

ANNEE 2020

THESE

N°

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE Diplôme d'Etat

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

Par

Mme DEVEZ Alice

NEE LE 20/09/1991 à Vitry sur seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/09/2020

Les représentations des infections sexuellement transmissibles chez les patients consultant en médecine générale. Etude de la zone muette.

DIRECTRICE DE THESE : Dr STEINECKER Magali

PRESIDENT DE THESE : Pr PIALOUX Gilles

AUTRES MEMBRES DU JURY: Pr CORNET Philippe

Pr TROUSSIER Thierry

Dr BARRUET Régine

Dr DE OLIVEIRA Annie

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Gilles Pialoux, je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, ainsi que pour les six mois de mon internat passés dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Philippe Cornet, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie de l'inspiration dont vous avez fait preuve pour ce travail et pour vos précieux enseignements qui ont accompagnés ma formation de médecin généraliste.

Monsieur le Professeur Thierry Troussier, je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de juger ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous en suis très reconnaissante.

Madame le Docteur Régine Barruet, je te remercie sincèrement et chaleureusement d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de me faire l'honneur de juger ce travail et d'être présente pour ce jour important. Je te remercie pour la bienveillance avec laquelle tu m'as guidée pendant mon premier semestre d'internat. Et je te remercie d'être une source d'inspiration et un modèle pour moi.

Madame le Docteur Annie De Oliveira, je te remercie sincèrement et chaleureusement d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Je te remercie pour ton écoute, ta joie et ta bienveillance qui sont des sources d'inspiration et d'apaisement. J'ai été enchantée de travailler avec toi pendant cette année.

Madame le Docteur Magali Steinecker, je te remercie très sincèrement de m'avoir fait confiance, d'avoir encadré cette thèse et de m'avoir permis de m'épanouir dans ce travail. Je te remercie pour tout le temps que tu m'as accordé, pour tes précieux conseils et pour tes encouragements. Tu es pour moi un modèle de fiabilité et de courage, merci.

Je remercie mes parents, mon frère et ma famille pour leur soutien et leur patience que j'ai mise à rude épreuve. Je vous remercie pour votre générosité et votre amour. Merci de m'avoir accompagnée jusqu'à ce jour.

Je remercie celui qui est présent chaque matin auprès de moi et sans qui je ne serai pas celle que je suis aujourd'hui, Quentin. Je te remercie pour tes conseils et pour les statistiques de cette thèse. Mais je te remercie surtout pour ta joie et ton soutien. Merci d'être là.

Je remercie tous mes amis. Je remercie particulièrement ceux qui sont présents depuis le début de l'externat (9 ans déjà !) : Arthur, Audrey, Carole, Clotilde, Eloïse, Henri, Jeremy, Loris, Lucille, Noémi, Thomas, Ugo et Yannis.

Un remerciement particulier à mes deux acolytes Estelle et Solène.

Je remercie tous mes co-internes pour m'avoir accompagnée et soutenue. Merci particulièrement à ceux qui sont devenus des amis précieux : Ando, Mélissa, Océane, Sarraouinia, Pauline et Alexis.

Je remercie mes très chers copains de voyage, Benjamin, Pauline, Benjamin et Cindy pour leur bienveillance et leur soutien.

Je remercie tous les médecins et autres professionnels qui ont été présents pendant ma formation de médecin. Merci pour vos conseils et votre soutien.

Merci à mes collègues actuels et à venir pour leur soutien et leur motivation dans la rédaction de cette thèse.

Je remercie les participant(e)s qui ont pris le temps de me répondre.

Merci à tous ceux qui ont contribués à ce travail de près ou de loin.

TABLE DES MATIERES

I. INTR	ODUCTION	27
A. Jus	tification de la question de recherche	27
1.	Contexte	27
2.	Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France	30
3.	Représentations sociales	31
4.	Zone muette des représentations sociales	32
B. Co	nstruction de la question de recherche	33
1.	Comportements sexuels à risque	33
2.	Hiérarchisation des infections sexuellement transmissibles et prégnance	
	du VIH	33
3.	Utilisation du préservatif	34
II. MAT	ERIEL ET METHODE	35
A. Ch	oix de la méthode	35
	retiens individuels semi-dirigés	
	Choix de l'échantillonnage	
2.		
3.		
C. Ass	sociations verbales	
	Les associations verbales pour l'étude des représentations	
	Techniques d'associations verbales	
3.	Méthodes d'analyse des associations verbales	39
III. RES	ULTATS	43
A. En	tretiens semi-dirigés	43
1.	Caractéristiques des participants	43
	Analyse des entretiens	
	a) Hiérarchisation des infections sexuellement transmissibles	45
	Place centrale du VIH	
	Traumatisme du SIDA	
	Les autres IST au second plan	
	b) Place des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	46
	Une communauté marquée par le SIDA	
	Stigmatisation	
	c) La notion de risque	47
	Quels risques ?	
	Le rapport au préservatif	
	➤ La PrEP	

			La fatalité du risque	
		d)	Education pour la santé	49
			➤ Le dépistage des IST	
			➤ L'éducation sexuelle	
		e)	Religion	50
			L'aliénation par les principes religieux	
			➤ La vertu	
		f)	Tabou de la sexualité ?	51
			En parler	
			Le sentiment de honte, la peur du jugement et le déni	
		g)	Rôle social sexuel	52
		O 7	Les inégalités hommes femmes	
			➤ Les obligations sociales	
			L'émancipation	
		h)	Numérique et réseaux sociaux	54
		ĺ	 Modification des rencontres et des échanges 	
			➤ Les dangers	
			➤ La pornographie	
	3.	Cho	oix des inducteurs	55
В	Ass	ocia	tions verbales	57
			actéristiques des participants	
	2.		alyse de la distribution des données	
			Nuages de mot.	
		,	Indice de rareté	
			Entropie	
		-,	 Entropie pour l'ensemble du corpus de données 	
			Entropie pour l'inducteur rapport sexuel à risque	
			Entropie pour l'inducteur infection sexuellement transmissible	
			Entropie pour l'inducteur SIDA	
			Entropie pour l'inducteur préservatif	
			Entropie pour l'inducteur homosexuel(le)	
	3.	Cat	égorisation sémantique	74
	4.		alyse de l'organisation des données	
			Analyse prototypique pour l'ensemble du corpus de données	
		,	Analyse prototypique pour l'inducteur rapport sexuel à risque	
		c)	Analyse prototypique pour l'inducteur infection sexuellement transmis	sible
		d)	Analyse prototypique pour l'inducteur SIDA	
		e)	Analyse prototypique pour l'inducteur préservatif	
		f)	Analyse prototypique pour l'inducteur homosexuel(le)	
	5.		alyse comparative des induits catégorisés selon les critères	
			nographiques	84

IV. DISC	CUSSION	85
A. Prir	ncipaux résultats	85
1.	Rapports sexuels à risque et protection	
2.	Représentations sociales des infections sexuellement transmissibles	
	a) Prégnance du VIH	86
	b) Connaissances et méconnaissances des IST	87
	c) Influence d'une expérience personnelle d'IST	87
	d) Tabou, déni et émotions négatives	88
	e) Multipartenariat	
3.	Représentations sociales du SIDA	
	a) Importance du contexte dans la zone centrale du SIDA	
	b) Actualité de la peur du SIDA	
	c) Norme de non discrimination	
	d) Vulnérabilités de la population immigrée face au VIH	
4.	Pornographie	
5.	Préservatif	
6.	Homosexuel(le)s	
B. For	ces et limites de l'étude	95
1.	Forces	95
	a) Le sujet	
	b) La méthodologie	
2.	Limites et biais	
	a) Biais d'échantillonnage	
	b) Méthodologie	97
	Contexte public	
	Evocations libres	
	Seuils des analyses prototypiques	
	c) Analyse des données	98
	La part de subjectivité	
~ -	La zone muette	
C. Pers	spectives	99
V. CON	CLUSION	100
VI. BIBI	LIOGRAPHIE	102
,		
VII. ANI	NEVES	106
	nexe 1 : Guide des entretiens semi dirigés	
	nexe 2 : Guide des associations verbales	
3. An	nexe 3 : Catégorisation sémantique des associations verbales	111

ABREVATIONS

AFC: analyse factorielle des correspondances

AME: aide médicale d'état

CeGIDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CSS: complémentaire santé solidaire

FSF: femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

HPV: human papilloma virus

HSH: hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSV: herpes simplex virus

IFOP: Institut Français d'opinion publique

IPA: analyse par phénoménologie interprétative

IST: infection sexuellement transmissible

IVG: interruption volontaire de grossesse

OPEN : observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PrEP: Pre-exposure prophylaxis, en français: prophylaxie pré-exposition

SIDA: syndrome de l'immunodéficience acquise

UDI: usager de drogue intraveineuse

VIH : virus de l'immunodéficience humaine



PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ACAR	Christophe	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	TENON
5	AMOURA	Zahir	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
6	AMSELEM	Serge	PU-PH	Génétique	TROUSSEAU
7	ANDRE	Thierry	PU-PH	Cancérologie	SAINT ANTOINE
8	ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
9	ANTOINE	Jean-Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
10	APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
11	ARNULF	Isabelle	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
12	ARRIVE	Lionel	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	SAINT ANTOINE
13	ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Chirurgie thoracique	TENON
14	ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
15	AUBRY	Alexandra	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
16	AUCOUTURIER	Pierre	PU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
17	AUDO	Isabelle	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
18	AUDRY	Georges	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
19	BACHELOT	Anne	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
20	BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
21	BALLADUR	Pierre	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
22	BARBAUD	Annick	PU-PH	Dermatologie	TENON
23	BARROU	Benoit	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE

24	BAUJAT	Bertrand	PU-PH	ORL	TENON
25	BAUMELOU	Alain	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
26	BAZOT	Marc	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
27	BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
29	BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
30	BERENBAUM	Francis	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
31	BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
32	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
33	BOCCARA	Franck	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
34	BODAGHI	Bahram	PU-PH	Ophtalmologie	PITIE SALPITRIERE
35	BODDAERT	Jacques	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
36	BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
37	BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Néphrologie	TENON
38	BONNET	Francis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
39	BORDERIE	Vincent	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
40	BOUDGHENE- STAMBOULI	Franck	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
41	BRICE	Alexis	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
42	BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
43	BRUCKERT	Eric	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
44	BUOB	David	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON
45	CACOUB	Patrice	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
46	CADRANEL	Jacques	PU-PH	Pneumologie	TENON
47	CALMUS	Yvon	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
48	CALVEZ	Vincent	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
49	CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
50	CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE

51	CARRAT	Fabrice	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
52	CARRIE	Alain	PU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
53	CATALA	Martin	PU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
54	CAUMES	Eric	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
55	CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Endocrinologie	TENON
56	CHAMBAZ	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
57	CHAPPUY	Hélène	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
58	CHARRON	Philippe	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
59	CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
60	CHAZOUILLERES	Olivier	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
61	CHERIN	Patrick	PU-PH	Médecine Interne	PITIE SALPITRIERE
62	CHICHE	Laurent	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
63	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
64	CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
65	CLEMENT	Annick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
66	CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
67	CLUZEL	Philippe	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
68	COHEN	Laurent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
69	COHEN	David	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
70	COHEN	Aron	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
71	COLLET	J- Philippe	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
72	COMBES	Alain	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
73	COMPERAT	Eva	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TENON
74	CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TROUSSEAU
75	CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
76	CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
77	COPPO	Paul	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE

78	CORIAT	Pierre	PU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
79	CORNELIS	François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
80	CORNU	Philippe	PU-PH	Neuro chirurgie	PITIE SALPITRIERE
81	CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
82	CORVOL	Henriette	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
83	COULOMB	Aurore	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TROUSSEAU
84	CUSSENOT	Olivier	PU-PH	Anatomie/Urologie	TENON
85	DARAI	Emile	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
86	DAVI	Frédéric	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
87	DEGOS	Vincent	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
88	DELATTRE	Jean Yves	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
89	DELHOMMEAU	François	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
90	DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
91	DERAY	Gilbert	PU-PH	néphrologie	PITIE SALPITRIERE
92	DOMMERGUES	Marc	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
	DOMINIERCOEG	Warc	РО-РП	Gyriecologie obstetrique	THIE OALI TITULINE
93	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
93 94					
	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
94	DORMONT	Didier Luc	PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE
94 95	DORMONT DOUAY DRAY	Didier Luc Xavier	PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE
94 95 96	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN	Didier Luc Xavier Béatrice	PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU
94 95 96 97	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN DUBOIS	Didier Luc Xavier Béatrice Bruno	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie Neurologie Radiologie et imagerie	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE
94 95 96 97 98	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN DUBOIS DUCOU LE POINTE	Didier Luc Xavier Béatrice Bruno Hubert	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie Neurologie Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU
94 95 96 97 98 99	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN DUBOIS DUCOU LE POINTE DUGUET DUPONT	Didier Luc Xavier Béatrice Bruno Hubert Alexandre	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie Neurologie Radiologie et imagerie médicale Pneumologie Réanimation	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE
94 95 96 97 98 99 100	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN DUBOIS DUCOU LE POINTE DUGUET DUPONT DUFRESNE	Didier Luc Xavier Béatrice Bruno Hubert Alexandre Sophie	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie Neurologie Radiologie et imagerie médicale Pneumologie Réanimation Anatomie / SSR	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
94 95 96 97 98 99 100 101	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN DUBOIS DUCOU LE POINTE DUGUET DUPONT DUFRESNE DURR	Didier Luc Xavier Béatrice Bruno Hubert Alexandre Sophie Alexandra	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie Neurologie Radiologie et imagerie médicale Pneumologie Réanimation Anatomie / SSR Génétique	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
94 95 96 97 98 99 100 101	DORMONT DOUAY DRAY DUBERN DUBOIS DUCOU LE POINTE DUGUET DUPONT DUFRESNE DURR DUSSAULE DUVAL	Didier Luc Xavier Béatrice Bruno Hubert Alexandre Sophie Alexandra Jean-Claude	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Radiologie Hématologie bio Hépatologie Pédiatrie Neurologie Radiologie et imagerie médicale Pneumologie Réanimation Anatomie / SSR Génétique Physiologie	PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE SAINT ANTOINE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE

106	FAIN	Olivier	PU-PH	Médecine Interne	SAINT ANTOINE
107	FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Réanimation médicale/Pneumo	TENON
108	FAUTREL	Bruno	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
109	FEVE	Bruno	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
110	FITOUSSI	Frank	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
111	FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
112	FLEJOU	Jean-François	PU-PH	Anatomie & cytologie patholog.	SAINT ANTOINE
113	FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
114	FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
115	FOSSATI	Philippe	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
116	FOURET	Pierre	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
117	FOURNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
118	FRANCOIS- PRADIER	Hélène	PU-PH	Néphrologie	TENON
119	FREUND	Yonathan	PU-PH	Médecine d'urgence	PITIE SALPITRIERE
120	FUNCK-BRENTANO	Christian	PU-PH	Pharmacologie clinique	PITIE SALPITRIERE
121	GALANAUD	Damien	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
122	GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Médecine interne	TENON
123	GIRARD	Pierre-Marie	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
124	GIRERD	Xavier	PU-PH	Thérapeuthique/Endocrino	PITIE SALPITRIERE
125	GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Cancérologie ; Radiothérapie	TENON
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
127	GOROCHOV	Guy	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
128	GOSSEC	Laure	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
129	GOUDOT	Patrick	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
130	GRABLI	David	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
131	GRATEAU	Gilles	PU-PH	Médecine interne	TENON

132	GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
133	GUIDET	Bertrand	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
134	HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
135	HAROCHE	Julien	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
136	HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Diabétologie	PITIE SALPITRIERE
137	HATEM	Stéphane	PU-PH	Physiologie/Cardio	PITIE SALPITRIERE
138	HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Thérapeuthique/Urgences	PITIE SALPITRIERE
139	HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Physiologie	TENON
140	HELFT	Gérard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
141	HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
142	HERTIG	Alexandre	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
143	HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
144	HOUSSET	Chantal	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
145	HUGUET	Florence	PU-PH	Radiothérapie	TENON
146	IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
147	IRTAN	Sabine	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
148	ISNARD	Richard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
149	ISNARD BAGNIS	Corinne	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
150	JARLIER	Vincent	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
151	JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
152	JUST	Jocelyne	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
153	KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
154	KARACHI	Carine	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
155	KAROUI	Medhi	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
156	KAS	Aurélie	PU-PH	Biophysique	PITIE SALPITRIERE
157	KATLAMA	Christine	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
158	KAYEM	Gilles	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
159	KHIAMI	Frédéric	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE

160	KLATZMANN	David	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
161	KOSKAS	Fabien	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
162	LACAVE	Roger	PU-PH	Cytologie et histologie	TENON
163	LACOMBE	Karine	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
164	LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
165	LAMAS	Georges	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
166	LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Hématologie bio	TROUSSEAU
168	LAROCHE	Laurent	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
169	LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
170	LAZIMI	Gilles	PU associé	Médecine générale	CABINET
171	LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
172	LE GUERN	Eric	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
173	LEBLOND	Véronique	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
174	LEENHARDT	Laurence	PU-PH	Endocrino/médecine nucléaire	PITIE SALPITRIERE
175	LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
176	LEGER	Pierre Louis	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
177	LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
178	LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Neuro radiologie	PITIE SALPITRIERE
179	LEMOINE	François	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
180	LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
181	LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	TENON
182	LEVERGER	Guy	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
183	LEVY	Richard	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
184	LEVY	Rachel	PU-PH	Biologie reproduction	TENON
185	LORENZO	Alain	PU MG	Médecine générale	CABINET
186	LORROT	Mathie	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
187	LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Cancérologie	TENON
188	LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
189	LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE

190	LUYT	Edouard	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
191	MAINGON	Philippe	PU-PH	Radiothérapie	PITIE SALPITRIERE
192	MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
194	MARTEAU	Philippe	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
195	MAURY	Eric	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
196	MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Médecine interne	SAINT ANTOINE
197	MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
198	MENU	Yves	PU-PH	Radiologie	SAINT ANTOINE
199	MESNARD	Laurent	PU-PH	Néphrologie	TENON
200	MEYOHAS	Marie-Caroline	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
201	MILLET	Bruno	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
202	MOHTY	Mohamad	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
203	MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
204	MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Biophysique	TENON
205	MORAND	Laurence	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
206	MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
207	MOZER	Pierre	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
208	NACCACHE	Lionel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
209	NAVARRO	Vincent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
210	NETCHINE	Irène	PU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
211	NGUYEN	Yann	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
212	NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
214	NIZARD	Jacky	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
215	OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
216	PÂQUES	Michel	PU-PH	Ophtalmologie	15/20
217	PARC	Yann	PU-PH	Chirurgie viscérale et	SAINT ANTOINE

218	PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
219	PATERON	Dominique	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
221	PAYE	François	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles- Siegrid	PU-PH	Psychiatrie d'adultes	SAINT ANTOINE
223	PETIT	Arnaud	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
224	PIALOUX	Gilles	PU-PH	Maladies infectieuses	TENON
225	PIARROUX	Renaud	PU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
226	PLAISIER	Emmanuelle	PU-PH	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	PU-PH	Cyto embryologie	SAINT LOUIS
228	POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
229	POURCHER	Valérie	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
230	PRADAT DIEHL	Pascale	PU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
231	PUYBASSET	Louis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
232	QUESNEL	Christophe	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
232 233		Christophe Vlad	PU-PH PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir. Hépato gastro	TENON PITIE SALPITRIERE
233					
233 234	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépato gastro	PITIE SALPITRIERE
233234235	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
233234235236	RATIU RAUX REDHEUIL	Vlad Mathieu Alban	PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
233234235236237	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA	Vlad Mathieu Alban Raphaële	PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences Médecine Physique et	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
233234235236237	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA RIOU	Vlad Mathieu Alban Raphaële Bruno	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
233 234 235 236 237 238 239	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA RIOU ROBAIN	Vlad Mathieu Alban Raphaële Bruno Gilberte	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences Médecine Physique et Réadaptation	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE ROTHSCHILD
233 234 235 236 237 238 239	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA RIOU ROBAIN ROBERT RODRIGUEZ	Vlad Mathieu Alban Raphaële Bruno Gilberte Jérôme	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences Médecine Physique et Réadaptation Bactériologie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE ROTHSCHILD PITIE SALPITRIERE
233 234 235 236 237 238 239 240 241	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA RIOU ROBAIN ROBERT RODRIGUEZ	Vlad Mathieu Alban Raphaële Bruno Gilberte Jérôme Diana	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences Médecine Physique et Réadaptation Bactériologie Pédiatrie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE ROTHSCHILD PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU
233 234 235 236 237 238 239 240 241 242	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA RIOU ROBAIN ROBERT RODRIGUEZ RONDEAU	Vlad Mathieu Alban Raphaële Bruno Gilberte Jérôme Diana Eric	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences Médecine Physique et Réadaptation Bactériologie Pédiatrie Néphrologie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE ROTHSCHILD PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU TENON
233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243	RATIU RAUX REDHEUIL RENARD PENNA RIOU ROBAIN ROBERT RODRIGUEZ RONDEAU ROSMORDUC	Vlad Mathieu Alban Raphaële Bruno Gilberte Jérôme Diana Eric Olivier	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Hépato gastro Anesthésiologie et réa. Chir. Radiologie Radiologie et imagerie médicale Anesthésiologie/Urgences Médecine Physique et Réadaptation Bactériologie Pédiatrie Néphrologie Hépato-Gastro-Entérologie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE ROTHSCHILD PITIE SALPITRIERE TROUSSEAU TENON PITIE SALPITRIERE

246	SAMSON	Yves	PU-PH	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPITRIERE
247	SANSON	Marc	PU-PH	Histologie/Neurologie	PITIE SALPITRIERE
248	SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
249	SAUTET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	SAINT ANTOINE
250	SCATTON	Olivier	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
251	SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
252	SEKSIK	Philippe	PU-PH	Gastro entérologie	SAINT ANTOINE
253	SELLAM	Jérémie	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
254	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Biostatistiques	TENON
255		Jean-Pierre	PU-PH	Cytologie et histologie	TROUSSEAU
256	SILVAIN	Johanne	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
257	SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
258	SIMON	Tabassome	PU-PH	Pharmacologie biologique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL	Harry	PU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SPANO	J-Philippe	PU-PH	Cancérologie	PITIE SALPITRIERE
261	STANKOFF	Bruno	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
262	STEICHEN	Olivier	PU-PH	Médecine interne	TENON
263	STRAUS	Christian	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
264	SVRECK	Magali	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
265	TALBOT	Jean Noel	PU-PH	Biophysique	TENON
266	TANKERE	Frédéric	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
268	THOMASSIN- NAGGARA	Isabelle	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
269	THOUMIE	Philippe	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	ROTHSCHILD
270	TOUITOU	Valérie	PU-PH	Ophtalmologie	PITIE SALPITRIERE
271	TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU

272	TOURAINE	Philippe	PU-PH	Endoc	rinologie	PITIE SAL	PITRIERE
273	TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Néphro	ologie	PITIE SAL	PITRIERE
274	TRAXER	Olivier	PU-PH	Urolog	ie	TENON	
275	TRESALLET	Christophe	PU-PH	Chirur	gie viscérale et ve	PITIE SAL	PITRIERE
276	TRUGNAN	Germain	PU-PH	Biochii moléci	mie et biologie ulaire	SAINT AN	TOINE
277	TUBACH	Florence	PU-PH	Epidér	miologie	PITIE SAL	PITRIERE
278	ULINSKI	Tim	PU-PH	Pédiat	rie	TROUSSE	AU
279	UZAN	Catherine	PU-PH	Gynéo	cologie obstétrique	PITIE SAL	PITRIERE
280	VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Chirur	gie viscérale et ive	PITIE SAL	PITRIERE
281	VERNY	Marc	PU-PH	Gériat		PITIE SAL	PITRIERE
282	VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Bactér	riologie virologie	SAINT AN	TOINE
283	VIALLE	Raphaël	PU-PH	Chirur	gie pédiatrique	TROUSSE	AU
284	VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Neuro	logie	PITIE SAL	PITRIERE
285	VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Biolog	ie cellulaire	SAINT AN	TOINE
286	WENDUM	Dominique	PU-PH		mie et cytologie ogique	SAINT AN	TOINE
287	ARLET	Guillaume	PU-PH		riologie	émérite	
288	AUTRAN	Brigitte	PU-PH	lmmur	nologie	émérite	
289	BASDEVANT	Arnaud	PU-PH	Nutritio	on	émérite	
290	BERNAUDIN	Jean-François	PU-PH	Histolo	ogie et embryologie	émérite	
291	BRICAIRE	François	PU-P	Н	Maladies infectieuse	s	émérite
292	CAPEAU	Jacqueline	PU-P	Н	Biologie cellulaire		émérite
293	CAPRON	Frédérique	PU-P	Н	Anatomie pathologiq	ue	émérite
294	CHASTRE	Jean	PU-P	Н	Médecine intensive réanimation		émérite
295	CORNET	Philippe	PU M	G	Médecine générale		émérite
296	EYMARD	Bruno	PU-P	Н	Neurologie		émérite
297	FERON	Jean-Marc	PU-P	Н	Chirurgie orthopédiq traum.	ue et	émérite
298	FERRE	Pascal	PU-P	Н	Biochimie		émérite

299	HANNOUN	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
300	JOUVENT	Roland	PU-PH	Psychiatrie adultes	émérite
301	LACAU SAINT GUILY	⁄ Jean	PU-PH	O.R.L.	émérite
302	LE BOUC	Yves	PU-PH	Physiologie	émérite
303	MARIANI	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
304	MASQUELET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
305	MAZIER	Dominique	PU-PH	Parasitologie et mycologie	émérite
306	POYNARD	Thierry	PU-PH	Gastro entérologie	émérite
307	RONCO	Pierre	PU-PH	Néphrologie	émérite
308	ROUBY	Jean-Jacques	PU-PH	Anesthésie réanimation	émérite
309	SEZEUR	Alain	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
310	SOUBRIER	Florent	PU-PH	Génétique	émérite
311	STERKERS	Olivier	PU-PH	O.R.L.	émérite
312	UZAN	Serge	PU-PH	Gynécologie obstétrique	émérite
313	WILLER	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	émérite



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ALLENBACH	Yves	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	PITIE SALPITRIERE
2	ARON WISNIEWSKY	Judith	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
3	ATLAN	Michaël	MCU-PH	Chirurgie plastique	TENON
4	AUBART COHEN	Fleur	MCU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
5	BACHY	Manon	MCU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
6	BARBU	Véronique	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
7	BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
8	BAYEN	Eléonore	MCU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
9	BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
11	BENDIFALLAH	Sofiane	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
11 12	BENDIFALLAH BENOLIEL	Sofiane Jean Jacques	MCU-PH	Gynécologie obstétrique Biochinie	TENON PITIE SALPITRIERE
12	BENOLIEL	Jean Jacques	MCU-PH	Biochinie	PITIE SALPITRIERE
12 13	BENUSIGLIO	Jean Jacques Patrick	MCU-PH	Biochinie Génétique	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
12 13 14	BENOLIEL BENUSIGLIO BIELLE	Jean Jacques Patrick Franck	MCU-PH MCU-PH MCU-PH	Biochinie Génétique Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE
12 13 14 15	BENOLIEL BENUSIGLIO BIELLE BILHOU NABERA	Jean Jacques Patrick Franck Chrystèle	MCU-PH MCU-PH MCU-PH	Biochinie Génétique Anatomie pathologique Génétique	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE
12 13 14 15 16	BENOLIEL BENUSIGLIO BIELLE BILHOU NABERA BLONDIAUX	Jean Jacques Patrick Franck Chrystèle Eléonore	MCU-PH MCU-PH MCU-PH MCU-PH	Biochinie Génétique Anatomie pathologique Génétique Radiologie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE TROUSSEAU
12 13 14 15 16	BENOLIEL BENUSIGLIO BIELLE BILHOU NABERA BLONDIAUX BODINI	Jean Jacques Patrick Franck Chrystèle Eléonore Benedetta	MCU-PH MCU-PH MCU-PH MCU-PH MCU-PH	Biochinie Génétique Anatomie pathologique Génétique Radiologie Neurologie	PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE PITIE SALPITRIERE SAINT ANTOINE TROUSSEAU SAINT ANTOINE

21	BOURRON	Olivier	MCU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISSOT	Eolia	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
25	BUFFET	Camille	MCU-PH	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques	PITIE SALPITRIERE
26	BURREL	Sonia	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
27	CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU MG	Médecine générale	CABINET
28	CAMBON BINDER	Adeline	MCU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique	SAINT ANTOINE
29	CAMUS DUBOC	Marine	MCU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
30	CANLORBE	Geoffroy	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
31	CERVERA	Pascale	MCU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
32	CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
33	CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
34	CHASTANG	Julie	MCU associé	Médecine générale	CABINET
35	CHAVANNES	Barbara	MCU associé	Médecine générale	CABINET
36	COULET	Florence	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
37	COUVERT	Philippe	MCU-PH	Biochinie	PITIE SALPITRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
39	DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
40	DECHARTRES	Agnès	MCU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
41	DECRE	Dominique	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DENIS	Jérôme	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
43	DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
44	DRES	Martin	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	PITIE SALPITRIERE
45	DROUIN	Sarah	MCU-PH	Urologie	TENON
46	DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Biologie de la reproduction	TENON
47	ECKERT	Catherine	MCU-PH	Virologie	SAINT ANTOINE
48	FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Cytologie et histologie	TENON
49	FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE

50	FERRERI	Florian	MCU-PH	Psychiatrie adultes	SAINT ANTOINE
51	FRERE	Corinne	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
52	GALICHON	Pierre	MCU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
53	GANDJBAKHCH	Estelle	MCU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
54	GARDERET	Laurent	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
55	GAURA SCHMIDT	Véronique	MCU-PH	Biophysique	TENON
56	GAY	Frédérick	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
57	GAYMARD	Bertrand	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
58	GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Hématologie	TENON
59	GIRAL	Philippe	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
60	GIURGEA	Irina	MCU-PH	Génétique	TROUSSEAU
61	GOZLAN	Joël	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
62	GUEDJ	Romain	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
63	GUIHOT THEVENIN	Amélie	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
64	GUITARD	Juliette	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
65	HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
66	HAJAGE	Damien David	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
67	HERITIER	Sébastien	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
68	HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
69	HUBERFELD	Gilles	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
70	IBANEZ	Gladys	MCU MG	Médecine générale	CABINET
71	JERU	Isabelle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
72	JOHANET	Catherine	MCU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
73	JOUVION	Grégory	MCU-PH	Histologie	SAINT ANTOINE
74	KIFFEL	Thierry	MCU-PH	Biophysique	SAINT ANTOINE
75	KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
76	LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
77	LAMAZIERE	Antonin	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
78	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE

79	LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
80	LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
81	LASCOLS	Olivier	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
82	LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
83	LAVENEZIANA	Pierantonio	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
84	LE BIHAN	Johanne	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
85	LEBRETON	Guillaume	MCU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
86	LOUAPRE	Céline	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
87	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
88	MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
89	MALARD	Florent	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
90	MANCEAU	Gilles	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
91	MIRAMONT	Vincent	MCU associé	Médecine générale	CABINET
92	MIYARA	Makoto	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
93	MOCHEL	Fanny	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
94	MOHAND SAID	Saddek	MCU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
95	MONSEL	Antoine	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
96	MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
97	PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE
98	PLU	Isabelle	MCU-PH	Médecine légale	PITIE SALPITRIERE
99	QASSEMYAR	Quentin	MCU-PH	Chirurgie plastique	TROUSSEAU
100	RAINTEAU	Dominique	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
101	REDOLFI	Stéfania	MCU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
102	ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
103	ROOS WEIL	Damien	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
105	ROSSO	Charlotte	MCU-PH	Neurologie - urgences cérébrales	PITIE SALPITRIERE
106	ROTGE	Jean-Yves	MCU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
107	ROUSSEAU ROUSVOAL	Géraldine	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE

108	RUPPERT	Anne Marie	MCU-PH	Pneumologie	TENON
109	SALEM	Joe Elie	MCU-PH	Pharmacologie	PITIE SALPITRIERE
110	SCHMIDT	Mathieu	MCU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
111	SCHNURIGER	Aurélie	MCU-PH	Bactériologie virologie	TROUSSEAU
112	SCHOUMAN	Thomas	MCU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
113	SOARES	Michel	MCU associé	Médecine générale	CABINET
114	SORIA	Angèle	MCU-PH	Dermatologie	TENON
115	SOUGAKOFF	Wladimir	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
116	SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Bactériologie virologie	TENON
117	TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
118	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
119	THELLIER	Marc	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
120	VALLET	Hélène	MCU-PH	Gériatrie et biologie du vieillissement	SAINT ANTOINE
121	VARINOT	Justine	MCU-PH	Anatomie pathologique	TENON
122	VATIER	Camille	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	MCU-PH	Biophysique	TROUSSEAU
124	VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	ex Vimont dispo conv perso	TENON
125	VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	TENON
126	WAGNER	Mathilde	MCU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
127	WEISS	Nicolas	MCU-PH	Thérapeutique/réa médicale / neuro	PITIE SALPITRIERE
128	WORBE	Yulia	MCU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
129	YORDANOV	Youri	MCU-PH	Médecine d'urgence	SAINT ANTOINE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiées, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes consœurs et confrères si j'y manque.

I. INTRODUCTION

A. Justification de la question de recherche

1. Contexte

Depuis le début des années 2000 nous assistons à une recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes comme la syphilis et les infections à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, et ce dans la plupart des pays occidentaux (1). Chaque jour plus de 1 million de personnes contractent une IST, soulignant la persistance de comportements sexuels à risque. Chaque année 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : infection à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis ou trichomonase. Plus de 500 millions de personnes vivent avec une infection à *herpes simplex virus* (HSV) et 290 millions avec un *human papilloma virus* (HPV) (2). A la fin de l'année 2018, 37,9 millions de personnes dans le monde vivaient avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), rapporte 32 millions de décès cumulés liés au VIH (3).

Dans la majorité des cas les IST sont peu symptomatiques ou asymptomatiques conduisant à une sous estimation de leur prévalence, à un retard ou l'absence de diagnostic et à un risque accru de transmission. Or les IST ont des répercussions sur la santé globale, la santé sexuelle et reproductive. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont des causes majeures d'inflammation pelvienne entrainant des douleurs chroniques, un risque d'infertilité et des infections génitales hautes. Plusieurs d'entre elles peuvent se transmettre à l'enfant pendant la grossesse et avoir de graves conséquences sur le développement (2). Le papillomavirus est quant à lui responsable de plusieurs cancers, touchant à la fois les femmes et les hommes, comme les cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis et des voies aérodigestives supérieures (4). Certaines d'entre elles augmentent aussi le risque de transmission du VIH. De plus, elles peuvent se compliquer de localisations extra-génitales comme par exemple des atteintes du système nerveux central, des articulations, des yeux ou du foie (5).

La recrudescence des IST pose la question des comportements sexuels à risque, de l'utilisation du préservatif, du recours au dépistage et plus récemment de l'utilisation de la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Les conduites sexuelles sont influencées par des codes sociaux et culturels qui se sont construits au fil du temps et de l'histoire. En fonction de l'époque le rapport à la sexualité diffère beaucoup. Par exemple, dans l'antiquité gréco-romaine la sexualité a une image sociétale positive, dans l'Inde et la Chine anciennes elle est considérée comme un devoir religieux alors qu'à partir du Moyen-âge la religion chrétienne impose une morale sexuelle austère (6).

C'est à partir de la seconde moitié du 20^e siècle qu'ont lieu les premières grandes enquêtes statistiques des comportements sexuels. Elles mettent en évidence une évolution certaine des comportements sexuels et une tolérance croissante à l'égard de la diversité des pratiques sexuelles. La rigueur morale imposée par les institutions religieuses et gouvernementales s'amoindrie avec la dissociation de la sexualité et de la procréation, l'affaiblissement de l'obligation maritale, la légalisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Cela entraine une transformation des aspirations et des expériences en matière de sexualité. L'entrée dans la sexualité n'est plus obligatoirement le début d'une histoire conjugale. Entre 1954 et 2004 nous notons un abaissement de l'âge au 1er rapport sexuel, de 20,6 ans à 17,6 ans pour les femmes et de 18,8 ans à 17,2 ans pour les hommes. Le risque de contracter ou de transmettre une IST augmente avec le nombre de partenaires, surtout avec le nombre de nouveaux partenaires (7). Or nous notons une augmentation du nombre de partenaires au fils des années surtout pour les femmes. En 1970, 68% d'entre elles déclarent n'avoir eu qu'un seul partenaire, alors qu'elles ne sont plus que 34% en 2006 contre 18 et 16% pour les hommes. Le moyen le plus efficace de se protéger de toutes les IST est le préservatif. Compte tenu de leur recrudescence cela pose la question de son utilisation. Il existe les vaccins contre l'hépatite B et le HPV mais dont la couverture doit encore s'améliorer. Malgré son augmentation le niveau de dépistage reste insuffisant pour contrôler les IST (8).

Il existe des inégalités sociales d'accès à la prévention. Une inégalité de classe avec une diminution de la protection chez les personnes disposant de faibles ressources, pouvant traduire une distance sociale vis-à-vis du discours préventif; une inégalité générationnelle, les plus de 45-50 ans utilisant moins le préservatif car les messages préventifs sont perçus comme s'adressant aux plus jeunes ; une inégalité de genre, les femmes étant en situation de plus grande vulnérabilité préventive surtout lorsqu'elles s'écartent d'une sexualité monogame. La prévention des IST passe par des actions d'information, la promotion de comportements sexuels à moindre risque, le dépistage précoce et l'information des partenaires sexuels. Or, 50% des hommes et 44% des femmes déclarent ne pas avoir informé leur partenaire occasionnel(le) en cas de diagnostic d'IST (9).

L'épidémie de VIH dans les années 80 a été un événement sanitaire majeur qu'il est indispensable de prendre en compte pour l'analyse des représentations des IST. L'enquête ANRS-KABP menée de 1992 à 2010, met en évidence une évolution de la perception du risque du VIH, avec une tendance à la banalisation en partie due au succès des antirétroviraux selon les auteurs. Le préservatif est très largement utilisé lors des premiers rapports mais est perçu comme moins efficace et son lien avec les enjeux préventifs est moins net surtout chez les 18-30 ans (10). Depuis la fin des années 1990 nous assistons à une transformation de la représentation sociale de la séropositivité. La perception du risque semble plus floue et les pratiques de prévention se relâchent. Selon l'enquête KABP de 2001 le relâchement des comportements préventifs concerne les personnes les plus exposées au risque : multipartenaires, célibataires, jeunes et HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Dans le même temps l'image du préservatif semble se déprécier (6).

A partir des années 2000 de nouveaux outils de communication sont apparus : internet et téléphones mobiles. Leur utilisation, qui s'est particulièrement accélérée ces dix dernières années, a considérablement transformé les modes de rencontre et « le paysage de la sociabilisation sexuelle » (9).

La diffusion des IST, qu'elles soient virales, bactériennes ou parasitaires, est loin d'être contrôlée. Changer les comportements est un processus long et difficile. Ainsi l'objectif principal de notre travail est d'étudier ce que pensent les patients consultant en médecine générale des IST et comment ils le pensent, afin d'obtenir des pistes pour comprendre les comportements sexuels à risque et d'en améliorer la prévention.

L'objectif secondaire est d'étudier si certaines caractéristiques sociodémographiques modifient les représentations.

2. Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France

Les dernières données épidémiologiques en France en 2018 nous informent sur l'augmentation du nombre de diagnostic des infections à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* ainsi qu'une augmentation de l'activité de dépistage dans le secteur privé et dans les centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Cette augmentation de l'activité de dépistage semble expliquer seulement en partie l'augmentation des incidences de certaines IST. A noter que le niveau de co-infection par le VIH reste très élevé chez les HSH.

Le nombre de syphilis récente (durée d'évolution inférieure à 1 an) est stable depuis 2016 et concerne à 79% les HSH. Cependant nous observons une augmentation du nombre de cas chez les femmes, notamment dans les départements d'outre-mer (DOM). L'âge médian au diagnostic est de 34 ans. De plus 45% sont asymptomatiques au moment du diagnostic.

Le nombre de diagnostic de gonococcies a augmenté de 53% entre 2016 et 2018, à la fois chez les hommes et femmes hétérosexuel(le)s mais surtout chez les HSH (+58%). L'augmentation concerne à la fois les cas symptomatiques et asymptomatiques. Le nombre de dépistage a aussi augmenté dans cette période pouvant expliquer une partie de l'augmentation du nombre de cas mais selon Santé Publique France une augmentation réelle de l'incidence est très probable du fait de l'augmentation du nombre de cas symptomatiques. La médiane d'âge est de 27 ans.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* concerne toujours majoritairement les femmes jeunes, avec un pic d'incidence entre 15 et 24 ans. 77% des dépistages réalisés concernent des femmes et le taux de positivité est plus important chez ces dernières (8,11). Elle est asymptomatique dans 70% des cas chez les femmes et 50% des cas chez les hommes (12).

Nous assistons à une augmentation du nombre de condylomes (HPV) diagnostiqués dans les CeGGID avec une augmentation de 37% entre 2016 et 2018, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

En 2018, 6200 nouveaux cas de VIH ont été déclarés, soit une diminution de 7% par rapport à 2017. Cette baisse concerne principalement les HSH et hétérosexuel(le)s né(e)s en France mais aussi les usagers de drogue intraveineuse. L'activité de dépistage continue d'augmenter et 52% de ces découvertes de VIH concernent des personnes qui n'avaient jamais été testées auparavant. Trois quart des sérologies réalisées le sont en ville. Le nombre de découverte de séropositivité est en hausse chez les HSH nés à l'étranger et stable chez les hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger (13).

3. Représentations sociales

L'objectif de l'étude des représentations sociales est d'étudier ce que pensent les gens, la façon dont ils le pensent et pourquoi ils le pensent, et ainsi, mieux comprendre les individus et les groupes.

Selon Jean-Claude Abric, psychologue social, c'est « un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elles sont déterminées à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son expérience), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretien avec le système social. Elles permettent à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, de comprendre la réalité et de s'y adapter » (14). Il propose en 1976 la « théorie du noyau ». Selon ce modèle, une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. « Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. Il se caractérise par une stabilité qui lui permet de résister aux changements. Ce système central est le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux et structure les pensées. D'autres éléments sont dits « périphériques » parce qu'ils sont plus instables et moins significatifs dans la représentation. Ces éléments s'organisent autour du noyau central. Le système

périphérique a deux rôles : il permet le décryptage de la réalité et est une zone de tampon entre la représentation et la réalité » (14).

Les contenus d'une représentation sociale sont divers. Ils ont deux sources principales : « la cognition sociale » et les différents processus de communication collective tels que les échanges entre individus, le débat public ou la médiatisation. Le cognition sociale regroupe différents processus cognitifs mis en œuvre par les individus pour interpréter et comprendre leur environnement (15).

4. Zone muette des représentations sociales

C'est « un ensemble de cognitions, qui, tout en étant disponibles, ne seraient pas exprimées par les sujets dans des conditions normales de production » (16).

Pour Guimelli et Deschamps, psychologues sociaux, le contexte de production d'un questionnaire influe sur les réponses (17). En effet, lorsque nous demandons aux sujets de répondre en leur nom propre (contexte standard), il peut y avoir une sélection des mots choisis. Les sujets répondent de manière socialement acceptable. Il convient dans ce cas de s'interroger à la fois sur ce que les personnes nous disent mais aussi sur ce qu'elles ne nous disent pas. Nous pouvons demander aux sujets de se prononcer à la place des Français en général (contexte de substitution). Le fait de s'exprimer au nom d'un groupe élargi vise à réduire la pression normative et à « faciliter l'expression de croyances ou de cognitions socialement indésirables. Cela permet de verbaliser des non-dits, pouvant être nuisibles en matière d'image de soi ». L'objectif dans l'étude de la zone muette est de « rendre possible l'expression de ces aspects socialement indésirables qui n'apparaissent pas spontanément dans des conditions dites normales d'enquête » (17). Pérez et Mugny (1993), psychologues sociaux, parlent de « norme de non discrimination ». Elle conduit les individus à autocensurer les discours xénophobes, racistes ou plus généralement, les discours stigmatisant (15).

