations occasionnelles - bien qu'existantes - ne sont pas la norme, ni la majorité. Beaucoup de relations occasionnelles ne sont en fait que des relations débutantes qui ne se stabilisent pas. Elles ne sont pas vécues d'emblée et consciemment comme sans lendemain.

Ces situations qui comportent des risques certains sont souvent qualifiées - notamment par des hommes politiques - de "nomadisme sexuel", de "promiscuité". A la lumière de cette enquête, et notamment des situations évoquées par des adolescentes, il apparaît que de tels termes rendent très imparfaitement compte de la réalité. Ils stigmatisent des pratiques ou des personnes, les enferment dans une norme (non clairement explicitée), sans chercher à en comprendre les causes et les conséquences.

Une meilleure connaissance des comportements sexuels peut nous aider à ne pas mélanger ce qui a trait à des conduites objectivement risquées (succession de partenaires dans le temps) et des problématiques concernant la morale individuelle.

De ce point de vue là, on peut remarquer que les jeunes à la recherche d'eux-mêmes et d'un "partenaire idéal" font preuve souvent d'une grande exigence, ce qui les expose à vivre des situations d'échec difficiles.

2. Représentations et connaissances du sida

Si les consultantes consultent, c'est d'abord pour une demande de contraception. Cependant, personne n'a refusé d'aborder la question du sida : "personne n'a jamais dit : ça ne m'intéresse pas, je n'y ai jamais pensé" (remarque d'une conseillère en planning). Ce thème est bien sûr plus ou moins présent selon les situations évoquées.

Sur le plan des connaissances, ce qui a été dit concernant les jeunes rencontrés dans le contexte scolaire vaut pour ceux vus dans le contexte du planning. Cependant, si le message de la contamination par voie sexuelle est saisi, il ne l'est pas toujours dans toutes ses implications, notamment concernant le passé du ou des partenaires (chaîne de contamination).

Si elles ont, comme leurs partenaires, de la peine à imaginer, à concrétiser pour eux-mêmes ce risque, elles disent se sentir concernées et ne rejettent pas l'éventualité d'une contamination. Par là, elles admettent implicitement qu'elles(ils) sont des gens "à qui ça pourrait arriver", bien que se défendant d'appartenir à un groupe dit "à risques". Ceci est perceptible notamment chez les jeunes qui changent de partenaires.

Penser au risque de sida semble faire partie de leur univers, au même titre que d'autres risques. Ils(elles) admettent qu'une protection est nécessaire, - rarement que se protéger serait humiliant - même s'ils jugent la prévention par ailleurs contraignante et désagréable.

Cependant, un certain nombre de témoignages font état d'un sentiment d'être protégé à l'intérieur d'un "peer-group" (des copains qu'on connaît, dont on connaît les partenaires... par exemple les jeunes d'un même village, d'un même collège, les membres d'une même association). A l'intérieur de ces groupes, il est particulièrement difficile d'imaginer qu'il pourrait y avoir un risque : qu'on pourrait être à risque ou que des pairs pourraient l'être. La nécessité de se protéger ne se fait sentir qu'avec des partenaires "étrangers", hors du groupe de référence.

La peur du virus et de la maladie est rarement évoquée de manière claire, ce qui ne veut pas dire qu'elle est inexistante. Au contraire, elle transparaît dans beaucoup de ce qui est dit, mais de manière détournée, implicite, ou sur le mode du "gag" ("il faut bien mourir de quelque chose"). Si elle ne se dit pas directement à propos du virus lui-même, la peur apparaît plus directement lorsqu'on parle de la sécurité du préservatif. Beaucoup de témoignages expriment en effet des craintes quant à la sécurité et la solidité du préservatif.

3. Acceptabilité et résistances

Le slogan "utilisez des préservatifs" a été entendu et l'impression qui domine, c'est que chacun a voulu voir par lui-même ce qu'il en était. Jeunes et moins jeunes - qui pour la première fois - qui pour se rafraîchir la mémoire.

83 personnes sur 102 parmi les témoignages de notre étude parlent de leur utilisation du préservatif.

- **Un grand nombre d'expériences**

Cette impression générale - grand nombre d'expériences - est corroborée par d'autres données. L'enquête menée par P.-A. Michaud auprès d'apprentis établit que 76 % du collectif sexuellement actif déclare avoir utilisé le préservatif au moins une fois. Dans le cadre d'un questionnaire administré systématiquement à l'issue des visites au Planning de Lausanne à la fin de 1988, sur 215 usagères 58 avaient déjà utilisé un préservatif, mais dans la proportion des 2/3 de manière occasionnelle et surtout pour éviter une grossesse (2/4).

