

*Maladies
infectieuses*

Rapport

Enquête Presse Gay 2004

anRS

Agence nationale
de recherches sur le sida



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Sommaire

Abréviations.....	2
1. Contexte - introduction	3
2. Méthodologie	5
2.1 Méthode de recrutement et biais de sélection	5
2.2 La question de la standardisation.....	5
2.3 Analyse statistique.....	5
2.4 Le plan média	5
2.5 Le questionnaire.....	6
2.6 Le calendrier	6
3. Résultats de la collecte	8
3.1 Nombre de questionnaires recueillis par type de support	8
3.2 Les abandons sur internet.....	9
3.3 Qualité des réponses sur internet	9
4. Caractéristiques des répondants de l'EPG 2004	11
4.1 Profil sociodémographique des répondants	11
4.2 Évolution du profil des répondants depuis 1997.....	13
5. Comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH et des IST et stratégies de réduction des risques sexuels	15
5.1 Pratiques sexuelles et comportements à risque vis-à-vis du VIH et des IST	16
5.2 Stratégies de réduction des risques sexuels dans le contexte des PANP.....	26
5.3 Discussion	29
6. Recours aux tests de dépistage et statut sérologique VIH, IST, hépatites	33
6.1 Recours au test de dépistage VIH et statut sérologique.....	33
6.2 Les IST et les hépatites.....	36
6.3 Discussion	45
7. Consommation de substances psycho-actives	47
7.1 La prévalence de la consommation de substances psycho-actives.....	47
7.2 L'utilisation de substances psycho-actives dans le contexte de la sexualité.....	51
7.3 Discussion	54
8. État dépressif, conduite suicidaire et discriminations homophobes	57
8.1 Manifestations des troubles psychiques.....	58
8.2 Discrimination : homophobies familiale et sociale.....	63
8.3 Discussion	67
9. Les modes de vie gay	70
9.1 Constructeurs de couples et "chasseurs solitaires" ?.....	70
9.2 Les formes de conjugalité	74
9.3 Évolution de la sociabilité gay et usage d'internet.....	81
9.4 Discussion	84
10. Synthèse - conclusion	86
Annexes	92
Annexe 1 - Index des figures et des tableaux.....	92
Annexe 2 - Questionnaire.....	95
Annexe 3 - Tableaux complémentaires	103

Rapport

Enquête Presse Gay 2004

Contrat de recherche # 04039 et # 05048 de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) dans le cadre des programmes "Recherches en santé publique et en sciences de l'homme et de la société dans l'infection à VIH".

Coordination scientifique du rapport

Annie Velter

Contributions

Les auteurs qui ont participé à la rédaction du rapport (par ordre alphabétique) :

Alice Bouyssou-Michel (InVS, Saint-Maurice), Pierre Olivier de Busscher (Sida Info Service, Bordeaux), Marie Jauffret-Roustide (InVS, Saint-Maurice), Caroline Semaille (InVS, Saint-Maurice), Annie Velter (InVS, Saint-Maurice).

Les personnes qui ont réalisé les analyses statistiques du rapport (par ordre alphabétique) :

Amandine Arnaud (InVS, St Maurice), Alice Bouyssou-Michel (InVS, Saint-Maurice), Annie Velter (InVS, Saint-Maurice).

Les partenaires de la presse écrite et des sites internet qui ont diffusé le questionnaire (par ordre alphabétique) :

Presse écrite : All Man, Boomerang, 100% Beaux Gosses, Em@le, Fresh, Gay Video, Honcho, IB News, Ibiza News, Illico, JE, Lettre ouverte, New PA, Oh! Boys, TBM, Têtu.

Sites internet : Bbackzone.com, cgiparis.org, Citegay.com, e-illico.com, editions-rlo.com, gayfrance.com, ligneazur.org, Sida-info-service.org, Smboy.net, Tetu.com.

Le comité de pilotage de l'ANRS qui a apporté son soutien scientifique (par ordre alphabétique) :

Nathalie Bajos (Inserm U 569, Le Kremlin-Bicêtre), Michael Bochow (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin), Alice Bouyssou-Michel (InVS, Saint-Maurice), Michel Bozon (Ined, Paris),

Marie Digeoix (Ined, Paris), Véronique Doré (ANRS, Paris), Patrick Festy (Ined, Paris), Jean-Marie Firdion (Ined, Paris), Isabelle Grémy (ORS-IDF, Paris), Marie Jauffret-Roustide (InVS, Saint-Maurice), Nadine Job-Spira (ANRS, Paris), Marie-Ange Schiltz (CAMS - Cermes - CNRS, Paris), Caroline Semaille (InVS, Saint-Maurice), Thierry Troussier (DGS, Paris), Annie Velter (InVS, Saint-Maurice).

Remerciements

Nous souhaitons remercier Jean-Claude Desenclos et Marie-Ange Schiltz pour leur relecture attentive du rapport.

Nous remercions également les personnes suivantes qui ont relu certains chapitres en lien avec leur domaine d'expertise (par ordre alphabétique) :

Denise Antona, Pascale Bernillon, Fabrice Clouzeau, Élisabeth Couturier, Élisabeth Delarocque-Astagneau, Arnaud Gautier, Serge Hefez, Christine Larsen et Jean-Yves Le Talec.

Nous remercions particulièrement Arnaud Gautier (Inpes, Saint-Denis) qui nous a transmis les données spécifiques du Baromètre Santé 2005.

Nous remercions vivement l'ensemble des personnes de l'InVS qui ont participé au montage administratif, financier et technique de l'enquête (par ordre alphabétique) :

Virginie Bufkens, Yves Delasnerie, Laurence Le Tertre, Sonia Ortiz, Lila Oudaya, Lê Duc Pham Quang, Christine Saura, Elsa Vidal, Gérald Vansteene, Céline Zaccarini.

Nous remercions également les associations suivantes pour leurs conseils et suggestions lors de la constitution du questionnaire (par ordre alphabétique) :

Act up, Aides, SIS, Sneg, Warning.

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont répondu à l'enquête.

Abréviations

AFC	Analyse factorielle de correspondance
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
CDC	Centers for Disease Control
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
Crips	Centre régional d'information et de prévention sur le sida
EPG	Enquête Presse Gay
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
KABP	Knowledge, attitudes, beliefs and practises (connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida)
PANP	Au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
Sneg	Syndicat national des entreprises gay

1. Contexte - introduction

Rédigé par Annie Velter

Les enquêtes Presse Gay (EPG) permettent de suivre, depuis 20 ans, l'évolution des modes de vie et les comportements préventifs vis-à-vis du VIH, des homo et bisexuels masculins, lecteurs de la presse gay, en diffusant un auto-questionnaire dans des revues identitaires.

L'EPG, en 2000, a mis en évidence pour la première fois depuis son lancement, en 1985, une dégradation des comportements préventifs, que ce soit avec les partenaires stables ou occasionnels, et une recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) [1]. Ce relâchement des comportements préventifs avait déjà été rapporté dès 1996 aux États-Unis [2], au Canada [3], en Australie [4] et un peu plus tardivement en Europe [5-7].

Depuis, en France, différents indicateurs décrivent un maintien des comportements sexuels à risque dans la population homosexuelle masculine. L'enquête Baromètre Gay 2002, réalisée dans des lieux de rencontre gay en France, indique que plus du tiers des répondants pratiquant la pénétration anale ont eu au moins une pénétration anale non protégée (PANP) avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête [8]. Les récentes données épidémiologiques françaises indiquent que la transmission du VIH se poursuit parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Parmi les hommes découvrant leur séropositivité en France en 2004, 40 % ont été contaminés par rapports homosexuels, dont 43 % correspondent à des contaminations datant de moins de 6 mois (données InVS). Depuis 2000, une recrudescence de la syphilis a été constatée. Au total, 1 089 cas ont été rapportés entre 2000 et 2004, avec une stabilisation du nombre de cas depuis 2003 (428) et ce, en dépit d'actions de prévention et d'incitation au dépistage. La majorité des cas diagnostiqués était des homosexuels masculins, pour moitié co-infectés par le VIH [9]. Depuis 2003, des cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale ont également été diagnostiqués en France, observés exclusivement chez des homosexuels masculins [10].

C'est dans ce contexte préoccupant, où l'ensemble des indicateurs semble converger vers une progression des comportements sexuels à risque parmi la population homosexuelle masculine, que l'EPG 2004 a été effectuée, avec le soutien scientifique et financier de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

Ainsi, cette édition explore de nouveaux axes de recherche liés à l'évolution du contexte social et de la sexualité de la population HSH. Elle s'attache à suivre les évolutions, depuis 1997, des comportements sexuels à risque des répondants avec leur partenaire stable et leurs partenaires occasionnels. Suite aux nombreux débats et polémiques dans le champ de l'homosexualité et du VIH ces dernières années, elle explore les différentes stratégies de réductions des risques sexuels et alternatives au "tout préservatif" que les homosexuels peuvent être amenés à déployer. Elle explore les différents modes de vie gay des répondants de l'enquête en décrivant leurs transformations depuis 1997, tout en contextualisant la sexualité et le rapport à la prévention des sujets interrogés. Les recours au dépistage du VIH/sida, des IST et de l'hépatite C sont analysés de manière approfondie, ainsi que la prévalence déclarée de ces pathologies.

Alors que nombre d'enquêtes étrangères ont mis en avant, depuis plusieurs années, l'importance du niveau de consommation de produits psycho-actifs au sein de la population HSH et son lien avec les comportements sexuels à risque, cette problématique n'a pas réellement été investie jusqu'à présent en France. Aussi, afin de répondre aux sollicitations des acteurs institutionnels et associatifs, l'EPG appréhende le niveau de consommation de différents produits psycho-actifs licites et illicites, en le mettant en perspective avec celui de la population générale française et celui d'études étrangères réalisées auprès d'HSH. L'EPG tente de déterminer si ces consommations sont liées aux comportements sexuels à risque.

À l'image des recherches anglo-saxonnes et suisses, l'EPG fait un premier état des lieux sur la problématique du mal-être chez les HSH, ses manifestations, ses causes, tout en comparant ces résultats aux données disponibles en population générale.

La rédaction du rapport se veut collégiale : le chapitre sur les modes de vie gay a été écrit sous la responsabilité scientifique de Pierre-Olivier de Busscher, le chapitre sur le recours au dépistage du VIH, des IST et des hépatites et leur prévalence a été rédigé par Alice Bouyssou-Michel, enfin, le chapitre sur la consommation de substances psycho-actives a été co-rédigé avec Marie Jauffret-Roustide ; les autres chapitres ont été rédigés par Annie Velter.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000. Saint-Maurice : InVS; 2001.
- [2] Chen SY, Gibson S, Katz MH, Klausner JD, Dilley JW, Schwarcz SK, *et al.* Continuing increases in sexual risk behavior and sexually transmitted diseases among men who have sex with men: San Francisco, Calif, 1999-2001, USA. *Am J Public Health* 2002;92(9):1387-8.
- [3] Strathdee SA, Martindale SL, Cornelisse PG, Miller ML, Craib KJ, Schechter MT, *et al.* HIV infection and risk behaviours among young gay and bisexual men in Vancouver. *CMAJ* 2000;162(1):21-5.
- [4] Van de V, Prestage G, Crawford J, Grulich A, Kippax S. Sexual risk behaviour increases and is associated with HIV optimism among HIV-negative and HIV-positive gay men in Sydney over the 4 years period to February 2000. *AIDS* 2000;14(18):2951-3.
- [5] Bochow M, Wright MT. Les homosexuels masculins face au sida aujourd'hui. *Infothèque SIDA* 2003;3-4:31-5.
- [6] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):451-4.
- [7] Stolte IG, Dukers NH, de Wit JB, Fennema JS, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. *Sex Transm Infect* 2001;77(3):184-6.

- [8] Michel A, Velter A, Couturier E, Couturier S, Semaille C. Baromètre Gay 2002 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay en France. Bull Epidemio Hebd 2004;n°48/2004:227-8.
- [9] Couturier E, Michel A, Janier M, Dupin N, Semaille C. Syphilis surveillance in France, 2000-2003. Euro Surveill 2004;9(12).
- [10] Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, *et al.* Epidemiology of sexually transmitted infections in France. Med Mal Infect 2005;35(5):281-9.

2. Méthodologie

Rédigé par Annie Velter

2.1 MÉTHODE DE RECRUTEMENT ET BIAIS DE SÉLECTION

Depuis 1985, l'EPG suit un protocole de recrutement similaire. L'échantillon est constitué sur la base du volontariat en répondant à un questionnaire inséré dans la presse identitaire. La durée moyenne d'administration est d'une heure et chaque répondant doit retourner par voie postale à ses frais le questionnaire. Les biais de sélection sont donc importants : tous les homo-bisexuels ne lisent pas la presse gay et tous les lecteurs de celle-ci ne répondent pas à ce type de questionnaire. Cependant, les différentes enquêtes représentatives de la population générale mettent en évidence la difficulté de recruter un nombre suffisant d'HSH [1]. Aussi, la construction d'échantillons de "convenance", comme cette enquête, est devenue une pratique commune à différents pays européens depuis plusieurs décennies. Elles permettent d'obtenir un nombre important de répondants. Les structures des populations produites par ces échantillons sont très similaires, quels que soient l'année de réalisation et le pays [2-4]. Ainsi, il a été décrit que les répondants par voie de presse sont plus affirmés quant à leur identité sexuelle, leur pratique exclusivement homosexuelle et leur activité sexuelle, mais aussi quant à leur motivation et intérêt vis-à-vis des questions de prévention du VIH [5,6]. Ces biais surestiment probablement le niveau de protection au sein de la population des homosexuels masculins. Considérant que ces biais restent stables au cours des différentes éditions, on peut accepter les tendances en se gardant de généraliser les résultats à l'ensemble de la population homosexuelle.

2.2 LA QUESTION DE LA STANDARDISATION

2.2.1 Standardisation des évolutions des résultats des EPG

L'étude de l'évolution des comportements des éditions de l'EPG pose le problème de la comparabilité des résultats, alors que la base statistique fluctue selon les années et qu'aucun contrôle sur la construction de l'échantillon n'est possible [7]. Néanmoins, si on fait l'hypothèse que les différents biais évoqués dans le paragraphe précédent restent stables au cours des enquêtes, on peut alors accepter les tendances sans pour autant généraliser ces résultats à l'ensemble de la population homosexuelle. Cependant, lors des comparaisons temporelles d'indicateurs entre les trois enquêtes de 1997, 2000 et 2004, seules les données provenant de la presse écrite ont été mises en perspective et une standardisation prenant la structure par âge des répondants de l'EPG 1997 comme population de référence a été systématiquement réalisée, obtenant des taux standardisés par la méthode directe [8] gommant tout effet de structure par âge.

2.2.2 Standardisation des comparaisons des résultats de l'EPG 2004 et du Baromètre Santé 2005

Afin de comparer certaines données de l'EPG 2004 à celle de la population générale, des comparaisons ont été réalisées avec les

données masculines du Baromètre Santé 2005. Le Baromètre Santé est une étude réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en population générale depuis 1992, son objectif est d'évaluer les comportements, attitudes et perceptions des Français en matière de santé. L'échantillon représentatif de la population française de l'édition 2005 est constitué de 30 514 personnes interrogées par téléphone (fixes et mobiles exclusifs) [9]. Afin de rendre les données de ces deux études comparables, par rapport à la structure par âge, les taux de l'EPG 2004 ont été standardisés par la méthode directe sur la structure par âge des hommes âgés de 15 à 75 ans du Baromètre Santé. Ainsi, des comparaisons ont pu être réalisées pour la consommation de produits psycho-actifs et pour certains indicateurs de mal-être (pensées suicidaires, tentatives de suicide, prise en charge thérapeutique).

2.3 ANALYSE STATISTIQUE

Les données recueillies dans le cadre du questionnaire ont été analysées avec le logiciel Stata 8.2. Des analyses statistiques descriptives en univarié et bivarié ont été réalisées. Les tests statistiques permettant d'obtenir le degré de significativité sont le Khi-deux de Pearson pour la comparaison des pourcentages à un seuil de probabilité inférieur à 0,05 et le t de Student pour la comparaison des moyennes. Des régressions logistiques descendantes pas à pas ont également été menées ; le seuil de signification alpha retenu était de 5 %.

2.4 LE PLAN MÉDIA ASSURANT LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Au fil des éditions, la diffusion du questionnaire s'est élargie et diversifiée rendant compte de la fluctuation du nombre de revues gay disponibles sur le long terme. Si, durant plusieurs années, le questionnaire a été diffusé grâce au seul titre "Gay Pied", la disparition de celui-ci en 1995 entraîna l'élargissement du plan média et aboutit en 2000 à la participation de 20 revues.

À la lumière des taux de réponse obtenus pour chaque type de supports¹ en 2000, il a été décidé en 2004 de se focaliser sur les titres les plus "performants" en termes de taux de réponse, tout en tentant d'approcher les multiples profils de la communauté gay. Le plan média de 2004 s'appuie sur 16 revues qui, pour la plupart d'entre elles, participaient à la précédente édition de 2000 : Têtu, Illico, All Man, Honcho, Fresh, 100% Beaux Gosses, Emale, Gay vidéo, Ibiza News, Lettre ouverte, Boomerang (antérieurement Pamplemousse). D'autres nouveaux titres ont accepté d'encarter le questionnaire : Oh ! Boys, IB News, JE, New PA, TBM.

Le panel ne se veut ni exhaustif ni représentatif de la presse gay existante en 2004, mais cherche à appréhender un profil de lecteurs homosexuels le plus large et le plus diversifié possible. Aussi, les revues participantes diffèrent par la nature de leur contenu, informatif ou pornographique, par la couverture géographique, nationale voire internationale ou circonscrite à des régions (Île-de-France, Ouest, Sud...), par la diffusion en kiosque ou par abonnement (payant) ou

¹ En 2000, 78 % des questionnaires proviennent de la presse gay (information et proximité), 16 % de la presse érotique et 6 % de la diffusion sur internet (téléchargement) et envois postaux ; 71 % des questionnaires reçus proviennent des 8 revues ayant déjà participé à l'EPG 1997.

mis à disposition dans les lieux de convivialité communautaire (gratuit). Le plan de diffusion 2004 intègre, pour la première fois, la mise en ligne du questionnaire sur 10 sites internet identitaires gay. Il s'agit de sites d'information généraliste sur le VIH/sida ou communautaire (citegay.com, e-illico.com, Tetu.com, editions-rlo.com, Sida-info-service.org, ligneazur.org, cglparis.org) et des sites de rencontres (gayfrance.com, Bbackzone.com, Smboy.net). D'autres sites identitaires ont été démarchés pour la mise en ligne du questionnaire, mais les négociations n'ont pas abouti. Les internautes ont pu remplir directement le questionnaire en cliquant sur une bannière positionnée sur la page d'accueil de sites d'information ou de rencontre.



Il paraissait inconcevable de reconduire l'EPG en 2004 sans intégrer un volet permettant aux personnes d'accéder au questionnaire et d'y répondre *via* le support internet. En effet, la diffusion d'internet au sein de la population gay s'est particulièrement accrue à l'image de son expansion en population générale : en 2004, un tiers des ménages avait une connexion internet [10] et CiteGay.fr, un des plus importants portails gay français, comptabilisait, déjà en 2001, 1,6 millions de visites et plus de 35 millions de pages vues par mois (source cybermétrique). À l'étranger, nombre d'études comportementales ont été conduites au travers de ce nouveau média, permettant de recruter rapidement différents échantillons incluant des personnes difficiles à enquêter ou à atteindre par les modes d'investigation traditionnels. Ces études ont ainsi montré, dès le début des années 2000, une forte fréquentation des HSH sur les sites de rencontre sur internet. La proportion d'HSH au Royaume-Uni utilisant internet pour rechercher des partenaires a augmenté de manière significative de 28 % en 1999 à 66 % en 2002 [4]. En France, les répondants du Baromètre Gay 2002, réalisé auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay, indiquaient pour 32 % d'entre eux fréquenter des sites de rencontre internet [11]. Dans ce contexte, il a donc été décidé, en accord avec le comité scientifique, de réaliser un volet internet dans une optique expérimentale. Après accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), le développement informatique a été conçu par le service informatique de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et une prise de contact des principaux sites internet a été réalisée.

Les avantages de ce nouveau mode de recrutement par rapport aux méthodes de recrutement plus traditionnelles sont nombreux. Un des principaux intérêts est son faible coût. L'insertion des questionnaires dans les revues implique un dédommagement même minime lié à l'espace utilisé. Pour 2004, il s'élevait à plus de 50 000 euros pour 16 titres. Les bannières, reliant les sites internet à l'application, ont dans la majorité été intégrées sur la page d'accueil de manière gracieuse, seuls deux sites ont souhaité être indemnisés (4 000 euros).

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Messiah A, Mouret-Fourme E. Homosexualité, Bisexualité : éléments de sociobiographie sexuelle. *Population* 1993;(5):1353-80.
- [2] Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : premiers résultats de GAYSURVEY 04. Lausanne: Bulletin de l'OFSP; 2005.
- [3] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids : Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. *Deutsche AIDS-Hilfe e.V.*; 2004.

² Questionnaire en annexe.

Par ailleurs, les coûts liés au codage et à la saisie sont nuls. Les autres intérêts sont sa rapidité à obtenir un nombre important de répondants, 1 269 personnes s'étaient connectées au questionnaire dès le 12^e jour de mise en ligne, et sa capacité à atteindre un profil de répondants différent de la presse écrite en termes d'âge, de zones géographiques mais aussi de comportements plus marginaux [12].

2.5 LE QUESTIONNAIRE

Pour suivre l'évolution des tendances à travers les EPG successives, les questions sont relativement comparables d'une enquête à l'autre².