B. Construction de la question de recherche

1. Comportements sexuels à risque

Les comportements sexuels à risque sont des comportements induisant des risques pour la santé sexuelle individuelle ou publique, ils peuvent être conscients ou inconscients. Ils font majoritairement écho aux rapports sexuels non protégés. Cependant, les risques ne se limitent pas aux infections sexuellement transmissibles. Nous devons prendre en compte de façon globale les risques liés à la sexualité tels que les grossesses non désirées, les violences à la fois physiques, psychologiques et sexuelles ou encore l'utilisation de drogue pendant les rapports sexuels (chemsex). La stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans une démarche globale, elle s'adresse à l'ensemble de la population mais une approche communautaire renforcée est nécessaire pour les personnes les plus à risque. Différents groupes ont été identifiés comme étant à haut risque d'exposition aux IST : les HSH, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF), les transsexuel(le)s, les personnes en situation de prostitution, les personnes incarcérées, les usagers de drogue intraveineuse (UDI), les personnes ayant un nombre important de partenaires sexuels, les immigrés originaires d'Afrique Subsaharienne et les personnes ayant un niveau socio-économique faible (5,18,19). De plus, nous assistons à une évolution des comportements sexuels avec un élargissement des répertoires, notamment une meilleure acceptation des rapports sexuels hors mariage et non inscrits dans un but procréatif, ou comme le sexe oral pouvant être lui aussi à risque de transmission d'IST (9).

2. Hiérarchisation des IST et prégnance du VIH

Malgré une banalisation du VIH observée par les enquêtes ANRS-KABP, le VIH reste l'IST la plus prégnante (10). L'épidémie de VIH/SIDA dans les années 80 a modifié le paysage de la santé et des modes de prévention. Elle n'est initialement pas perceptible pour l'ensemble de la population, le SIDA étant décrit comme ne touchant que certaines catégories de personnes à cette époque, les 4 H : homosexuels, haïtiens, héroïnomanes et hémophiles. La stigmatisation est forte, avec une image de

« dépravation sexuelle » et un fort jugement moral. A partir des années 90, l'utilisation du préservatif, les campagnes de prévention des IST et les antirétroviraux permettent de faire diminuer la progression du VIH et des autres IST. Leurs représentations ont évolué, la crainte de contracter une de ces maladies concerne aujourd'hui une minorité de personnes. Le VIH reste l'IST la plus connue de la population générale, malgré un amalgame persistant entre VIH et SIDA. Aujourd'hui le VIH/SIDA fait moins peur qu'auparavant mais l'image d'une maladie mortelle est persistante. Cette place centrale du VIH a peut être un effet de masque sur les autres IST, qui restent mal connues de la population générale (6,10,18,20). Nous remarquons une augmentation de la proportion d'hommes et de femmes qui discutent d'IST et de VIH avant le 1^{er} rapport sexuel, pourtant sans devenir une généralité. Cela concerne majoritairement les jeunes générations, nées après 1970, et au maximum 47% des femmes et 40% des hommes de 18 à 19 ans. Cela soulève la question d'un tabou persistant. Les femmes abordent cette question du risque d'IST plus que les hommes alors que le risque concerne les deux sexes de manière similaire (9).

3. Utilisation du préservatif

Les premières campagnes de promotion du préservatif datent de 1987. En 2020 l'utilisation du préservatif est banalisée dans la population. Son utilisation a connu un essor important après le début de l'épidémie de VIH qui a instaurée une certaine norme de protection des rapports sexuels. Le taux d'utilisation est maximal au 1^{er} rapport sexuel et concerne près de 90% des personnes. Cependant, il existe des inégalités car chez les personnes non diplômées ce pourcentage passe à 70%. De plus, le taux d'utilisation chute avec le nombre d'expériences sexuelles et seulement 66% des femmes et 77% des hommes ayant utilisé le préservatif au 1^{er} rapport déclarent l'utiliser au début d'une relation avec un ou une nouvel(le) partenaire. Nous notons aussi qu'avoir un antécédent d'IST ne favorise pas le recours au préservatif. Il a été montré que son utilisation est moindre lorsque plusieurs verres d'alcool ou du cannabis ont été consommés. L'image du préservatif reste ambivalente. Il représente un moyen efficace de protection contre toutes les IST mais près de la moitié des utilisateurs jugent qu'il diminue le plaisir sexuel (9,10,21).

II. MATERIEL ET METHODE

A. Choix de la méthode

Notre étude est une cohorte multicentrique analysée de façon qualitative. L'objectif du travail est d'étudier ce que pensent les patients consultant en médecine générale des IST et comment ils le pensent, afin d'obtenir des pistes pour comprendre les comportements sexuels à risque et d'en améliorer la prévention. Pour cela, nous avons couplé deux méthodes d'analyse permettant de comprendre les expériences et le vécu des participant(e)s.

D'abord nous avons réalisé trois entretiens semi dirigés, analysés par phénoménologie interprétative (IPA). Puis nous avons réalisé des associations verbales avec une étude de la zone muette. L'objectif des trois entretiens est de fournir les inducteurs pour les associations verbales.

Les techniques d'entretien présentent plusieurs inconvénients, elles sont complexes à maitriser, lourdes à gérer sur le plan logistique et peuvent être difficiles à exploiter (15). Voila pourquoi nous avons choisi comme alternative les associations verbales dont la mise en œuvre est plus aisée. Le principe est simple, nous demandons aux participant(e)s d'associer trois mots à un inducteur (par exemple infection sexuellement transmissible). C'est une méthode ayant une bonne acceptation de la part des répondeur(se)s, elle peut être écrite ou orale et permet d'interroger des populations très variées socio-démographiquement. Elle permet d'accéder à un corpus de croyances et d'opinions très riches, en peu de temps. Cela permet aussi d'élargir la population en augmentant le nombre de participant(e)s.

Avant la réalisation des entretiens et des associations verbales, un travail de déconstruction des a priori a été entrepris dans le but de prendre conscience de nos propres représentations et de les individualiser de celles des participant(e)s. Ce travail a été noté dans le journal de bord, tenu tout au long du travail de thèse.

B. Entretiens individuels semi-dirigés

La première partie de la recherche a porté sur la réalisation de trois entretiens individuels semi-dirigés réalisés à partir d'un guide d'entretien (annexe 1).

Pour ne pas orienter et biaiser les réponses lors des entretiens, le sujet exact de l'étude n'est pas énoncé au préalable. Il est indiqué aux participants que le thème porte sur la sexualité en évitant de mentionner le terme IST.

Tous les entretiens ont été enregistrés sous format audio après la signature du (de la) participant(e) d'un formulaire de consentement.

1. Choix de l'échantillonnage

L'échantillon a été choisi intentionnellement. Le but de la recherche qualitative n'est pas la « représentativité mais l'exemplarité » au sein de la population étudiée. Elle résulte d'un « compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations en obtenant des unités d'analyse suffisantes pour être significatives ». (22,23)

Le nombre d'entretien a été défini à l'avance et des catégories ont été fixées au préalable :

- une femme de moins de 24 ans, correspondant à la population dans laquelle l'infection à *Chlamydia trachomatis* est importante
- un HSH de 30-45 ans, représentant la population dans laquelle la syphilis et le gonocoque sont importants
- un homme ou une femme de plus de 60 ans car il s'agit d'une catégorie sociale peu étudiée en terme d'IST et victime de nombreux a priori.

Le recrutement a été réalisé de deux manières. Les entretiens 1 et 2 ont été menés dans au centre de santé Richerand dans le 11^e arrondissement de Paris. Les participant(e)s ont été recruté(e)s lors d'une consultation avec leur médecin généraliste. Les entretiens se sont déroulés à la suite de cette consultation, dans un bureau dédié. Pour l'entretien 3, le recrutement a été fait par le bouche à oreille. L'entretien s'est déroulé au domicile de l'investigatrice principale.

2. Analyse par phénoménologie interprétative

Elle permet l'étude des phénomènes sur une population donnée. Un phénomène est « le témoignage d'une expérience vécue, il n'existe que parce que quelqu'un a décrit son expérience ». Elle explore comment les personnes donnent un sens à leurs expériences de vie. A partir d'un cas particulier, nous explorons les similarités et les différences entre chaque cas. C'est un travail interprétatif de la part du chercheur. Elle ne fixe pas de catégorie d'expérience a priori.

L'analyse est ouverte et s'est déroulée en 4 étapes :

- analyse thématique : elle a consisté à apposer des étiquettes thématiques, ligne par ligne, à la retranscription des entretiens, en restant générales et descriptives.
- analyse expérientielle : elle a consisté à apposer des étiquettes expérientielles, c'est-à-dire d'explorer l'expérience, l'émotion, le ressenti du (de la) participant(e), d'interpréter ce qu'il (elle) dit de lui (elle), son vécu.
- extraction des propriétés : elle permet l'accès aux phénomènes sous jacents.
- regroupement des propriétés en catégories, aux nombres de 2 ou 3 par entretien.

L'objectif de ces entretiens et de leur analyse est de fournir cinq inducteurs pour la deuxième partie de l'étude par méthode d'associations verbales. Ce nombre a été fixé a priori.

3. Guide d'entretien

Les entretiens sont semi-dirigés, c'est-à-dire qu'un cadre a été construit en amont mais que le (la) participant(e) garde une importante liberté de parole. Le guide d'entretien (annexe 1) est constitué de questions regroupées en trois grandes thématiques. La première, permet d'ouvrir la discussion sur la sexualité en général, la place que cela peut prendre dans la vie des participant(e)s. La deuxième s'intéresse davantage aux comportements sexuels à risque et à la protection. La troisième porte plus spécifiquement sur les IST et le dépistage. Ce guide est souple et a été adapté au contexte de tous les entretiens. Les questions sont les plus

ouvertes possibles, en essayant d'inciter les participant(e)s à relater leurs expériences de vie.

C. Associations verbales

1. L'association verbale pour l'étude des représentations

L'association verbale est l'une des plus anciennes techniques d'investigation psychologique. « Saisir une représentation sociale suppose d'identifier des idées, opinions ou croyances que les individus et les groupes échangent à propos d'un objet donné ». Elles permettent la découverte du champ sémantique où se place l'objet. « Les liens entre les associations verbales et les réseaux sémantiques sont d'assez bons prédicteurs de la manière dont les individus mémorisent et restituent les informations ».

Elles permettent d'accéder rapidement et directement au contenu d'une représentation. Elles dévoilent de riches corpus croyances ou d'opinions, offrant la possibilité de couvrir une très grande partie du champ représentationnel (15).

2. Technique d'association verbale

Le principe de base est d'amener les participant(e)s à établir un lien entre un inducteur et un induit, constituant ainsi la réponse associative. Un guide d'entretien a été constitué pour les associations verbales (annexe 2). Nous présentons au participant(e) un inducteur (mot ou expression) qui doit produire un certain nombre de réponses (induits). Dans notre étude nous avons fixé le nombre d'induit à trois. Il est possible d'ajouter une contrainte à cette réponse associative. Les contraintes peuvent être de type grammatical (répondre par des adjectifs, des noms, etc), de type sémantique (répondre par un terme désignant une émotion) ou de substitution (répondre comme le ferait une autre catégorie de personnes). L'association libre correspond à la production d'induits sans contrainte. Nous demandons à la personne de répondre ce qui lui vient spontanément à l'esprit sans orienter sa production sur un type d'induit. Il est possible de restreindre cette production d'induit en ajoutant une

des contraintes sus-citées à la consigne. Nous parlons alors d'association restreinte. Qu'elle soit libre ou restreinte, les participant(e)s ont une totale liberté d'association, sans contrôle du corpus de réponse.

Dans notre étude nous avons choisi d'utiliser cinq inducteurs, issus de l'analyse en IPA des entretiens semi dirigés.

La première étape est celle de l'association libre. Nous avons demandé aux participant(e)s de produire trois induits pour chaque inducteur, soit un total de 15 induits. Dans cette première partie les participant(e)s s'expriment donc en leur nom propre. Nous parlons ici de « contexte standard ».

Lors de la deuxième étape nous avons ajouté une contrainte de substitution. Nous avons demandé aux participant(e)s de se prononcer à la place « des Français en général » et non plus en leur nom propre. Nous parlons ici de « contexte de substitution ». Dans cette deuxième partie d'associations restreintes, les inducteurs restent les mêmes. Nous demandons aux participant(e)s de produire trois nouveaux induits par inducteurs, soit 15 induits supplémentaires. Cette deuxième étape vise à étudier la zone muette. L'objectif est de faciliter l'expression de croyances ou de cognitions socialement indésirables par la réduction de la pression normative qu'implique de parler en son nom propre (15).

Nous nous sommes placés en contexte public pour réaliser ces associations verbales. Cela signifie que les induits sont donnés par les participant(e)s à haute voix à l'expérimentatrice qui en fait la retranscription écrite.

3. Méthode d'analyse des associations verbales

Une partie importante du travail a été de préparer et d'organiser les données. Elles ont toutes été regroupées dans un tableau de recueil Excel®. Chaque participant(e) s'est vu(e) attribuer un code et le rang de réponse de chaque induit a été noté. Ont été ajoutés dans le tableau de recueil les critères socio-démographiques des participant(e)s.

Les induits ayant une très grande diversité, un travail de simplification puis de catégorisation sémantique a été entrepris, permettant d'identifier des régularités parmi les induits. Le travail de simplification permet de regrouper les expressions en mots, de supprimer les négations, en évitant d'altérer le sens des mots. La catégorisation sémantique regroupe les mots en catégories. Le choix a été de regrouper en catégories les mots synonymes grâce au site https://www.larousse.fr/, l'objectif étant d'éviter l'interaction de nos propres représentations avec celles de l'échantillon.

L'analyse des associations verbales a deux objectifs : analyser la distribution des réponses associatives (via des indicateurs lexicographiques) et rendre compte d'une organisation particulière des données (théorie du noyau).

Les indicateurs lexicographiques permettent l'étude des propriétés du corpus de réponse. Il est important de distinguer leur diversité, leur rareté et leur entropie.

Pour examiner la diversité des réponses nous utilisons le rapport T/N. N correspond au nombre total de réponse du corpus et T correspond au nombre de réponses différentes au sein de ce corpus (nous parlons de type). T est toujours inférieur à N et ce rapport est compris entre 0 et 1. Lorsque le chiffre est égal à 1 cela signifie que tout(e)s les participant(e)s ont répondu de manière différente et donc que les déterminations individuelles l'emportent sur les déterminations collectives, et selon la théorie du noyau qu'il n'y a pas de représentation structurée. A l'inverse, lorsque le rapport tend vers 0, cela signifie que les participant(e)s ont donné des réponses similaires. Dans ce cas, les déterminations collectives l'emportent et la représentation est fortement structurée.

Pour examiner l'indice de rareté des réponses nous utilisons le nombre d'hapax. Un hapax est une réponse produite par un seul individu. Ce nombre d'hapax est un indicateur de l'état de structuration de la représentation sociale et nous renseigne sur la stabilité de l'organisation cognitive d'une représentation. Les rapports hapax/T et hapax/N permettent d'apprécier le nombre d'hapax (donc de réponse unique) parmi les types (T) et parmi le nombre de réponses totales (N).

Pour examiner l'entropie nous classons les types en fonction de leur fréquence d'apparition. L'entropie correspond au degré de désorganisation et elle permet d'évaluer le degré de structuration du corpus de réponses. Lorsque tous les types ont

la même fréquence l'entropie est forte, ce qui indique un corpus désorganisé. Au contraire lorsqu'il existe un déséquilibre conséquent des fréquences entre le premier type et les autres l'entropie est faible ce qui indique un corpus probablement structuré.

L'étude de l'organisation des données selon la théorie du noyau (Abric 2003) se fait grâce à différents indicateurs :

- La fréquence d'apparition est un critère quantitatif qui renvoie à un phénomène collectif de consensus.
- Le rang moyen d'apparition est un critère qualitatif et renvoie à un phénomène individuel d'accessibilité cognitive.

On peut ainsi organiser la représentation en 4 zones (cf. tableau 1) :

- La zone centrale correspond aux éléments dont la fréquence est élevée et le rang moyen faible. Ce sont les éléments les plus partagés et les plus accessibles pour les participant(e)s.
- La première périphérie correspond aux éléments dont la fréquence et le rang moyen sont élevés. Ces éléments sans être centraux font tout de même consensus dans la population interrogée.
- La zone des éléments contrastés correspond aux éléments dont la fréquence et le rang moyen sont faibles. Cela peut éventuellement traduire la présence d'un sous-groupe minoritaire porteur d'une représentation différente de la représentation majoritaire.
- La seconde périphérie correspond aux éléments dont la fréquence est faible et le rang moyen élevé.

		Rang moyen	
		Faible (< 2)	Elevé (> 2)
Fréquence	Elevée (> 5 %)	Zone de centralité	Première périphérie
	Faible (< 5 %)	Zone des éléments contrastés	Seconde périphérie

Tableau 1 : croisement entre la fréquence d'apparition d'un induit et son rang moyen

Le calcul de la fréquence se rapporte au nombre d'occurrence d'un terme.

Pour le rang d'apparition il est nécessaire de calculer sa moyenne.

En utilisant le tableau ci-dessus il est alors possible d'interpréter les induits quant à leur statut structural au sein de la représentation sociale. Cette analyse s'appelle une analyse prototypique (15). Elle permet uniquement de faire des hypothèses de centralité d'une représentation sociale. Pour révéler le noyau central il est nécessaire d'utiliser d'autres techniques (24).

L'hypothèse de centralité est encadrée par des seuils. Si plus de 5% de la population interrogée associe l'induit à l'inducteur alors il présente une centralité quantitative. Cependant un élément central est défini à la fois par une centralité quantitative et qualitative. Pour le critère de centralité qualitative nous avons utilisé le rang moyen d'apparition (méthode d'évocation libre). Si un induit présente un rang moyen d'apparition inférieur au rang moyen théorique (ici 2 car 3 induits par inducteur) alors l'induit est facilement accessible. Ces valeurs seuils ont un caractère arbitraire, ils varient dans différents articles de psychologie sociale (25–28).

Une des questions que nous nous sommes posées est de savoir si certains critères sociodémographiques impactent la représentation des IST. Pour cela nous avons utilisé le test de Wilcoxon. Une comparaison du nombre d'occurrence des induits a été effectuée entre différents groupes de patients, selon : le sexe, un antécédent d'IST, le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois (≤ 1 ou > 1), la visualisation de pornographie, l'âge (≤ à l'âge médian de la cohorte ou > à l'âge médian de la cohorte), le fait d'avoir ou non réalisé des études supérieures et le fait d'être né ou non à l'étranger. Le nombre d'occurrence des induits apparaissant à la fois dans les deux groupes de patients stratifiés selon les paramètres précédemment cités a été comparé. Les mots n'apparaissant que dans l'un ou l'autre des groupes ont été exclus de l'analyse pour s'affranchir d'un biais lié à de nombreux mots à faible nombre d'occurrence.

Le traitement des associations verbales a été réalisé avec l'aide des logiciels R version 3.6.2 (The R Project For Statistical Computing, Vienna, Austria; http://www.R-project.org) et Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

III. RESULTATS

A. Entretiens semi-dirigés

1. Caractéristiques des participants

Au total trois entretiens ont été réalisés avec une durée moyenne de 35 minutes (entre 25 et 40 minutes). Les caractéristiques des participant(e)s sont résumées dans le tableau 2.

	E 1	E2	E3
Sexe	Homme	Femme	Femme
Age (années)	30	74	27
Pays de naissance	France	France	France
Niveau d'éducation	Université	Université	Université
Couverture sociale	Sécurité sociale Mutuelle	Sécurité sociale Mutuelle	Sécurité sociale Mutuelle
Rapports sexuels	Oui	Oui	Oui
Orientation sexuelle	HSH	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois	150	0	1
Rapport sexuel non protégé dans les 12 derniers mois	Oui	Non	Oui
Antécédent de dépistage IST	Oui	Oui	Oui
Antécédent d'IST	Oui	Non	Non
Laquelle ?	Chlamydia Gonocoque	X	X

Tableau 2 : caractéristiques des participant(e)s aux entretiens

La population s'est composée d'un homme de 30 ans se décrivant comme HSH et de deux femmes de 74 et 27 ans se caractérisant comme hétérosexuelles. Tous ont déjà eu des rapports sexuels dans leur vie, par contre le nombre de partenaires diffère beaucoup. Tous les 3 ont déjà réalisé au moins un test de dépistage IST

dans leur vie et seul E1 a rapporté des antécédents d'IST, à savoir des infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

2. Analyse des entretiens

L'analyse des trois entretiens a mis en évidence 8 thèmes et 23 sous-thèmes présentés dans le tableau 3.

Hiérarchie des IST	Place centrale du VIH Traumatisme du SIDA Autres IST au second plan	
Place des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes	Communauté marquée par le SIDA Stigmatisation	
La notion de risque	Quels risques ? Le rapport au préservatif La PrEP Fatalité du risque	
Education pour la santé	Dépistage des IST Education sexuelle	
Religion	Aliénation par les principes religieux Vertu	
Tabou de la sexualité ?	En parler Sentiment de honte, peur du jugement et déni	
Rôle social sexué	Inégalités hommes femmes Obligations sociales Emancipation	
Numérique et réseaux sociaux	Modification des rencontres et des échanges Dangers Pornographie	

Tableau 3 : Résumé des thèmes et des sous-thèmes des entretiens

a) Hiérarchisation des infections sexuellement transmissibles

> Place centrale du VIH

Dans chacun des 3 entretiens, lorsque nous arrivons au sujet des IST, le VIH est toujours la première à être citée. Les participant(e)s établissent une réelle hiérarchie parmi les IST qu'ils connaissent, et placent toujours le VIH en première position.

- « Je pense qu'il y a une véritable hiérarchie ». (E1)
- « Il y a une hiérarchie entre attraper ça et le SIDA ». (E2)

> Traumatisme du SIDA

Il dénote à l'analyse des entretiens un traumatisme du SIDA, avec cette image de maladie mortelle, qui pour les participant(e)s justifie cette place centrale réservée au VIH.

- « Bah oui la maladie mortelle c'est le SIDA ». (E2)
- « On va parler de SIDA parce que c'est mortel ». (E3)

Il y a aussi une place importante accordée au traitement, le fait qu'il s'agisse d'une maladie chronique incurable et dont le traitement est à vie.