Si l'expérience est partagée par beaucoup, elle est le fait souvent d'une utilisation occasionnelle tant chez les usagères du Planning que chez les apprentis. Seuls 23 % des garçons et 10 % des filles chez les apprentis disaient utiliser régulièrement des préservatifs²⁵. La réponse à la question "utilise régulièrement des préservatifs" pour des jeunes de 16 à 20 ans doit cependant être interprétée avec circonspection. "Régulièrement" veut-il dire chaque fois que l'on a eu des relations sexuelles, quelle que soit l'irrégularité des relations elles-mêmes? Dans ce domaine, les mots n'ont pas toujours le même sens pour les adultes et pour les jeunes. Dans le cadre de l'enquête du Planning, la question pouvait aussi prêter à confusion. En demandant "Avez-vous déjà utilisé le préservatif avant votre première consultation au Planning?" que voulait-on saisir en réalité? Le "utilisé le préservatif" ou le "avant votre première consultation au Planning"? 33 % des nouvelles patientes ont déclaré avoir utilisé des préservatifs pour se protéger de la grossesse et du sida, mais seulement 19 % des consultantes déjà connues.

Malgré ces difficultés d'interprétation, le fait demeure : les préservatifs sont de plus en plus utilisés, tant pour des raisons de prévention que de contraception.

- **A propos des préservatifs**

Scénario...

...pour un début :

- "on a décidé ensemble : ça va bien" (19 ans)

- "c'est moi ou c'est lui, ou les deux qui y pensent" (16 ans)

- "mes copains n'en veulent pas, je n'ose pas le leur demander" (17 ans)

- "moi ça va, mais lui ne sait pas bien s'y prendre, et ça coupe tout" (18 ans)

- "je préfère les préservatifs, puisqu'il est d'accord, comme ça mes parents ne vont pas savoir, et moi je ne risquerai pas d'oublier ma pilule, je suis tellement distraite" (15 ans).

²⁵ Michaud PA, Hausser D. La sexualité des adolescents à l'heure du sida : Résultats d'une enquête auprès de 1398 apprentis vaudois. Rev. Méd. de la Suisse romande 1989; 109 :312-326.

...pour une relation qui s'installe :

On se pose des questions. Va-t-on continuer à utiliser des préservatifs? Ne vaudrait-il pas mieux "passer à la pilule"? L'inquiétude exprimée semble plutôt d'ordre contraceptif que relative à la prévention.

- "ça allait, mais on m'a dit que la pilule, c'était mieux" (17 ans)
- elle trouve astreignant; comme elle va se marier elle désire "quelque chose de plus sûr" (25 ans)
- "pas assez sûr" pour une relation qui s'installe. "Il vaut mieux une pilule" (15 ans)
- désire une pilule, car la relation devient "sérieuse"; "finalement, ça coupe quelque chose, le préservatif" (15 ans).

...pour dire ses sensations :

Personne ne déclare avec enthousiasme aimer le préservatif. A l'énoncé du thème de notre recherche, une conseillère en planning ne s'est-elle pas exclamée : "mais c'est bien simple, personne ne l'aime". Au vu de l'enquête, il apparaît que la réalité est plus complexe, et les témoignages ont montré que les objections se situent à différents niveaux : en acheter, en parler, le mettre, en accepter les dimensions symboliques... Le registre des sensations peu évoqué lors des discussions en classe - et pour cause, le contexte s'y prêtant fort peu - apparaît au premier plan durant l'entretien au planning.

- "ça va quand-même, mais ce n'est pas la même chose comme sensations" (15 ans)
- "ça coupe la relation, à cause des manipulations" (35 ans)
- "ça casse quelque chose dans la relation" (39 ans)
- "les hommes n'aiment pas utiliser des capotes, ça leur coupe, ils débandent" (24 ans)
- "ça coupe quelque chose quand on met un préservatif" (17 ans)
- elle ne voit pas la différence, mais les copains avec qui elle en a parlé pensent que "ça brise le romantisme" (18 ans)
- "j'ai déjà peu de plaisir sans, encore moins avec" (24 ans)
- "quand mon copain a dû mettre la capote, l'érection a disparu, je n'ai plus pu le rallumer" (17 ans)
- "je n'aime pas le préservatif, j'aime sentir quand ça gicle" (30 ans).