Les questions posées permettent de connaître le profil sociodémographique des répondants, leur mode de vie sociosexuel et leur statut sérologique. Les principaux indicateurs du questionnaire restent inchangés, permettant de suivre l'évolution des pratiques sexuelles (nombre de partenaires sexuels dans l'année, fréquentation des lieux de drague, pratique de la pénétration anale avec les partenaires stables et occasionnels) et de suivre l'évolution des comportements de protection et des prises de risque chez les homosexuels dans le cadre d'une relation stable ou avec des partenaires occasionnels (fréquence de l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale, fréquence de l'utilisation du préservatif pour la fellation, exposition au sperme lors des rapports oro-génitaux, pratique et fréquence des PANP, IST dans l'année). Par ailleurs, dans cette version, des questions renseignent plus spécifiquement sur l'usage de produits psycho-actifs et l'estime de soi.

Plusieurs associations communautaires (Aides, Act Up, Sida Info Service, Sneg et Warning) ont été sollicitées lors de l'élaboration du questionnaire afin de recueillir leurs suggestions. Le comité de pilotage scientifique, réuni par l'ANRS, a discuté les différentes versions du questionnaire et validé l'ultime version.

2.6 LE CALENDRIER

La parution des questionnaires dans la presse identitaire s'est échelonnée de juillet à octobre 2004 du fait des différentes périodicités des publications concernées. Le recueil des questionnaires papier s'est déroulé d'août 2004 à février 2005, même si 80 % de l'échantillon était déjà constitué dès la fin du mois de septembre 2004. La période de diffusion n'est pas très différente de celle de 2000, qui avait eu lieu entre mi-juin et septembre, et celle de 1997, entre les mois de septembre et octobre.

Quant à la mise en ligne du questionnaire, elle s'est déroulée du 20 septembre au 31 octobre 2004. La moitié des répondants on-line avait répondu dans les 12 premiers jours de l'enquête, l'attrait de la nouveauté s'estompant extrêmement rapidement sur ce type de support.

- [4] Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Hammond G, Stephens M. Risk and reflexion. Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2004. London: Sigma Research; 2005.
- [5] Sandfort TGM. Sampling male homosexuality. In J. Bancrofts (ED). Researching sexual behavior : methodological issues (pp. 261-275).Bloomington : Indiana University Press. 1997.
- [6] Schiltz MA. Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquête. Paris: CAMS, Cermes, ANRS; 1998 Mar. Rapport de recherche.
- [7] Pollak M, Schiltz MA. Six années d'enquête sur les homo et bisexuels masculins face au sida 1985-1990. Paris : ANRS, EHESS, CNRS; 1991 Mar. Rapport de recherche.
- [8] Bouyer J, Hemon D, Cordier S, Derriennic F. Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives. INSERM ed. 1995.
- [9] Guilbert P, Arnaud A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : Inpes; 2006.
- [10] Frydel Y. Un ménage sur deux possède un micro-ordinateur, un sur trois a accès à internet/. Insee Première 2005; n°1011.
- [11] Velter A, Michel A, Semaille C. Baromètre gay 2002. Saint-Maurice : InVS; 2005 Nov.
- [12] Ross MW, Tikkanen R, Mansson SA. Differences between Internet samples and conventional samples of men who have sex with men: implications for research and HIV interventions. Soc Sci Med 2000;51(5):749-58.

3. Résultats de la collecte

Rédigé par Annie Velter

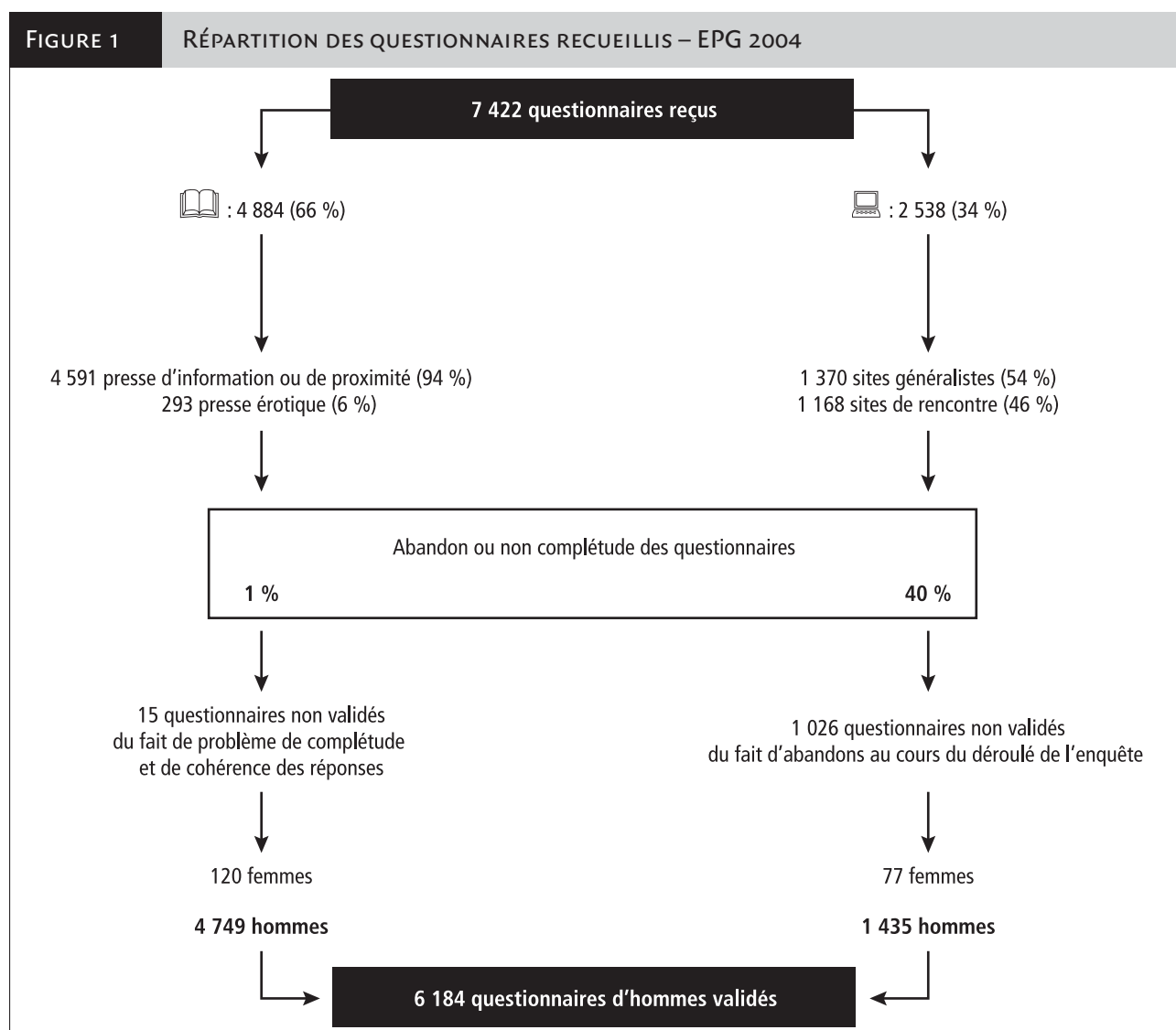
3.1 NOMBRE DE QUESTIONNAIRES RECUEILLIS PAR TYPE DE SUPPORT

En 2004, un total de 7 422 questionnaires a été recueilli, tous supports confondus.

Le nombre de répondants a augmenté considérablement par rapport à l'enquête 2000, pour laquelle 4 962 questionnaires avaient été reçus. Cette augmentation est liée à la mise en ligne du questionnaire sur des sites internet identitaires, puisque le nombre de réponses provenant de la presse est en légère baisse avec 4 884 questionnaires renvoyés par courrier. Cependant, si 2 538 personnes se sont connectées au questionnaire EPG on-line, *in fine* seules 1 512 d'entre elles ont rempli

l'ensemble du questionnaire, soit un taux d'abandon important de 40 % et ce, malgré les messages informatifs préalables concernant la longueur et la nature du questionnaire.

Concernant les retours des questionnaires encartés dans la presse papier, 90 % d'entre eux proviennent des revues ayant participé à l'enquête 2000. La très large majorité de ces réponses est issue de la presse informative ou de proximité (94 %), au détriment de la presse érotique (6 %) qui enregistre une baisse de participation de 10 points par rapport à 2000 (16 %). La répartition selon la nature des sites est moins tranchée sur internet, 54 % des internautes se sont connectés au questionnaire par l'intermédiaire de sites d'information.



Comme les précédentes EPG, si les répondants sont très majoritairement des hommes, 214 femmes (3 %) ont souhaité remplir le questionnaire pourtant destiné aux homosexuels masculins.

Seuls les questionnaires remplis par des hommes ont été retenus pour l'analyse, soit 6 184 réponses validées : 4 749 hommes ayant renvoyé le questionnaire papier et 1 435 hommes ayant rempli complètement le questionnaire on-line.

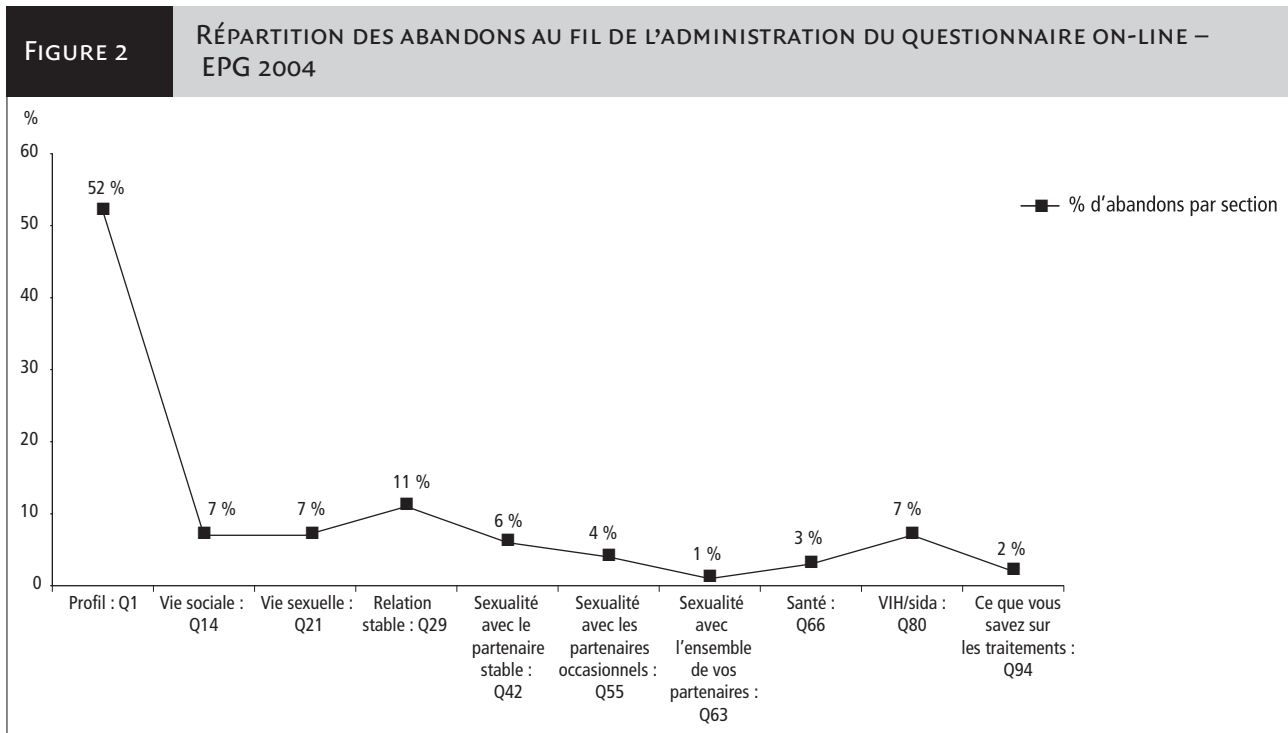
3.2 LES ABANDONS SUR INTERNET

Ainsi, un des principaux désagréments de la mise en ligne de questionnaires est le fort taux d'abandon des répondants, également constaté dans d'autres études. Au Royaume-Uni, en 2003, une enquête réalisée sur internet sur les comportements sexuels auprès des HSH indiquait un taux d'abandon de 36 % [1].

Alors qu'une première page indiquait la nature de l'EPG, les thématiques abordées et la durée moyenne de son administration, dès la première question (portant sur le sexe du répondant), 532 personnes n'y ont

pas répondu, soit 21 % des personnes s'étant connectées à la bannière. Ces premiers abandons proviennent pour 58 % des sites d'information ($p < 10^{-4}$). Il n'est pas possible de connaître d'autres informations concernant ces personnes puisqu'elles n'ont pas été renseignées.

Le questionnaire on-line nécessitait, pour chacune des dix parties, une validation des informations saisies à chaque fin de session, sans quoi le répondant ne pouvait passer à la section suivante. Bien qu'aucun contrôle n'oblige le répondant à apporter une réponse à chacune des questions, les abandons se sont accrus au fil de chaque nouvelle partie.



Au total, plus de la moitié des abandons se sont effectués dès la première partie du questionnaire, portant sur les caractéristiques sociodémographiques classiques des répondants. Par la suite, les proportions d'abandons s'échelonnent de 1 % à 11 % selon les thématiques. Les pourcentages d'abandons les plus importants concernent plus spécifiquement les relations stables (à mi-parcours du questionnaire) et les questions sur le VIH/sida (en fin de questionnaire). Les questions relatives aux comportements sexuels ne suscitent au contraire pas d'abandons importants (figure 2). Ces dernières constatations sont également rapportées par l'étude britannique [1].

D'une manière générale, les personnes abandonnant l'administration du questionnaire on-line au cours de son déroulement se caractérisent par une proportion importante des moins de 25 ans (45 % ont arrêté de remplir le questionnaire dès la seconde section portant sur la vie sociale) et une proportion de personnes s'identifiant soit bisexuelles ou hétérosexuelles (respectivement : 19 % vs 11 % et 6 % vs 0.7 %, $p < 0,002$). A contrario, les personnes résidant dans une agglomération de moins de 20 000 habitants (14 % vs 20 %, $p < 10^{-4}$) et les personnes s'auto-identifiant comme homosexuelles ont plus souvent persévéré et complété l'ensemble des questions. Aucune différence significative n'est constatée selon le niveau scolaire des répondants, leurs professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) ou encore leur revenu.

Ainsi, comme pour le questionnaire papier, l'adhésion aux questions nécessite une motivation et un intérêt pour les thématiques abordées, renforçant ainsi le postulat précédemment avancé sur les biais de recrutement inhérents à l'auto-administration de questionnaires par voie de presse que le support internet ne semble pas, pour l'instant, résoudre. Les populations spécifiquement ciblées telles que les jeunes ou les bisexuels, se sont peut-être connectées au questionnaire, mais n'ont pas poursuivi leur démarche durant une heure sur des sujets difficiles.

3.3 QUALITÉ DES RÉPONSES SUR INTERNET

Par ailleurs, la qualité des réponses sur internet est moindre que sur support papier. Même si les non-réponses sont inhérentes à la méthode d'auto-administration de questionnaires, les répondants d'internet ayant complété l'ensemble du questionnaire l'ont rempli de façon moins rigoureuse. Pour internet, les taux de non-réponse s'échelonnent jusqu'à 12 %, alors que pour le papier elles n'excèdent pas 8 %. Ces taux de non-réponse élevés concernent la même variable portant sur la dernière profession exercée. Les différences de qualité de réponses selon le support sont significatives pour les variables portant sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'éducation...). Aucune différence n'est constatée selon les supports concernant les taux de réponse aux questions sur les modes de vie et les pratiques

sexuelles. Par ailleurs, des différences significatives selon le support utilisé apparaissent lors des questions portant sur la connaissance du statut sérologique des partenaires occasionnels avec qui des PANP ont été pratiquées. À la question demandant si au moins un des partenaires des rapports anaux non protégés était séropositif, les internautes ont fourni plus fréquemment une réponse (26 % vs 12 %, $p < 10^{-4}$). Si on intègre le statut sérologique du répondant, le taux de réponse des séropositifs internautes est alors plus important que celui des répondants séropositifs par voie de presse (69 % vs 44 %, $p < 10^{-4}$) et aucune différence significative n'est constatée pour les répondants de statut sérologique autre.

Ce dernier résultat laisse présumer que certains internautes prennent plus de distance par rapport aux normes préventives actuelles que les répondants *via* la presse écrite qui tendent plus à éviter de répondre ou à adapter leurs réponses à ce qu'ils pensent être le plus conforme à cette norme. Les biais de désirabilité sociale, déjà limités par la méthodologie d'enquête auto-administrée, semblent être minimisés avec l'utilisation d'internet [2]. Ainsi, comme dans d'autres études [3], les répondants on-line séronégatifs et séropositifs déclarent plus de rapports anaux non protégés avec leurs partenaires occasionnels que ceux de la presse écrite (respectivement 32 % vs 27 %, $p < 0,05$ pour les séronégatifs et 79 % vs 49 %, $p < 10^{-4}$ pour les séropositifs).

Cette confrontation à la norme préventive des répondants est également visible lors de la mise en perspective des deux questions concernant la protection des pénétrations anales avec les partenaires occasionnels, quel que soit le support de réponse choisi. Ainsi, parmi les hommes n'ayant déclaré aucune PANP, 2 % ont indiqué ne pas utiliser systématiquement le préservatif. Et parmi ceux ayant déclaré utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports anaux, 18 % d'entre eux ont déclaré parallèlement avoir eu au moins une PANP. Cet exemple indique la difficulté pour les répondants de s'extraire de toutes connotations stigmatisantes liées au non-usage du préservatif dans un questionnaire portant précisément sur les comportements préventifs.

L'intérêt d'internet pour les prochaines éditions de l'enquête est indubitable. Cependant, ce support mérite un investissement technique plus important, afin d'améliorer le développement du questionnaire en le rendant plus attrayant par son design, sa simplicité et sa rapidité de navigation, permettant de réduire le taux d'abandon et d'attirer une population plus jeune (cf. chapitre "Caractéristiques des répondants de l'EPG 2004").

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Evans AR, Wiggins RD, Bolding G, Elford J. Dropping out of online of sexual behaviour among MSM. 2006 Aug; XVI International AIDS Conference, Toronto Canada, August 2006: [TUPE0318]; 2006.
- [2] Chiasson MA, Parsons JT, Tesoriero JM, Carballo-Diequez A, Hirshfield S, Remien RH. HIV behavioral research online. J Urban Health 2006; 83(1):73-85.
- [3] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Web-based behavioral surveillance among men who have sex with men: a comparison of online and offline samples in London, UK. J Acquir Immune Defic Syndr 2004;35(4):421-6.

4. Caractéristiques des répondants de l'EPG 2004

Rédigé par Annie Velter

Les points clés

- **L'âge moyen des répondants est de 37 ans. Leur niveau d'étude est élevé (63 % ont suivi des études supérieures au bac). Ils appartiennent à un milieu socio-économique favorisé : 41 % sont cadres ou exercent une profession intellectuelle supérieure, 18 % gagnent 3 000 euros et plus par mois. Ils vivent fréquemment en milieu urbain : 58 % résident dans une agglomération de plus de 100 000 habitants. La très large majorité des répondants se définit homosexuelle (89 %). Si une part importante des répondants est célibataire (80 %), 11 % sont pacsés.**
- **Le profil sociodémographique des répondants selon le type de support diffère : les internautes sont en moyenne plus jeunes que les lecteurs de la presse gay (34 ans vs 37 ans). Ils ont un niveau d'études plus élevé (47 % ont suivi des études de second ou troisième cycle contre 41 %). Ils résident moins souvent en province (56 % vs 60 %). Ils se définissent plus fréquemment bisexuels (10 % vs 5 %).**
- **Depuis 1997, globalement, les caractéristiques démographiques et sociales des répondants sont relativement stables avec, cependant, des différences notables. Les répondants 2004 par voie de presse sont moins jeunes, moins diplômés, moins parisiens que ceux des enquêtes 2000 et 1997.**

4.1 PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES RÉPONDANTS

La moyenne d'âge des hommes, quel que soit le support, est de 36,6 ans [13-92]. La moitié des répondants est âgée d'au moins 35 ans. Les internautes sont en moyenne plus jeunes (34 ans) [15-78] que les lecteurs de la presse (37,4 ans) [13-92]. Les jeunes de moins de 25 ans représentent 17 % des répondants *via* internet contre 12 % pour ceux de la presse écrite. Parallèlement, les répondants âgés de 35 ans et plus sont moins nombreux à avoir répondu par internet que par la presse (44 % vs 56 %, $p < 10^{-4}$) (tableau 1).

Le niveau d'études des répondants est élevé : 63 % précisent avoir suivi des études supérieures. Les répondants d'internet se caractérisent par une proportion d'hommes ayant suivi des études de 2^e et 3^e cycles universitaires et grandes écoles, plus importante que ceux de la presse (47 % vs 41 %, $p < 10^{-4}$). La part des répondants ayant un niveau inférieur au baccalauréat est donc moins élevée sur internet (13 % vs 20 %, $p < 10^{-4}$).

La majorité des répondants sont salariés (67 %), 10 % sont indépendants, 8 % sont chômeurs ou Rmistes et 8 % sont étudiants. Les répondants d'internet précisent plus souvent être étudiants que ceux de la presse (12 % vs 7 %), du fait qu'ils soient plus nombreux à être âgés de moins de 25 ans.