« Le VIH effectivement il y a cette question du SIDA, d'avoir grandi dans la peur et que c'est un traitement à vie. Là on est sur quelque chose qui est incurable ». (E1)

> Les autres IST au second plan

Les autres IST sont au second plan, à la fois parce que les participant(e)s pensent qu'elles sont curables et non mortelles mais aussi par méconnaissance pour E2 et E3.

- « On est sur un traitement qui fait mal mais on peut se soigner [syphilis, gonocoque], et là c'est les antibiotiques pendant une semaine donc ça va on va s'en remettre [chlamydia] ». (E1)
- « On m'a parlé de gonocoque, je ne sais pas, je ne suis pas très au courant ». (E2)

« On ne les connait pas, on appelle ça maladies mais on n'a pas vraiment de nom ». (E3)

b) Place des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Dans les 3 entretiens, l'évocation des HSH est spontanée.

> Communauté marquée par le SIDA

E1, en tant qu'HSH, rapporte qu'il a grandi dans la peur du SIDA. Dans sa jeunesse, avoir le SIDA a quasiment quelque chose d'inéluctable en tant qu'homosexuel et que cela l'a beaucoup marqué.

« On a grandi en tant qu'homosexuel dans la peur du SIDA. J'ai quand même grandi où t'es homosexuel t'auras le SIDA. Enfin c'est quelque chose qui reste quand même imprimé dans les têtes ». (E1)

E2 et E3 reconnaissent que l'histoire du VIH dans les années 1980 et l'importance avec laquelle cela a frappé la communauté homosexuelle sont des éléments qui malgré le temps restent très présents dans leurs esprits.

« Au début moi j'ai eu dans mon entourage des gens qui étaient homosexuels et qui ont perdu leur compagnon ça a été le drame ». (E2)

« Ça montre toute la lutte qui s'est passée dans les années 80 autour de ce sujet là qui était complètement tabou et que des activistes ont tout fait pour parler du sujet ». (E3)

> Stigmatisation

Il existe pour les participant(e)s une stigmatisation des HSH face au VIH et au SIDA.

« T'es homosexuel t'auras le SIDA ». (E1)

« C'est un cliché un peu connoté homosexualité surtout masculine d'ailleurs ». (E3)

Il existe aussi pour E2 une stigmatisation des HSH dans leurs pratiques sexuelles qu'elle qualifie d'extrêmes et qui l'horrifie, avec notamment des pratiques sadomasochistes.

« J'ai hébergé un moment donné un garçon homosexuel. En fin de journée il s'habillait en cuir, short en cuir, bretelles et tout. C'était des rapports sado-maso ». (E2)

« J'ai beaucoup d'amis homosexuels donc je vois et j'entends parler de pratiques moi qui aujourd'hui m'horrifient. J'en ai eu un qui me disait qu'ils en étaient à se faire des piqûres dans la verge pour tenir le coup ». (E2)

c) La notion de risque

➤ Quels risques ?

La notion de risque est différente selon les participant(e)s. Pour E1 le principal risque est celui du VIH et ce risque augmente avec le nombre de partenaires. E2 parle des enlèvements et violences sur mineurs, de la prostitution mais aussi du SIDA.

« Ah bah, les prostituées, les enfants qui se font enlever et qui malheureusement en meurent, qui passent des années dans je ne sais quelles conditions ». (E2)

Pour E3, les risques sont les maladies transmissibles au sens plus large, les risques mentaux, les grossesses non désirées et les violences.

« Déjà physiquement ça peut comporter des risques avec tout ce qui est maladie transmissible, ça peut comporter des risques même mentaux, de violences qu'on peut subir et des risques de grossesses non désirées ». (E3)

> Le rapport au préservatif

Tou(te)s les participant(e)s s'accordent à dire que le préservatif est quelque chose qu'ils n'apprécient pas, avec un côté bout de plastique.

- « J'aime pas spécialement en porter ». (E1)
- « Ça casse un peu le mouvement spontané ». (E3)

« Pour casser un peu ce côté bout de plastique ». (E3)

Pour E1 c'est quelque chose dont il faut se débarrasser. Pour lui le préservatif peut être une source de frustration qui altère le désir et le plaisir.

« Pour pouvoir se débarrasser du préservatif. Ça peut être une source de frustration, quelque chose qui altère un peu le désir mais aussi le plaisir ». (E1)

E2 a utilisé une fois un préservatif mais dit qu'elle ne fait pas partie d'une génération préservatif car à son époque la contraception reposait sur la femme. Par contre, comme E3, elles pensent qu'aujourd'hui le préservatif est une nécessité face au SIDA.

« Je ne suis pas d'une génération préservatif. Pour les hommes à l'époque la contraception c'était la femme. Aujourd'hui le préservatif c'est quasiment une nécessité, avec les histoires de SIDA ». (E2)

E3 rapporte plusieurs freins à l'utilisation du préservatif comme le latex, le manque de spontanéité même si des efforts sont faits en terme de marketing. L'image du préservatif est donc à la fois celle de la sécurité et celle de la contrainte.

« Une offre en pharmacie ou en supermarché de différents modèles, gamme, plus ou moins ludique, avec des parfums ». (E3)

« C'est l'image de la sécurité mais c'est aussi l'image de la contrainte ». (E3)

➤ La PrEP

La PrEP a une place particulière dans l'entretien de E1, alors que ni E2 ni E3 ne la mentionne. Il se défini comme pro-PrEP et a un suivi IST particulier dans le cadre de son traitement. La PrEP est un outil qui lui permet de combattre sa peur du VIH.

« On va stresser parce qu'on peut avoir la gonorrhée ou la syphilis, on ne va plus être stressé parce qu'on a peut être choppé le VIH. C'est différent ». (E1) « Les rapports à risque sans risque, enfin, sans risque d'attraper le VIH ». (E1)

La PrEP lui permet d'être moins intransigeant sur l'utilisation du préservatif et lui permet de se sentir plus libre.

« Passer sous PrEP ça leur à permis de l'abandonner [le préservatif] et je pense que c'était aussi une libération psychologique ».

> La fatalité du risque

Il existe à la fois une ambivalence et une fatalité du risque pour E1 et E3. Malgré l'impression de connaitre les risques, d'y avoir été sensibilisés, ils en prennent. Même pour E2 qui dit qu'avec l'augmentation des relations de passage on ne peut avoir totalement confiance en son partenaire. E1 va même plus loin en disant que la sexualité est pour lui indissociable des IST.

« Malheureusement il n'y a pas de sexualité sans IST. C'est indissociable parce qu'il y a toujours le risque de choper quelque chose ». (E1)

d) Education pour la santé

Le dépistage des IST

Les 3 participant(e)s parlent spontanément des dépistages et y ont eu recours au moins une fois dans leur vie. Le rapport et le vécu n'est néanmoins pas le même. Pour E1 c'est un moment de stress extrême, c'est aussi quelque chose d'indispensable.

« C'était toujours un moment de stress extrême ces dépistages. En fait même si on avait l'impression d'avoir rien fait de risqué ». (E1) « Moi je suis toujours très choqué si j'entends quelqu'un qui ne s'est pas fait dépister depuis plus de 6 mois ». (E1)

E3 en a le souvenir d'un mauvais moment, du fait de discours moralisateurs et de manque d'écoute. Elle s'est même sentie agressée.

« Je les trouve très moralisateurs, on n'avait pas forcément un bon accueil et on ne se sent pas forcément à l'aise, ils ne sont pas forcément à l'écoute, on se sent un peu agressé ». (E3)

➤ L'éducation sexuelle

Pour E1 et E3 qui sont plus jeunes, ils associent l'éducation sexuelle entre autre avec l'école et se rendent compte qu'il peut y avoir une inégalité en termes d'éducation sexuelle en fonction du milieu social.

« J'ai aussi grandi dans le dépistage entre guillemet, c'est quelque chose qu'on nous apprenait au collège, au lycée, je ne sais pas si tout le monde à eu cette chance ». (E1)

E2 n'a eu aucune éducation sexuelle, c'était succinct et réservé aux hommes.

- « Non, on n'a jamais eu d'éducation ». (E2)
- « Mon père avait été informé à l'armée, lui nous a dit autre chose pour la sexualité mais c'était surtout à mon frère que ça s'adressait ». (E2)

E3 fait le choix de s'informer par elle même sur les réseaux sociaux parce qu'elle trouve ne pas être assez sensibilisée. L'éducation sexuelle peut être améliorée en favorisant le dialogue et elle différencie la quantité d'information avec sa qualité.

- « Peut être employer des discours un peu plus doux, un peu plus humain et dans le dialogue ». (E3)
- « On est informé si on se donne les moyens de s'informer ». (E3)

e) Religion

L'aliénation par les principes religieux

Pour E3 la culture religieuse est la source du tabou de la sexualité. La religion a donné une image négative à la sexualité, une image impure et sale qui persiste.

« Je pense que la religion voit le sexe comme quelque chose de mal. Je pense que ça a contribué au fait qu'aujourd'hui on en a une vision assez impure et assez sale ». (E3)

> La vertu

Le sens du devoir et le respect des mœurs sont importants dans l'entretien de E2, cela fait surtout partie de l'éducation qu'elle a reçue. Il y a une importance particulière au fait de devoir se marier vierge et dans l'interdiction des relations extra-conjugales.

« A l'époque on se mariait le plus souvent vierge si on était quelqu'un de bien. C'étaient des conditions particulières parce qu'après la fille était considérée comme une salope, voilà on employait ce mot là carrément ». (E2)

Dans le devoir de se marier vierge il y a aussi la notion de se préserver pour s'offrir à son mari, et si ce n'est pas le cas être considérée comme une moins que rien.

« Parce que si jamais tu fais ça avant, le garçon doit te prendre pour une moins que rien et tu te marieras pas et tu vas rester et t'auras rien à offrir à ton mari ». (E2)

f) Tabou de la sexualité?

> En parler

E1 et E3 parlent assez librement de sexualité car c'est un sujet de discussion important pour eux. Cependant ils n'en parlent pas avec tout le monde. L'entourage amoureux et l'entourage amical sont les interlocuteurs privilégiés. Avec eux, le sujet est évoqué de manière libre et ouverte. Au contraire, le sujet n'est peu ou pas abordé avec la sphère familiale.

« J'en parle très largement avec des amis. Avec ma famille pas autant. C'est un aspect central de nos vies, c'est vrai qu'on en parle beaucoup ». (E1)

« J'en parle assez librement avec mes amis, mon copain. C'est un sujet où je suis plutôt ouverte ». (E3)

Pour E2 il existe un vrai tabou de la sexualité, avec une absence totale de communication sur le sujet aussi bien avec sa famille qu'avec ses partenaires.

« Avec mon père, y avait une pudeur extrême, y avait pas de discussion du tout de cet ordre là ». (E2)

« J'étais très timide et je ne communiquais pas donc j'en n'ai pas parlé ». (E2)

➤ Le sentiment de honte, la peur du jugement et le déni

Pour E2, une partie du tabou réside dans l'image d'une sexualité sale et mauvaise. Ainsi, penser à la sexualité peut entrainer un sentiment de honte.

« Si moi je parlais de rencontrer des garçons elle [sa mère] me disait bon déjà la sexualité c'était sale et non c'était pas bien ». (E2)

Les IST aussi sont sujets à la honte et à la peur du jugement pour E3.

« C'est un peu la honte de l'attraper et d'en parler autour de soi, j'aurai trop peur qu'ils me jugent ». (E3)

L'entretien du tabou peut s'expliquer par une forme de déni, selon E3, qui considère que les gens ne se sentent pas concernés, qu'ils se mettent des œillères.

« Je pense que l'humain à cette faculté là, à rejeter le problème et à se mettre des œillères ». (E3)

g) Rôle social sexué

▶ Les inégalités hommes femmes

Les inégalités entre les hommes et les femmes sur le sujet de la sexualité sont dues à la fois de préjugés et d'attentes sociales différentes. Nous attendons d'une femme qu'elle soit sérieuse et vertueuse alors qu'un homme peut et même doit avoir une expérience sexuelle avant le mariage au risque d'être infidèle.

« Le sérieux de la fille était important, alors que le garçon on disait toujours, un garçon il faut qu'il fasse sa vie avant le mariage parce qu'il faut qu'il ait une certaine expérience et puis s'il ne le fait pas avant il va le faire pendant le mariage et ça va poser problème ». (E2)

Pour E3, la religion a un rôle dans ces inégalités en concentrant le plaisir sur les hommes et en faisant des femmes des reproductrices.

« Le plaisir est concentré au niveau masculin, la femme plutôt comme acte de reproduction ». (E3)

De plus il y a une inégalité de genre dans l'éducation de E2 puisque l'éducation sexuelle était réservée aux garçons.

« Pour les infections on prévenait les garçons parce que les filles étaient sensées de toute façon ne rien faire. Donc c'était pas la peine d'informer les filles. Il n'y avait pas d'éducation sexuelle pour les filles ». (E2)

> Les obligations sociales

En tant que femme E2 rapporte que la société attend d'elle qu'elle remplisse le rôle qu'on attendait des femmes mariées à son époque, c'est à dire obéir à son mari et arrêter de travailler pour élever les enfants.

« Il m'a demandée de m'arrêter de travailler pour avoir des enfants ». (E2)

> L'émancipation

E2 et E3, en tant que femmes souhaitent être indépendantes et ne sont pas en accord avec ce rôle social sexué.

« Donc on a divorcé parce qu'un moment donné il a voulu que j'arrête de travailler et qu'on fasse des enfants dans ces conditions là, moi j'aimais mon métier et puis relativement indépendante aussi dans la tête ». (E2)

h) Numérique et réseaux sociaux

Modification des rencontres et des échanges

E1 et E3 font parties de la génération qui utilise internet et les réseaux sociaux. Ils en ont une vision différente de E2 qui n'a pas internet. E1 dit utiliser une application de rencontre : grinder (application de drague pour HSH). Pour E3 les réseaux sociaux ont complètement changé la rencontre, permettant une désinhibition avec une facilité de communication accrue, l'envoi de photo de nudité.

« Ça a complètement changé la rencontre, être derrière un écran permet de parler de manière beaucoup plus libre ». (E3)

L'image digitale imaginée n'est pas forcément adaptée à la réalité. Pour E3 ce n'est pas quelque chose de mal ou de bien mais juste une évolution.

> Les dangers

Les 3 participant(e)s s'accordent à dire qu'il faut être prudent avec internet et les réseaux sociaux et que leur utilisation peut comporter des dangers.

El par exemple parle de chemsex (chemical sex), de personnes qui utilisent les réseaux sociaux pour se procurer de la drogue ou avoir des relations sexuelles sous drogue.

« Sur les applications de drague, sur grinder tout ça, c'est des choses que je vois beaucoup, des profils qui cherchent de la drogue, qui cherchent à baiser sous drogue ». (E1)

L'inquiétude de E2 et E3 quant à internet se centralise sur le risque d'abus de jeunes adultes et d'enfants, ainsi que du harcèlement.

« On me raconte des histoires absolument épouvantables de jeunes qui se font piéger par des réponses sur internet ». (E2)

> La pornographie

Pour E3, la pornographie donne une image non représentative de ce qu'est la sexualité dans l'intimité et participe de fait au tabou de la sexualité. Elle

représente un danger avec le risque de développer une dépendance et de troubler les relations amoureuses.

« La pornographie n'a pas aidé dans le sens où on voit des vidéos, des images qui ne représentent absolument pas ce que peut être la sexualité dans l'intimité ». (E3)

« Il est troublé dans ses relations intimes parce qu'il a développé une dépendance de la pornographie qui fait qu'aujourd'hui il est incapable d'avoir du plaisir avec une femme réelle ». (E3)

E3 pense que la pornographie tient une place importe dans la société, surtout chez les jeunes, notamment du fait de la facilité d'accès sur internet et de l'agressivité de certaines vidéos.

« Le fait que sur internet on puisse en quelques clics accéder à des sites où on voit des vidéos plus ou moins trash ». (E3)

3. Choix des inducteurs

Le choix des inducteurs s'est basé sur l'analyse des entretiens semi dirigés. Certains thèmes sont récurrents dans les trois entretiens.

Tout d'abord la notion de risque dans les rapports sexuels n'est pas la même pour tous les participant(e)s. Elle ouvre le thème des IST sans s'y limiter. C'est la raison pour laquelle « rapport sexuel à risque » est le premier inducteur.

Ensuite, le VIH est toujours la première IST citée, le plaçant au centre des considérations. Le SIDA est vu comme une maladie mortelle qui fait peur et les autres IST sont peu ou pas connues et au second plan car curables. Nous avons choisi comme deuxième et troisième inducteur : « infection sexuellement transmissible » et « SIDA » afin de savoir si ces résultats sont transposables à un groupe plus large d'individus.

Les thèmes de la protection et du préservatif sont récurrents dans les trois entretiens et s'inscrivent dans notre thématique de l'étude des représentations des IST. C'est la raison pour laquelle « préservatif » est le quatrième inducteur.

Enfin, le sujet de l'homosexualité est avancé dans tous les entretiens et les participant(e)s font le lien entre HSH et SIDA. Nous avons choisi « homosexuel(le) » comme cinquième inducteur pour en explorer les

représentations lorsque les participant(e)s sont placés dans un thème de santé sexuelle.

Pour résumé les inducteurs choisis sont les suivants :

- rapport sexuel à risque
- infection sexuellement transmissible
- SIDA
- préservatif
- homosexuel(le)

B. Associations verbales

1. Caractéristiques des participants

Au total 52 entretiens d'associations verbales ont été réalisés et 50 ont été analysés. Un entretien a été exclu de l'analyse du fait d'une barrière de la langue importante et un autre du fait du caractère mineur du patient découvert *a posteriori*. La durée variait de 7 à 25 minutes. Ils ont été réalisés dans 4 lieux différents :

- la Policlinique Baudelaire de l'hôpital Saint Antoine dans le 12^e arrondissement de Paris qui est un lieu de consultations de médecine générale à l'hôpital avec un circuit de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS),
- la Maison de Santé Pluri-professionnelle « La maison des médecins », au
 Pré Saint Gervais dans le 93, dont l'activité est libérale,
- le centre municipal de santé d'Arcueil dans le 94 dont l'activité est salarié,
- un cabinet libéral dans le 12^e arrondissement de Paris.

L'échantillon s'est composé de 58% de femmes et de 40% d'hommes. L'âge médian est de 38 ans, allant de 18 à 80 ans. La grande majorité des participant(e)s (94%) a déjà eu au moins un rapport sexuel dans sa vie et décrit son orientation sexuelle comme hétérosexuelle (86%). Enfin, 78% des interrogé(e)s ont déjà réalisé au moins un test de dépistage IST dans leur vie, allant d'une sérologie VIH isolée à un bilan complet. Le corollaire est donc que près d'un quart des interrogé(e)s n'a jamais réalisé de test de dépistage.

L'ensemble des caractéristiques des participant(e)s est présenté dans le tableau 4.

	Cohorte totale
	N = 50
Lieu de recueil	
Lieu 1 ^a	10 (20%)
Lieu 2 ^b	26 (52%)
Lieu 3 ^c	10 (20%)
Lieu 4 ^d	4 (8%)
Sexe	
Femmes	29 (58%)
Hommes	20 (40%)
Autres	1 (2%)
Age médian (étendue)	38 (18-80)
Lieu de naissance	
France	33 (66%)
Europe autre	3 (6%)
Maghreb	2 (4%)
Afrique subsaharienne	8 (16%)
Amérique du Nord	1 (2%)
Amérique du Sud	3 (6%)
Langue maternelle	
Français	31 (62%)
Autre	19 (38%)
Niveau d'éducation	
Aucun	2 (4%)
Primaire	3 (6%)
Collège	4 (8%)
Lycée	11 (22%)
Post bac	30 (60%)
Catégorie socioprofessionnelle	
Sans emploi	10 (20%)
Chef d'entreprise/auto-entrepreneur	2 (4%)
Cadre/ingénieur	9 (18%)
Professeur	4 (8%)
Santé/médicosocial	2 (4%)
Employé de bureau/commerce/service	9 (18%)
Profession artistique	3 (6%)
Policier	1 (2%)
Ouvrier	1 (2%)
Etudiant	6 (12%)
Retraité	3 (6%)
Couverture sociale	2 (0/0)
Aucune	2 (4%)
AME	4 (8%)
Sécurité sociale seule	6 (12%)
	4 (8%)
Sécurité sociale + CSS	

Ayant déjà eu des rapports sexuels	47 (94%)
Orientation sexuelle	
Hétérosexuelle	43 (86%)
Homosexuelle	3 (6%)
Bisexuelle	3 (6%)
Autre	1 (2%)
Situation matrimoniale	
Couple cohabitant	27 (54%)
Relation stable non cohabitante	3 (6%)
Ni cohabitant ni relation stable	20 (40%)
Nombre médian de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois (étendue)	1 (0-75)
Nombre moyen de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois	2,66
Utilisation d'une contraception	20 (40%)
Rapports sexuels non protégés dans les 12 derniers mois	30 (60%)
Antécédent de dépistage d'IST	39 (78%)
Antécédent d'IST	
Oui	18 (36%)
Ne sait pas	3 (6%)
VIH	3 (6%)
Chlamydia	10 (20%)
Gonocoque	3 (6%)
Syphilis	1 (2%)
VHB	0
HPV	9 (18%)
HSV	2 (4%)
Autre ^e	6 (12%)
Utilisation d'application ou site de rencontre	19 (38%)
Visualisation de pornographie	39 (78%)

^a Policlinique Baudelaire, hôpital Saint Antoine ^b Pré Saint Gervais, maison de santé pluriprofesionnelle ^c Arcueil, centre de santé pluriprofesionnel ^d Paris 12^e, cabinet libéral ^e 2 balanites sans précision, 2 mycoses, 1 morpions et 1 ne sait pas