Les mots qui reviennent toujours : "ça coupe " font allusion à des réalités différentes qui se rejoignent dans cette expression. Pour certains, cela coupe l'érection elle-même, pour d'autres, cela introduit une rupture dans le rythme de la relation (manipulation). D'autres témoignages font allusion à la séparation causée par le latex, jusque et y compris au romantisme qui n'y trouverait plus son compte. Mais on dit aussi que le préservatif "c'est dans la tête", en reconnaissant que l'aspect

psychologique a son importance. Comme le remarquait un apprenti : "ça va beaucoup mieux quand on en parle".

Entrer dans ces distinguos ne semble pas inutile. Cela veut dire que pour certains couples, être plus à l'aise avec le préservatif peut être relativement facile à réaliser, alors que pour d'autres les résistances sont d'ordre plus profond et ne pourraient être modifiées par des messages de prévention, si adéquats soient-ils.

...pour dire la crainte :

Deuxième terme au hit-parade des mots-clés : "pas sûr". Cette assertion revient comme un refrain.

- "ça s'est déchiré, on ne se sent pas en sécurité" (21 ans)
- "ça vaut mieux que rien, mais on ne se sent pas sûr" (19 ans)
- "j'ai peur pour la première fois, ce n'est pas assez sûr, et si ça craque" (18 ans)
- "pourquoi pas, si c'est sûr" (16 ans)
- "pas assez sûr pour une relation stable, il vaut mieux une pilule" (16 ans)

On peut remarquer au passage que certains problèmes relatés dans les entretiens donnent du crédit à ce sentiment d'insécurité. Pour un collectif de 102 personnes, il a été rapporté les situations suivantes :

- deux consultantes font état de préservatifs déchirés
- quatre consultantes font état de préservatifs déchirés nécessitant l'administration d'une CPC
- une consultante fait état d'un préservatif perdu, d'où administration d'une CPC
- une consultante fait état de pilules ou préservatifs mal utilisés (3ème demande d'IVG).

On le voit, le "modèle de la pilule" qui a marqué la période d'avant le sida reste en place et continue d'influencer de manière importante les comportements. Le préservatif joue un rôle complémentaire, avant, pendant (oubli de pilule) et après des périodes de prises de pilule - et lorsque la prévention du sida est clairement assumée. On associe avec préservatif les idées d'instable, anonyme, occasionnel, débutant, synonymes d'un engagement personnel moindre, sans assurance de durée.

L'utilisation régulière semble difficile, pour certains astreignante. D'autres, et ils sont nombreux, évoquent leur peur du manque d'efficacité. "La pilule est plus sûre", information massivement diffusée pour promouvoir la contraception hormonale pendant plus d'une décennie, et qui laisse des traces importantes dans les consciences. Si la pilule est le moyen contraceptif le plus sûr, cela laisserait entendre a contrario que les autres ne le sont pas, ou moins.

Il ne s'agit pas ici d'évoquer le degré d'efficacité des différentes méthodes contraceptives, mais d'en saisir le reflet au niveau des croyances et attitudes des utilisateurs. Les informations actuellement diffusées sur les préservatifs ne font pratiquement jamais état du degré d'efficacité - contraceptive - du préservatif, alors que dans le domaine de la prévention du sida, le débat se polarise sur la solidité. Chez les utilisateurs, ces deux aspects se mélangent. Ce qui ressort des témoignages, c'est la crainte de l'échec - sous toutes ses formes - avec un discours qui tourne de manière prépondérante autour du thème de la sécurité.

4. Influence des pairs

Les éléments d'information sur ce sujet sont analogues à ceux récoltés dans les classes d'adolescents. On ne les développera pas à nouveau dans ce chapitre.

Cependant, dans les témoignages issus du planning, c'est surtout l'aspect "vie de couple" qui transparait, en particulier les difficultés de négociation lorsqu'un partenaire accepte le préservatif et l'autre pas.

V REMARQUES GENERALES / CONCLUSION

1. A PROPOS DES MESSAGES PREVENTIFS :

IL N'EST PAS FACILE DE VIVRE SES PREMIERES RELATIONS SEXUELLES PAR UN TEMPS DE SIDA.

A travers tous ces messages préventifs que nous - parents, éducateurs, animateurs - adressons aux jeunes, que leur demande-t-on au juste ?

On les incite à être performants et cohérents de multiples manières :

- être clairs dans le choix et la nature de leur relations,
- être à l'aise pour exprimer leurs sentiments,
- être techniquement au point dans leurs relations sexuelles : prendre et donner du plaisir, sans défaillance ni brutalité,
- savoir utiliser des préservatifs sans trop de problèmes,
- être prêts à accepter l'histoire sexuelle et affective de leur partenaire...

N'est-ce pas trop demander ? Les éducateurs eux-mêmes sont-ils vraiment performants et aussi à l'aise ?