Le niveau socio-économique des répondants est assez favorisé, comme l'attestent la dernière profession exercée et le niveau de revenu mensuel. Ainsi, 41 % des répondants appartiennent à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les professions intermédiaires et les employés sont moins représentés (respectivement 25 % et 22 %). Les ouvriers (6 %), les artisans-commerçants et chefs d'entreprises (5 %) sont, quant à eux, peu présents. Seuls 29 répondants indiquent être agriculteurs (0,6 %). Les internautes appartiennent significativement plus à des catégories socioprofessionnelles favorisées (46 % sont cadres ou professions intellectuelles supérieures contre 39 % pour la presse). Les ouvriers, artisans et agriculteurs sont moins nombreux à avoir répondu au questionnaire on-line (respectivement 5 % vs 7 %, 3 % vs 6 % et 0,3 % vs 0,6 %) (tableau 1).

Les revenus mensuels des répondants sont importants quel que soit le support ; 18 % d'entre eux gagnent 3 000 euros et plus par mois.

Les répondants vivent plus fréquemment en milieu urbain : 58 % résident dans une agglomération de plus de 100 000 habitants. Il n'y a pas de différence significative entre les répondants par internet et de la presse écrite. Les répondants habitent pour 23 % à Paris, 12 % en banlieue parisienne, 59 % en province et 6 % à l'étranger. Les internautes sont moins nombreux à résider en province que les lecteurs de la presse écrite (56 % vs 60 %), ils vivent plus souvent en banlieue parisienne (14 % vs 11 %) ou à l'étranger (8 % vs 5 %) (tableau 1).

La très large majorité des répondants s'autodéfinit homosexuelle (89 %), même si les internautes indiquent plus fréquemment être bisexuels (10 % vs 5 % pour les lecteurs de la presse). Si les répondants sont majoritairement célibataires selon l'état civil (80 %), 11 % (645) précisent être pacsés.

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS – EPG 1997, 2000, 2004
(PRESSE ET INTERNET)

	EPG 1997		EPG 2000		EPG 2004		EPG 2004		EPG 2004		p
	Taux observés		Taux observés		Taux observés		Support presse Taux observés		Support internet Taux observés		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Répondants hommes	3 312		4 753		6 184		4 749		1 435		
Âge											<10 ⁻⁴
Moins de 25 ans	607	18,7	605	12,9	788	13,3	562	12,2	226	16,9	
25 à 29 ans	781	24,0	930	19,9	883	14,9	641	13,9	242	18,1	
30 à 34 ans	766	23,5	1 025	21,9	1 106	18,6	821	17,9	285	21,3	
35 à 44 ans	784	24,1	1 418	30,3	1 899	32,0	1 516	33,0	383	28,6	
45 ans et plus	315	9,7	698	14,9	1 260	21,2	1 058	23,0	202	15,1	
Total	3 253	100,0	4 676	100,0	5 936	100,0	4 598	100,0	1 338	100,0	
Âge moyen	32		35		37		37		34		<10 ⁻⁴
Âge médian	31		34		35		36		33		
Mini	17		14		13		13		15		
Maxi	82		90		92		92		78		
Éducation											<10 ⁻⁴
Inférieure au bac	665	20,1	788	16,7	1 153	18,9	968	20,5	185	13,3	
Bac et brevet professionnel	634	19,2	1 025	21,7	1 106	18,1	865	18,3	241	17,3	
1 ^{er} cycle universitaire	641	19,4	705	14,9	1 282	21,0	967	20,5	315	22,7	
2 ^e , 3 ^e cycles universitaires et grandes écoles	1 364	41,3	2 199	46,6	2 572	42,1	1 923	40,7	649	46,7	
Total	3 304	100,0	4 717	100,0	6 113	100,0	4 723	100,0	1 390	100,0	
Lieu de résidence											<10 ⁻⁴
Étranger	105	3,2	221	4,7	345	5,9	244	5,4	101	7,7	
Province	1 772	54,0	2 495	52,9	3 480	59,3	2 745	60,3	735	55,7	
Banlieue parisienne	461	14,0	637	13,5	700	11,9	518	11,4	182	13,8	
Paris	944	28,8	1 360	28,9	1 346	22,9	1 045	23,0	301	22,8	
Total	3 282	100,0	4 713	100,0	5 871	100,0	4 552	100,0	1 319	100,0	
Dernière profession exercée											<10 ⁻⁴
Agriculteurs	-		8	0,2	29	0,6	26	0,6	3	0,3	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	-		191	4,4	278	5,4	245	6,1	33	3,0	
Cadre et professions intellectuelles supérieures	1 057	44,6	1 683	39,0	2 089	40,8	1 579	39,3	510	46,0	
Professions intermédiaires	541	22,8	1 252	29,0	1 283	25,1	984	24,5	299	27,0	
Employés	536	22,6	862	20,0	1 115	21,8	909	22,7	206	18,6	
Ouvriers	238	10,0	316	7,3	327	6,4	270	6,7	57	5,1	
Total	2 372	100,0	4 312	100,0	5 121	100,0	4 013	100,0	1 108	100,0	
Identité sexuelle											<10 ⁻⁴
Homosexuelle	2 899	88,1	4 290	90,9	5 432	89,5	4 255	90,9	1 177	85,0	
Bisexuelle	196	6,0	204	4,3	375	6,2	230	4,9	145	10,5	
Hétérosexuelle	2	0,1	8	0,2	19	0,3	14	0,3	5	0,4	
Refus de se définir	195	5,9	218	4,6	241	4,0	183	3,9	58	4,2	
Total	3 292	100,0	4 720	100,0	6 067	100,0	4 682	100,0	1 385	100,0	
Statut conjugal (sur 12 mois)											<0,062
Seul	810	24,7	1 297	28,3	1 933	32,7	1 453	31,9	480	35,2	
Relation homosexuelle stable terminée	724	22,1	904	19,8	942	15,9	726	16,0	216	15,9	
Relation homosexuelle stable en cours	1 741	53,2	2 376	51,9	3 035	51,4	2 369	52,1	666	48,9	
Total	3 275	100,0	4 577	100,0	5 910	100,0	4 548	100,0	1 362	100,0	
Statut "légal"											0,001
Célibataire	3 033	91,7	4 274	91,5	4 862	79,9	3 710	78,9	1 152	83,3	
Pacsé	-		-		645	10,6	531	11,3	114	8,2	
Autre	273	8,3	399	8,5	577	9,5	460	9,8	117	8,5	
Total	3 306	100,0	4 673	100,0	6 084	100,0	4 701	100,0	1 383	100,0	

Le profil sociodémographique des répondants à l'EPG 2004 est identique à celui obtenu dans d'autres études internationales, dont la méthodologie de recrutement est similaire : il s'agit d'hommes âgés de 25 à 45 ans, d'un niveau d'études élevé, appartenant à la classe moyenne et s'autodéfinissant homosexuels [1,2].

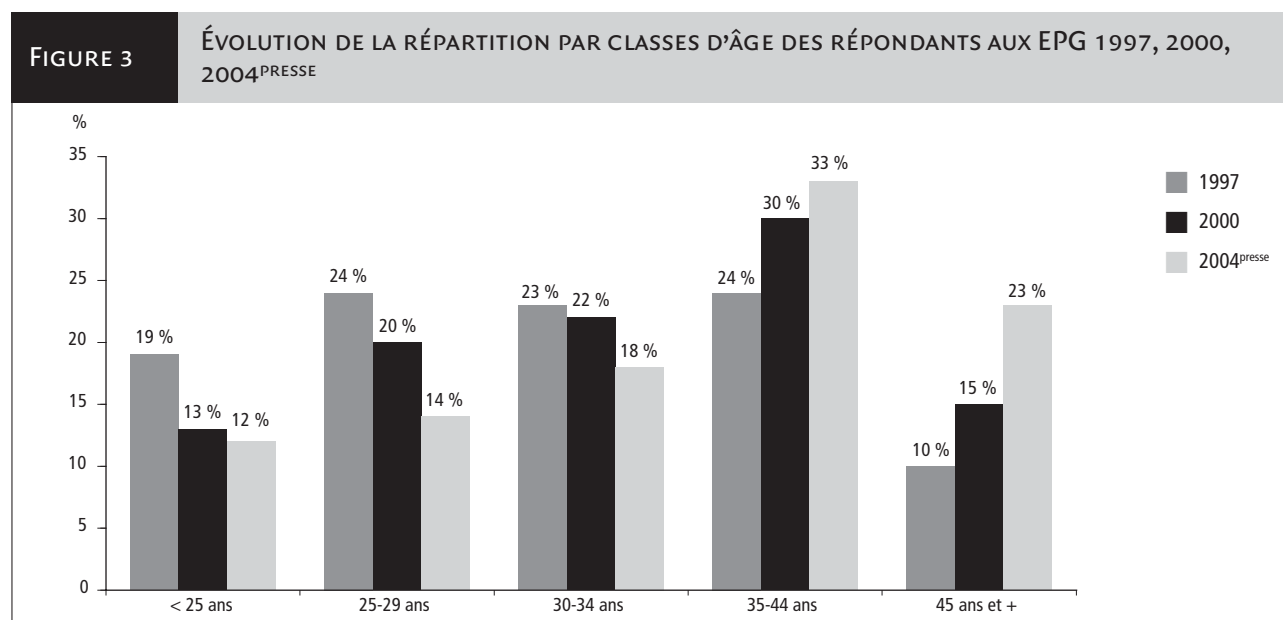
Les spécificités des répondants de l'EPG *via* internet s'approchent de celles décrites dans les études menées auprès des HSH *via* internet [1-4]. Ainsi, les répondants par internet sont plus jeunes que ceux ayant répondu par voie de presse et s'autodéfinissent plus souvent comme bisexuels. Par contre, contrairement aux études étrangères, les répondants par internet de l'EPG ont un niveau scolaire plus élevé, alors que ce n'est pas le cas dans d'autres études [1,2,4]. De même, pour le lieu de résidence, les internautes de l'EPG 2004 ne résident pas plus souvent dans des petites villes ou en milieu rural [1,2,4], mais plus souvent en banlieue francilienne. Aussi, le profil recruté par internet en France est quelque peu distant des attentes initiales. La proportion de jeunes de moins de 25 ans est malgré tout faible par rapport aux

autres enquêtes internationales de même nature et n'arrive pas à rajeunir l'âge moyen des répondants de manière conséquente. De même, les hommes résidant en zone rurale ne sont pas surreprésentés.

4.2 ÉVOLUTION DU PROFIL DES RÉPONDANTS DEPUIS 1997

De manière générale, le profil sociodémographique des répondants de l'EPG 2004 provenant de la presse papier est proche de celui décrit dans les précédentes éditions et de celui des autres enquêtes réalisées auprès de cette population au cours du temps [1,2].

Un vieillissement des répondants est constaté depuis 1997 : l'âge moyen des répondants s'élevait à 32,4 ans en 1997 et 34,8 ans en 2000. Outre le fait que la part des moins de 25 ans participant à l'enquête n'augmente pas (figure 3), celle des 25-34 ans tend à diminuer (42 % en 2000 vs 32 % en 2004^{presse}) alors que le poids des 45 ans et plus augmente (15 % en 2000 vs 23 % en 2004^{presse}).



Même si le niveau d'éducation reste élevé, la proportion de répondants n'ayant pas le baccalauréat augmente entre les éditions 2000 et 2004^{presse} (20 % en 2004^{presse} vs 17 % en 2000, $p < 10^{-4}$), mais revient au même niveau qu'en 1997 (tableau 1). En appliquant la structure par âge de l'EPG 1997, cette tendance reste vraie et significative (taux standardisés 2000 : 17 %, 1997 : 22 %, $p < 10^{-4}$), indiquant que ces différences ne sont pas liées au vieillissement de la population mais peut-être à une diffusion des titres gay participant à l'enquête moins élitiste qu'antérieurement. Le profil socioprofessionnel et le niveau de revenus des répondants restent similaires depuis 1997 (tableau 1).

Si d'un point de vue juridique, les répondants sont moins nombreux à être célibataires (79 % en 2004^{presse} vs 91 % en 2000), cette différence est liée au Pacs (11 % des lecteurs de la presse sont pacés) dont la légalisation est antérieure de quelques mois à l'EPG 2000. La proportion des hommes ayant un état civil autre (marié, divorcé, séparé, veuf) ne diffère pas dans les trois éditions (de l'ordre de 9 %).

Les répondants de l'édition 2004^{presse} vivent moins souvent à Paris : ils sont 23 % dans ce cas contre 29 % en 2000 et 1997 ($p < 10^{-4}$). Cette évolution n'est pas liée à la différence de structure par âge entre les

éditions : à structure par âge égale, quelle que soit l'édition, la tendance reste vraie. Comme le niveau scolaire des répondants, cette tendance peut être imputable à une plus grande disponibilité des titres participants sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, les répondants à l'EPG suivent peut-être la même évolution décrite par les dernières enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005, où est constaté un déficit migratoire important en Île-de-France [5].

Globalement, sur l'ensemble de la période, les caractéristiques démographiques et sociales des répondants sont relativement stables avec cependant quelques différences notables. Les répondants en 2004 par voie de presse sont moins jeunes, moins diplômés, moins parisiens que ceux des enquêtes 2000 et 1997.

Ce vieillissement des répondants n'est pas propre à l'EPG 2004. Les études étrangères rapportent également une baisse semblable de participation des jeunes gens dans ce type d'enquête, avec un vieillissement certain des échantillons si on exclut le volet internet [1,2]. Cependant, dès les premières éditions de l'EPG [6], la participation des jeunes hommes était déjà peu importante. En effet, ce type d'enquête nécessite, pour le répondant, l'affirmation de ses pratiques

homosexuelles et une certaine familiarité avec les spécificités du mode de vie gay (lecture des revues identitaires, fréquentation des lieux de convivialité communautaires et d'échanges sexuels). Or, comme le démontrait M.-A Schiltz [7], les jeunes homosexuels sont plus souvent à cette période de leur vie dans un processus interne d'acceptation de leur orientation sexuelle. La démarche de remplir un questionnaire sur ses pratiques sexuelles nécessite, pour le répondant, d'avoir franchi ce moment de doute. À cet effet d'âge, constant à travers les éditions, s'ajoute un effet de génération également rapporté au fil des enquêtes mais dont l'interprétation a évolué. Ainsi, en 1991, M. Pollack indiquait "[...] les moins de 20 ans observés en 1985 montraient souvent méfiance et scepticisme face à un discours préventif qui les désignait comme cible prioritaire du risque. Cette attitude n'est plus répandue parmi les moins de 20 ans en 1990 : le "sida" est désormais trop présent pour être ignoré et les "jeunes" d'aujourd'hui, contrairement à ceux d'il y a seulement cinq ans, ont plus de chances de rencontrer lors de leurs premières expériences sexuelles des partenaires qui, eux-mêmes, prennent des précautions ; d'où un rapport très différent au risque, à la sexualité et aux précautions sexuelles" [6]. En 2001, P. Adam mettait également en exergue ce phénomène générationnel, mais cette fois en évoquant une distanciation des jeunes hommes par rapport à la réalité du VIH/sida pour expliquer "la désaffection des

jeunes [...] vis-à-vis du sida et de la prévention" [8]. Pour l'édition 2004 de l'EPG, ces effets d'âge et de génération perdurent au regard du désintérêt toujours croissant des jeunes hommes pour ce type d'enquête, qui porte à la fois sur des questions d'identité sexuelle, de pratiques sexuelles et de prévention. De plus, les générations nées entre 1979 et 1975 et qui, en 2000, avaient déjà peu participé à l'enquête, ne semblent pas s'être pour autant, 4 ans plus tard, appropriées cet outil comme l'avaient fait, après 25 ans, les générations antérieures. Peut-on alors conclure à une "possible transformation du processus de socialisation des jeunes homosexuels" comme le suggéraient C. Broqua et P.-O de Busscher [9] ? L'une des composantes de cette transformation serait justement la distance de ces nouvelles générations par rapport au VIH. Cette distance pour ces générations, dont l'entrée dans la sexualité coïncide avec l'arrivée des nouveaux traitements, ne semble pas pour autant se modifier avec l'âge, faisant écho aux propos de M. Pollack cités ci-dessus sur la génération âgée d'une vingtaine d'années en 1985. Un travail qualitatif, soutenu par l'ANRS, est en cours de réalisation afin d'identifier les nouvelles composantes de ce processus de socialisation (F. Lert : La construction des styles de vie gay : sociabilité, socialisation, sexualité et prévention). Par ailleurs, ces changements générationnels feront l'objet d'une analyse quantitative complémentaire portant sur la totalité des EPG.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : premiers résultats de GaySurvey 04. Lausanne : Bulletin de l'OFSP; 2005.
- [2] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Deutsche AIDS-Hilfe e.V; 2004.
- [3] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Web-based behavioral surveillance among men who have sex with men: a comparison of online and offline samples in London, UK. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35(4):421-6.
- [4] Ross MW, Mansson SA, Daneback K, Cooper A, Tikkanen R. Biases in internet sexual health samples: comparison of an internet sexuality survey and a national sexual health survey in Sweden. *Soc Sci Med* 2005;61(1):245-52.
- [5] Morel B, Redor P. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 - La croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes. Insee Première [N°1058]. 2006.
- [6] Pollak M, Schiltz MA. Six années d'enquête sur les homo et bisexuels masculins face au sida 1985-1990. Paris: ANRS, EHESS, CNRS; 1991 Rapport de recherche.
- [7] Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête des modes de vie. *Population* 1997;6:1485-538.
- [8] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000. Saint-Maurice : InVS; 2001.
- [9] Broqua C, de Busscher PO. La crise de la normalisation. Expérience et condition sociales de l'homosexualité en France. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris : ANRS; 2003. p. 19-33.

5. Comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH et des IST et stratégies de réduction des risques sexuels

Rédigé par Annie Velter

Les points clés

- L'usage du préservatif lors de la fellation est minoritaire : 7 % des répondants pratiquant la fellation avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois ont utilisé systématiquement le préservatif et 3 % avec le partenaire stable. Alors que l'utilisation du préservatif ne cesse de diminuer depuis 1997, quel que soit le type de partenaire, l'exposition au sperme lors de la fellation avec les partenaires occasionnels augmente : 42 % des répondants sont dans ce cas en 2004 contre 29 % en 2000 et 1997.
- Les rapports anaux non protégés avec les partenaires stables augmentent : en 2004, 69 % des répondants de la presse ont eu au moins une PANP avec leur partenaire stable au cours des 12 derniers mois contre 60 % en 2000 et 57 % en 1997.
- Parmi les trois quarts des répondants ayant des relations sexuelles avec leur partenaire stable ainsi qu'avec d'autres hommes, 65 % ont eu au moins une PANP avec leur partenaire stable contre 80 % pour ceux ayant des relations sexuelles exclusivement avec leur partenaire stable.
- Dans les relations stables, dans lesquelles les partenaires sont de statut sérologique VIH concordant, les rapports anaux sont très peu protégés : 82 % des couples séroconcordants négatifs ont eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois et 67 % pour les couples séroconcordants positifs. Dans les couples où 1 ou les 2 partenaires ont un statut sérologique inconnu, 63 % d'entre eux ne protègent pas leurs rapports anaux.
- Les rapports anaux non protégés avec les partenaires occasionnels augmentent également : en 2004, 33 % des répondants de la presse ont eu au moins une PANP avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois contre 26 % en 2000 et 19 % en 1997. Cette hausse est vraie quel que soit le statut sérologique VIH des répondants et spécifiquement pour les répondants se déclarant séropositifs VIH : alors que 26 % d'entre eux indiquaient avoir eu au moins une PANP en 1997, en 2004, ils sont 49 %. En 2004, les hommes ayant répondu à l'enquête par l'intermédiaire d'internet protègent moins leurs rapports anaux avec leurs partenaires occasionnels (44 %) que ceux ayant répondu par la presse écrite (33 %).
- Parmi les répondants ne protégeant pas leurs rapports anaux avec leurs partenaires occasionnels, peu de répondants séropositifs VIH ont des rapports anaux non protégés uniquement avec des partenaires de même statut sérologique (10 %) ; les répondants séronégatifs sont proportionnellement plus nombreux à indiquer des pratiques anales non protégées exclusivement avec d'autres hommes séronégatifs (27 %).

³ 48^e rencontre du Crips "Prévention des risques sexuels et/ou réduction des risques sexuels ?". Déc 2002.

Depuis le début de l'épidémie de sida, les comportements des homosexuels masculins vis-à-vis de la protection lors des pratiques sexuelles ont évolué. Au cours de la deuxième moitié des années 80, des stratégies de "sélection" des partenaires et d'"évitement" des lieux de rencontre sexuelle ont été adoptées. Puis, au cours de la décennie suivante, des stratégies "protectionnistes" leur ont succédé, consistant principalement à interrompre la pénétration anale, voire la fellation, avant l'éjaculation, ou à utiliser le préservatif [1]. Le "safer sex" qui était présenté comme la "norme" dans les années 90 semblerait ne plus être la référence [2]. Au cours de la fin de cette décennie, une nouvelle notion émerge, celle de la réduction des risques sexuels chez les homosexuels. Évoqué dans sa dimension internationale lors de la conférence mondiale sur le sida de Barcelone [1], ce thème a été relancé en France lors de l'expérimentation de la campagne de prévention initiée par Aides-Provence dans un sauna marseillais durant l'été 2002 autour de huit messages différents dont "Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer", ou "Tu baisses sans capote, mets au moins du gel !" ; ce thème a été ensuite repris lors de journées de réflexion organisées par le Centre régional d'information et de prévention sur le sida (Crips) d'Île-de-France et Aides en octobre 2002³. Cette thématique de la réduction des risques chez les homosexuels suscite de vives polémiques dans le champ de l'homosexualité et du sida en France. Cette notion de réduction des risques est influencée par l'expérience acquise chez les usagers de drogues, qui consiste à rompre avec la volonté d'éradication des drogues pour prendre en considération l'usager de drogues dans sa trajectoire, accepter qu'il puisse continuer à consommer des drogues et qui postule sa responsabilité. Appliquée aux homosexuels, la réduction des risques sexuels serait une approche qui consisterait à prendre en considération l'existence de rapports non protégés et à appréhender différentes dimensions telles que les pratiques sexuelles, le choix d'un rôle sexuel, le statut sérologique des partenaires, le niveau de la charge virale. Les homosexuels ne seraient donc plus dans une stratégie d'annulation du risque, mais de minimisation de celui-ci. À titre d'exemple, un des aspects de cette gestion du risque peut ainsi consister à choisir d'être passif ou actif avec le partenaire selon son statut sérologique. Des pratiques telles que le "dipping" (pénétrations partielles non protégées), ou la prise en compte de la charge virale du partenaire dans l'estimation du risque peuvent entrer dans cette forme de gestion. Cette notion de réduction des risques est sujette à polémique dans la mesure où elle consiste à exiger d'un individu un comportement rationnel dans une situation qui peut être considérée comme irrationnelle (la non-utilisation du préservatif). Certains acteurs de la prévention redoutent que le discours de la réduction des risques mettant l'utilisation systématique du préservatif au second plan, incite ceux qui ne le feraient pas habituellement, à prendre des risques. Au travers de l'analyse des EPG 1997, 2000 et 2004, ce chapitre s'attachera à identifier l'existence de telles stratégies et leur évolution.