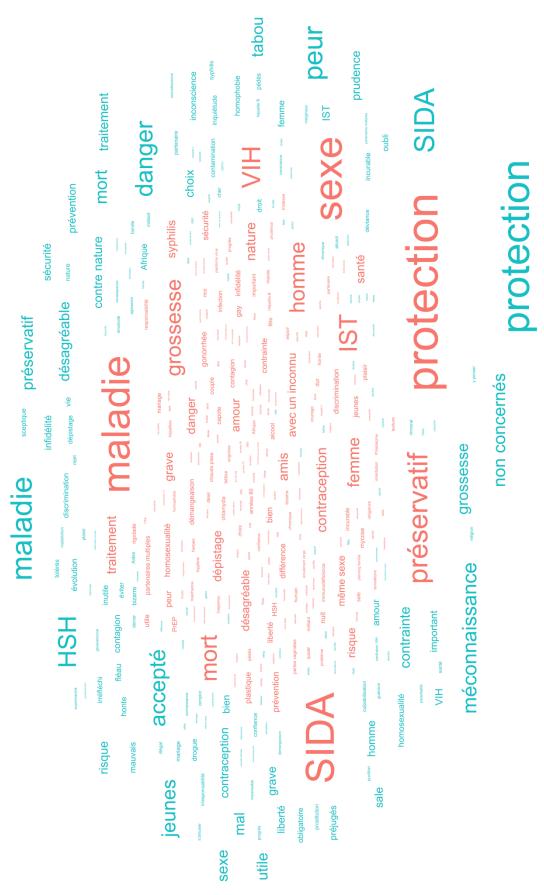
Tableau 4 : caractéristiques des participant(e)s aux associations verbales

2. Analyse de la distribution des données

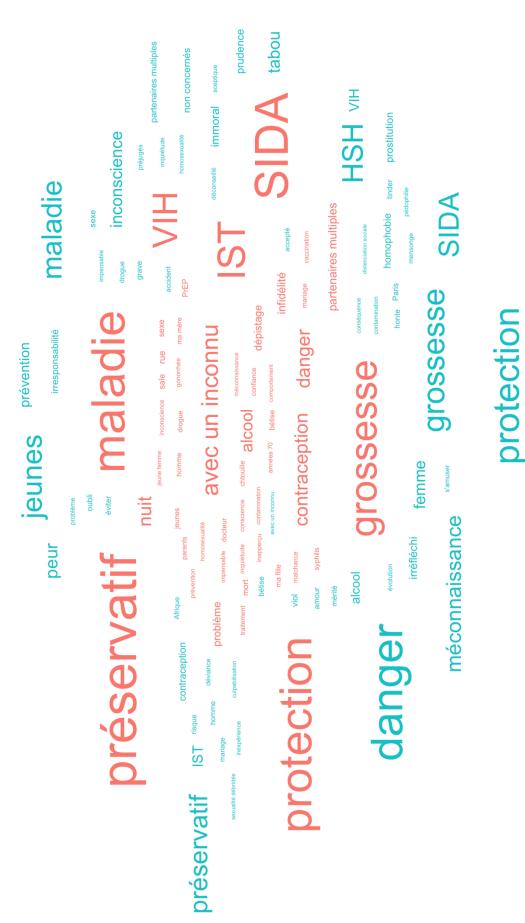
Le corpus de mot à l'issue des associations verbales présentait une diversité importante : 642 réponses différentes (types) ont été comptées pour un nombre total de réponses de 1498. Un travail de simplification des données a été réalisé afin de mieux structurer le corpus, tout en évitant une perte d'information et de nuance trop importante. Par exemple les mots « sans protection », « protéger », « se protéger », « non protégé », « protection » ont été regroupés dans le terme « protection » puisqu'il s'agissait de la notion mise en avant par cette réponse. Ce premier travail sur le corpus de données n'a pas été celui de catégorisation qui sera fait par la suite car par exemple, les termes « protection » et « préservatif » restent distincts à ce stade. Après simplification, le corpus contient 263 types, soit un rapport T/N de 0,18. Ce rapport T/N signe une certaine convergence dans les réponses associatives et des déterminations collectives à étudier.

a) Nuages de mot

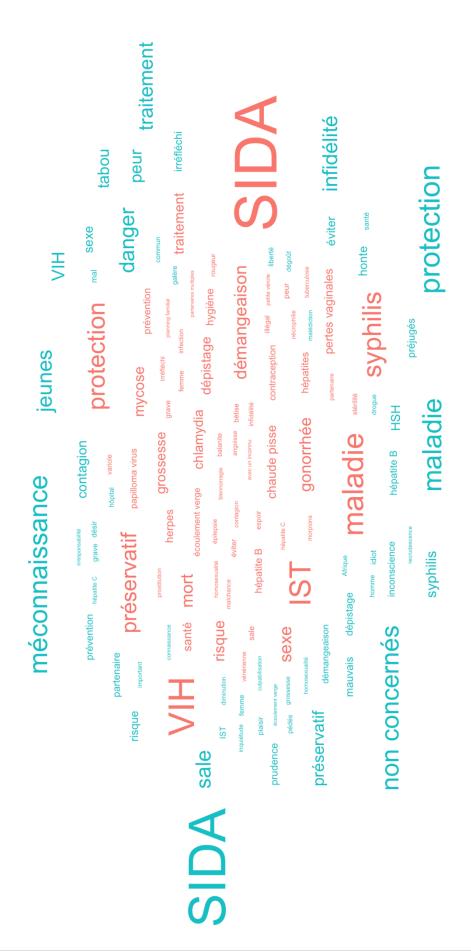
Des nuages de mots permettent de se rendre compte de la distribution des données. Un nuage de mot pour l'ensemble du corpus a été réalisé ainsi qu'un nuage de mot par inducteur. La taille des mots est proportionnelle au nombre d'occurrences. En rose les induits correspondant au contexte standard et en vert les induits correspondant à la zone muette (contexte de substitution quand le(la) participant(e) répond à la place des Français en général).



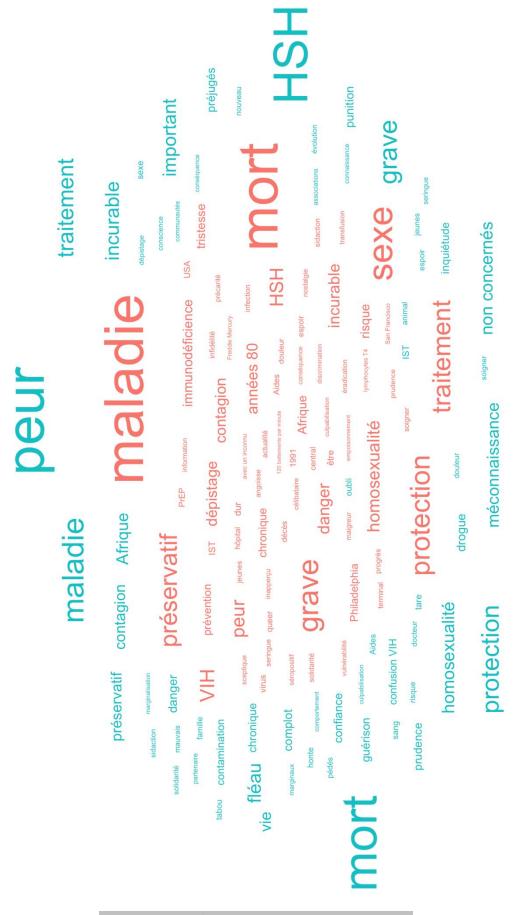
Nuage de mot 1 : total des réponses aux 5 inducteurs



Nuage de mot 2 : réponses à l'inducteur rapport sexuel à risque



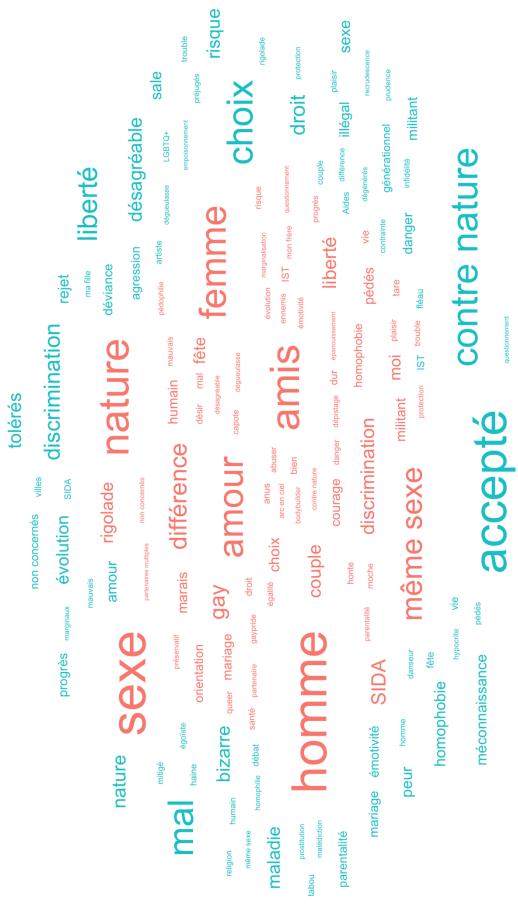
Nuage de mot 3 : réponses à l'inducteur infection sexuellement transmissible



Nuage de mot 4 : réponses à l'inducteur SIDA



protection



Nuage de mot 6 : réponses à l'inducteur homosexuel(le)

b) Indice de rareté

Le nombre d'hapax (nombre de réponse unique) dans le corpus simplifié est de 90, cela représente 6% du nombre total d'induits (N) et 34% du nombre de types. L'analyse du nombre d'hapax informe sur l'indice de rareté qui est important dans notre échantillon. Cela signe une certaine hétérogénéité dans la structuration du corpus. Nous pouvons donc supposer que les déterminations individuelles ont une place certaine dans les représentations de notre échantillon.

c) Entropie

Notre échantillon met en évidence à la fois des déterminations collectives et individuelles. Le classement par fréquence et l'étude de la distribution des types permettent d'évaluer le degré d'organisation du corpus. Cette distribution est représentée par les plots suivants. Pour tous les plots présentés l'entropie est faible, avec un déséquilibre dans les fréquences des types pouvant indiquer un corpus probablement structuré.

Le plot 1 illustre la distribution des 30 types les plus fréquents de l'ensemble du corpus. Les plots 2 à 6 illustrent la distribution des 20 types les plus fréquents pour chaque inducteur.

En rose sont représentés les types correspondant au contexte standard et en vert les types correspondant à la zone muette (contexte de substitution).

> Entropie pour l'ensemble du corpus de données

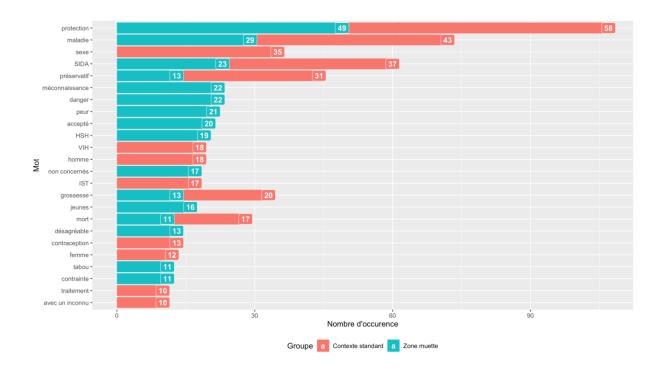
L'entropie pour l'ensemble du corpus est présentée dans le plot 1.

En contexte standard 5 induits sont majoritaires : *protection*, *maladie*, *SIDA*, *sexe* et *préservatif*. Viennent ensuite les induits *grossesse*, *VIH*, *homme*, *IST* et *mort*.

En contexte de substitution, nous retrouvons un induit majoritaire : *protection*. Viennent ensuite les induits *maladie* et *SIDA* puis apparaissent des termes non retrouvés en contexte standard : *méconnaissance*, *danger*, *peur*, *accepté*, *HSH*, *non concernés* et *jeunes*.

A noter que l'induit *HSH* a été retranscrit de cette façon pour le terme « homosexuel masculin ». Lorsque l'induit homosexuel(le) apparaissait nous

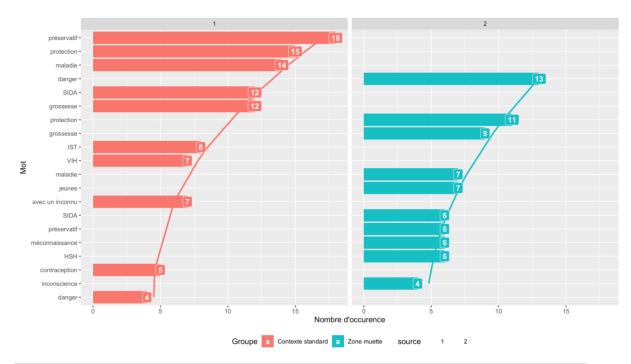
demandions au (à la) participant(e) d'en préciser le caractère masculin, féminin ou neutre.



Plot 1 : Distribution totale des 30 types les plus fréquents pour le corpus total

Entropie pour l'inducteur rapport sexuel à risque

Les réponses les plus fréquentes en contexte standard à l'inducteur rapport sexuel à risque sont *préservatif*, *protection*, *maladie*, *grossesse* et *SIDA* (plot 2). Ils renvoient donc majoritairement aux notions de rapports sexuels non protégés et au préservatif, aux maladies et plus particulièrement le SIDA, même si les IST apparaissent en 6^e position, ainsi qu'au risque de grossesse. Dans la zone muette apparaissent 2 nouveaux types: *danger* et *jeunes*. L'induit *danger* est le plus fréquent en contexte de substitution alors qu'il n'est que le 10^e en contexte standard. À la marge, apparaissent aussi les notions de *méconnaissance* et d'*HSH*.



Plot 2 : Distribution des 20 types les plus fréquents en réponse à l'inducteur rapport sexuel à risque

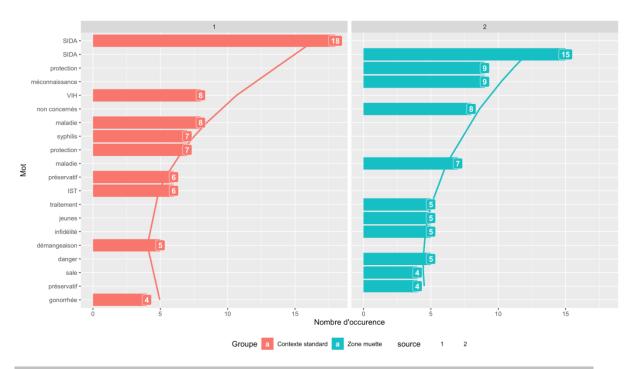
> Entropie pour l'inducteur infection sexuellement transmissible

Qu'il s'agisse du contexte standard ou de la zone muette l'induit le plus fréquent à l'inducteur infection sexuellement transmissible est *SIDA*. Il se place en tête des 2 groupes de façon très nette (plot 3).

En contexte standard, viennent ensuite les induits VIH, maladie, protection et syphilis. L'addition des induits en lien avec des symptômes d'IST a une place non négligeable puisqu'ils ont une fréquence à 12, nous retrouvons : démangeaisons, pertes vaginales, écoulement de verge, rougeur et balanite (ils n'ont une fréquence que de 3 en contexte de substitution).

L'étude de la zone muette apporte 2 nouveaux induits de fréquence importante : *méconnaissance* et *non concernés*. Cela signifie que les participant(e)s pensent que les Français en général ont une mauvaise connaissance des IST et ne se sentent pas concernés par ces dernières. La zone muette fait apparaître un certain nombre d'induits dont la connotation peut être interprétée comme négative, comme : *danger*, *sale*, *peur*, *tabou*, *honte*, *mauvais*, *grave*, *dégoût* et *mal*. Lorsque nous les additionnons, leur fréquence est à 22 en contexte de substitution (données non présentées).

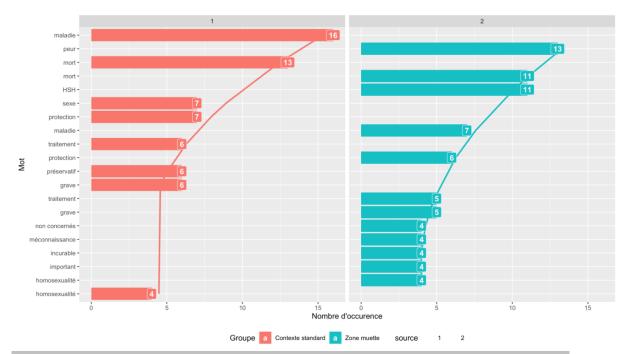
La 2^e IST la plus citée, après SIDA/VIH, est la *syphilis* puis viennent la *gonorrhée*, *l'hépatite B*, le *chlamydia* à égalité avec la *chaude pisse* (3 occurrences chacun), l'*herpes*, le *papilloma virus*, l'*hépatite C*, les *hépatites* (2 occurrences chacun) et enfin la *chtouille* et la *blennorragie*. A noter que *mycose* est citée 3 fois.



Plot 3 : Distribution des 20 types les plus fréquents en réponse à l'inducteur infection sexuellement transmissible

> Entropie pour l'inducteur SIDA

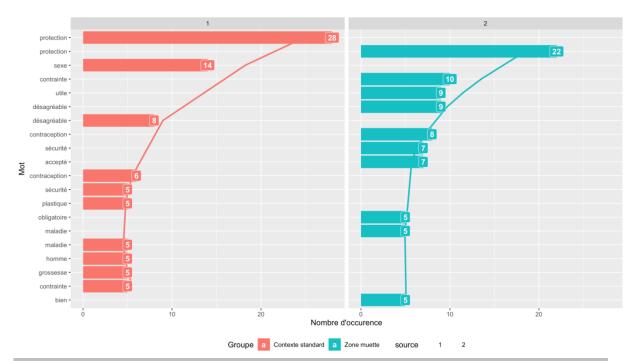
Les réponses les plus fréquentes en contexte standard à l'inducteur SIDA sont : maladie, mort, sexe, protection et à égalité traitement, préservatif et grave. En contexte de substitution les 3 induits les plus fréquents sont peur, mort et HSH (plot 4). L'induit traitement est le 5^e ou le 6^e induit en terme de fréquence malgré la persistance de la notion d'incurabilité en contexte de substitution. En zone muette nous retrouvons une nouvelle fois les aspects d'une mauvaise connaissance et de ne pas se sentir concerné. L'induit non concerné introduit le fait que le SIDA peut représenter un risque pour les autres mais peu pour soi.



Plot 4 : Distribution des 20 types les plus fréquents en réponse à l'inducteur SIDA

> Entropie pour l'inducteur préservatif

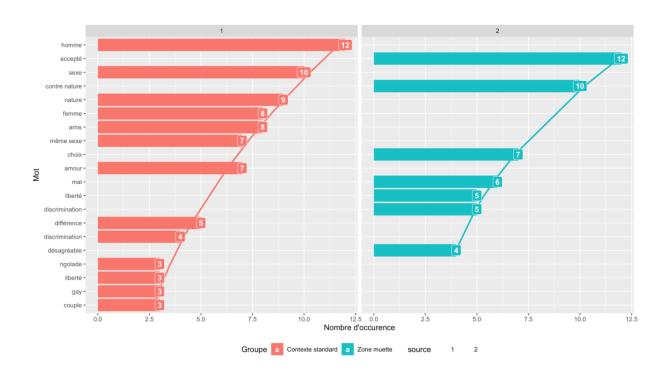
L'induit le plus fréquent à l'inducteur préservatif est le même pour les deux contextes : protection (plot 5). En contexte standard viennent ensuite : sexe, désagréable, contraception puis à égalité contrainte, sécurité et maladie. En contexte de substitution viennent ensuite contrainte, désagréable, utile et contraception. Quel que soit le contexte la réponse désagréable a une place importante et semble communément admise, de même que contrainte même s'il est deux fois plus présent en zone muette. Pourtant les participant(e)s rapportent aussi que le préservatif est utile (zone muette), accepté, bien et a une certaine image de sécurité.



Plot 5 : Distribution des 20 types les plus fréquents en réponse à l'inducteur préservatif

> Entropie pour l'inducteur homosexuel(le)

Les induits majoritaires en fonction du contexte sont très différents. En contexte standard nous retrouvons parmi les 5 types les plus fréquents : homme, sexe, nature, femme et amis. En contexte de substitution nous retrouvons : accepté, contre nature, choix, mal et à égalité discrimination et liberté (plot 6). Notons une probable ambivalence des représentations pour cet inducteur surtout dans l'analyse de la zone muette.



Plot 6 : Distribution des 20 types les plus fréquents en réponse à l'inducteur homosexuel(le)

3. Catégorisation sémantique

Elle a permis de diminuer le nombre de types de 264 à 182 en regroupant des induits synonymes. Le tableau répertoriant ces catégories est disponible en annexe 3.

4. Analyse de l'organisation des données

L'analyse prototypique a été réalisée après catégorisation sémantique permettant de diminuer la diversité du corpus. Les résultats du croisement de la fréquence (nombre d'occurrence) et du rang moyen sont présentés dans les tableaux suivants. La catégorie est suivie de sa fréquence et de son rang moyen.

Cette analyse permet uniquement de faire des hypothèses de centralité de la représentation sociale. Pour révéler le noyau central il est nécessaire d'utiliser d'autres techniques (24).

Pour rappel:

		Rang moyen	
		Faible (< 2)	Elevé (> 2)
	Elevée (> 5 %)	Zone de centralité	Première périphérie
Fréquence	Faible (< 5 %)	Zone des éléments contrastés	Seconde périphérie

Les catégories en rose correspondent au contexte standard et les catégories en vert à la zone muette (contexte de substitution). N'apparaissent pas les catégories dont la fréquence est inférieure à 1%.

> Analyse prototypique pour l'ensemble du corpus de données

Les résultats de l'analyse prototypique pour l'ensemble du corpus sont présentés dans le tableau 5. Cette analyse prototypique globale est l'analyse organisationnelle des 5 inducteurs réunis.

		Ran	g moyen
	,	Elevé (< 2)	Faible (≥ 2)
	Elevée > 5% (37)	Protection 93/1,8 Protection 64/1,9 Maladie 62/1,5 VIH 56/1,7	
Fréquence	Faible < 5% (37)	Maladie 36/1,9 Sexe 36/1,9 Danger 30/1,9 VIH 28/1,9 Peur 25/1,8 Accepté 20/1,9 Homme 18/1,6 Non concernés 17/1,9 Grave 14/1,6 Mal 14/1,8 Homosexualité 16/1,6 Inconscience 13/1,8 Femme 12/1,8 Mort 11/1,6	Contraception 33/2,4 Contraception 23/2,1 Méconnaissance 26/2 HSH 22/2,1 Mort 19/2,1 Jeunes 16/2,2 Danger 15/2,3 Tabou 15/2,4 Contre nature 14/2,1 Bien 14/2 Désagréable 13/2,2 Contrainte 11/2 Prévention 11/2,1 Soigner 11/2,5 Grave 11/2,3 Avec un inconnu 10/2,1 Contagion 10/2,1 Désagréable 10/2,4 Santé 9/2 Dépistage 9/2,2 Gonorrhée 9/2,3 Nature 9/2,3 Sexe 9/2,3 Sécurité 9/2,4 Syphilis 9/2,7

Tableau 5 : Analyse prototypique pour le corpus total

Nous pouvons noter l'absence de représentation réellement organisée lorsque nous étudions le corpus complet. En effet quelques éléments hypothétiquement centraux apparaissent, notamment la catégorie *protection* que nous retrouvons en tête en contexte standard et en zone muette. Cependant il n'y a aucun élément dans la première périphérie et la majorité des catégories font parties de la 2^{nde} périphérie. Cette observation n'est pas surprenante puisque chaque inducteur possède son propre champ représentationnel.