Comment prendre en compte cet aspect des choses ?

- au niveau de la prévention : quels objectifs se fixer ? et surtout, comment faire passer les messages ? (comment exiger ce que soi-même on n'arrive pas à faire ?)

- au niveau de l'évaluation : prendre conscience que des résultats immédiats ne sont pas possibles, et que devenir performant (si c'est de cela qu'il s'agit) prend du temps.

2. A PROPOS DE MESSAGES ET DE REPONSES :

INCOHERENCES ET CONTRADICTIONS SONT DES SIGNES DE VIE

Dans tous ces fragments de vie intime qui nous ont été livrés, ce qui frappe c'est le nombre et la diversité des expériences relatées. Personne n'est resté indifférent, tout le monde s'est posé la question, au moins une fois, de sa confrontation possible au risque.

Cependant, comment ne pas voir l'importance des incohérences, des contradictions chez la plupart des sujets, quels que soient leur âge et les circonstances. Contradictions entre le niveau personnel et le niveau public surtout, mais bizarrement dans deux sens opposés :

- on dit publiquement qu'on se protège, mais *in situ*, on ne le fait pas,
- ou bien on dit publiquement "beurk", mais on surmonte ses résistances.

Confrontés à tout ce foisonnement, il nous est difficile d'être plus clairs dans nos conclusions, sauf pour constater que, dans ce tissu d'incohérences, il se fait place progressivement pour des expériences où l'on utilise plus volontiers le préservatif.

3. ACCEPTABILITES ET RESISTANCES :

Il est impossible de nier les résistances. Mais il faut dire aussi que l'on arrive de plus en plus souvent à les surmonter. Ce qui frappe là aussi, c'est la créativité, la multiplicité des stratégies mises en oeuvre par les personnes concernées.

Cependant rien ne suggère l'adoption de comportements systématiques de protection, comme cela semble être le cas chez certains groupes d'homosexuels. Les jeunes nous disent à propos du préservatif, à la fois, "on en a toujours sur nous" et "on n'en a jamais quand il le faut".

Les niveaux des résistances sont très divers : aspects techniques, significations relationnelles et symboliques, résistances à la contraception... On ne peut s'empêcher de penser qu'une aide ponctuelle pourrait améliorer la situation, notamment en ce qui concerne la pédagogie de l'utilisation du préservatif. Certaines résistances pourraient être assez facilement levées, alors que d'autres ne le seront probablement jamais.

4. RUMEURS ET REALITE :

LA SECURITE DES PRESERVATIFS (ENCORE UNE QUESTION DE RESISTANCE)

Que n'entend-on pas sur l'insécurité des préservatifs ?

- effectivement, "ça coule", "ça craque", "ça reste dans le vagin", "on le perd" (dans les témoignages),

- les problèmes ne sont pas tellement liés à l'objet lui-même qu'à son utilisation (rèpètent les spécialistes),

- il existe une rumeur ancienne et persistante, faisant état de personnes qui "piqueraient" les préservatifs sur les rayons des supermarchés, ou de fabricants mettant en vente des préservatifs troués,
- parmi les préservatifs, certaines marques sont tout à fait "insuffisantes" quant à leurs prestations (voir les tests effectués par les organisations de consommateurs),
- tradition d'un discours contraceptif sur l'insécurité des préservatifs,
- disqualification à travers les gros titres dans les journaux (préservatifs : "des bulles" inacceptables)...

Ces éléments, qui se situent à des niveaux très différents, concourent tous dans la réalité à entretenir un sentiment d'incertitude, que celui-ci soit issu d'une mauvaise expérience personnelle ou d'une image globalement négative.

5. GOUT DU RISQUE ?

C'est une banalité que de dire que les jeunes ont le goût du risque. Qu'en est-il à propos du sida ?

Il nous semble que le parallèle avec d'autres situations à risque est difficile à établir. Prendre des risques à moto est un plaisir qui tente beaucoup de jeunes. Prendre des risques face au sida n'implique pas de plaisir particulier, mais le déplaisir d'y penser et de s'organiser en conséquence. Certains disent : "sur le moment, on n'y pense pas, mais c'est après..." Certains refusent cette angoisse, cette incertitude et, expérience faite, préfèrent y penser avant qu'après.

6. POUR CLORE :

Au terme de ce tour d'horizon, il nous paraît que les données très impressionnistes que nous avons récoltées répondent aux buts que nous nous étions fixés, à savoir qu'une meilleure connaissance de ces mécanismes face au sida nous permettrait à chacun - évaluation et prévention - de mieux cadrer nos objectifs et de perfectionner la forme de nos messages préventifs. Cependant, un pas de plus devra être franchi par une plus grande association des personnes concernées à l'élaboration des messages qui les visent.