Dans un premier temps, les comportements sexuels à risque seront exposés afin d'identifier leur évolution au cours des trois éditions de l'EPG depuis 1997, que ce soit avec le partenaire stable ou les partenaires occasionnels.

Dans un second temps, les différentes stratégies de réduction des risques seront décrites et mises en perspective avec les deux enquêtes précédentes, lorsque cela est possible, pour les deux types de partenaires sexuels.

5.1 PRATIQUES SEXUELLES ET COMPORTEMENTS À RISQUE VIS-À-VIS DU VIH ET DES IST

Cette partie décrit les comportements sexuels à risque lors de la pratique de la fellation et de la pénétration anale avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels, déclarés par les hommes ayant répondu à l'enquête uniquement dans la presse en 2004, dans l'optique de les comparer avec les répondants des précédentes enquêtes 1997 et 2000. Une analyse spécifique présente, pour 2004, les différences de comportements selon que les hommes ont répondu par voie de presse ou par internet. Les indicateurs choisis pour rendre compte des comportements sexuels sont : pour la fellation, l'exposition au sperme au cours des 12 derniers mois pour le répondant et pour le partenaire, et pour la pénétration anale, le fait d'avoir eu au moins un PANP au cours des 12 derniers mois et la fréquence de ces rapports anaux non protégés.

5.1.1 La fellation avec le partenaire stable et les partenaires occasionnels : pratique, protection et exposition au sperme

En 2004, la fellation est pratiquée par la quasi-totalité des répondants, que ce soit avec le partenaire stable (99 %) ou les partenaires occasionnels (98 %).

5.1.1.1 Protection des fellations

La protection systématique de la fellation, parmi ceux qui la pratiquent, concerne une minorité de répondants : seuls 7 % des répondants indiquent toujours utiliser le préservatif lors de la fellation avec leurs partenaires occasionnels et 3 % avec leur partenaire stable. L'usage systématique du préservatif lors de la fellation ne cesse de diminuer au cours des enquêtes, avec les partenaires occasionnels (14 % en 1997, 7 % en 2000) et avec le partenaire stable (5 % en 1997, 3 % en 2000).

Au "tout préservatif", lors de la pratique de la fellation, s'est mise en place une stratégie alternative consistant à éviter le sperme dans la bouche. Cependant, l'évolution des comportements indique une baisse significative de cette alternative, quel que soit le type de partenaire, au bénéfice d'une exposition au sperme.

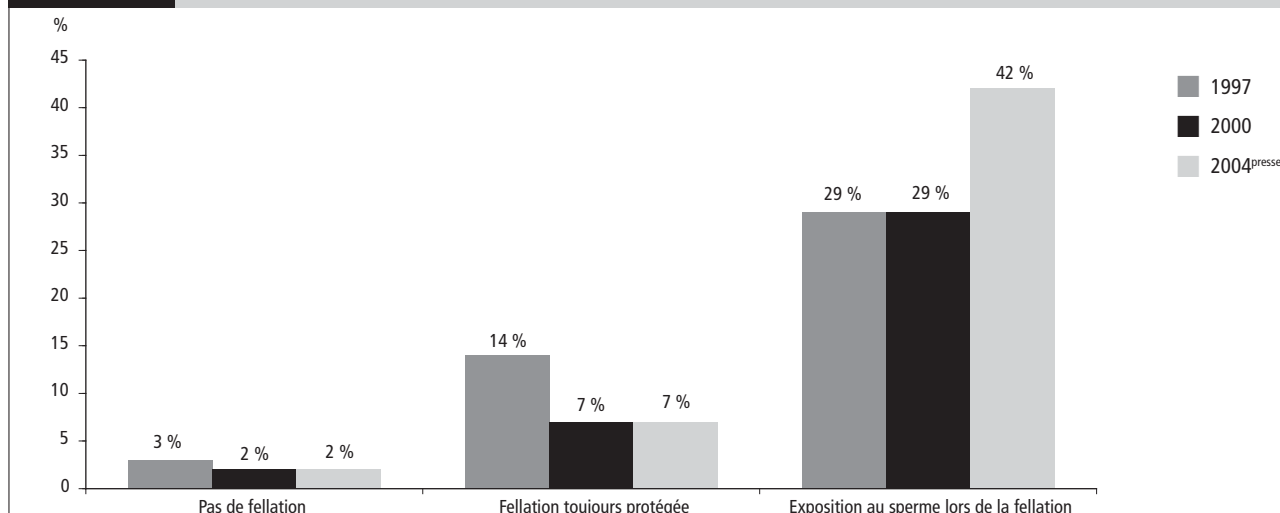
5.1.1.2 Exposition au sperme

Avec le partenaire stable, alors qu'en 1997 et 2000, la moitié des répondants concernés avait eu une exposition au sperme lors de la fellation, cette proportion passe à 64 % en 2004. Cette banalisation est également vraie pour les partenaires occasionnels : l'exposition au sperme lors de la fellation passe ainsi de 29 % en 1997 et 2000 à 42 % en 2004 (figure 4).

Ce sont les éjaculations dans la bouche des partenaires occasionnels qui croissent plus particulièrement (15 % en 1997 et 2000 vs 19 % en 2004^{presse}).

FIGURE 4

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE DE LA FELLATION ET DE L'EXPOSITION AU SPERME AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS – EPG 1997, 2000, 2004^{PREPESSE}



Ces expositions au sperme avec des partenaires de rencontre sont plus fréquentes parmi les répondants n'ayant pas suivi d'études supérieures (49 % vs 42 %, $p < 10^{-4}$), ayant eu plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois (55 % vs 43 %, $p < 10^{-4}$) et parmi les hommes se déclarant séropositifs (54 % vs 45 %, $p < 10^{-4}$). Il n'y a pas de différence d'exposition au sperme observée en 2004 si les répondants sont âgés ou non de moins de 25 ans (48 % vs 44 %, $p < 0,17$). Ces différences étaient déjà rapportées en 2000 et 1997.

5.1.2 Pénétration anale avec le partenaire stable et les partenaires occasionnels : pratique et non-protection

La pratique de la pénétration anale et le nombre de PANP au cours des 12 derniers mois suivent une tendance ascendante depuis 1997. Les différences de protection selon le type de partenaire, décrites antérieurement, restent vraies.

Entre 1997 et 2004, la proportion d'hommes ayant pratiqué la pénétration anale avec leur partenaire stable est passée de 89 % à 93 % et, avec les partenaires occasionnels, elle passe de 84 % en 1997 à 88 % (tableau 2).

5.1.2.1 PANP avec le partenaire stable

• Pratique de la pénétration anale

La pratique de la pénétration anale au sein de la relation stable est différentielle selon l'âge des répondants et la durée de vie de la relation. En effet, alors qu'elle est de plus en plus pratiquée jusqu'à 35 ans (96 %), elle diminue avec l'âge de manière significative (88 % pour les 45 ans et plus). Par ailleurs, plus la relation stable est ancienne, moins les rapports anaux sont pratiqués (95 % lorsque les relations sont inférieures à 1 an contre 90 % pour celles de plus de 5 ans, $p < 10^{-4}$).

• Non-protection de la pénétration anale

La part des rapports anaux non protégés entre partenaires stables, déjà d'un niveau plus élevé que ceux entre partenaires occasionnels, ne cesse d'augmenter depuis 1997 : de 57 % en 1997, elle passe à 60 % en 2000 pour atteindre 69 % en 2004 pour la presse (tableau 2).

Cette augmentation reste vraie et significative lorsque l'on applique la structure par âge de 1997.

La fréquence des PANP au sein des relations stables est plus régulière que celles avec les partenaires occasionnels. Ainsi, en 2004, alors que 68 % des répondants ayant au moins une PANP avec leur partenaire stable ont eu au moins une PANP une fois par mois et plus, la proportion de répondants ayant la même fréquence de rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels est de l'ordre de 21 %. Ces pratiques anales régulièrement non protégées croissent au cours des éditions de manière significative : elles s'élevaient à 56 % en 1997 et 65 % en 2000 (tableau 2).

Relation stable exclusive ou pas

Quelles que soient les éditions de l'EPG, la non-protection des pénétrations anales avec le partenaire stable et leur fréquence ne sont pas différentes selon les caractéristiques démographiques des répondants. Ce sont le nombre de partenaires, donc l'ouverture de la relation stable sur d'autres rencontres sexuelles, et le statut sérologique du répondant, et plus particulièrement des deux partenaires de la relation, qui influent sur la protection ou pas des pénétrations anales au sein de la relation et sur leur fréquence.

Près de trois quarts des répondants ayant une relation stable dans l'année ont également d'autres partenaires sexuels dans les 12 derniers mois (74 %). Les comportements de protection déclarés par les répondants ayant une relation stable non exclusive⁴ mettent en évidence des stratégies de gestion des risques. Ainsi, les rapports anaux non protégés dans ce type de relation sont moindres que dans les relations exclusives⁵ (65 % vs 80 %, $p < 10^{-4}$) et plus souvent de l'ordre de l'exceptionnel ou de l'occasionnel (35 % vs 25 %, $p < 0,001$).

Au cours des trois éditions de l'EPG, la part d'hommes avec un partenaire stable dont la relation est non exclusive reste proportionnellement stable sans différence significative (73 % en 1997, 76 % en 2000 et 74 % en 2004, $p < 0,442$). Il n'est pas constaté d'évolution significative quant à la protection des rapports anaux entre partenaires stables, selon le type de relation exclusive ou pas. Les différences précédemment notées étaient déjà observées dans les éditions 1997 et 2000.

⁴ Répondants ayant déclaré avoir un partenaire stable dans les 12 derniers mois et au moins deux partenaires sexuels pour la même période.

⁵ Répondants ayant déclaré avoir un partenaire stable dans les 12 derniers mois et un seul partenaire sexuel pour la même période.

	Partenaire stable						Partenaires occasionnels								
	1997			2000			1997			2000			2004 ^{prepe}		
	n	%	p	n	%	p	n	%	n	%	n	%	n		
Pratique de la fellation dans les 12 derniers mois															
	n=2 426		n=2 915	n=3 278		n=2 273	n=3 164		n=3 104						
Pas de pratique de la fellation	70	2,9	0,9	3,0	98	26	3,0	65	2,0	50	2,2	74	0,550		
Parmi ceux qui pratiquent la fellation															
Usage systématique du préservatif	115	5,1	2,6	3,3	102	70	13,7	303	7,2	224	6,6	201	<10 ⁻⁴		
Pas d'exposition au sperme	996	44,0	32,9	45,5	1 426	884	57,6	1 271	63,4	1 973	51,8	1 570	<10 ⁻⁴		
Exposition au sperme	1 154	51,0	64,5	51,2	1 603	1 733	28,7	634	29,4	917	41,6	1 259	<10 ⁻⁴		
	2 265	100,0	100,0	100,0	3 131	2 687	100,0	2 208	100,0	3 114	100,0	3 030			
Pratique de la pénétration anale dans les 12 derniers mois															
	n=2 434		n=2 916	n=3 279		n=2 364	n=3 404		n=3 297						
Pas de pratique de la pénétration anale	275	11,3	7,4	10,4	341	217	15,6	368	12,0	408	12,3	406	0,006		
Au moins une PANP	1 164	57,5	69,3	59,7	1 695	1 861	19,5	373	26,2	777	33,2	950	<10 ⁻⁴		
Parmi ceux qui ont eu au moins une PANP															
Exceptionnelle (1-2)	198	17,0	9,1	11,6	197	169	63,5	237	51,5	400	43,5	413	<10 ⁻⁴		
Occasionnelle (3-11)	309	26,6	22,7	23,2	394	423	26,5	99	33,1	257	35,4	336	0,005		
Régulière (1 par mois et plus)	657	56,4	68,2	65,1	1 104	1 269	9,9	37	15,4	120	21,2	201	<10 ⁻⁴		
PANP selon le statut sérologique des répondants et de leurs partenaires															
Sérodiscordant ou inconnu	459	40,0	34,7	37,9	622	623	90,6	338	88,8	690	85,4	811			
Séroconcordant	689	60,0	65,3	62,1	1 019	1 168	9,4	35	11,2	87	14,6	139			
	1 148	100,0	100,0	100,0	1 641	1 791	100,0	373	100,0	777	100,0	950	0,004		
Sérodiscordant ou inconnu	459	40,0	34,7	37,9	622	623	0,047								
Séroconcordant négatif	649	56,5	62,4	58,7	963	1 117	0,001								
Séroconcordant positif	40	3,5	2,8	3,4	56	51	0,289								
	1 148	100,0	99,9	100,0	1 641	1 791									

Statut sérologique des deux partenaires de la relation stable

Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement aux comportements sexuels et préventifs à l'intérieur même de la relation stable en combinant le statut sérologique du répondant et celui de son partenaire, à partir des déclarations du répondant, on peut apprécier les stratégies internes aux couples et constater des situations où les risques de contamination d'un des partenaires sont importants.

En 2004, la répartition de la combinaison des statuts sérologiques des deux partenaires stables ayant eu recours au test de dépistage VIH indique que 52 % d'entre eux sont séroconcordants négatifs et 3 % sont séroconcordants positifs. Les couples sérodifférents, où l'un des deux partenaires est de statut différent de l'autre ou au moins l'un des deux partenaires ne connaît pas son statut sérologique, représentent 45 %.

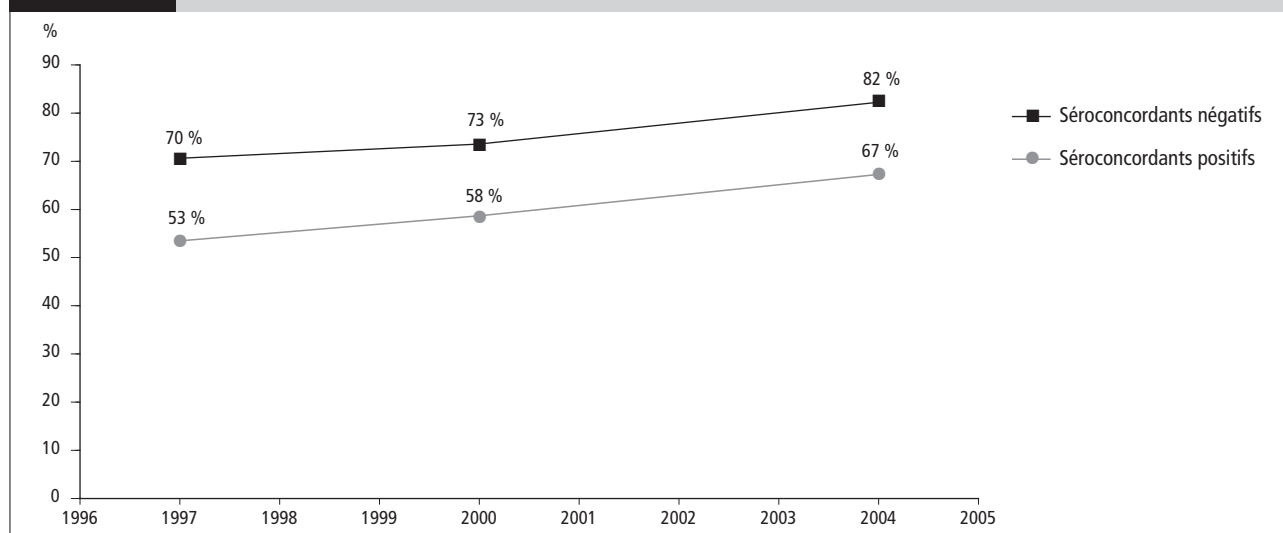
Alors que la pratique de la pénétration anale est systématique quel que soit le statut sérologique du couple, des différences significatives sont constatées quant à la protection de ces rapports. D'une manière générale, les couples séroconcordants ne protègent pas leurs

pénétrations anales : 82 % des couples séroconcordants négatifs ont eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois et 67 % pour les couples séroconcordants positifs. Dans les couples où l'un des partenaires ou les deux ont un statut sérologique inconnu, la non-protection des rapports anaux est également élevée (63 %) en regard du risque de contamination encouru. Lorsque le risque de transmission du VIH est manifeste, c'est-à-dire qu'un des partenaires est séropositif et l'autre négatif, 29 % de ces couples ne protègent pas certains de leurs rapports anaux.

Le risque pour ces couples sérodifférents est d'autant plus présent que la périodicité de ces rapports non protégés est accentuée : 61 % des couples, où l'un des partenaires ou les deux ont un statut sérologique inconnu, pratiquent la PANP de manière régulière (1 fois par mois ou plus). Un peu moins d'un couple sur deux (48 %), où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif, le font également régulièrement. Les couples séroconcordants pratiquent également de manière régulière la PANP dans près de trois quarts des cas (73 %), les couples séroconcordants séropositifs s'exposant au risque d'une éventuelle surcontamination.

FIGURE 5

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE RÉPONDANTS PRATIQUANT LA PÉNÉTRATION ANALE AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE DANS LES 12 DERNIERS MOIS, AYANT EU AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE AU SEIN DES COUPLES SÉROCONCORDANTS – EPG 1997, 2000, 2004^{PRESSE}



En termes de tendance, depuis 1997, il est constaté une augmentation significative des PANP au sein des relations stables entre partenaires de statut sérologique concordant : on passe de 60 % en 1997 à 62 % en 2000 et 65 % en 2004 ($p < 0,003$). Cette augmentation est significative parmi les couples séroconcordants négatifs où la part des rapports anaux non protégés enregistre une hausse de 12 points : en 1997, 70 % des couples séroconcordants négatifs étaient concernés, ils étaient déjà 73 % en 2000 pour atteindre 82 % en 2004 (figure 5). Quant aux couples séroconcordants positifs, si la tendance est également à la hausse, celle-ci n'est pas significative du fait de la faiblesse des effectifs, de 53 % en 1997, on passe à 67 % pour 2004 ($p < 0,08$).

5.1.2.2 Pénétrations anales avec les partenaires occasionnels

• Pratique de la pénétration anale

Les rapports anaux avec des partenaires occasionnels sont très largement pratiqués par l'ensemble des répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois ; il n'y a pas de différence de pratique selon les caractéristiques sociodémographiques de ces hommes. Par contre, selon le statut sérologique VIH des répondants, la pénétration anale est plus ou moins pratiquée : les hommes séropositifs sont plus nombreux à s'y adonner que les séronégatifs ou les répondants non testés (respectivement : 96 %, 87 % et 78 %, $p < 10^{-4}$). Par ailleurs, les répondants fréquentant et rencontrant des partenaires dans les lieux de rencontre gay pratiquent, plus que les autres, la pénétration anale avec des partenaires occasionnels ; les différences ne sont cependant pas significatives selon la possibilité d'avoir ou pas des échanges sexuels sur ces lieux. Ainsi, parmi les répondants qui rencontrent leurs partenaires dans les bars,

les "backrooms" ou encore les saunas, 92 % pratiquent la pénétration anale avec des partenaires occasionnels contre 85 % pour ceux qui ne rencontrent pas leurs partenaires dans ces différents lieux ($p < 10^{-4}$). Les répondants pratiquant les rapports anaux déclarent également un nombre médian de partenaires occasionnels dans l'année, supérieur aux autres (12 vs 4).

• Non-protection de la pénétration anale

Évolution

Les comportements à risque avec les partenaires de rencontre augmentent de manière régulière et importante au cours des trois dernières enquêtes. La part des répondants ayant eu au moins une PANP dans les 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels était de 19 % en 1997, s'élevait à 26 % en 2000 pour atteindre 33 % en 2004 (tableau 2). La probabilité d'avoir au moins un rapport non protégé pour les répondants pratiquant la pénétration anale a presque doublé entre 1997 et 2004. Cette augmentation des comportements à risque reste vraie à structure par âge égale à celle des répondants de l'enquête de 1997. La proportion des rapports anaux non protégés s'élève à 33,2 % avec la structure par âge des répondants de l'enquête 2004 contre 32,9 % si on applique aux taux de PANP de 2004, la structure par âge des répondants de l'EPG de 1997. Ainsi, l'augmentation des comportements à risque avec les partenaires occasionnels reste vraie après standardisation sur l'âge.

Caractéristiques des répondants ayant eu au moins une PANP

En 2004, la non-protection des pénétrations anales avec des partenaires occasionnels est rapportée par l'ensemble des classes d'âge des répondants : les jeunes de moins de 25 ans n'ont pas de pratiques à risque significativement différentes (36 % vs 33 % pour leurs aînés, $p < 0,23$). Les répondants n'ayant pas suivi d'études supérieures déclarent plus souvent avoir eu au moins une PANP que les autres (37 % vs 31 % $p < 10^{-4}$). Ce taux de PANP est d'autant plus élevé que le nombre de partenaires occasionnels est important : 39 % des répondants ayant

plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois ont eu au moins un rapport anal non protégé contre 27 % pour ceux qui ont eu moins de 10 partenaires ($p < 10^{-4}$). Les comportements à risques sont significativement différents selon le statut sérologique du répondant. Les hommes séropositifs sont ceux qui déclarent le plus avoir eu au moins un rapport anal non protégé : ils sont 49 % à l'indiquer, soit près du double comparativement aux hommes séronégatifs (27 %). Les séro-interrogatifs ont un comportement intermédiaire, 45 % d'entre eux ont eu au moins une PANP. Les hommes non testés l'indiquent dans 30 % des cas.