➤ Analyse prototypique pour l'inducteur rapport sexuel à risque

Les résultats de l'analyse prototypique pour l'inducteur rapport sexuel à risque sont présentés dans le tableau 6.

		Rang moyen	
	I	Elevé (< 2)	Faible (≥ 2)
	Elevée > 5% (8)	Protection 33/1,6 Protection 18/1,9 Maladie 22/1,8 Maladie 9/1,4 VIH 19/1,7 Danger 14/1,9	Contraception 17/2,4 Contraception 13/2,3 Inconscience 8/2 VIH 8/2,1
Fréquence	Faible < 5% (8)	Méconnaissance 7/1,9 HSH 6/1,8 Peur 4/1 Alcool 3/1,3 Nuit 3/1,7 Partenaires multiples 3/1,7 Partenaires multiples 2/1 Non concernés 2/1	Avec un inconnu 7/2,1 Jeunes 7/2,6 Tabou 5/2,2 Danger 4/2 Prévention 4/2,8 Femme 3/2,3 Alcool 2/2 Dépistage 2/2 Infidélité 2/2 Sécurité 2/2 Problème 2/2,5 Prostitution 2/2,5 Homophobie 2/3 Syphilis 2/3

Tableau 6 : Analyse prototypique pour l'inducteur rapport sexuel à risque

Il est possible de faire l'hypothèse d'un noyau central composé de 3 éléments en contexte standard et de 3 éléments en zone muette. Deux de ces éléments sont partagés : *protection* et *maladie*. En contexte standard nous retrouvons la catégorie *VIH* et en zone muette la catégorie *danger*. Pour la majorité des participant(e)s un rapport sexuel à risque est un rapport sexuel non protégé et/ou qui nécessite d'être protégé.

Les éléments pouvant avoir un aspect négatif sont plus présents en zone muette avec *danger*, *inconscience*, *tabou* et *homophobie*. Nous voyons aussi apparaître en zone muette des catégories de personnes pouvant être plus vulnérables face aux rapports à risque comme : *prostitution*, *jeunes*, *femme*, *HSH*.

Les conséquences des rapports sexuels à risque sont communes dans les 2 contextes et nous retrouvons de façon prépondérante les conséquences sanitaires : *IST* et grossesses non désirées (derrière la catégorie *contraception*).

Les éléments retrouvés dans la zone des éléments contrastés (zone d'ambiguïté car peu partagés dans la population étudiée) sont plutôt différents des autres résultats. En contexte standard apparaissent des induits faisant référence au monde de la nuit (*nuit*, *alcool*). En zone muette apparaissent des catégories nouvelles comme *méconnaissance*, *non concernés*, *HSH* et *peur*.

> Analyse prototypique pour l'inducteur infection sexuellement transmissible

Pour l'inducteur infection sexuellement transmissible (tableau 7), il est possible

de faire l'hypothèse d'un noyau central composé de 3 éléments : VIH, maladie et méconnaissance. La catégorie VIH (regroupant VIH et SIDA) est très nettement la plus représentée. À travers la catégorie méconnaissance nous découvrons que les participant(e)s ont l'impression de façon assez importante que les Français en général connaissent mal les IST (zone muette), alors que cela n'apparait pas du tout en contexte standard. La catégorie protection reste fréquente mais moins importante puisqu'elle fait partie de la 1ere périphérie. En contexte standard nous retrouvons une liste de germes ou maladies responsables d'IST (autre que le VIH) avec en tête la catégorie gonorrhée puis syphilis, hépatites, chlamydia, herpes et papilloma virus. Il semble qu'en contexte standard les noms des germes et maladies soient importants. Lorsque nous les additionnons ils représentent 35% des réponses. Chlamydia est une réponse très peu fréquente (mais très accessible, rang moyen de 1,3) alors que dans notre échantillon parmi les personnes ayant des antécédents d'IST, Chlamydia trachomatis est le plus important. Pour rappel, dans la population 10 participant(e)s sur 50 ont un antécédent d'infection à Chlamydia trachomatis, soit 20%. Un antécédent personnel d'infection à Chlamydia trachomatis ne semble donc pas suffisant pour modifier la structure centrale de la représentation sociale. La même observation est possible avec papilloma virus. Nous retrouvons aussi des maladies qui ne sont pas des IST comme la variole ou les mycoses.

		Ran	ng moyen	
		Elevé (< 2)	Faible (≥ 2)	
	Elevée > 5% (8)	VIH 26/1,6 VIH 18/1,8 Maladie 14/1,5 Maladie 8/1,9 Méconnaissance 9/1,8	Protection 13/2,4 Gonorrhée 8/2,4 Non concernés 8/2,1	
			Syphilis 7/2,6 Syphilis 3/2,3 Jeunes 5/2 Infidélité 5/2 Démangeaison 5/2,2 Démangeaison 2/2	
		Symptômes d'infection génitale 6/1,3	Hépatites 5/2,2 Contraception 5/2,4 Mal 3/2 Contagion 3/2 HSH 3/2,3	
Fréquence		Inconscience 5/1,6 Prévention 4/1,2	Soigner 3/2,3 Soigner 5/2,6 Prévention 3/2,3	
	Faible < 5% (8)	Sale 4/1,2 Sexe 4/1,5 Mort 4/1,8 Santé 4/1,8 Chlamydia 3/1,3 Danger 3/1,7 Danger 7/1,7	Dépistage 3/2,3 Mycose 3/2,3 Tabou 3/2,3 Grave 2/2 Herpes 2/2 Honte 2/2 Préjugés 2/2 Variole 2/2	
			Papilloma virus 2/2,2 Sexe 2/2,5 Peur 2/2,5 Partenaire 2/3 Sécurité 2/3	

Tableau 7: Analyse prototypique pour l'inducteur infection sexuellement transmissible

La zone muette découvre de nombreuses catégories dont la valence peut être interprétée comme négative. Lorsque nous les additionnons leur fréquence devient importante (30) et leur rang moyen est faible (1,85). Ce sont les catégories suivantes : danger, inconscience, sale, mal, tabou, honte, préjugés et peur. Si nous avions regroupé ces mots en une catégorie, elle serait en tête de la zone de centralité. Nous pouvons supposer que dans la représentation sociale des IST, ces dernières gardent une image négative mais que cet aspect n'est pas accessible en contexte standard. Si nous n'avions pas fait la démarche de changer le contexte, nous aurions interprété uniquement les réponses du contexte standard dans lequel ces aspects négatifs de la représentation sont beaucoup moins prégnants.

Nous voyons encore apparaître en zone muette des catégories de personnes plus vulnérables face aux IST comme : *jeunes* et *HSH*.

> Analyse prototypique pour l'inducteur SIDA

Les résultats de l'analyse prototypique pour l'inducteur SIDA sont présentés dans le tableau 8.

			Rang	moyen		
			Elevé (< 2)		Faible (≥ 2)	
	Elevée > 5% (8)	Maladie 17/1,2 Peur 15/1,8 Mort 11/1,6 Grave 9/1,3	Maladie 9/1,7	Mort 14/2,1 Protection 13/2,2 HSH 12/2,1	Protection 9/2,3	
Fréquence	Faible < 5% (8)	Grave 7/1,9 Homosexualité 4/1 VIH 4/1,5 Années 80 3/1 HSH 3/1,7 Films 3/1,7 Chronique 2/1,5 Marginalisation 2/1 Vie 2/1,5	Homosexualité 4/1,2	Méconnaissance 7/2 Sexe 7/2,4 Soigner 7/2,4 Danger 5/2,6 Sécurité 4/2 Non concernés 4/2,5 Peur 4/2,5 Dépistage 3/2 Fléau 3/2 Tristesse 3/2 Contagion 3/2,3 Drogue 3/2,3 Immunodéficience 3/ Incurable 3/2,3 Associations 2/2 Associations 2/2 Connaissance 2/2 Guérison 2/2 Infection 2/2 Précarité 2/2 Afrique 2/2,5 Chronique 2/2,5 Punition 2/2,5 Préjugés 2/2,5 USA 2/2,5 Mal 2/3 Prévention 2/3	Soigner 6/2,7 Danger 3/2,7 Contagion 5/2 2,3 Incurable 4/2,8	

Tableau 8 : Analyse prototypique pour l'inducteur SIDA

La zone de centralité et la première périphérie contiennent peu de mots en contexte standard, alors qu'elles sont plutôt riches en zone muette. La zone centrale en contexte standard ne contient qu'une seule catégorie : *maladie*. La catégorie *protection* reste fréquente mais moins importante puisqu'elle fait partie de la 1ere périphérie (comme pour l'inducteur infection sexuellement transmissible).

Par ailleurs, la zone des éléments contrastés contient de nombreux éléments. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un sous groupe porteur d'une représentation sociale différente pour l'inducteur SIDA. Dans cette zone des éléments contrastés, nous retrouvons des éléments en lien avec l'histoire du SIDA comme le rapport aux *années 80* ainsi que quelques films marquants comme 120 battements pas minute ou encore Philadelphia. Nous retrouvons aussi des éléments pouvant représenter le SIDA comme une infection grave et chronique par le VIH pouvant être liée à l'homosexualité et notamment aux HSH.

Même en contexte standard les éléments pouvant être interprétés comme négatifs sont retrouvés dans la représentation avec *mort*, *danger*, *peur*, *tristesse*, *incurable* et *précarité*. L'image socialement admise du SIDA semble pessimiste même si nous retrouvons tout de même des éléments s'inscrivant dans une action de soins avec : *protection*, *soigner*, *dépistage*, *associations* (en référence aux associations militantes comme Aides), et *prévention*.

Pour la zone muette il est possible de faire l'hypothèse d'un noyau central composé de 4 éléments : *peur*, *mort*, *grave*, *maladie*. La catégorie *peur* est plus accessible et plus fréquente en zone muette. Cela peut supposer qu'il est plus facile d'admettre que le SIDA fait plus peur aux autres qu'à soi même. Dans tous les cas cela semble être un élément clef de la représentation sociale du SIDA en zone muette.

Les éléments possiblement négatifs sont encore plus nombreux et plus variés dans la zone muette. Nous retrouvons : *peur*, *mort*, *grave*, *danger*, *incurable* et *chronique* et viennent s'y ajouter : *fléau*, *punition*, *préjugés*, *complot* et *mal*.

Encore une fois, la zone muette met en évidence que les participant(e)s ont l'impression que les Français en général ont une certaine *méconnaissance* du SIDA, qu'ils ne se sentent *pas concernés* (« c'est une maladie pour les autres, pas pour moi »).

La catégorie *HSH* est plus représentée en zone muette. Nous pouvons l'expliquer par l'hypothèse de la « norme de non discrimination » (Pérez et Mugny - 1993) : les individus ont tendance à autocensurer les discours pouvant être jugés comme xénophobes ou racistes et être délétère en terme d'image de soi (29).

> Analyse prototypique pour l'inducteur préservatif

Les résultats de l'analyse prototypique pour l'inducteur préservatif sont présentés dans le tableau 9.

		Rang	moyen	
		Elevé (< 2)	Faible (≥ 2)	
	Elevée > 5% (8)	Protection 31/1,6 Protection 23/1,6 Sexe 14/1,8 Contraception 11/1,9 Contrainte 10/1,9	Bien 14/2 Contraception 11/2,5 Sécurité 10/2,3 Désagréable 8/2,4 Désagréable 9/2	
Fréquence	Faible < 5% (8)	Bien 6/1,5 Obligatoire 6/1,5 Maladie 6/1,7 Plastique 5/1,4 Inutile 4/1,8 Femme 3/1,7 Grave 2/1,5 Mal 2/1,5	Accepté 7/2,1 Sécurité 7/2.6 Homme 5/2 Contrainte 5/2,2 Maladie 5/2,8 Santé 4/2 VIH 4/2,5 Tabou 4/2,8 Sceptique 3/2 Connaissance 3/2,3 Prévention 3/2,3 Sexe 3/2,7 Grave 3/3 Supermarché 2/2 Amour 2/2,3 Cher 2/2,5 Contre nature 2/2,5 Oubli 2/2,5 Plaisir 2/2,5 Jeunes 2/3 Sensations 2/3 Texture 2/3 Homme 4/2,2 Homme 4/2,2 Homme 4/2,2 Homme 4/2,2 Jeunes 4/2,5 Jeunes 3/2,3 Jeunes 3/2,3 Jeunes 3/2,3 Jeunes 3/2,3	

Tableau 9 : Analyse prototypique pour l'inducteur préservatif

Il est possible de faire l'hypothèse d'un noyau central composé de 4 éléments : *protection*, *sexe*, *contraception* et *contrainte*. Un seul est partagé entre contexte standard et la zone muette : *protection*.

La représentation du préservatif semble opposer à la fois des éléments positifs et négatifs. Il est à la fois *désagréable* (1ere périphérie) et a une utilité sanitaire de *protection* et de *contraception*. Il semble un peu moins socialement acceptable de dire que le préservatif représente une *contrainte*. Même dans la zone muette nous notons une opposition entre des éléments positifs et négatifs avec : *bien*, *sécurité* et *contrainte*, *désagréable*. Nous retrouvons la catégorie *obligatoire* en zone d'éléments contrastés dans les 2 contextes.

➤ Analyse prototypique pour l'inducteur homosexuel(le)

Les résultats de l'analyse prototypique pour l'inducteur homosexuel(le) sont présentés dans le tableau 10. Pour cet inducteur, le corpus est riche et diversifié dénotant une hétérogénéité importante. En contexte standard les réponses sont très normatives avec comme hypothèse de noyau central : homme, homosexualité, sexe et femme. En zone muette nous voyons apparaître un plus large panel de catégories à connotation négative comme contre nature, sale, illégal, tabou, déviance ou peur, certaines sont partagées avec le contexte standard comme maladie, désagréable, mal ou danger. Néanmoins l'élément central est la catégorie accepté et la majorité des catégories peuvent avoir une valence positive ou neutre.

Nous pouvons remarquer que la réponse *HSH* est associée fréquemment à l'inducteur SIDA mais que la réponse VIH/SIDA ne l'est pas pour l'inducteur homosexuel(le).

		Rang moyen		
		Elevé (< 2)	Faible (≥ 2)	
	Elevée > 5% (8)	Homme 12/1,5 Accepté 12/1,8 Homosexualité 10/1,6 Sexe 10/1,7 Femme 8/1,9	Contre nature 14/2,1 Nature 9/2,3 Amis 8/2	
Fréquence	Faible < 5% (8)	Mal 7/1,4 Choix 7/1,6 Evolution 5/1,8 Discrimination 4/1,8 Maladie 3/1 Tolérés 3/1 Homophobie 3/1,3 Liberté 3/1,7 Nature 3/1,7 VIH 3/1,7 Moi 2/1 Artiste 2/1,5 Emotivité 2/1,5 HSH 2/1,5 Mariage 2/1,5 Non concernés 2/1,5 Orientation 2/1,5	Amour 7/2,4 Différence 6/2,2 Maladie 5/2,4 Associations 3/2 Sale 3/2 Droit 3/2,3 Couple 3/2,7 Méconnaissance 3/2,7 Protection 3/2,7 S'amuser 3/3 Associations 2/2 Choix 2/2 Courage 2/2,5 Désagréable 2/2,5Désagréable 4/2,5 Evolution 2/2,5 Famille 2/2,5 Générationnel 2/2,5 Homophobie 2/2,5 Humain 2/2,5 Illégal 2/2,5 Mal 2/2,5 Paris 2/2,5 Sexe 2/2,5 Tabou 2/2,5 Tabou 2/2,5 Amour 2/3 Agression 2/3 Danger 2/3 Déviance 2/3 Fête 2/3 Peur 2/3	

Tableau 10 : Analyse prototypique pour l'inducteur homosexuel(le)

5. Analyse comparative des induits catégorisés selon les critères démographiques

Nous avons comparé les réponses aux inducteurs infection sexuellement transmissible et SIDA, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, grâce au test non paramétrique de Wilcoxon.

Pour l'inducteur infection sexuellement transmissible, deux critères semblent modifier la représentation de façon statistiquement significative :

- le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois (≤ 1 ou > 1): p = 10^{-4}
- la visualisation de pornographie (oui ou non) : p = 0.008

Les participant(e)s qui ont eu plus de 1 partenaire dans les 12 derniers mois utilisent plus les mots en lien avec la prévention des rapports sexuels à risque (protection, prévention, contraception, santé), certaines catégories d'IST (VIH, gonorrhée, hépatites, symptômes d'infection génitale, maladie) et des termes négatifs (danger, méconnaissance, inconscience, non concernés, peur).

Les participant(e)s qui ont déjà visualisé de la pornographie utilisent plus *VIH*, *gonorrhée* et les termes négatifs sus-cités.

Pour l'inducteur SIDA, trois critères semblent modifier la représentation de façon statistiquement significative :

- le lieu de naissance (en France ou à l'étranger) : p = 0.02
- le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois (≤ 1 ou > 1): p = 10^{-4}
- la visualisation de pornographie (oui ou non) : p = 0.006

Les participant(e)s né(e)s en France, qui ont 1 ou 0 partenaire dans les 12 derniers mois ou qui ont déjà visualisé de la pornographie, utilisent plus les termes pouvant dénoter la gravité et l'inquiétude face au SIDA (peur, mort, danger, incurable, grave, contagion), ils utilisent aussi plus les mots en rapport avec la santé (protection, associations, soigner) et ils utilisent plus l'induit HSH.

Les autres critères sociodémographiques n'ont pas montré de modification statistiquement significative de la représentation des IST ou du SIDA.

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats

1. Rapports sexuels à risque et protection

La dimension de protection est prépondérante dans l'ensemble de la représentation. Les résultats révèlent un impact important de l'élément *protection* sur la façon de se représenter les rapports sexuels à risque et les IST. Cet élément regroupe les notions de protection et de préservatif mais aussi de rapports non protégés.

La catégorie *protection* fait partie de l'hypothèse de zone centrale pour les inducteurs rapport sexuel à risque et préservatif. En effet, il semble aujourd'hui admis dans notre société, l'existence d'une certaine norme de protection des rapports sexuels (9). Les enjeux de la protection de ces rapports sont à la fois la prévention des IST et la contraception.

L'épidémie de VIH dans les années 1980 a révélé les enjeux préventifs des IST avec le développement du « safer sex » et a mis en lumière le préservatif. Cependant dans notre étude, la catégorie *protection* ne fait pas partie de la zone centrale de la représentation des IST ou du SIDA mais de sa première périphérie. Malgré cette norme de protection qui s'est développée et qui fait partie de la représentation des IST, cela ne constitue pas un élément stable dans notre population.

2. Représentations sociales des infections sexuellement transmissibles

La figure 1 illustre la représentation des IST selon la théorie du noyau.

Seconde périphérie Mycose Syphilis Variole Hépatites Herpes Papilloma virus Première périphérie Démangeaison Gonorrhée Contraception Mal Protection Soigner Tabou Zone centrale Prévention Grave VIH Honte Dépistage Préjugés Maladie Peur Méconnaissance Contagion Non concernés Partenaire Jeunes Sécurité

Figure 1 : Modélisation de la représentation des IST

En noir : les mots partagés dans les 2 contextes En rose : les mots retrouvés uniquement en contexte standard En vert : les mots retrouvés uniquement en contexte de substitution

a) Prégnance du VIH

Les associations verbales mettent en évidence deux éléments essentiels dans la représentation des IST : le *VIH* (catégorie regroupant VIH et SIDA) et la *maladie*. Nous les retrouvons dans l'hypothèse de zone centrale quel que soit le contexte, pouvant être témoin de leur stabilité. Rappelons que le noyau central est le fruit de déterminismes historiques, symboliques et sociaux (30).

Cela met en avant que le VIH reste l'IST la plus prégnante et qu'il est intégré dans le système représentationnel. Il peut avoir un effet de masque sur les autres IST pouvant alors être considérées comme moins dangereuses et susciter moins d'intérêt. Les autres IST apparaissent alors au second plan. Nous avons aussi retrouvé ce résultat dans les entretiens semi-dirigés.

b) Connaissances et méconnaissances

La zone muette met en avant la notion de méconnaissance, c'est-à-dire qu'il existe l'impression globalement partagée que « les autres » sont mal informés et connaissent mal les IST. D'un autre côté, il semble qu'en contexte standard les noms médicaux des germes et infections tiennent une place importante (35% des réponses en les regroupant). Il serait alors bénéfique en terme d'image de soi de montrer que nous possédons un certain savoir et il serait délétère d'apparaitre comme profane. Les participant(e)s ressentent donc un manque de connaissance. Le niveau de connaissance sur les IST a été étudié et ces études rapportent globalement un faible niveau de connaissance des IST à l'exception du VIH/SIDA (31). L'IST victime de la plus importante méconnaissance est le HPV, pouvant expliquer le faible taux de couverture vaccinale (20,32). Selon les études, différents facteurs influençant le niveau de connaissance ont pu être mis en avant comme l'âge, le sexe, le niveau d'étude, les antécédents d'IST et la pratique antérieure de dépistage (32,33). De plus entre 25 à 40% des individus ignorent la notion d'IST asymptomatique (20,33).

c) Influence d'une expérience personnelle d'IST

Dans notre population, 20% rapportent un antécédent d'infection à Chlamydia trachomatis et 18% un antécédent d'infection à HPV. Pourtant ce sont des induits très peu présents dans le corpus de données. De plus, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans la représentation des IST en fonction de la présence d'un antécédent d'IST. L'expérience personnelle d'IST ne semble donc pas suffisante pour en modifier la représentation. Cette constatation nous permet de faire différentes hypothèses. Rappelons que les représentations sociales sont déterminées par le sujet luimême, le système social dans lequel il est inséré et la nature des liens qu'il

entretien avec ce système social (14,34). Un antécédent d'IST ne bouleverse peut être pas l'histoire, l'expérience personnelle ou les liens que le sujet entretien avec son système social de façon assez importante pour en modifier les représentations. Peut être que le système social et idéologique du sujet fait preuve d'un ancrage suffisant pour qu'un élément extérieur de ce type ne le modifie pas. Selon Denise Jodelet, l'expérience vécue a un lien avec l'élaboration de représentations qui peuvent favoriser ou entraver le changement social (35).

d) Tabou, déni et émotions négatives

La zone muette fait aussi apparaître la catégorie *non concernés*. Les participant(e)s pensent que les Français en général ne se sentent pas concernés par les IST, que ce sont des « maladies pour les autres ». Les participant(e)s n'ont pas l'impression de prendre de risque dans leur sexualité ou bien ils ne s'en rendent pas compte. Les IST dans ce cas deviennent une considération triviale puisqu'ils ne prennent pas le risque d'en contracter. Nous retrouvons dans la littérature cet aspect de ne pas se considérer à risque de contracter une IST (20,36). Cette catégorie introduit la notion de déni que nous retrouvions dans l'entretien semi-dirigé 3. Le déni est un mécanisme de défense, inconscient. Il consiste à nier l'existence d'une réalité pour se protéger, à prétendre qu'une situation n'est pas réelle et qu'elle n'a pas d'impact. Cela peut traduire un malaise avec ses émotions, souvent négatives comme la culpabilité ou la honte.