Ceci est particulièrement important pour les jeunes, afin qu'ils puissent s'approprier la prévention et que celle-ci ne soit pas vécue dans un rapport adultes/adolescents (voire parents/enfants) générateur de conflits et de transgressions. Il s'agit aussi d'écouter ce que les jeunes ont à dire et de les encourager dans des activités de type "des jeunes pour les jeunes" pour qu'ils puissent prendre le relais et inventer eux-mêmes des formes de prévention qui leur parlent.

VI RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude, les recommandations suivantes ont été adressées d'une part aux animatrices(teurs) et conseillères(ers) du CMSPF, d'autre part à tous les intervenants concernés - via le groupe d'évaluation des campagnes de lutte contre le sida.

S'agissant de la population des enfants :

Recommandation 1 :

expliquer aux enfants ce qu'est le sida.

Recommandation 2 :

expliquer aux enfants qu'ils ne sont pas susceptibles d'être touchés par le sida.

Recommandation 3 :

veiller à ne pas brusquer les enfants par des explications qui ne tiennent pas compte de la manière dont ils conçoivent la sexualité et le rôle central qu'y joue la reproduction.

S'agissant d'adolescents et de jeunes adultes :

Recommandation 4 :

aider à entrer en matière : en parler de façon à évoquer concrètement les difficultés d'usage et de relation.

Recommandation 5 :

miser doublement sur les filles : elles ont déjà une perception de la sexualité comme d'une chose à risques (de grossesse) et dont on peut se protéger; peut-être qu'à l'aide de la participation des filles à la pose des préservatifs les situations de rupture (des élans, des silences, de l'érection, etc.) seront moindres.

Recommandation 6 :

admettre que ce n'est pas facile pour des adolescents de passer de la théorie à des actes, que cela impliquera (pour eux et pour les éducateurs) une dimension émotive ou émotionnelle majeure; ne jamais se contenter du discours théorique; mais ne pas se contenter non plus de consignes de comportement; il faut renforcer ces consignes par une bonne compréhension de la notion de risque indifférencié, déjà à leur âge.

Recommandation 7 :

pour les éducateurs, chercher à être à l'aise entre jeu et sérieux; accepter d'être interpellé et impliqué personnellement dans la sensibilisation ("Et vous, vous en utilisez ?"); évoquer le passage à l'acte, même subitement.

Recommandation 8 :

bien gérer les problèmes de crédibilité, par exemple quant à la solidité des préservatifs (attention aux gestes maladroits qui déchirent les préservatifs, aux rumeurs sur la proportion de ceux qui cassent, etc.).

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 :

- 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. Octobre 1986. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
- 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. 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, 60 p.
- 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, (non publié).
- 23.3 Di Grazia M. - Giovani e salute. Fattori di rischio e loro percezione soggettive : reclutamento 1987. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (non publié).
- 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, 62 p.
- 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, 105 p.
- 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, 25 p.

- 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, 26 p.
- 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, 7 p.
- 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, 106 p.
- 23.11 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 52 p.
- 23.12 Zeugin P. - Kampagne zur Aids-Prävention: Befragung von informellen Meinungsbildnern. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 75 p.
- 27 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
- 28 Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 31 p.
- 39 Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.
- 39a Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz. Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39.2 Zeugin P. Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (à paraître).
- 39.4 Resplendino J. La "zone". Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 83 p.
- 39.5 Fleury F. Les migrants. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 85 p.
- 39.6 Dubois-Arber F., Hausser D. Les personnels hospitaliers. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 42 p.
- 39.7 Mathey M.-C., Schröder I. Rekrutenschule und AIDS-Prävention. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 67 p.
- 39.8 Stricker M. Sex-Touristen. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.

- 39.9 Birchmeier B., Richard J.-E. Diffusion et répercussion de messages de prévention par les médias et Image du SIDA dans les médias. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 105 p.
- 39.10 Mathey M.-C., Schröder I. Kantonale Strategien der AIDS-Prävention und -Bekämpfung. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.13 Duvanel B., Wülser H. Les éducateurs et assistants sociaux. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.14 Masur J.-B. Les médecins praticiens. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 39.15 Masur J.-B. Services de test VIH. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 31 p.
- 39.16 Hausser D. Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du SIDA. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 26 p.
- 39.18 Schröder I. Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 25 p.
- 39.20 Weber-Jobé M., de Vargas D., Lehmann Ph. Image des préservatifs. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 40 p.
- 47 Masur J.-B., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Couples et séropositivité (VIH). I. Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 48 p.