L'analyse multivariée (tableau 3) indique que, toutes choses égales par ailleurs, la pratique d'au moins une PANP avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois est associée au fait de ne pas avoir suivi d'études supérieures, d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie, de fréquenter régulièrement les sites internet de rencontre au cours des 12 derniers mois, de consommer plus de 4 verres d'alcool les jours de consommation, d'avoir eu plus de 50 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, d'avoir été exposé au sperme lors de la pratique de la fellation avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois et d'être séro-interrogatif vis-à-vis du VIH ou d'être séropositif.

Ainsi, la probabilité de ne pas protéger les pénétrations anales avec des partenaires occasionnels est presque 3 fois plus importante pour les répondants séropositifs que pour ceux séronégatifs.

Depuis 1997, la progression des PANP concerne l'ensemble des statuts sérologiques avec certaines variations (figure 6). Alors que l'augmentation des comportements à risque parmi les hommes séropositifs était déjà importante entre 1997 (26 %) et 2000 (41 %), elle se poursuit en 2004 (49 %, tableau 3). Ces prises de risque sont également en hausse parmi les séro-interrogatifs (25 % en 1997, 38 % en 2000 et 45 % en 2004, tableau 4).

FIGURE 6

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE RÉPONDANTS (PRATIQUANT LA PÉNÉTRATION ANALE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS DANS LES 12 DERNIERS MOIS) AYANT EU AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE SELON LEUR STATUT SÉROLOGIQUE – EPG 1997, 2000, 2004^{PRESE}

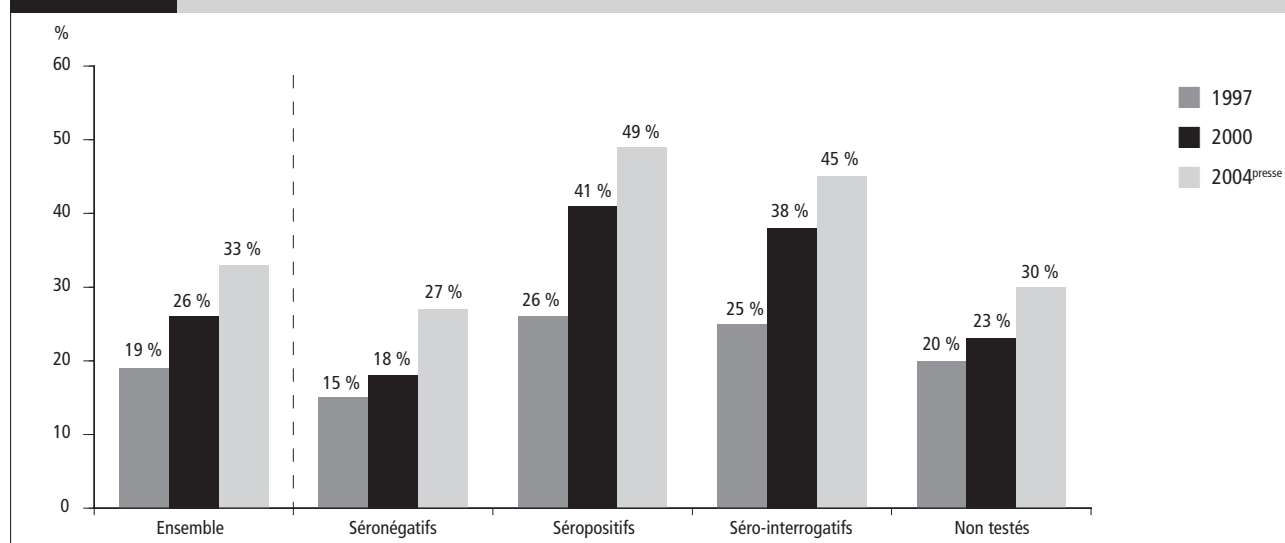


TABLEAU 3

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE D'AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=2 611) – EPG 2004

	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	Odds Ratio	[IC95 %]	p	Odds Ratio ajustés	[IC95 %]	p
Âge						
≥ 25 ans	1					
< 25 ans	1,18	[0,92-1,51]	0,192			
Niveau d'étude bac au plus						
Non	1					
Oui	1,39	[1,17-1,65]	<10 ⁻⁴	1,24	[1,03-1,49]	0,023
Résidence Île-de-France						
Non	1					
Oui	0,95	[0,80-1,12]	0,550			
Rejet parental de l'orientation sexuelle du répondant						
Non	1					
Oui	1,21	[0,93-1,60]	0,154			
Victime d'actes homophobes						
Non	1					
Oui	1,29	[1,09-1,54]	0,003			
Tentative (s) de suicide (vie)						
Non	1			1		
Oui	1,33	[1,09-1,63]	0,005	1,30	[1,04-1,62]	0,020
Âge au 1 ^{er} rapport sexuel ≤ 15 ans						
Non	1					
Oui	1,33	[1,12-1,59]	0,001			
Fréquenter régulièrement au moins un lieu de rencontre avec sexe (12 derniers mois)						
Non	1					
Oui	1,32	[1,11-1,56]	0,001			
Fréquenter régulièrement des sites internet de rencontre (12 derniers mois)						
Non	1			1		
Oui	1,4	[1,19-1,65]	<10 ⁻⁴	1,29	[1,08-1,54]	0,005
Consommer 5 verres et plus d'alcool par jour les jours de consommation (12 derniers mois)						
Non	1			1		
Oui	1,37	[1,13-1,67]	0,001	1,27	[1,03-1,57]	0,025
Consommer des traitements érectiles (12 derniers mois)						
Non	1					
Oui	1,55	[1,14-2,10]	0,005			
Consommer au moins un produit psycho-actif (12 derniers mois)						
Non	1					
Oui	1,52	[1,28-1,80]	<10 ⁻⁴			
Nombre de partenaires sexuels (12 derniers mois)						
1-10	1			1		
11-50	1,55	[1,30-1,85]		1,17	[0,96-1,42]	
> 50	2,42	[1,88-3,11]	<10 ⁻⁴	1,51	[1,15-1,98]	0,011
Exposition au sperme lors de fellation avec des partenaires occasionnels (12 derniers mois)						
Non	1			1		
Oui	3,41	[2,86-4,06]	<10 ⁻⁴	2,78	[2,33-3,32]	<10 ⁻⁴
Statut sérologique VIH						
Séronégatifs	1			1		
Non testés	1,37	[1,04-1,81]		1,32	[0,99-1,77]	
Séro-interrogatifs	2,26	[1,81-2,82]		1,91	[1,52-2,40]	
Séropositifs	3,49	[2,73-4,46]	<10 ⁻⁴	2,79	[2,17-3,60]	<10 ⁻⁴

La hausse concerne aussi les hommes non testés et séronégatifs. L'accroissement, parmi ces deux groupes, est plus marqué entre 2000 et 2004 qu'il ne l'était entre 1997 et 2000 : pour les séronégatifs, les

taux passent de 15 % en 1997 à 18 % en 2000 puis à 27 % en 2004 et, pour les non testés, de 20 % en 1997, 23 % en 2000 à 30 % en 2004 (tableau 4).

TABLEAU 4

ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE AVEC LES PARTENAIRES OCCASIONNELS – EPG 1997, 2000, 2004^{PREPESSE}

	1997		2000		2004 ^{PREPESSE}		p (tendance)
	%	n	%	n	%	n	
Statut sérologique							
Hommes séropositifs	11,3	371	12,8	593	11,1	509	0,463
Hommes séronégatifs	59,6	1 953	57,5	2 672	62,6	2 865	0,0005
Hommes séro-interrogatifs	14,6	480	16,6	770	12,6	577	0,0008
Hommes jamais testés	14,5	475	13,2	613	13,6	623	0,3364
	100,0	3 279	100,0	4 648	100,0	4 574	
Pratique de la pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois							
Hommes séropositifs	94,8	294	96,0	451	96,4	401	0,3251
Hommes séronégatifs	82,4	1 078	86,9	1 554	87,4	1 672	0,0002
Hommes séro-interrogatifs	88,9	375	90,6	608	87,9	452	0,501
Hommes jamais testés	76,9	233	78,6	315	77,8	276	0,8439
Parmi ceux qui ont pratiqué la pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois							
Au moins une PANP							
Hommes séropositifs	26,4	73	41,3	184	49,1	194	<10 ⁻⁴
Hommes séronégatifs	15,5	161	17,9	275	26,6	439	<10 ⁻⁴
Hommes séro-interrogatifs	24,7	91	37,8	229	44,9	202	<10 ⁻⁴
Hommes jamais testés	19,8	43	22,6	70	30,2	83	0,005
Parmi ceux qui ont eu au moins une PANP avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois							
PANP avec partenaires occasionnels concordants							
Hommes séropositifs	5,5	4	13,0	24	10,3	20	0,6105
Hommes séronégatifs	19,3	31	22,9	63	27,1	119	0,0360
PANP avec partenaires occasionnels non concordants							
Hommes séropositifs	94,5	69	87,0	160	89,7	174	0,6105
Hommes séronégatifs	80,8	130	77,1	212	72,9	320	0,0360
PANP exceptionnelle (1-2)							
Hommes séropositifs	42,5	31	33,2	61	29,9	58	0,0769
Hommes séronégatifs	70,2	113	60,0	165	47,4	208	<10 ⁻⁴
Hommes séro-interrogatifs	68,1	62	54,6	125	45,1	91	0,0003
Hommes jamais testés	65,1	28	52,9	37	53,0	44	0,2796
PANP occasionnelle (3-11)							
Hommes séropositifs	37,0	27	38,6	71	37,6	73	0,9943
Hommes séronégatifs	23,0	37	28,7	79	33,9	149	0,0078
Hommes séro-interrogatifs	27,5	25	34,1	73	36,1	79	0,1910
Hommes jamais testés	20,9	9	32,9	23	37,4	31	0,0080
PANP régulière (1 par mois et plus)							
Hommes séropositifs	20,6	15	28,3	52	32,5	63	0,0646
Hommes séronégatifs	6,8	11	11,3	31	18,7	82	<10 ⁻⁴
Hommes séro-interrogatifs	4,4	4	11,4	26	18,8	38	0,0004
Hommes jamais testés	14,0	6	14,3	10	9,6	8	0,3944

Statut sérologique des partenaires occasionnels avec qui les répondants ont eu au moins une PANP

Les PANP sont principalement pratiquées avec des partenaires occasionnels dont les répondants ne connaissaient pas le statut sérologique. En 2004, 6 hommes sur 10 ayant pratiqué au moins une PANP au cours des 12 derniers mois, l'ont principalement fait avec des partenaires de statut inconnu (59 %). Une baisse significative de ces rapports anaux non protégés avec des hommes de statut inconnu est observée, passant de 72 % en 1997 à 60 % en 2000. Lorsqu'on rapproche les informations du statut sérologique des répondants, de celles déclarées par ces répondants concernant le statut sérologique de leurs partenaires occasionnels de rapports anaux non protégés, la même tendance à la baisse est constatée. Les rapports anaux non

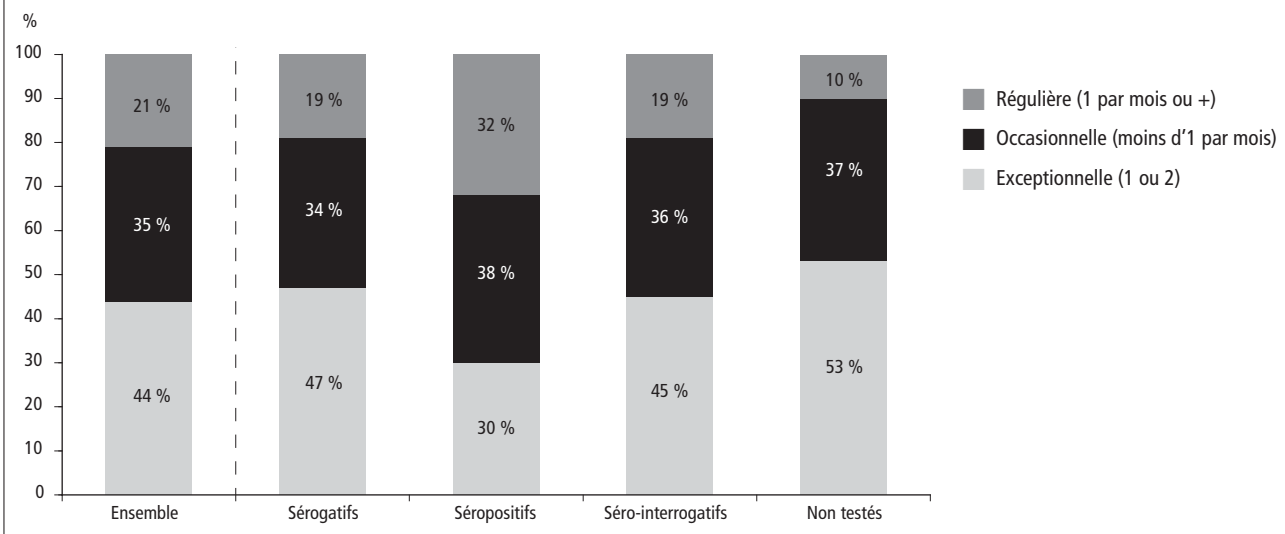
protégés entre hommes de statuts sérologiques discordants ou inconnus diminuent de manière significative entre 1997 et 2004, passant de 91 % à 85 % ($p < 0,003$). Il faut, malgré tout, rester prudent quant à conclure à l'augmentation d'une stratégie de "sérosorting", comme nous le verrons dans la partie sur les stratégies de réduction des risques.

Fréquence des PANP

La fréquence des comportements à risque est mesurée par le nombre de PANP. En 2004, pour la presse, la fréquence des PANP exceptionnelles (une ou deux) au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels est de 44 %, les PANP occasionnelles (de 3 à 11) s'élèvent à 35 % et celles qui sont régulières (au moins une fois par mois) à 21 %.

FIGURE 7

FRÉQUENCE DES PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES DANS LES 12 DERNIERS MOIS AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS, SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE DU RÉPONDANT – EPG 2004^{PREPESSE}



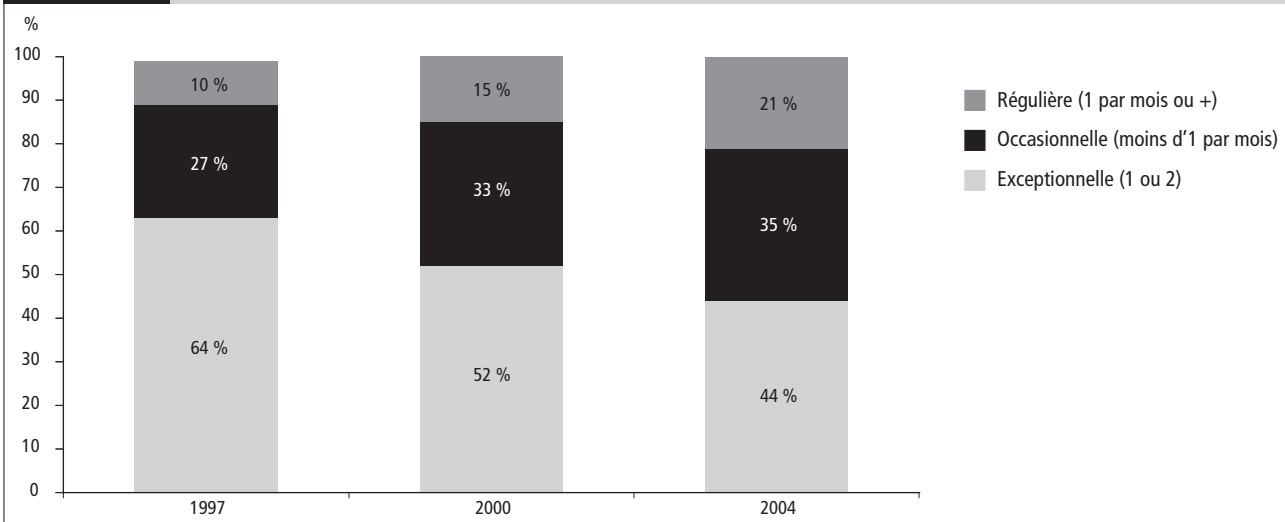
Les rapports anaux non protégés de manière régulière (un par mois et plus) sont plus importants parmi les répondants ayant plus de 10 partenaires (27 % vs 12 %, $p < 10^{-4}$) et parmi les hommes séro-positifs (figure 7).

L'analyse au cours du temps de la fréquence des PANP avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois indique une progression des prises de risque régulières (figure 8).

En effet, la proportion de PANP exceptionnelles diminue, passant de 64 % en 1997 à 52 % en 2000 et 44 % en 2004^{PREPESSE}, alors que celle des rapports anaux non protégés "réguliers" augmente de plus du double : 10 % en 1997, 15 % en 2000 et 21 % en 2004^{PREPESSE}.

FIGURE 8

ÉVOLUTION DES FRÉQUENCES DES PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES DANS LES 12 DERNIERS MOIS AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS – EPG 1997, 2000, 2004^{PREPESSE}



5.1.3 Spécificités des internautes par rapport aux lecteurs en 2004

Les hommes ayant répondu par internet à l'enquête s'exposent significativement plus au sperme lors de la pratique de la fellation avec des partenaires occasionnels que les répondants ayant répondu par la presse écrite (53 % vs 42 %, $p < 10^{-4}$) (tableau 5).

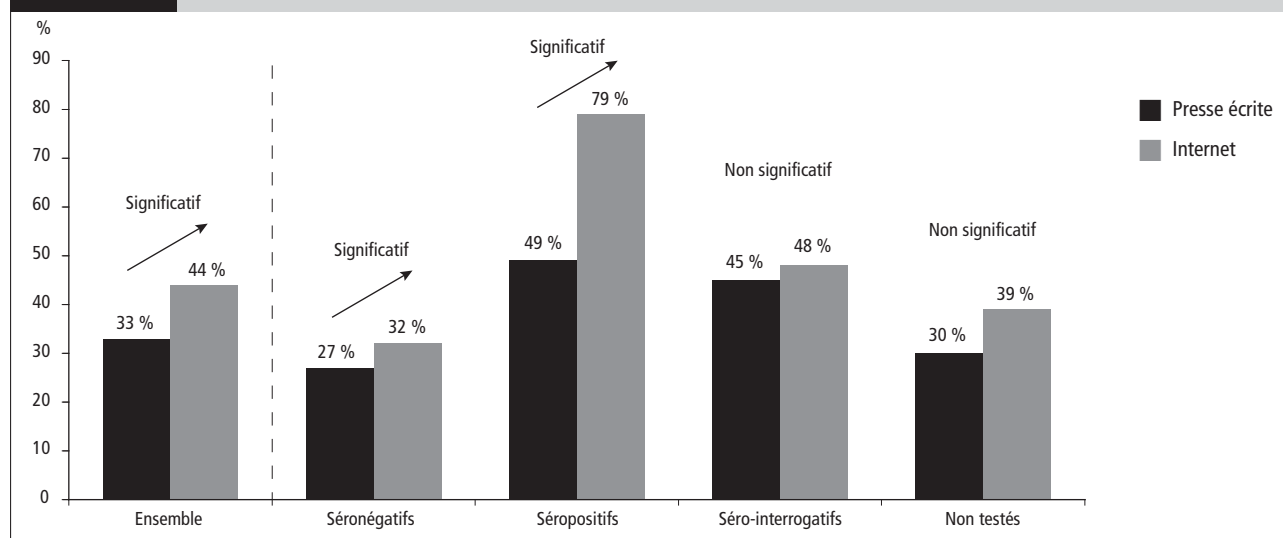
De même, les répondants on-line déclarent plus de PANP que ceux de la presse (44 % vs 33 %, tableau 5). Après ajustement sur l'âge et le

statut sérologique, le fait d'avoir répondu à l'enquête par internet plutôt que par voie de presse écrite multiplie par une fois et demie la probabilité d'avoir eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels (OR : 1,50 ; 95 % CI [1,27-1,77] ; $p < 10^{-4}$).

La part des internautes déclarant des rapports anaux non protégés de manière régulière (un par mois et plus) est plus importante que celle des lecteurs de la presse écrite (31 % vs 21 %, $p < 10^{-4}$).

FIGURE 9

COMPARAISON DE LA PROPORTION DE RÉPONDANTS PRATIQUANT LA PÉNÉTRATION ANALE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, AYANT EU AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE SELON LE TYPE DE SUPPORT (PRESSE ÉCRITE ET INTERNET) ET LE STATUT SÉROLOGIQUE – EPG 2004



Les hommes séropositifs ayant utilisé internet pour répondre à l'enquête déclarent majoritairement avoir eu au moins une PANP avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois et de manière significativement plus importante que ceux ayant répondu par la presse écrite (figure 9). Cette tendance, majorant les comportements à risque lorsque le questionnaire provient d'internet, est également observée pour les répondants séronégatifs dans des proportions moindres et

sans différence significative pour les répondants séro-interrogatifs et ceux n'ayant jamais eu recours à un test de dépistage VIH (figure 9). Malgré la faiblesse des effectifs, les hommes séropositifs ayant répondu par internet indiquent significativement plus avoir eu des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels exclusivement séropositifs que ceux de la presse écrite (20 % vs 10 %, $p < 0,002$).