Justement, nous retrouvons dans la zone muette des IST un certain nombre d'induit dont la valence peut être interprétée comme négative. Ils sont plus fréquents et plus variés qu'en contexte standard. Il s'agit de *mal*, *tabou*, *grave*, *honte*, *préjugés* et *peur*. Pris séparément leur fréquence est faible mais en les regroupant ils représentent 10% des réponses. Ces sentiments négatifs peuvent expliquer le tabou persistant autour des IST, avec la peur d'un jugement négatif de la part de ses pairs pouvant alors avoir des conséquences sociales délétères. Une étude a été réalisée en Belgique en 2019 sur les représentations des IST parmi des étudiants et le lien avec la pratique de dépistages. La conclusion avancée est que ce n'est pas la perception du risque

des IST qui les mène à réaliser un dépistage mais les représentations des conséquences sociales d'un diagnostic positif. Les conséquences sociales rapportées sont la stigmatisation avec peur de perte du statut social, le jugement, la peur et les sentiments de vulnérabilité et de gravité (37). Nous pouvons comprendre que si les conséquences sociales d'un diagnostic positif sont jugées trop dures alors les individus ne se dépistent pas. Il faudrait donc adapter les discours en favorisant le dialogue, l'écoute mutuelle et l'estime de soi. Effectivement, l'efficacité d'un message préventif « dépend de sa capacité à s'adapter aux représentations sociales des cibles de l'action de prévention » (28).

e) Multipartenariat

La représentation des IST est modifiée de façon statistiquement significative en fonction du nombre de partenaires dans les 12 derniers mois (≤ 1 ou >1, p= 10^{-4}) ou de la visualisation de pornographie (p = 0,008). Les participant(e)s qui ont eu plus de 1 partenaire dans les 12 derniers mois utilisent plus les mots en lien avec la prévention des rapports sexuels à risque (protection, prévention, contraception, santé), certaines catégories d'IST (VIH, gonorrhée, hépatites, symptômes d'infection génitale, maladie) et des termes négatifs (danger, méconnaissance, inconscience, non concernés, peur). Les participant(e)s qui ont déjà visualisé de la pornographie utilisent plus VIH et gonorrhée et les termes négatifs sus-cités.

Il semble que les participant(e)s ayant des partenaires multiples se sentent plus concerné(e)s par la santé sexuelle et la prévention des comportements sexuels à risque mais d'un autre côté ils portent un jugement plus négatif sur les IST. Les personnes ayant des partenaires sexuel(e)s multiples sont reconnues pour être plus à risque d'IST (38,39). Dans notre cohorte ils déclarent plus d'antécédent d'IST que les participant(e)s ayant 0 ou 1 partenaire dans les 12 derniers mois (43% versus 36%). De plus, ils font l'objet de campagnes de prévention ciblées pouvant expliquer cette différence de représentation.

3. Représentations sociales du SIDA

La figure 2 illustre la représentation du SIDA selon la théorie du noyau.

Seconde périphérie Incurable Chronique Danger Peur Fléau Première périphérie Tristesse Complot Punition Préjugés Soigner Protection Mal Mort Sécurité Zone centrale Dépistage Maladie Associations Peur Connaissance Mort Méconnaissance Guérison Grave Non concernés Infection Prévention **HSH** Précarité Contagion Immunodéficience Afrique Drogue

Figure 2 : Modélisation de la représentation du SIDA

En noir : les mots partagés dans les 2 contextes En rose : les mots retrouvés uniquement en contexte standard En vert : les mots retrouvés uniquement en contexte de substitution

L'ensemble des résultats révèlent un impact important de l'élément *maladie* sur la façon de se représenter le SIDA. Evidemment dans la définition du SIDA (qui n'est autre qu'un acronyme pour syndrome de l'immunodéficience acquise) intervient le terme maladie. Mais il est intéressant de noter que la représentation du SIDA fait tout d'abord intervenir un élément d'ordre médical et sanitaire. Le

fait d'avoir réalisé les associations verbales dans des structures de santé peut évidemment biaiser ce résultat.

a) Importance du contexte dans la zone centrale du SIDA

L'hypothèse de centralité du SIDA est totalement différente selon le contexte. Cette zone centrale est plus riche en contexte de substitution. Nous voyons ici que l'étude de la zone muette permet d'exprimer une vision plus pessimiste et anxiogène du SIDA avec les induits *peur*, *mort* et *grave*. En 2003 une étude sur le niveau de connaissance et les représentations du VIH/SIDA en Europe de l'Est a été réalisée en utilisant le même principe méthodologique que celui de notre étude (associations verbales par associations libres avec l'inducteur SIDA, mais sans étude de la zone muette). Les induits les plus fréquents dans cette étude étaient : *maladie*, *mort*, *drogue*, *sang* et *homosexualité*, renforçant nos hypothèses de noyau central au moins pour les deux premiers induits (40).

b) Actualité de la peur du SIDA

La zone muette met en évidence que la peur du SIDA persiste mais majoritairement lorsque nous plaçons les sujets en contexte de substitution. La dernière enquête ANRS-KABP de 2010 concluait à une tendance à la banalisation du risque du VIH. En effet, l'enquête rapporte que le SIDA est une maladie qui suscite de moins en moins de crainte et en 2010 les répondant(e)s rapportaient un niveau de crainte rejoignant celui des autres IST (environ 25%) (31). Les différences méthodologiques entre cette enquête téléphonique et notre étude peuvent expliquer la différence entre nos deux résultats. Une des hypothèses seraient que la pression normative obligerait à une certaine rationalité devant l'efficacité des antirétroviraux. Les antirétroviraux permettent de vivre avec une bonne qualité de vie avec le VIH, il serait donc logique d'en avoir moins peur.

La représentation sociale du SIDA intègre de nombreux éléments négatifs, aussi bien en contexte standard qu'en zone muette, même s'ils sont plus fréquents et plus variés en zone muette. La catégorie *mort* semble intégrée

dans la représentation du SIDA. C'est un résultat que nous retrouvions dans l'analyse des 3 entretiens semi-dirigés.

c) Norme de non discrimination

De façon moins perceptible, d'autres détails apparaissent dans la zone muette du SIDA comme les induits *HSH* ou *punition*. En 2014, une étude qualitative a été réalisée sur les représentations de la sexualité chez de jeunes adultes séropositifs. Elle mettait en évidence une polarisation de la représentation avec une notion de « bonne sexualité » et de « mauvaise sexualité », considérée comme transgressive. La mauvaise sexualité était considérée comme étant à l'origine de la contamination par le VIH et comme une punition. Il s'agissait des relations homosexuelles, de la prostitution, du multipartenariat, de l'infidélité et de la sexualité récréative sans sentiments (41).

Le fait que *HSH* n'apparaisse qu'en zone muette peut amener à la théorie de la « norme de non discrimination » qui conduit les individus à autocensurer les discours xénophobes, racistes ou plus généralement les discours stigmatisant (15,29).

d) Vulnérabilités de la population immigrée face au VIH

La représentation du SIDA est modifiée de façon statistiquement significative en fonction du lieu de naissance (p = 0.02), du nombre de partenaires dans les 12 derniers mois ($p = 10^{-4}$) ou de la visualisation de pornographie (p = 0.006). Les participant(e)s né(e)s en France, qui ont 1 ou 0 partenaire dans les 12 derniers mois ou qui ont déjà visualisé de la pornographie, utilisent plus les termes pouvant dénoter la gravité et l'inquiétude face au SIDA (*peur*, *mort*, *danger*, *incurable*, *grave*, *contagion*), les mots en rapport avec la santé (*protection*, *associations*, *soigner*) et ils utilisent plus l'induit *HSH*.

En ce qui concerne le lieu de naissance nous avons fait la différence entre les participant(e)s né(e)s en France ou né(e)s à l'étranger. Toutes les personnes nées à l'étranger ne sont pas issues des mêmes régions géographiques, limitant l'interprétation que nous pouvons en faire. Renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits et la prise en charge des populations les plus

exposées (dont les migrants) aux VIH, hépatites et autres IST est un des objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Les personnes nées à l'étranger représentent un ensemble hétérogène mais sont globalement plus à risque de présenter des facteurs de vulnérabilité notamment en santé sexuelle (19). Le nombre de diagnostics de VIH chez les HSH nés à l'étranger augmentent sur les cinq dernières années et reste stable chez les hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger. De plus, la part des diagnostics à un stade avancé de la maladie est plus importante chez les personnes nées à l'étranger soulevant un problème de retard de diagnostic (13). L'enquête Parcours (Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France) met en avant que 90% des diagnostics de VIH l'ont été après l'arrivée en France et que pour 1/3 d'entre eux la contamination a eu lieu en France. Cela soulève à la fois un défaut d'accès aux soins dans le pays d'origine ainsi qu'en France, avec des inégalités importantes. La prévalence du VIH et des hépatites virales chroniques est plus importante dans la population immigrée. Cette vulnérabilité face aux IST s'accompagne d'un risque élevé de violences sexuelles et de recours au sexe transactionnel, d'autant plus que la situation sociale est précaire (42,43).

4. Pornographie

La consommation de pornographie est courante, elle concerne 78% de notre population. Comme nous l'avons vu, la visualisation de pornographie modifie de façon statistiquement significative la représentation des IST et du SIDA dans notre étude. Dans l'enquête sur la sexualité en France, 92% des hommes et 73% des femmes de plus de 18 ans en ont déjà visualisé dans leur vie (9). En 1973 on disait déjà que les films pornographiques étaient des produits culturels banals expérimentés par la majorité des hommes et des femmes (44).

C'est aussi un sous thème important de l'entretien semi-dirigé de E3 qui rapporte que cela peut donner une image non représentative de la sexualité dans l'intimité et peut participer à l'entretien du tabou de la sexualité notamment en impactant la sexualité des plus jeunes. En 2017, l'OPEN (observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique) a publié une étude sur la visualisation de pornographie chez les adolescents de 15 à 17 ans en France. Elle met en évidence une

augmentation de la proportion des adolescent(e)s ayant visualisé de la pornographie sur internet de 37% en 2013 à 51% en 2017. De plus, 48% des adolescents et 37% des adolescentes pensent que la pornographie a participé à leur apprentissage de la sexualité. Pour 12% des garçons et 18% des filles, la pornographie a influencé de façon « plutôt négative » leur sexualité et de façon « plutôt positive » pour 15% et 12% d'entres eux. Près de ¼ déclarent avoir déjà essayé de reproduire des scènes visualisées dans des films (45).

La visualisation de pornographie est plus fréquente chez les hommes, chez qui elle est associée à une augmentation des comportements sexuels à risque (46). Il existe un lien entre visualisation de pornographie et effets cognitifs et comportementaux. Les expositions répétées à la pornographie en modifient la perception au fil du temps, avec un phénomène de désensibilisation selon certains auteurs (47).

5. Préservatif

La représentation du préservatif oppose des univers représentationnels positif et négatif. D'un côté l'utilité sanitaire de protection et de contraception et d'un autre côté le caractère désagréable et la contrainte. C'est un des seuls inducteurs pour lequel le contexte de substitution fait ressortir des termes positifs comme *utile* ou *accepté* témoignant d'une certaine intégration du préservatif dans les comportements sexuels. Dans l'enquête ANRS-KABP de 2010, ¾ des interrogé(e)s pensent que l'utilisation du préservatif est devenue banale. Cependant ils sont de plus en plus nombreux à penser qu'il est possible de contracter le VIH lors d'un rapport sexuel avec préservatif, passant de 12% en 1994 à 25% en 2010 (10).

Dans les entretiens semi-dirigés nous retrouvons que le préservatif est une nécessité mais aussi une source de frustration. L'usage du préservatif revient à introduire un geste et un objet visible pendant l'acte sexuel. Son utilisation ne peut pas être dissimulée, « modifiant le scénario du rapport sexuel » (48).

6. Homosexuel(le)s

La représentation sociale des homosexuel(le)s est divisée entre acceptation et rejet. Notons qu'aucun induit négatif ne fait pas partie de l'hypothèse de centralité et ce même en zone muette. Cela s'accorde avec un rapport de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) en 2019 qui mettait en évidence de nombreux progrès sur l'acceptation de l'homosexualité. En 2019, 8% des Français considèrent que l'homosexualité est une tare contre 42% en 1975 (49). Ce n'est qu'en contexte de substitution que nous voyons les induits à caractère négatif apparaitre, comme par exemple *contre nature*, *maladie*, *sale* ou *mal*. Malgré le fait qu'une majorité des personnes considèrent qu'il s'agit d'une sexualité comme une autre, l'hétérosexualité est largement intériorisée comme une norme. Il y a quand même 40% des hommes de 60-69 ans qui considèrent qu'il s'agit d'une sexualité contre nature. Certains auteurs parlent de tolérance et d'acceptation de principe (9).

Il est intéressant de remarquer que dans la représentation du SIDA nous retrouvions les HSH mais que cela n'est pas vrai dans la représentation des homosexuel(le)s.

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces

a) Le sujet

L'étude des représentations des IST en médecine générale est un sujet peu abordé dans la littérature médicale et est à la croisée de plusieurs domaines : médical, sociologique et psychologique.

La littérature est riche en ce qui concerne les études des représentations du VIH et du SIDA, de l'utilisation du préservatif mais nous retrouvons finalement peu de matériel sur les représentations des IST.

b) La méthodologie

La méthodologie est originale, plus souvent utilisée pour les sciences humaines et sociales mais qui a finalement toute sa place et son intérêt dans le domaine médical. L'étude des représentations sociales dans le domaine médical se développe, notamment en médecine générale mais l'utilisation des associations verbales et l'étude de la zone muette est peu commune.

Les 3 entretiens semi-dirigés nous ont permis de faire le choix des inducteurs et de réaliser une étude exploratoire des sujets qui pourraient être abordés dans la suite de l'étude. Effectivement, au départ le sujet est limité aux IST mais finalement cela soulève de nombreuses autres thématiques comme la santé sexuelle et reproductive, l'homosexualité, la religion, l'éducation pour la santé, la pornographie, etc.

Les associations verbales ont permis de recruter un plus grand nombre de participant(e)s que si nous nous étions limitées aux entretiens semi-dirigés. Elles fournissent des résultats dynamiques, représentés de façon visuelle permettant plus de clarté. De plus, l'analyse a pu se faire à la fois de façon qualitative et statistique. Elles ont permis d'interroger des populations variées socio-démographiquement, avec peu de frein concernant le niveau d'alphabétisation. Elles ont aussi permis d'accéder à un corpus de croyances et d'opinions riches, en peu de temps.

L'étude de la zone muette permet la découverte de tout un pan de la représentation qui aurait été masqué le cas échéant. Cela nous aurait conduits à des conclusions très différentes et peut être erronées.

2. Limites et biais

a) Biais d'échantillonnage

L'échantillon est de petite taille avec 50 participant(e)s et limité à l'Île de France. Cela entraine une baisse de la représentativité et l'impossibilité d'extrapoler nos résultats à la population générale. Il aurait été intéressant de compter les refus et de noter la raison du refus de participation à l'étude (manque de temps, absence d'envie, sujet trop délicat, malaise...). Les lieux de recrutement étaient des structures médicales, même sans que l'expérimentatrice ne se présente comme médecin, les participant(e)s devaient

probablement s'attendre à se retrouver face à un acteur de santé. De ce fait, cela a pu orienter les réponses vers le domaine médical et de la santé.

b) Méthodologie

> Contexte public

Dans la réalisation des associations verbales, nous avons choisi de nous placer en contexte public. C'est-à-dire que les réponses aux inducteurs étaient données à l'oral et retranscrites directement par l'expérimentatrice. Cela peut entrainer un biais dans les réponses données avec la persistance d'une pression normative et la crainte d'un jugement en cas de réponse socialement non acceptable. Nous aurions pu nous placer dans un contexte privé, en recueillant les induits par questionnaire écrit sous enveloppe. Effectivement, il semblerait que les aspects indésirables socialement soient d'avantage exprimés en contexte privé (15). Cependant cette option excluait les personnes dont le niveau éducationnel était trop bas et qui ne savaient pas lire et/ou pas écrire mais aussi les personnes dont le français n'était pas la langue maternelle et qu'ils maitrisaient mal. Cela constitue un biais dans notre volonté d'explorer la zone muette mais par intérêt éthique et scientifique nous avons choisi d'être le plus divers possible dans la constitution de l'échantillon et de limiter les inégalités éducationnelles.

> Evocations libres

Nous avons réalisé des évocations libres car moins chronophages. Il aurait été intéressant de faire des évocations hiérarchisées, c'est-à-dire qu'après le travail d'association, nous aurions demandé au (à la) participant(e)s de classer les réponses données par ordre d'importance. Cela nous aurait permis d'utiliser le rang moyen d'importance dans les analyses prototypiques. Nous avons considéré que l'induit qui apparaissait en 1ere position était le plus accessible mais cela ne signifie pas le plus important (50). Abric en 2003, définissait la centralité d'un élément à la fois de façon quantitative (fréquence importante) et de façon qualitative (rang d'importance moyen élevé) (14). La méthode d'évocation libre ne permet pas d'identifier avec certitude le

noyau central, elle permet uniquement de faire des hypothèses de centralité

(24,26,51). Pour confirmer ces hypothèses de centralité, il faut utiliser d'autres techniques. Parmi les plus utilisées nous retrouvons la technique de mise en cause (52) ou encore le modèle des schèmes cognitifs de base (53).

> Seuils des analyses prototypiques

Nous avons fait des choix de seuils pour les analyses prototypiques qui auraient pu être différents. Les seuils ne sont pas définis de façon claire dans la littérature, certains auteurs choisissent comme seuil de fréquence 10% qui est en fait le seuil utilisé dans un des logiciels existant pour l'analyse de données lexicales.

c) Analyse des données

> La part de subjectivité

L'analyse des données ne peut jamais être totalement objective, il y a toujours une part d'interprétation, même si nous avons essayé de la limiter au maximum. Il y a une part d'interprétation dans le sens que nous donnons aux induits, parfois leur sens a été vérifié auprès des participant(e)s, comme par exemple pour l'induit homosexuel(le) pour lequel nous demandions si l'induit était au masculin ou au féminin. Il y a aussi une part d'interprétation lorsque nous parlons de valence positive ou négative des induits. C'est une étape supplémentaire que nous aurions pu demander aux participant(e)s si nous n'avions eu qu'un seul inducteur par exemple. Le travail de simplification et de catégorisation nécessaire pour l'interprétation des données entraine une perte de la diversité et de nuance des réponses. Il est aussi une interprétation car il n'est jamais certain que les catégories identifiées soient effectivement celles mobilisées par les individus lorsqu'ils ont réalisé la tache associative (15).

> La zone muette

En ce qui concerne la zone muette, il est important de prendre en compte que rien n'indique que les sujets adhèrent vraiment aux opinions négatives émises en contexte de substitution (17).

C. Perspectives

Comme nous l'avons vu, la recrudescence des IST pose de nombreuses questions, à la fois médicales et sociétales. La modification et la prévention des comportements sexuels à risque sont des processus complexes faisant intervenir de nombreux facteurs.

L'éducation pour la santé est l'une des clefs de voûte de la prévention mais les messages doivent être adaptés et correctement transmis. L'amélioration de l'éducation pour la santé sexuelle passe par une approche globale. Un des objectifs est d'améliorer la littératie en santé, en faisant intervenir l'entourage, en favorisant le dialogue, l'écoute mutuelle et l'estime de soi. La sexualité et les IST sont encore des thématiques empreintes de tabous et de craintes, il faut donc faire preuve de tact et de pédagogie pour que les messages de santé publique soient entendus. De plus, nous devons adapter nos messages aux populations les plus vulnérables face aux IST et lutter contre les inégalités sociales d'accès à la prévention.

Les enjeux liés à la prévention du VIH sont trop souvent distingués de ceux de la prévention des autres IST. Cette prévention passe par des actions d'information avec la promotion de comportements sexuels à moindre risque, l'utilisation du préservatif, le dépistage précoce, le ciblage des populations à risque, la lutte contre les inégalités sociales en santé et l'information des partenaires sexuels.

Dans les années à venir, nous attendons le développement d'un vaccin contre *Chlamydia trachomatis* dont un essai de phase 1 a été publié en 2019 (54).

V. CONCLUSION

Les conduites sexuelles sont influencées par des codes sociaux, historiques et culturels (6). Pour en améliorer la prévention, il est indispensable de comprendre les attitudes et les comportements face aux IST. C'est la raison pour laquelle nous avons étudié les représentations sociales des IST à travers une méthodologie originale d'associations verbales avec étude de la zone muette.

Notre étude confirme que le VIH reste l'IST la plus prégnante et qu'il peut avoir un effet de masque sur les autres IST qui peuvent être considérées comme moins dangereuses et donc susciter moins d'intérêt et moins de protection.