TABLEAU 5

COMPARAISON DES PRATIQUES SEXUELLES ET DE LEUR NON-PROTECTION SELON LE TYPE DE PARTENAIRE ET LE SUPPORT (PRESSE ÉCRITE ET INTERNET) – EPG 2004

Pratique de la fellation	Partenaire stable			Partenaires occasionnels			p
	Presse n=2 713	Internet n=762	Internet n=940	Presse n=3 104	Internet n=940	Internet n=940	
	%	n	%	%	n	n	p
Pas de pratique de la fellation	0,9	26	0,8	2,2	74	12	0,032
Parmi ceux qui pratiquent la fellation							
Usage systématique du préservatif	2,6	70	2,0	6,6	201	47	
Pas d'exposition au sperme	32,9	884	28,3	51,8	1 570	389	
Exposition au sperme	64,5	1 733	69,8	41,6	1 259	492	
	100,0	2 687	100,0	100,0	3 030	928	<10 ⁻⁴
Pratique de la pénétration anale dans les 12 derniers mois	Partenaire stable			Partenaires occasionnels			p
	Presse n=2 713	Internet n=762	Internet n=940	Presse n=3 104	Internet n=940	Internet n=940	
	%	n	%	%	n	n	p
Pas de pratique de la pénétration anale	7,4	217	4,9	12,3	406	89	0,001
Au moins une pénétration anale	69,3	1 861	75,4	33,2	950	410	<10 ⁻⁴
Parmi ceux qui ont eu au moins une PAMP							
Exceptionnelle (1-2)	9,1	169	9,2	43,5	413	109	
Occasionnelle (3-11)	22,7	423	21,9	35,4	336	175	
Régulière (1 par mois et plus)	68,2	1 269	68,9	21,2	201	126	
	100,0	1 861	100,0	100,0	950	410	<10 ⁻⁴

5.2 STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELS DANS LE CONTEXTE DES PANP

Dans le contexte précédemment décrit d'augmentation des PANP, que ce soit avec le partenaire stable ou les partenaires occasionnels, les analyses suivantes cherchent à déterminer si ces hommes qui n'utilisent pas de préservatif lors de leurs rapports anaux mettent en œuvre des stratégies qu'ils perçoivent comme permettant de réduire les risques de transmission du VIH.

Pour cela, il est nécessaire que ces hommes aient une connaissance actualisée de leur statut sérologique, excluant de l'analyse, les hommes non testés et ceux testés mais "séro-interrogatifs".

La réduction des risques peut ainsi prendre plusieurs formes lors de PANP :

- avoir des PANP exclusivement avec des hommes de statut sérologique identique au sien : le "serosorting" ou "sérochoix" ;
- adopter un rôle uniquement insertif lorsque l'on est séronégatif afin de ne pas recevoir de sperme éventuellement infecté, ou un rôle spécifiquement réceptif lorsque l'on est séropositif afin de ne pas exposer les partenaires à du sperme : le "positioning" ou positionnement stratégique ;
- éviter d'éjaculer dans l'anus du partenaire quel que soit le rôle (insertif ou réceptif) lors du rapport anal : le "retrait" ;
- utiliser du gel ;

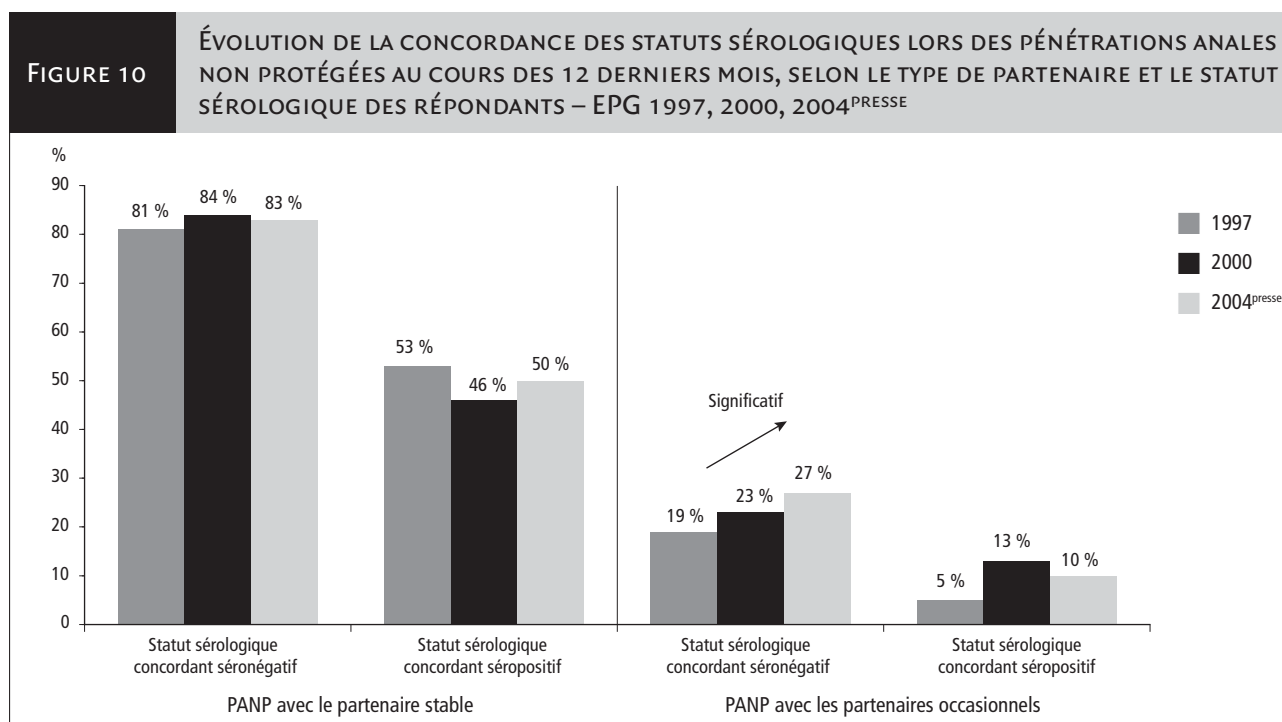
- prendre en compte, pour les répondants séropositifs, le fait d'avoir un traitement ou d'avoir une charge virale indétectable.

Ainsi, l'analyse qui suit porte sur ces cinq stratégies définies ici uniquement parmi les répondants ayant déclaré au moins une PANP aussi bien avec le partenaire stable qu'avec les partenaires occasionnels et exclusivement pour les répondants s'étant déclarés séropositifs ou séronégatifs, d'où des effectifs parfois faibles pouvant limiter l'analyse statistique et son interprétation.

Des comparaisons avec les deux enquêtes précédentes sont réalisées lorsque les questions le permettent ; dans ce cadre, sont présentées dans cette partie, uniquement les données de 2004 par voie de presse.

5.2.1 Choix du partenaire selon les statuts sérologiques des répondants et des partenaires ou "serosorting"

En 2004, parmi les répondants séronégatifs ne protégeant pas leurs rapports anaux avec leur partenaire stable, 83 % le font avec un partenaire également séronégatif. Depuis 1997, cette proportion ne varie pas significativement, restant autour de 80 %. De même, aucune évolution n'est constatée, au cours des trois éditions, concernant la part de répondants séropositifs ayant des rapports anaux non protégés avec un partenaire séropositif (50 % en 2004, 46 % en 2000 et 53 % en 1997) ; les effectifs des répondants concernés restent au cours du temps assez faibles (de 40 à 56 répondants).



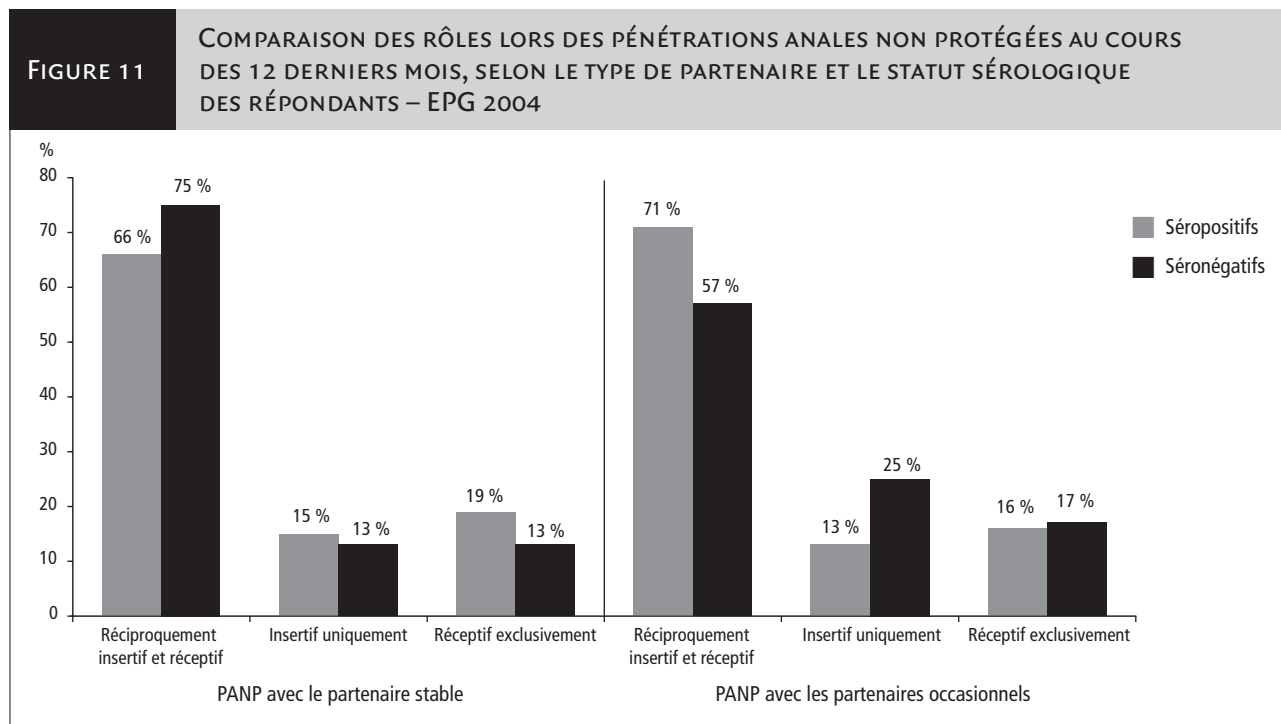
Comme il a été remarqué plus haut, la part des PANP pratiquées avec des partenaires occasionnels de statut sérologique concordant à celui du répondant augmente, passant de 9 % en 1997 à 15 % en 2004 ($p < 0,003$). Plus spécifiquement, en 2004, parmi les répondants séronégatifs ne protégeant pas leurs rapports anaux avec leurs partenaires occasionnels, 27 % déclarent l'avoir fait avec des partenaires

également séronégatifs contre 19 % en 1997 ($p < 0,04$). Par contre, la pratique des PANP entre séropositifs ne suit pas de véritable tendance, passant de 6 % en 1997 à 13 % en 2000 et 10 % en 2004. La faiblesse des effectifs allant de 4 à 24 hommes selon les années d'enquêtes ne permet pas de conclure à l'émergence d'une stratégie de choix des partenaires occasionnels concordants parmi les répondants séropositifs.

5.2.2 Le "positioning" (insertif/réceptif)

Quel que soit le type de partenaire, une partie importante des répondants, qu'ils soient séronégatifs ou séropositifs, sont aussi bien insertifs que réceptifs lors des PANP (figure 11). Cependant, alors qu'avec les partenaires stables, les différences d'adoption de rôle selon

le statut sérologique ne sont pas significativement différentes, il n'en est pas de même lors des PANP avec des partenaires occasionnels. Ainsi, les répondants séronégatifs adoptent moins souvent indifféremment les deux rôles que ceux séropositifs (57 % vs 71 %) et sont plus souvent exclusivement insertifs (figure 11).



En termes de tendance, que ce soit avec le partenaire stable ou les partenaires occasionnels, les résultats décrits ici étaient déjà vrais en 1997 et 2000, aucune évolution n'est observée (tableau 6).

5.2.3 Pratique du retrait avant éjaculation

La pratique du retrait avant éjaculation, lors des PANP insertives ou réceptives, est plus fréquente avec les partenaires occasionnels qu'avec le partenaire stable. En 2004, un tiers des répondants ayant eu des rapports anaux non protégés avec leur partenaire stable ont pratiqué le retrait avant éjaculation contre trois quarts avec les partenaires occasionnels. Quel que soit le type de partenaire, une baisse significative de cette pratique est observée entre 1997 et 2004, la question n'avait pas été intégrée au questionnaire de l'EPG 2000 (figure 12).

Cette pratique est différente selon le statut sérologique du répondant. Ainsi, les répondants séropositifs pratiquent plus systématiquement le retrait avant éjaculation avec leur partenaire stable que les répondants séronégatifs (figure 12). La pratique du retrait est plus importante lorsque le partenaire stable est de statut sérologique différent des répondants séronégatifs (42 %) que lorsque les partenaires sont séroconcordants (26 %). Si le retrait est plus pratiqué avec les partenaires occasionnels, en termes de statut sérologique des répondants la tendance s'inverse. Ce sont les répondants séronégatifs qui pratiquent plus systématiquement cette stratégie lorsque les rapports anaux ne sont pas protégés (tableau 6). Depuis 1997, une baisse du retrait avant éjaculation est observée (figure 12), que ce soit dans les relations stables ou avec les partenaires occasionnels, que le répondant soit séronégatif ou séropositif, indiquant, comme pour la fellation, une augmentation des expositions au sperme lors des PANP.

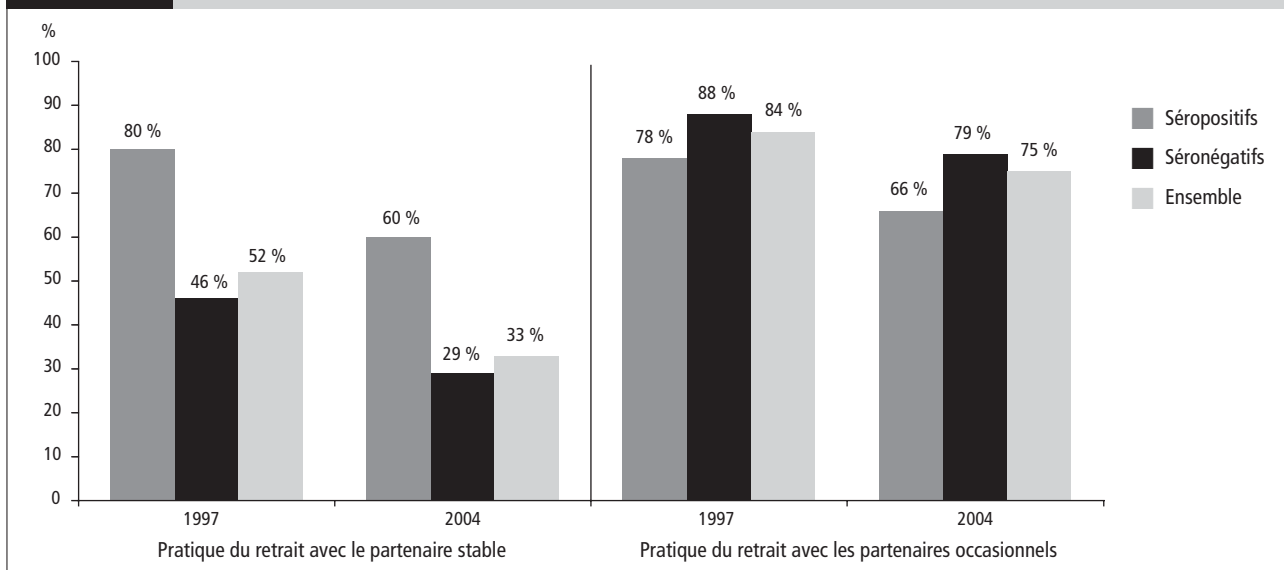
TABLEAU 6

ÉVOLUTION DES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES LORS DES PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES SELON LE TYPE DE PARTENAIRE ET L'ANNÉE D'ENQUÊTE – EPG 1997, 2000, 2004^{PREP}

	1997			Partenaire stable 2000			2004 ^{PREP}			1997			Partenaires occasionnels 2000			2004 ^{PREP}		
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	p (tendance)	
Serosorting																		
Partenaires concordants lors des PANP																		
Hommes séropositifs	53,0	40	46,3	56	49,5	51	0,8526	5,5	4	13,0	24	10,3	20	0,6105				
Hommes séronégatifs	80,7	649	84,0	963	82,7	1 117	0,4381	19,3	31	22,9	63	27,1	119	0,0364				
Positioning																		
Hommes séropositifs																		
PANP rôle réciproquement insertif et réceptif	64,9	50	66,1	82	66,0	68		79,5	58	72,3	133	71,1	138					
PANP insertif uniquement	13,0	10	13,7	17	14,6	15		4,1	3	12,0	22	12,9	25					
PANP réceptif exclusivement	22,1	17	20,2	25	19,4	20	0,6782	16,4	12	15,8	29	16,0	31	0,9638				
Hommes séronégatifs																		
PANP rôle réciproquement insertif et réceptif	73,2	590	73,2	847	74,8	1 016		70,8	114	60,4	166	57,4	252					
PANP insertif uniquement	12,6	102	13,7	158	12,7	172	0,8477	18,6	30	23,3	64	25,3	111	0,1059				
PANP réceptif exclusivement	14,1	114	13,1	152	12,6	171		10,6	17	16,4	45	17,3	76					
Pratique du retrait lors des PANP																		
Tous les hommes	52,2	607	-	-	32,8	610	<10 ⁻⁴	83,7	312	-	-	75,3	715	0,003				
Hommes séropositifs	79,5	62	-	-	60,2	62	0,02	78,1	57	-	-	66,0	128	0,07				
Hommes séronégatifs	45,8 %	370	-	-	29,0	394	<10 ⁻⁴	87,6	141	-	-	78,6	345	0,02				
Concordance des statuts dans la relation stable																		
Hommes séropositifs																		
Partenaire stable concordant	70,0	28	-	-	52,9	27	0,135											
Partenaire stable différent	89,2	33	-	-	67,3	35	0,05											
Hommes séronégatifs																		
Partenaire stable concordant	41,5	269	-	-	26,4	295	<10 ⁻⁴											
Partenaire stable différent	63,2	98	-	-	41,9	98	<10 ⁻⁴											
Hommes séropositifs																		
PANP rôle réciproquement insertif et réceptif	59,0	36	-	-	66,1	41		76,2	16			72,7	93					
PANP insertif uniquement	14,8	9	-	-	17,7	11		4,8	1			14,1	18					
PANP réceptif exclusivement	21,2	16	-	-	16,1	10		19,1	4			13,3	17					
Hommes séronégatifs																		
PANP rôle réciproquement insertif et réceptif	56,3	207	-	-	72,3	285		67,5	27			60,6	209					
PANP insertif uniquement	20,4	75	-	-	12,2	48		25,0	10			23,8	82					
PANP réceptif exclusivement	23,4	86	-	-	15,5	61		7,5	3			15,7	54					

FIGURE 12

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE DU RETRAIT AVANT ÉJACULATION LORS DES PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE TYPE DE PARTENAIRE ET LE STATUT SÉROLOGIQUE DES RÉPONDANTS – EPG 1997, 2000, 2004^{PREPESSE}



5.2.4 Usage de gel lors des PANP

La question concernant l'usage de gel lors des pénétrations anales avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels a été introduite dans l'édition 2004 de l'EPG. Le gel lubrifiant lors des PANP est plus largement usité et plus souvent avec le partenaire stable qu'avec les partenaires occasionnels (tableau 6). Alors que les hommes séropositifs utilisent de manière similaire du gel lubrifiant lors de leurs rapports anaux non protégés avec leur(s) partenaire(s) stable ou occasionnels à hauteur de 75 %, les répondants séronégatifs le font plus systématiquement avec leur partenaire stable (88 %) qu'avec leurs partenaires occasionnels (55 %).

5.2.5 Prise en compte de la prise de traitement antirétroviral ou de la charge virale lors des PANP parmi les répondants séropositifs

En 2004, trois quarts des répondants séropositifs (75 %) déclarent prendre un traitement antirétroviral, deux tiers (66 %) indiquent avoir une charge virale indétectable.

Parmi les hommes séropositifs ne protégeant pas leurs rapports anaux, la proportion dont la charge virale est indétectable est plus importante que ceux dont la charge virale est détectable : que ce soit avec un partenaire stable séroconcordant (60 % vs 40 %, $p < 0,455$), avec un partenaire stable sérodifférent (63 % vs 37 %, $p < 0,562$) ou des partenaires occasionnels (63 % vs 37 %, $p < 0,679$). Cependant, la faiblesse des effectifs ne permet pas d'atteindre une puissance statistique suffisante et de conclure à une différence significative.

Au vu de ces résultats, les répondants de l'EPG ne protégeant pas leurs rapports anaux mettent-ils en œuvre des stratégies de réduction des risques ? La réponse est mitigée d'autant plus que, depuis 1997, les tendances évoluent de manière différente selon le type de stratégie :

- le "serosorting" semble majoritaire parmi les répondants séronégatifs avec le partenaire stable, mais marginal avec les partenaires

occasionnels, bien que cette stratégie augmente significativement depuis 1997. Par contre, les répondants séropositifs y font, pour moitié, référence avec leur partenaire stable mais de manière marginale avec leurs partenaires occasionnels, sans qu'au cours du temps, une évolution significative se dessine du fait d'un nombre très faible d'individus concernés ;

- le "positioning" : les répondants de l'EPG n'adoptent pas cette stratégie, puisque lors des PANP, ils sont aussi bien insertifs que réceptifs ; à l'exception des répondants séronégatifs qui, pour un quart, pratiquent exclusivement la PANP insertive avec leurs partenaires occasionnels. Cette tendance est stable depuis 1997 ;
- le "retrait avant éjaculation" est moins pratiqué en 2004 qu'en 1997. Il est cependant plus systématique avec les partenaires occasionnels et plus déclaré par les répondants séronégatifs ;
- l'usage du gel lors des PANP est largement répandu, quels que soient le type de partenaire et le statut sérologique des répondants ;
- aucune différence significative n'est constatée parmi les répondants séropositifs pratiquant des rapports anaux non protégés, que leur charge virale soit indétectable ou détectable et ce, quel que soit le type de partenaire.