Malgré une évolution vers une norme de protection des rapports sexuels et une augmentation du dépistage, cela n'est pas suffisant pour freiner la recrudescence des IST. Les études antérieures rapportent globalement un faible niveau de connaissance des IST, notamment de la notion d'IST asymptomatique, à l'exception du VIH/SIDA. Dans notre étude, un manque de connaissance pouvait être avancé et ressenti. D'un autre côté la représentation du préservatif oppose deux univers représentationnels : l'utilité sanitaire de protection et de contraception face au caractère désagréable et à la contrainte.

Il est nécessaire d'adapter les discours préventifs en favorisant le dialogue, l'écoute mutuelle et l'estime de soi. Les IST et le risque d'IST peuvent être associés à des émotions négatives comme la honte et la peur, créant des barrières et des mécanismes de défense comme le déni. Le tabou persistant autour des IST peut associer des conséquences sociales jugées trop délétères à un diagnostic positif d'IST, entrainant un dépassement des mécanismes d'adaptation des individus.

La représentation des IST est modifiée de façon statistiquement significative en fonction du **multipartenariat** ou de la **visualisation de pornographie**. Cependant, il n'existe pas de différence significative en cas d'antécédent personnel d'IST. Le poids de l'expérience personnelle d'IST ne semble pas suffisant pour en modifier les représentations (objectif secondaire de l'étude).

La zone muette de la représentation du SIDA révèle des éléments plus pessimistes et anxiogènes. Notre étude met en avant la **persistance de la peur du SIDA**, allant contre les constatations de la dernière étude ANRS-KABP de 2010 qui concluait à une tendance à une diminution de la crainte vis-à-vis du SIDA (31). Les méthodologies différentes entre les deux études peuvent expliquer ce résultat. Une des hypothèses étant que l'influence sociale obligerait à une certaine rationalité face à l'efficacité prouvée des antirétroviraux.

La représentation du SIDA est elle aussi modifiée de façon statistiquement significative en fonction du multipartenariat et de la visualisation de pornographie. Elle l'est aussi en fonction du lieu de naissance (France ou étranger).

Le cheminement de notre étude nous a permis d'aller plus loin et a mis en lumière l'importance de la consommation de pornographie dans toutes les tranches d'âges. Il faut donc renforcer la prévention sur les dangers que peut comporter la visualisation de pornographie sur les comportements sexuels et la sexualité.

La prévention des IST doit s'inscrire dans une **approche globale de la santé sexuelle**. Elle ne consiste pas uniquement en une absence de maladie mais en « un état de bien-être global devant permettre des expériences sexuelles agréables, sûres, sans contrainte ni discrimination ni violence ». Pour cela, son approche par les professionnels de santé doit être positive et respectueuse (18). Le message préventif doit absolument s'adapter aux représentations sociales de la population visée si nous voulons qu'il soit efficace.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1. INVS. surveillance Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles
- 2. OMS. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
- 3. OMS. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
- 4. Les lésions et cancers dus aux papillomavirus [Internet]. Papillomavirus.fr. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: https://www.papillomavirus.fr/les-lesions-cancers-dus-aux-papillomavirus/
- 5. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. E. Pilly.
- 6. Jaspard M. Sociologie des comportements sexuels. 2017.
- 7. Andersen RM, May RM. Epidemiological parameters of HI V transmission. Nature. juin 1988;333(6173):514-9.
- 8. INVS. Bulletin de santé publique IST bactériennes 2019.
- 9. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: Découverte; 2008. 609 p.
- 10. Saboni L. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. :5.
- 11. Pioche C. Activité de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C, et des autres IST en CeGIDD, France, 2018 / Screening activity and diagnosis of HIV, Hepatitis B and C, and other STIs in CeGIDD, France, 2018. :9.
- 12. Bébéar C, de Barbeyrac B. Genital Chlamydia trachomatis infections. Clin Microbiol Infect. janv 2009;15(1):4-10.
- 13. Cazein F. Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018 / HIV screening activity and circumstances of new HIV diagnoses, France 2018 : 10.
- 14. Abric JC. Méthodes d'étude des représentations sociales. Eres. 2005. 296 p.
- 15. Moliner P, Lo Monaco G. Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales. (Vies sociales).
- 16. Guimelli C, Deschamps J-C. Effets de contexte sur la production d'associations verbales : le cas des représentations sociales des Gitans. :14.
- 17. Chokier N, Moliner P. La « zone muette » des représentations sociales, pression normative et/ou comparaison sociale ? Bull Psychol. 2006; Numéro 483(3):281-6.
- 18. Delatour, Daniault, Troussier. De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle. :3.

- 19. Ministère des affaires sociales et de la santé. Strategie nationale sante sexuelle. Agenda 2017-2030 [Internet]. [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- 20. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. BMC Public Health. déc 2011;11(1):727.
- 21. N Beltzer, I Grémy, M Bozon. La gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale. Commissariat Général au Plan, ORS Ile de France and ANRS.; 2002.
- 22. Delmestre J. Place des stages complémentaires au sein du SASPAS dans la formation des médecins généralistes. Etude qualitative auprès d'internes d'Ile de France. [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/delmestre-these.pdf
- 23. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'entretien. A. Colin, 2010;
- 24. Dany L, Apostolidis T. Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : interrogations autour de la technique de mise en cause. Cah Int Psychol Soc. 2007;Numéro 73(1):11-26.
- 25. Piermattéo A, Lo Monaco G, Moreau L, Girandola F, Tavani J-L. Context Variations and Pluri-methodological Issues concerning the Expression of a Social Representation: the Example of the Gypsy Community. Span J Psychol. 2014;17:E85.
- 26. Lo Monaco G, Guimelli C. Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. Cah Int Psychol Soc. 2008;Numéro 78(2):35-50.
- 27. Verges P. L'evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. [The evocation of money: A method for defining the central core of a representation.]. Bull Psychol. 1992;45(405):203-9.
- 28. Lo Monaco et Lheureux. The role of expression context and social status ofhealth actors in the production of a normativespeech: The case of young people's relationship with alcohol [Internet]. 2009 [cité 22 juill 2020]. Disponible sur:
- https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1269176308000539?token=EA1CD7B35A13B670F8BCF50DC0243B4CB78F773E2A7DF01405FF085D5079EC1F652862BE1AE818E50EC107704F2D0763
- 29. Pérez JA, Mugny G. Influences sociales: la théorie de l'élaboration du conflit [Internet]. Delachaux et Niestlé; 1993 [cité 3 août 2020]. Disponible sur: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:4022
- 30. Moliner P. Images et représentations sociales: De la théorie des représentations à l'étude des images sociales. PUG. 1996. (Vies sociales).
- 31. Beltzer, Saboni, Sauvage, Sommen. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010. Obs Régional Santé DÎ--Fr. déc 2011;
- 32. VISALLI G, COSENZA B, MAZZÙ F, BERTUCCIO MP, SPATARO P, PELLICANÒ GF, et al. Knowledge of sexually transmitted infections and risky behaviours: a survey among high school and university students. J Prev Med Hyg. 28 juin 2019;60(2):E84-92.

- 33. Steinecker M. Connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles au centre de santé de Vitry sur Seine. Comparaison de la population consultant dans le cadre du dépistage anonyme et de la population consultant en médecine générale. 2014.
- 34. Jodelet D. Les représentations sociales [Internet]. Presses Universitaires de France. 2003. 454 p. (Sociologie d'aujourd'hui). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-representations-sociales-9782130537656.htm
- 35. Jodelet D. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Press Univ Rennes. 2006:235-55.
- 36. Team E editorial. Young people's knowledge of sexually transmitted infections and condom use surveyed in England. Wkly Releases 1997–2007. 4 août 2005;10(31):2766.
- 37. Mallard C. Les représentations sociales des IST chez les étudiants de l'UCL (Campus Alma) en lien avec la pratique de dépistage. 2019.
- 38. Kelley and Keen. The Role of Sequential and Concurrent SexualRelationships in the Risk of Sexually TransmittedDiseases Among Adolescents. J Adolesc Health. avr 2003;32:296-305.
- 39. Finer LB et al. Sexual Partnership Patterns as a Behavioral Risk Factor for Sexually Transmitted Diseases. Fam Plann Perspect. 1999;31(5):228-36.
- 40. Robin Goodwin et Andu Rämmer. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. Soc Sci Med. avr 2003;56:1373-84.
- 41. A.Mergui et A.Giami. Les représentations de la sexualité chez de jeunes adultes séropositifs [Internet]. [cité 2 août 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1158136013001734?token=EF10274488C653F07DB12411 D9628B8D8B1A8B11008381B0B845C5CAD75158717F5E33078C9EFC9BBC5D277E48802E87
- 42. Safon M-O. Centre de documentation de l'Irdes. 2018;298.
- 43. Desgrées Du Loû et Lert A et F. Parcours de vie des Africains immigrés en France. La découverte. 2017. (Recherches).
- 44. Simon W. Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality. Routledge; 1973. 377 p.
- 45. Kraus F, Rohmer T. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? IFOP. 2017;34.
- 46. Peter J, Valkenburg PM. The Use of Sexually Explicit Internet Material and Its Antecedents: A Longitudinal Comparison of Adolescents and Adults. Arch Sex Behav. oct 2011;40(5):1015-25.
- 47. Exposure to online sexual materials in adolescence and desensitization to sexual content | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 31 juill 2020]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1158136018300641?token=BE042985938AC46A845B691C 93AB16DE0328BBE54F4E8568200E39602428831153318ADD054D13113E0A77DAF9D5D837

- 48. A. GIAMI B. SPENCER. Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. Rev Epidemiol Sante Publique [Internet]. 2004 [cité 1 août 2020]; Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0398762004990670?token=674BBC623D02C83B6A701AD 16388E878EC9ACA3299EE128EE7F1CCB2FBBD1AD57BDD9B08EB0C4DEF1F39C91A3E1E18 64
- 49. IFOP. Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la sociéte [Internet]. 2019 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/116079_Ifop_FJR_2019.06.24.pdf
- 50. Dany L, Urdapilleta I, Lo Monaco G. Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. Qual Quant. 1 mars 2015;49(2):489-507.
- 51. Ferrara M, Friant N. Les représentations sociales des élèves du premier et du dernier degré de l'enseignement secondaire en Belgique francophone par rapport aux différentes filières. Orientat Sc Prof [Internet]. 15 déc 2014 [cité 22 juill 2020];(43/4). Disponible sur: http://journals.openedition.org/osp/4496
- 52. Moliner P. Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales. [Experimental validation of the hypothesis of a central nucleus of social representations.]. Bull Psychol. 1988;41(387):759-62.
- 53. Guimelli C. Le modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB): méthodes et applications [Internet]. Méthodes d'étude des représentations sociales. ERES; 2005 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238-page-119.htm
- 54. Abraham S, Juel HB, Bang P, Cheeseman HM, Dohn RB, Cole T, et al. Safety and immunogenicity of the chlamydia vaccine candidate CTH522 adjuvanted with CAF01 liposomes or aluminium hydroxide: a first-in-human, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1 trial. Lancet Infect Dis. oct 2019;19(10):1091-100.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide des entretiens semi dirigés

Annexe 2 : Guide des associations verbales

Annexe 3 : Catégorisation sémantique des associations verbales

Annexe 1 : Guide des entretiens semi-dirigés

1) Place de la sexualité

Que ressentez vous lorsque l'on aborde le sujet de la sexualité ? Avec qui pouvez-vous en parler ? (famille, ami, conjoint, médecin...) Place du médecin généraliste ? Quelle place occupe la sexualité dans votre vie ?

2) Comportement sexuel à risque

Selon vous de quelle façon la sexualité peut elle comporter des risques ? Pouvez vous me donner un ou plusieurs exemples qui vous viennent à l'esprit ? Pour vous qu'est ce qu'un comportement sexuel à risque ? Qu'est ce que cela représente pour vous ?

Selon vous quelles sont les raisons pour lesquelles vous utilisez/n'utilisez pas de moyen de contraception ?

3) <u>IST</u>: expérience, représentation....

Qu'est ce qu'une IST pour vous ? A quoi cela vous fait il penser ?
Pouvez vous me raconter une expérience que vous auriez eu en lien avec les IST ?
Avez-vous déjà réalisé un dépistage ?
Dans quel cadre ?
Comment cela s'est il passé ?

Annexe 2: Guide des associations verbales

Participant:
Date:/
Lieu recueil :

Inducteurs	Induits A	Induits B
	(nom propre)	(Fr en général)
Rapport sexuel à risque	A1	B1
	A2	B2
	A3	ВЗ
Infections sexuellement		
transmissibles	A1	B1
	A2	B2
	A3	B3
SIDA		
SIDA	A1	B1
	A2	B2
	A3	В3
Préservatif		
T reservatii	A1	B1
	A2	B2
	A3	ВЗ
Homosexuel	+	
Homosexuei	A1	B1
	A2	B2
	A3	ВЗ

- Sexe:
 - Hommes = 0
 - Femmes = 1
 - Autre = 2

_	Date de naissance :
	•/
-	Pays de naissance :
	• France = 0
	• Autre Europe = 1
	• Maghreb =2
	• Afrique subsaharienne = 3
	• Asie = 4 Asie in the New Levi 5
	• Amérique du Nord = 5
	 Amérique du Sud = 6 Russie = 7
	Kussie – /
-	Si né à l'étranger, date d'arrivée en France :
	•/
	T
-	Langue maternelle : • Français = 0
	• Autre = 1
	• Autt – I
-	Niveau d'éducation :
	• Aucun = 0
	• Primaire = 1
	• Collège = 2
	• Lycée = 3
	• Université = 4
_	Catégorie socioprofessionnelle :
	• Pas d'emploi = 0
	• Artisan, commerçant = 1
	• Chef d'entreprise, auto-entrepreneur = 2
	• Cadres / ingénieurs = 3
	• Instituteurs et professeurs = 4
	 Santé, médico-social = 5
	 Profession libérale hors santé = 6
	• Employé de bureau, employé de commerce, employé de service = 7
	• Profession artistique = 8
	• Policiers = 9
	• Ouvriers = 10
	• Etudiants = 11
	• Retraités = 12

- Couverture sociale :
 - Aucune = 0
 - AME = 1
 - Sécurité sociale seule = 2
 - Sécurité sociale + CSS = 3
 - Sécurité sociale + complémentaire privée = 4
- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels :
 - Non = 0
 - Oui = 1

- Orientation sexuelle:
 - Hétérosexuelle = 0
 - Homosexuelle =1
 - Bisexuelle = 2
 - Asexuelle = 3
 - Autre = 4
- Situation matrimoniale :
 - Couple cohabitant = 0
 - Relation stable non cohabitante = 1
 - Ni cohabitant, ni relation stable = 2
- Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois :
 -
- Utilisation d'une contraception :
 - Non =0
 - Oui = 1
- Rapports sexuels non protégés dans les 12 derniers mois :
 - Non = 0
 - Oui = 1
- Antécédent de dépistage IST :
 - Non = 0
 - Oui = 1
- Antécédent d'IST :
 - Non = 0
 - Oui = 1
 - NSP = 2
- Si oui laquelle:
 - VIH non =0 oui =1
 - Chlamydia non =0 oui =1
 - Gonocoque non =0 oui =1
 - Syphilis non =0 oui =1
 - VHB non =0 oui =1
 - HPV non =0 oui =1
 - HSV génital non =0 oui =1
 - Autre non = 0 oui = 1
- Utilisation d'applications ou de sites de rencontre :
 - Non = 0
 - Oui = 1
- Visualisation de pornographie :
 - Non = 0
 - Oui = 1
- Consommation de drogues dans les 12 derniers mois :
 - Non = 0
 - Oui = 1

Annexe 3 : Catégorisation sémantique des associations verbales

Les induits étant seuls dans leur catégorie apparaissent uniquement dans la colonne catégories.

Catégories	Induits
Protection	Protection – préservatif - capote
Maladie	Maladie – IST – trouble - tare
VIH	VIH – SIDA – séropositivité
Sexe	Sexe – vénérienne
Contraception	Contraception – grossesse
Danger	Danger – Risque
Mort	Mort – décès – nécrophilie
Homme	r
Peur	Peur – inquiétude – angoisse
Méconnaissance	Méconnaissance – confusion – inexpérience – nouveau
Désagréable	Désagréable – moche
HSH	HSH – pédés
Accepté	THE POOLS
Jeunes	
Soigner	Soigner – traitement
Non concernés	Soigner transment
Femme	
Contrainte	
Grave	Grave – important – central
Prévention	Prévention – Eviter
Amour	Trevention Eviter
Dépistage	
Homosexualité	Homosexualité – même sexe – gay
Nature	Tromosexuante meme sexe gay
Sécurité	Sécurité – confiance – prudence
Bien	Bien – utile – nécessaire
Avec un inconnu	Dien une necessure
Contre nature	Contre nature – bizarre - dégénérés
Syphilis	Syphilis – chtouille
Tabou	Tabou – religion – immoral
Contagion	Contagion – contamination
Discrimination	Contagion – Contamination
Infidélité	
Liberté	
Choix	
Mal	Mal – mauvais – douleur
Santé	
Amis	Santé – hygiène
Sale	Sale – dégueulasse
	Saic – deguediasse
Afrique Démangeaison	
Inconscience	Inconscience – irréfléchi – irresponsabilité
	meonscience – menecin – mesponsaonne
Incurable	

Obligatoire	Obligatoire – devoir – responsabilité
Différence	Différence – queer – inégalité
Evolution	Evolution – progrès
Homophobie	Evolution progress
Honte	
Partenaires multiples	
Préjugés	
Alcool	
Drogue	Drogue - seringue
Gonorrhée	Gonorrhée – chaude pisse – blennorragie
Mariage	Gonornice chadac pisse dicimornagio
Partenaire	
Plaisir	
Plastique	
Sceptique	
Chronique	
Couple	
Culpabilisation	
Droit	
Fléau	Fléau – malédiction
Hépatites Associations	Hépatite B – hépatite C Associations – militant – aides – sidaction
Oubli	Associations – mintant – aides – sidaction
Prostitution	
S'amuser	S'amuser – rigolade
Vie	S amusei – figorade
Années 80	
Idiot	Idiot – bêtise
Cher	Idiot – betise
Chlamydia	
Connaissance	Conneissance conscience y pensar
Conséquence	Connaissance – conscience – y penser
Désir	Désir agnair
Déviance	Désir – espoir
Emotivité	
Fête	
Humain	
Illégal Immunodéficience	
Impensable Infection	Infaction ampairmement
Inutile	Infection – empoisonnement
Mycose	
Nuit Familla	Familla parantalitá namenta
Famille	Famille – parentalité – parents
Symptômes d'infection génitale	Ecoulement verge – pertes vaginales – balanite
PrEP Songotion	
Sensation	
Supermarché	
Tolérés	

Accident	
Agression	
Complot	
Comportement	
Courage	
Docteur	
Dur	Dur – galère
Générationnel	Dui galeic
Guérison	
Herpes	
Lieu de soin	Hôpital – planning familial
Inaperçu	Tropital planning familia
Ma fille	
Malchance	
Paris	Paris – marais
Marginalisation Moi	Marginalisation – marginaux – distanciation sociale
Objet Orientation	
Papilloma virus	
Pédophilie	
Pharmacie	DI'I 111' 1001 w
Films	Philadelphia – 120 battements par minute
Punition	5.10
Problème	Problème – questionnement
Recrudescence	
Rejet	
Texture	This is a second of the second
Tristesse	Tristesse – nostalgie
Années 90	Années 90 – 1991
Abuser	
Actualité	
Animal	
Années 70	
Anus	
Arc en ciel	
Artiste	Artiste – danseur
Bite	
Bodybuilder	
Célibataire	
Commun	
Communautés	Communautés – LGBTQ+
Débat	
Déconseillé	
Dégoût	
Diminution	
Egalité	
Egoïste	
Ennemis	
Epanouissement	

Epilepsie	
Eradication	
Etre	
Fraise	
Freddie Mercury	
Homophilie	Homophilie – gay pride
Gers	1 571
Gratuit	
Haine	
Mensonge	Mensonge – hypocrite
Information	
Interruption	
Jeune femme	
Lymphocytes T4	
Ma mère	
Maigreur	
Mérité	
Mitigé	
Mon frère	
Morpions	
Variole	Variole – petite vérole
Phosphorescent	
Précarité	Précarité – vulnérabilité
Qualité	
Rougeur	
Rue	
USA	USA – San Francisco
Sang	Sang – transfusion
Sexualité débridée	
Stérilité	
Taille	
Terminal	
Tinder	
Tuberculose	
Vaccination	
Villes	
Viol	
Virus	

RESUME:

Chaque jour plus de 1 million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible (IST) dans le monde. Leur recrudescence pose des questions à la fois médicales et sociétales. L'objectif principal est d'étudier les représentations des IST chez les patients consultant en médecine générale afin d'obtenir des pistes pour comprendre les comportements sexuels à risque et d'en améliorer la prévention.

Nous avons réalisé une étude qualitative, d'abord avec des entretiens semi-dirigés préexploratoires, puis avec la méthode des associations verbales avec une étude de la zone muette pour cinq inducteurs : « rapport sexuel à risque », « infection sexuellement transmissible », « SIDA », « préservatif » et « homosexuel(le) ».

Trois entretiens semi-dirigés et 50 entretiens d'associations verbales ont été réalisés. Pour l'inducteur « infection sexuellement transmissible » le noyau central est composé de 3 éléments : *VIH*, *maladie* et *méconnaissance*. Pour l'inducteur « SIDA » le noyau central est composé de 4 éléments : *maladie*, *peur*, *mort* et *grave*.

Le VIH reste l'IST la plus prégnante, pouvant avoir un effet de masque sur les autres IST. Le tabou autour des IST persiste et peut constituer un frein à leur prévention. L'étude de la zone muette met en évidence une vision pessimiste et anxiogène du SIDA, ainsi qu'un sentiment de méconnaissance face aux IST.

La prévention des IST doit s'inscrire dans une approche globale de la santé sexuelle, en faisant preuve de tact et de pédagogie afin de lever les tabous et les craintes. Les messages de prévention doivent s'adapter aux représentations sociales des populations visées, notamment les plus vulnérables.

MOTS-CLES: médecine générale, santé sexuelle, maladies sexuellement transmissibles, VIH, normes sociales, recherche qualitative, tests d'association verbale.