5.3 DISCUSSION

La pratique de la fellation, quel que soit le type de partenaire, est prépondérante parmi les lecteurs de la presse gay, comme elle l'est parmi les répondants des Baromètres Gay qui fréquentent les lieux de rencontre [3]. L'utilisation du préservatif lors de la fellation est minoritaire et ne cesse de baisser depuis 1997, quel que soit le type de partenaire. Parallèlement à ce non-usage du préservatif pour les fellations, des stratégies d'évitement du sperme dans la bouche ont été mises en œuvre et se sont banalisées au cours de la première partie des années 90 [3]. Cependant, la tendance s'inverse dès 1997 et les expositions au sperme lors des fellations avec les partenaires occasionnels augmentent [1], les résultats de l'EPG 2004 confirment cette évolution.

Cette hausse avait également été notée lors des comparaisons des éditions 2000 et 2002 du Baromètre Gay, où les niveaux d'exposition au sperme étaient plus élevés [4].

La pratique de la pénétration anale est, quant à elle, également très répandue parmi les répondants de l'EPG 2004. Depuis 1997, on assiste à une normalisation [5] de la pratique des rapports anaux, quel que soit le partenaire. Cette attitude marque une rupture avec les stratégies mises en œuvre par les répondants de l'EPG au début des années 90 qui consistaient à limiter certaines pratiques sexuelles dont l'abandon des pénétrations anales [3].

Avec les partenaires stables, la pratique de la pénétration anale a toujours été majoritaire, elle ne cesse de progresser depuis 1997 pour atteindre 93 % en 2004. Cette pratique est plus généralisée en France que dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest, même si, pour ces derniers, l'évolution est également à la hausse [6].

Avec les partenaires occasionnels, les rapports anaux sont également majoritairement pratiqués en 2004 par les répondants de l'EPG et en augmentation [1]. Comme pour les partenaires stables, les enquêtes réalisées dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest indiquent des taux de pratique de la pénétration anale moindres avec les partenaires occasionnels [6].

Quel que soit le type de partenaires, les comportements à risque sont en augmentation depuis 1997, les différences de niveaux constatées antérieurement selon le type de partenaire se poursuivent [1]. Ainsi, les rapports anaux sont moins souvent protégés avec le partenaire stable qu'avec les partenaires occasionnels et ce, de manière régulière. Depuis 1997, la non-protection des pénétrations anales parmi les hommes pratiquant la pénétration anale avec leur partenaire stable ne cesse d'augmenter, gagnant 10 points en l'espace de 7 ans. Les études étrangères décrivent les mêmes tendances à la hausse avec des niveaux de prise de risque moindres : 57 % en 2004 pour la Suisse [6], 55 % en 2002 pour l'Espagne [7] et 59 % entre 2003 et 2005 pour les États-Unis [8]. Cette non-protection est différentielle selon le nombre de partenaires dans l'année et la combinaison des statuts sérologiques des deux partenaires, mettant ainsi en lumière l'usage de stratégies de réduction des risques sexuels au sein des relations stables.

Avec le partenaire stable

La proportion de répondants ayant un partenaire stable et également d'autres partenaires sexuels est importante. Même si, dans de telles relations, les pénétrations anales sont plus protégées que dans les relations exclusives, il n'en reste pas moins que près de deux tiers ont eu au moins une PANP avec leur partenaire stable. Par ailleurs, plus du tiers ne protègent pas leurs pénétrations anales avec d'autres partenaires sexuels qui sont très souvent de statut inconnu des répondants. Ainsi, dans ce cadre, les risques de transmission sont loin d'être nuls. De même, les informations rapportées par les répondants concernant leur propre statut et celui de leur partenaire stable laissent apparaître des situations propices à la contamination par le VIH et les IST au sein même de la relation stable. Ainsi, 45 % des répondants indiquent que l'un des deux partenaires est de statut différent de l'autre, ou au moins que l'un des deux partenaires ne connaît pas son statut sérologique. Dans ces relations stables, la protection des rapports anaux n'est pas à la hauteur des risques encourus : 63 % des relations où un des partenaires ne connaît pas son statut ont eu au moins une

PANP, 27 % des relations où un des partenaires est séropositif ont également eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois. L'ensemble de ces éléments indique clairement les limites des stratégies de réduction des risques mises en place dans les relations stables et les risques importants de contaminations du VIH et des IST entre partenaires stables, également constatés dans les études étrangères [9-11].

Avec les partenaires occasionnels

Avec les partenaires occasionnels, les comportements à risque sont également d'un niveau important, 35 % des répondants ont pratiqué la PANP au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est proche de celles observées dans d'autres recherches allemande (31 %) [12] et américaine (36 %) [8], réalisées sur la même période, mais supérieure à celles de pays voisins comme la Suisse (20 %) [6] ou l'Espagne (22 %) [7]. Ce défaut de prévention avec des partenaires occasionnels est pratiqué de manière régulière par deux répondants sur dix et est en augmentation, depuis 1997, au détriment des accidents de protection. Une large part des PANP est pratiquée avec des partenaires occasionnels dont le statut sérologique est inconnu des répondants, bien qu'elle soit inférieure à celle des répondants du Baromètre Gay, pour lesquels les échanges sexuels sont plus souvent anonymes du fait même du lieu de passation de l'enquête [13].

Les PANP sont associées à certaines caractéristiques des répondants déjà identifiées lors des EPG et Baromètre Gay antérieures [1,13], comme le fait d'être séropositif au VIH ou de ne plus être certain d'être séronégatif, d'avoir été exposé au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels, d'avoir un grand nombre de partenaires dans l'année, de ne pas avoir suivi des études supérieures. Mais d'autres facteurs émergent, comme fréquenter régulièrement les sites de rencontre internet, avoir une consommation d'alcool journalière excessive mais aussi avoir tenté de se suicider. Ainsi, une fois de plus, l'association la plus forte est celle du statut séropositif au VIH : les répondants se déclarant séropositifs rapportent pratiquer 3 fois plus de pénétrations non protégées que les répondants séronégatifs. Par ailleurs, à l'image des nombreuses études internationales sur le sujet [14], les comportements sexuels à risque sont significativement plus déclarés par les répondants fréquentant les sites de rencontre internet que ceux qui ne le font pas. Contrairement aux enquêtes antérieures [1] et au dernier Baromètre Gay [4], il n'y a plus de différence significative en termes de comportements à risque selon l'âge des répondants, l'ensemble des classes d'âge est concerné. Le relâchement de la prévention décrit par les résultats des trois éditions de l'EPG est similaire aux résultats des études étrangères [6,12,15-19].

Face à cette désaffection de la prévention, la mise en place de stratégies de réduction des risques sexuels est rapportée dans la littérature anglo-saxonne [20-23]. Les résultats de l'EPG 2004 ne permettent pas de conclure à la réelle existence de telles stratégies parmi les répondants ne protégeant pas leurs pénétrations anales.

Concernant le "serosorting"⁶, le fait que les répondants séronégatifs ou séropositifs aient pour une grande part des rapports anaux non protégés avec des partenaires dont ils ne connaissent pas le statut sérologique VIH, ne lui donne pas une visibilité aussi grande que dans les autres pays. Ainsi, seuls les répondants de statut séronégatif pourraient s'y référer, majoritairement avec leur partenaire stable et beaucoup plus marginalement avec des partenaires occasionnels. Sa mise en œuvre augmente significativement au cours des trois éditions. Mais, contrairement à ce qui est observé à San Francisco [21,24], Montréal [25], Sydney [19] ou Londres [26], les répondants séropositifs

⁶ *Avoir des rapports anaux non protégés uniquement avec des partenaires de même statut sérologique que soi.*

de l'EPG ne sont pas engagés dans cette stratégie. Ces comparaisons internationales doivent être maniées avec prudence car les indicateurs utilisés par les études ne sont pas toujours strictement concordants. Ainsi, l'indicateur utilisé ici pour le "serosorting" a été construit *a posteriori* à partir de trois questions précisant le statut sérologique des partenaires occasionnels avec qui des PANP avaient été pratiquées (annexe 1). Seuls les répondants ayant indiqué avoir eu des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels de statut sérologique strictement identique au leur ont été retenus, excluant ceux ayant répondu avoir eu des partenaires dont ils ne connaissaient pas le statut. Ainsi, même s'il s'agit d'une lecture restrictive de la notion de "serosorting", elle se veut la plus proche des définitions disponibles [21,27]. Par ailleurs, de nombreuses études mettent en lumière les différentes limites de cette stratégie et interrogent son efficacité [15,20-22]. En effet, cette démarche nécessite, pour les protagonistes, une connaissance rigoureuse de leur propre statut sérologique, la capacité de dévoiler à l'autre son statut sérologique et de discuter avec les potentiels partenaires sexuels de leur statut sérologique sans présupposer en amont de la concordance sérologique de ces derniers. Ces présuppositions de séroconcordance sont souvent faites dans des lieux de rencontres sexuelles comme les backrooms et les sex-clubs, dans lesquels les communications verbales sont limitées [21]. Par contre, internet peut permettre de "divulguer" plus aisément son statut sérologique positif aux partenaires sexuels [28]. Cela semble le cas pour les répondants séropositifs de l'EPG *via* internet, qui précisent plus souvent que ceux ayant répondu par la presse avoir eu des rapports anaux non protégés avec des partenaires séroconcordants (20 % vs 10 %, $p < 0.002$). Cependant, une étude anglaise, combinant des prélèvements biologiques VIH à la passation de questionnaires comportementaux, [15] permet de mesurer les limites du "serosorting" pour les hommes séronégatifs ; ainsi, 45 % d'entre eux déclaraient avoir des PANP avec des partenaires concordants, alors que seulement 29 % d'entre eux étaient effectivement séronégatifs selon les résultats des tests. De manière plus générale, le "serosorting" ne protège pas ces adeptes des IST, qu'ils soient séronégatifs ou séropositifs [24].

Concernant le "positioning", les répondants de l'EPG 2004 ne s'assignent pas de rôle sexuel spécifique en fonction de leur statut sérologique, comme cela avait été notifié dès la fin des années 90 à Sydney [23]. Ainsi, les répondants ne protégeant pas leurs rapports anaux avec leurs partenaires stables sont aussi bien insertifs que réceptifs, qu'ils soient séronégatifs ou séropositifs. Avec leurs partenaires occasionnels, même si une majorité de répondants sont à la fois insertifs et réceptifs, les répondants séronégatifs déclarent être plus souvent uniquement insertifs, mais de manière beaucoup moins marquée que les répondants des enquêtes australiennes (25 % vs 46 %) [19]. Contrairement, aux répondants séropositifs des enquêtes réalisées à Sydney [19] ou San Francisco [21], les répondants séropositifs de l'EPG 2004 n'adoptent pas cette stratégie de réduction des risques.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, Schiltz MA. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris : ANRS; 2003. p. 35-54.
- [2] Plauzolle P, Lert F. Apports des enquêtes quantitatives dans la connaissance des comportements sexuels et préventifs chez les homosexuels et bisexuels masculins. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris : ANRS; 2003. p. 55-69.
- [3] Schiltz MA. Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquête. Paris : CAMS, Cermes, ANRS; 1998. Rapport de recherche.
- [4] Velter A, Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre Gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. Bull Epidémiol Hebd 2006;N°25/2006:178-80.

Le retrait avant éjaculation lors des PANP est plus systématique avec les partenaires occasionnels parmi les répondants séronégatifs. En termes de tendance, depuis 1997, une augmentation à l'exposition au sperme est constatée, quel que soit le statut sérologique des répondants.

Il n'est pas noté de différence de comportement préventif selon la prise ou pas de traitement antirétroviral, ou encore selon la charge virale du répondant, parmi les répondants séropositifs ne protégeant pas leurs rapports sexuels de l'EPG 2004. Le même constat a été observé dans une étude française récente portant sur un échantillon représentatif de patients séropositifs VIH hospitalisés [29].

Globalement, les comportements sexuels des répondants séropositifs au VIH indiquent des pratiques présentant des risques de transmission du virus. Ils rapportent plus systématiquement ne pas protéger leurs rapports sexuels, sans pour autant mettre en place de manière significative des stratégies de réduction des risques sexuels. Quel que soit le type de pratiques sexuelles et de partenaires, une nette augmentation des rapports sexuels non protégés est observée. Avec les partenaires stables, une part importante des couples séroconcordants positifs ne protège pas leurs rapports anaux et près d'un tiers des couples, où un risque de contamination est réel, n'adoptent pas pour autant de gestes préventifs. Pour plus de la moitié de ces couples, les rapports anaux sont régulièrement non protégés. Les répondants séropositifs déclarent également un plus grand nombre de partenaires occasionnels avec lesquels, les rapports anaux sont proportionnellement moins protégés que les autres répondants et de manière plus systématique. Depuis 1997, la part des rapports anaux non protégés ne cesse de croître irrémédiablement (23 points en 7 ans). Ces rapports non protégés sont principalement pratiqués avec des partenaires de statut sérologique inconnu. Ces tendances sont également constatées par d'autres enquêtes réalisées en Europe [7,30]. Et pour autant, contrairement à ce qui est décrit en Australie [22], aux États-Unis [21] ou en Angleterre [30], les hommes séropositifs de l'EPG 2004 sont très peu à avoir des rapports anaux non protégés uniquement avec des partenaires également séropositifs, à ne pratiquer la pénétration anale de manière réceptive ou à pratiquer le retrait.

L'ensemble de ces résultats ne peut qu'inciter l'ensemble des acteurs de prévention à mettre en œuvre de manière urgente et prioritaire des stratégies de prévention ciblées vers les hommes séropositifs. Parallèlement, des campagnes d'incitation au dépistage devront être poursuivies au regard d'une part, des comportements sexuels à risque des répondants précisant ne plus être certains d'être encore séronégatifs au moment de l'enquête, qui sont très proches de ceux décrits par les répondants séropositifs ; et d'autre part, de la mise en œuvre par certains hommes séronégatifs du "serosorting".

- [5] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000. Saint-Maurice : InVS; 2001.
- [6] Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : premiers résultats de GaySurvey 04. Lausanne : Bulletin de l'OFSP; 2005.
- [7] Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Munoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Educ Prev* 2006;18(3):227-42.
- [8] Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, Dinunno E, *et al.* Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors - United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006;55(6):1-16.
- [9] Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. *AIDS* 1999;13(11):1407-11.
- [10] Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS* 2001;15(8):1025-35.
- [11] Prestage G, Mao L, McGuigan D, Crawford J, Kippax S, Kaldor J, *et al.* HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. *AIDS Care* 2006;18(2):166-72.
- [12] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. *Deutsche AIDS-Hilfe e.V.*; 2004.
- [13] Velter A, Michel A, Semaille C. Baromètre Gay 2002. Saint-Maurice : InVS; 2005.
- [14] Liao A, Millett G, Marks G. Meta-analytic examination of online sex-seeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2006;33(9):576-84.
- [15] Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson AM. Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):236-40.
- [16] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):451-4.
- [17] Williamson LM, Dodds JP, Mercey DE, Johnson AM, Hart GJ. Increases in HIV-related sexual risk behavior among community samples of gay men in London and Glasgow: how do they compare? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42(2):238-41.
- [18] George C, Alary M, Otis J, Demers E, Masse B, Lavoie R, *et al.* Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41(3):365-70.
- [19] Hull P. Gay community periodic survey Sydney 1996-2005. NCHSR; 2006.
- [20] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19(1):26-32.
- [21] Parsons JT, Schrimshaw EW, Wolitski RJ, Halkitis PN, Purcell DW, Hoff CC, *et al.* Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS* 2005;19:S13-S25.
- [22] Richters J. HIV/AIDS, hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual report of trends in behaviour 2006. Sydney: National Centre in HIV Social Research; 2006 Mar.
- [23] Van de V, Kippax S, Crawford J, Rawstorne P, Prestage G, Grulich A, *et al.* In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex. *AIDS Care* 2002;14(4):471-80.
- [24] Truong HM, Kellogg T, Klausner J, Katz M, Dille J, Knapper J. HIV serosorting? Increases in sexually transmitted infections and risk behavior without concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco. XVI International Conference on AIDS, Toronto Canada, August 2006: [abstract MOAC0105]; 2006.
- [25] Cox J, Beauchemin J, Allard R. HIV status of sexual partners is more important than antiretroviral treatment related perceptions for risk taking by HIV positive MSM in Montreal, Canada. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):518-23.
- [26] Elford J, Bolding G, Sherr L, Hart G. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. *AIDS* 2005;19(18):2171-4.
- [27] Suarez T, Miller J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men - where do we go from here? *Arch Sex Behav* 2001;30(3):287-300.
- [28] Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L, Elford J. Gay men who look for sex on the Internet: is there more HIV/STI risk with online partners? *AIDS* 2005;19(9):961-8.
- [29] Bouhnik AD, Preau M, Schiltz MA, Peretti-Watel P, Obadia Y, Lert F, *et al.* Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006.
- [30] Elford J, Ibrahim F, Bukutu C, Anderson J. Sexual behaviour of people living with HIV in London: implications for HIV transmission. *AIDS* 2007;21 Suppl 1:S63-S70.

6. Recours aux tests de dépistage et statut sérologique VIH, IST, hépatites

Rédigé par Alice Bouyssou-Michel et Annie Velter

Les points clés

- 86 % des répondants ont réalisé un test de dépistage VIH au cours de leur vie. Parmi ces hommes, 13 % se déclarent séropositifs et 15 % ne sont plus certains d'être encore séronégatifs pour le VIH ou ne connaissent pas leur statut sérologique.
- 10 % des répondants indiquent avoir eu au moins une IST au cours des 12 derniers mois ; 4 % ont eu une gonococcie et 2 % une syphilis.
- Concernant les hépatites : 11 % des répondants déclarent avoir eu une hépatite A confirmée par le médecin au cours de leur vie, 9 % une hépatite B. Parmi les répondants n'ayant pas eu d'hépatite B au cours de leur vie, 63 % indiquent être vaccinés contre l'hépatite B. Parmi l'ensemble des répondants, 60 % ont fait un test de dépistage d'hépatite C au cours de leur vie. Parmi ceux connaissant le résultat de ce test, 3 % sont séropositifs au VHC. Globalement, depuis 1997, une augmentation des vaccinations et du recours au dépistage est observée.

6.1 RECOURS AU TEST DE DÉPISTAGE VIH ET STATUT SÉROLOGIQUE

6.1.1 Le recours au dépistage VIH au cours de la vie

Le recours au test de dépistage VIH au cours de la vie est majoritaire parmi les répondants (86 % de l'EPG 2004 (figure 13)). La proportion de répondants n'ayant pas eu recours au test VIH au cours de leur vie, de l'ordre de 13 %, reste constante au cours des trois enquêtes.

Les répondants n'ayant jamais fait de test de dépistage VIH au cours de leur vie ont un profil particulier (tableau 7). Ils appartiennent aux classes d'âge situées aux deux extrémités de la pyramide des âges : 36 % parmi les moins de 20 ans et 14 % parmi les 45 ans et plus. Ils résident plus fréquemment en province et n'ont pas suivi d'études supérieures ; ils se définissent plus comme bisexuels (24 %). Les répondants n'ayant pas eu de partenaire masculin stable au cours des 12 derniers mois sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir effectué de test VIH (21 % vs 11 %, $p < 10^{-4}$). De même, les répondants distants du mode de vie classiquement défini homosexuel, que ce soit en termes de multipartenariat sexuel important, de fréquentation régulière des lieux de rencontre sexuelle ou de pratique anale (tableau 7), se dépistent moins. Concernant la non-protection des rapports anaux, une proportion non négligeable de ces répondants n'a pas fait de dépistage VIH au cours de la vie (10 %).

FIGURE 13

RECOURS AU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH ET STATUT SÉROLOGIQUE DES RÉPONDANTS TESTÉS – EPG 2004

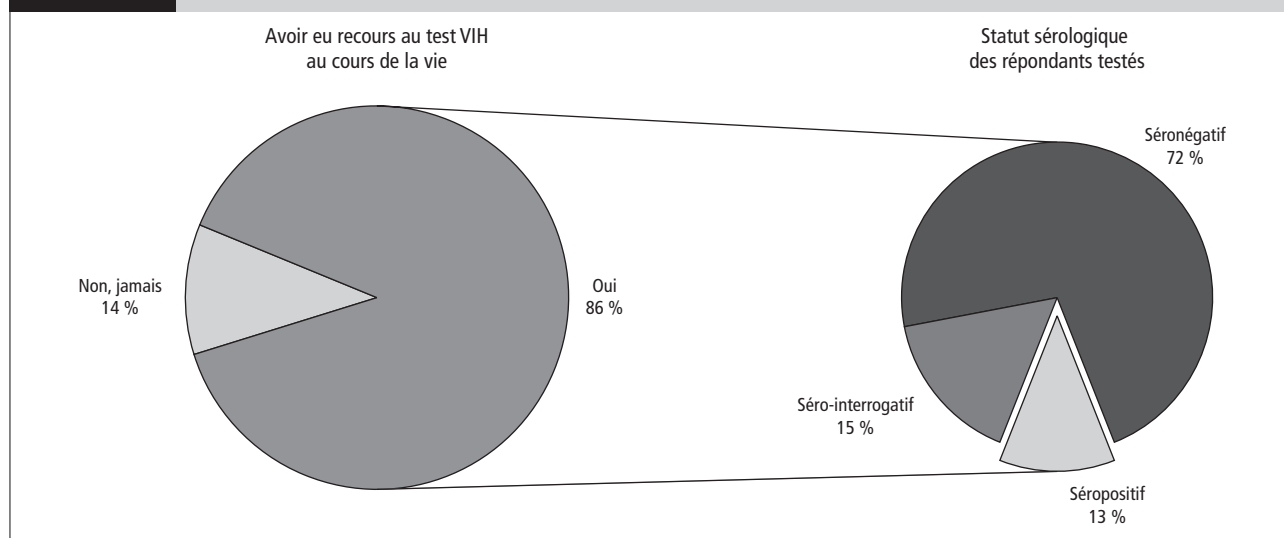


TABLEAU 7

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU RECOURS OU NON AU TEST DE DÉPISTAGE VIH AU COURS DE LEUR VIE SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES – EPG 2004

Avoir eu recours au test de dépistage au cours de sa vie	Oui		Non		p
	n	%	n	%	
Support du questionnaire					
Presse	4 065	86,7	623	13,3	<10 ⁻⁴
Internet	1 114	82,4	238	17,6	
Classes d'âge					
Moins de 25 ans	486	63,8	276	36,2	<10 ⁻⁴
25 - 29 ans	725	83,8	140	16,2	
30 - 34 ans	986	90,6	102	9,4	
35 - 44 ans	1 715	92,3	143	7,7	
45 ans et plus	1 055	85,8	174	14,2	
Lieu de résidence					
Île-de-France	1 812	90,5	189	9,5	<10 ⁻⁴
Autres	2 836	83,4	565	16,6	
Scolarité					
Jusqu'au bac (compris)	1 830	83,5	363	16,5	<10 ⁻⁴
Études supérieures	3 299	87,2	484	12,8	
Autodéfinition de l'orientation sexuelle					
Homosexuel	4 607	86,6	713	13,4	<10 ⁻⁴
Bisexuel	270	75,6	87	24,4	
Refus de se définir	193	81,4	44	18,6	
Autre	21	67,7	10	32,3	
Relation stable avec un homme (12 derniers mois)					
Non	1 484	79,3	388	20,7	<10 ⁻⁴
Oui	3 625	88,8	459	11,2	
Fréquentation régulière de lieux de sexe (12 derniers mois)					
Non	2 842	84,5	522	15,5	<10 ⁻⁴
Oui	2 316	87,5	332	12,5	
Fréquentation régulière de sites de rencontre Internet (12 dernier mois)					
Non	3 667	86,1	592	13,9	ns
Oui	1 377	84,9	245	15,1	
Nombre de partenaires sexuels (12 derniers mois)					
Jusqu'à 10 partenaires	3 156	81,7	706	18,3	<10 ⁻⁴
Plus de 10 partenaires	1 961	93,3	141	6,7	
Pratique de la pénétration anale avec des partenaires occasionnels (12 derniers mois)					
Non	384	79,0	102	21,0	<10 ⁻⁴
Oui	3 349	89,5	393	10,5	
Au moins une PANP avec des partenaires occasionnels (12 derniers mois)					
Non	2 135	89,0	263	11,0	<10 ⁻³
Oui	1 184	90,2	129	9,8	

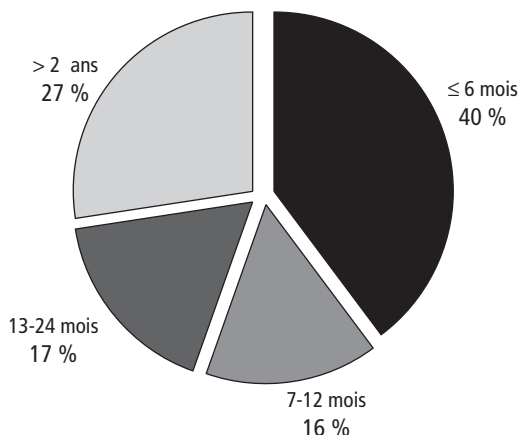
ns : $p \geq 0,05$

Près des trois quarts (73 %) des hommes ayant eu recours à un test de dépistage VIH dans leur vie ont réalisé au moins un test, dont le résultat est négatif, au cours des deux années précédant l'enquête ; 40 % l'ont fait dans les 6 derniers mois (figure 14). Le nombre moyen

de tests VIH effectués au cours des deux dernières années par ces hommes est de 2,8 [1-30] ; près d'un tiers (30 %) des répondants testés ont réalisé trois tests et plus.

FIGURE 14

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU RECOURS AU TEST DE DÉPISTAGE VIH SELON LE NOMBRE DE MOIS ÉCOULÉS ENTRE LE DERNIER TEST NÉGATIF ET LA DATE DE L'ENQUÊTE – EPG 2004



6.1.2 Les statuts sérologiques déclarés par les répondants testés

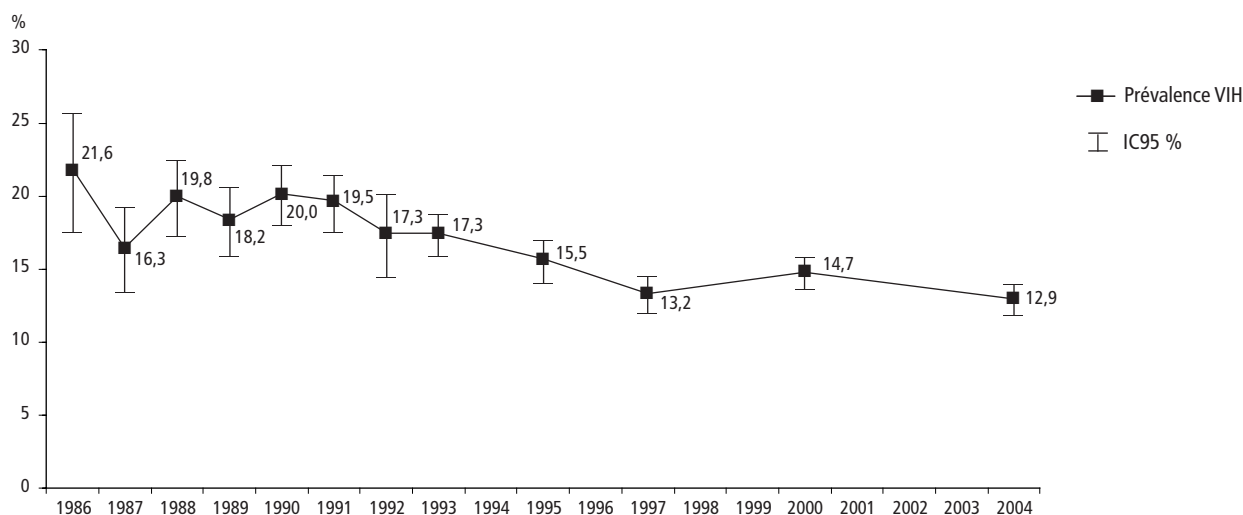
Parmi les répondants ayant eu recours au dépistage au moins une fois dans leur vie, 72 % sont séronégatifs et 15 % sont séro-interrogatifs : c'est-à-dire qu'ils ne sont plus certains d'être encore séronégatifs (11 %) ou qu'ils ne connaissent pas leur statut sérologique à VIH (4 %). La prévalence VIH déclarée par les répondants testés est de 13 %

[IC95 % : 12,1-13,9]. Il n'y a pas de différence significative entre les deux supports de l'enquête.

La part des personnes déclarant être séropositives a fortement diminué, passant de 22 % [IC95 % : 17,6-25,7] en 1986 à 15 % [IC95 % : 14,0-17,0] en 1995, puis à 13 % [IC95 % : 11,8-13,9] en 2004 pour les répondants de la presse uniquement (figure 15).

FIGURE 15

PRÉVALENCE VIH DÉCLARÉE PAR LES RÉPONDANTS DES EPG (1986-2004)



6.1.2.1 Caractéristiques des répondants séropositifs VIH

Les répondants se déclarant séropositifs au VIH (n=658) sont âgés de 41 ans en moyenne, 48 % d'entre eux sont âgés de 35 à 44 ans. Plus de la moitié a suivi des études supérieures (56 %). Ils résident pour 47 % en région francilienne et habitent, pour plus de la moitié, seuls (56 %). La moitié d'entre eux connaît sa séropositivité depuis au moins 10 ans. Plus de la moitié d'entre eux (57 %) fréquente régulièrement au moins un lieu de rencontre avec sexe. Au cours des 12 derniers mois, 59 % des répondants séropositifs ont eu plus de 10 partenaires sexuels masculins. La pratique de la pénétration anale avec

ces partenaires occasionnels est très largement majoritaire (96 %). À l'occasion de ces rapports anaux, 56 % des hommes se déclarant séropositifs ont eu au moins une PANP avec ces partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois.

6.1.2.2 Caractéristiques des répondants séronégatifs VIH

Les répondants déclarant être séronégatifs sont âgés de 37 ans en moyenne. Ils possèdent un niveau d'études assez élevé puisque 66 % ont suivi des études supérieures. Ils résident pour 37 % en région Île-de-France et plus de la moitié ne vivent pas seuls. Au cours des deux

dernières années, les répondants séronégatifs déclarent un nombre médian de tests de dépistage au VIH égal à 2. Parmi l'ensemble des séronégatifs, 45 % indiquent avoir effectué leur dernier test négatif au cours des 6 derniers mois. Proportionnellement, ils sont moins nombreux à fréquenter régulièrement les lieux de rencontre avec sexe (40 %) et les sites de rencontre sur internet (25 %) que les répondants de statuts sérologiques différents. De même, ils déclarent moins de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois : 32 % ont eu plus de 10 partenaires sur la période de référence. S'ils déclarent pratiquer majoritairement les rapports anaux avec ces partenaires occasionnels, ils les protègent plus que les autres répondants (28 % ont eu au moins une PANP).

6.1.2.3 Caractéristiques des répondants séro-interrogatifs VIH

Les répondants séro-interrogatifs sont ceux qui ont fait au moins un test de dépistage au cours de leur vie et qui indiquent ne plus être certains d'être encore séronégatifs ou ne pas connaître le résultat de leur dernier test ; ils sont plus jeunes, âgés en moyenne de 35 ans. Leur niveau d'instruction est identique à celui des répondants séronégatifs. Ils résident pour 39 % d'entre eux en Île-de-France et habitent plus fréquemment seuls (61 %). Le nombre médian de tests réalisés au cours des deux dernières années est inférieur à celui effectué par les répondants séronégatifs puisqu'il est égal à 1. De même, la part des répondants séro-interrogatifs est moins importante à avoir effectué un dernier test négatif au cours des 6 derniers mois (24 %). Par contre, leur mode de vie s'apparente plus aux répondants séropositifs : ils fréquentent régulièrement les lieux de rencontre avec sexe (56 %) et les sites de rencontre internet (34 %) ; 53 % ont, au cours des 12 derniers mois, eu plus de 10 partenaires sexuels masculins. La pratique de la pénétration est majoritaire avec les partenaires occasionnels (90 %), ces rapports sont pour 46 % non protégés.

Les répondants de l'EPG 2004 ont majoritairement réalisé au moins un test de dépistage VIH au cours de leur vie, même si une part stable dans le temps n'y a jamais eu recours. La fréquence de réalisation des tests est importante avec un nombre moyen de 3 tests réalisés dans les deux dernières années.

La part des répondants se déclarant séropositifs au VIH est de 13 % et est constante dans le temps. Cependant, 15 % ne sont plus certains d'être encore séronégatifs ou ne connaissent pas le résultat de leur test. Ces répondants décrivent un mode de vie qui se rapproche de celui des répondants séropositifs en termes de fréquentation des lieux de socialisation gay, de nombre de partenaires sexuels masculins, de pratiques sexuelles et de comportements à risque.

6.2 LES IST ET LES HÉPATITES

Les IST autres que le VIH/sida sont un des items du volet "santé" du questionnaire de l'EPG 2004. Les IST les plus fréquentes y figurent, comme les gonococcies, la syphilis, l'hépatite B, l'herpès génital, les végétations vénériennes (crêtes de coq), les infections à chlamydia ; la formulation des réponses permet d'établir un calendrier en différenciant les IST acquises au cours des 12 derniers mois ou auparavant. Une question ouverte offre la possibilité aux répondants d'indiquer d'autres infections.

Les hépatites A et C sont également abordées dans ce chapitre ; l'hépatite A, qui peut être transmise par les pratiques oro-anales, est

une IST plutôt spécifique des HSH, tandis que l'hépatite C n'est pas actuellement considérée comme une IST. Des éléments sur le dépistage et la vaccination des hépatites sont également présentés dans cette partie.

Les IST sont présentées ci-dessous par pathologie avec le taux de prévalence déclarée, les facteurs associés et une mise en perspective avec les résultats des EPG réalisées en 1997 et 2000. Les facteurs inclus dans l'analyse sont ceux les plus souvent cités dans la littérature comme associés aux comportements à risque ou aux IST : l'âge, le statut sérologique vis-à-vis du VIH, la région Île-de-France, le nombre de partenaires, la fréquentation de lieux de sexe anonyme (saunas, backrooms, lieux extérieurs de drague) et des sites de rencontre sur internet ; le critère socio-économique retenu est le niveau de scolarité (études supérieures ou non). La consommation d'héroïne ou de cocaïne est également utilisée lors de l'analyse du dépistage de l'hépatite C.

Pour réaliser les analyses multivariées, les classes d'âge ont été regroupées en deux catégories (moins de 35 ans, 35 ans et plus) et le statut sérologique vis-à-vis du VIH en trois catégories (séronégatifs, séro-interrogatifs⁷ et séropositifs), la catégorie de référence choisie est celle des séronégatifs et également des non testés d'effectif faible.

Pour l'analyse de l'évolution entre les différentes enquêtes (1997, 2000 et 2004), les données ont été standardisées d'après la répartition par âge (15-75 ans) des répondants de 1997 et, quand cela n'était pas possible, d'après la répartition par âge de 2000. Pour l'année 2004, les données utilisées sont celles obtenues *via* le support "presse".

Les comparaisons sont réalisées avec le test du chi² (seuil à 5 %) et les différences présentées dans le texte sont statistiquement significatives ($p < 0,05$). Les régressions logistiques sont descendantes pas à pas avec un intervalle de confiance de 95 % (logiciel Stata 8.2).

6.2.1 Les IST

6.2.1.1 Les gonococcies urogénitales ou rectales

Parmi les répondants, 24 % (n=1 416) déclarent avoir eu une gonococcie au cours de leur vie ; ce sont majoritairement (75 %) des hommes âgés de 35 ans et plus.

Les répondants sont 4 % (n=217) à avoir eu une gonococcie au cours des 12 derniers mois (tableau 8) ; leur âge médian est de 35 ans (quartiles : 29-39 ans). Ce sont plutôt des hommes résidant en Île-de-France (6 % vs 3 %), séropositifs ou séro-interrogatifs (respectivement 9 % et 5 %) ; ils ont souvent plus de 10 partenaires (8 %) et fréquentent régulièrement les lieux de sexe ou les sites de rencontre sur internet (6 %).

Les facteurs indépendamment associés à une gonococcie dans les 12 derniers mois sont : être âgé de moins de 35 ans (ORa=1,50 ; IC95 % 1,09-2,06), être francilien (ORa=1,69 ; IC95 % 1,24-2,29), être séro-interrogatif (ORa=1,71 ; IC95 % 1,14-2,56), être séropositif (ORa=2,91 ; IC95 % 1,98-4,27) et avoir plus de 10 partenaires (ORa=3,89 ; IC95 % 2,77-5,48).

Dans les précédentes enquêtes, les gonococcies étaient différenciées selon leur localisation, les gonococcies urogénitales, d'une part, et les gonococcies rectales, d'autre part ; afin de comparer les résultats avec ceux de l'EPG 2004, les données des deux localisations ont été

⁷ Les hommes séro-interrogatifs ont déjà fait au moins un test de dépistage VIH au cours de leur vie ; au moment de l'enquête, ils ne sont plus certains d'être encore séronégatifs ou ne savent pas quel est le résultat du dernier test.

regroupées. Les gonococcies dans les 12 mois qui avaient augmenté entre 1997 (2,2 %) et 2000 (standardisé 4,2 %, observé 4,0 %), reculent en 2004 (presse, standardisé 3,3 % et observé 3,2 %).

6.2.1.2 La syphilis

• Les antécédents de syphilis

Parmi les répondants, 9 % déclarent avoir eu une syphilis au cours de leur vie (n=534) ; la classe d'âge des 45 ans et plus est la plus concernée (23 %), en comparaison à celle des moins de 35 ans (3 %) et des 35-44 ans (8 %).

Les répondants sont 2 % à avoir un antécédent de syphilis au cours des 12 derniers mois (n=135). Les différences selon les classes d'âge ne sont pas significatives (tableau 8). Les répondants ayant eu une syphilis dans l'année fréquentent plus régulièrement les lieux de sexe (4 %) ou les sites de rencontre internet (4 %) ; ces hommes ont également plus de partenaires et sont plus souvent séropositifs (8 %).

Les caractéristiques suivantes sont indépendamment associées à un antécédent de syphilis dans les 12 derniers mois : fréquenter régulièrement les sites de rencontre sur internet (ORa=1,52 ; IC95 % 1,02-2,25), être séropositif (ORa=4,40 ; IC95 % 2,94-6,58) et avoir plus de 10 partenaires (ORa=5,31 ; IC95 % 3,28-8,59).

En 2004, la proportion d'hommes ayant eu une syphilis dans l'année a augmenté, que ce soit avec les questionnaires issus de la presse (presse, standardisé 1,68 % et observé 1,82 %) ou globalement (observé 2,28 %), par rapport aux enquêtes précédentes de 1997 (0,10 %) et de 2000 (standardisé 0,44 %, observé 0,46 %).

La formulation des questions sur la syphilis ne permet pas de différencier les hommes qui ont présenté une syphilis symptomatique, de ceux pour qui le diagnostic a été posé après un test de dépistage, en l'absence de signes cliniques.

• Le dépistage de la syphilis

Concernant le dépistage de la syphilis, 48 % (n=2 862) des répondants de l'EPG 2004 ont fait au moins un test au cours de leur vie et 31 % en ont fait un au cours des 12 derniers mois (n=1 839). Les hommes qui ont fait un dépistage de la syphilis dans l'année ont plutôt entre 35 et 44 ans (tableau 8), sont plus souvent franciliens (42 %), ont fait des études supérieures et sont plutôt séropositifs (57 % vs 33 % pour les séronégatifs), déclarent plus de 10 partenaires (55 %) et fréquentent régulièrement les lieux de sexe (43 %) ou les sites de rencontre sur internet (38 %).

Les facteurs indépendamment associés à un dépistage récent de la syphilis sont l'âge, moins de 35 ans (ORa=1,16 ; IC95 % 1,01-1,32), la fréquentation régulière des sites de rencontre sur internet (ORa=1,22 ; IC95 % 1,06-1,40), la résidence en Île-de-France (ORa=2,01 ; IC95 % 1,77-2,29), un nombre de partenaires supérieur à 10 (ORa=2,80 ; IC95 % 2,45-3,19) et la séropositivité VIH (ORa=2,87 ; IC95 % 2,36-3,48).

La question sur le dépistage de la syphilis est introduite en 2004, sans comparaison possible.

6.2.1.3 L'herpès génital

Les répondants sont 8 % (n=481) à déclarer avoir eu de l'herpès génital au cours de leur vie et 2 % (n=138) à en avoir eu au cours des 12 derniers mois. Pour ces derniers, il n'y a pas d'élément permettant de distinguer

si cet herpès génital survenu au cours des 12 derniers mois est une primo-infection ou une nouvelle récurrence.

Les répondants ayant eu de l'herpès génital au cours des 12 derniers mois ne diffèrent pas selon le support du questionnaire (presse ou internet), la scolarité, la fréquentation régulière des lieux de sexe ou de sites de rencontre sur internet (2 %). Par contre, les hommes sont plus souvent âgés de 35 ans et plus (3 % vs 2 %), franciliens (4 % vs 2 %), ont plutôt plus de 10 partenaires (4 % vs 1 %) et sont plus souvent séropositifs (8 % vs 2 % pour les séronégatifs) ; avec l'analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés sont la résidence, le nombre de partenaires et la séropositivité.

En 2004, les résultats (2 %) sont très en deçà des résultats de 1997 et 2000, respectivement 8 % et 10 %. Ceci pourrait s'expliquer par l'introduction, en 2004, de la notion de localisation génitale dans la question, qui n'était pas précisée dans les enquêtes précédentes, et la localisation labiale pouvait être incluse par les répondants.

6.2.1.4 Les végétations vénériennes ou crêtes de coq

Parmi les répondants, 15 % (n=894) ont déclaré avoir eu des végétations vénériennes au cours de leur vie et 2 % (n=142) pendant les 12 derniers mois. Les hommes ayant eu des végétations vénériennes dans l'année ne diffèrent pas selon le support du questionnaire (presse ou internet), l'âge, la scolarité, mais résident plutôt en Île-de-France (3 % vs 2 %), ont souvent plus de 10 partenaires (5 % vs 1 %), fréquentent régulièrement les lieux de sexe (4 % vs 2 %) et sont plus souvent séropositifs ou séro-interrogatifs (respectivement 7 % et 4 % vs 2 % pour les séronégatifs). Les facteurs indépendamment associés aux végétations vénériennes dans l'année sont : être séro-interrogatif (ORa=1,78 ; IC95 % 1,07-2,96), avoir plus de 10 partenaires (ORa=2,91 ; IC95 % 1,94-4,37) et être séropositif (ORa=4,10 ; IC95 % 2,60-6,47).

Dans les enquêtes précédentes de 1997 et 2000, le taux de prévalence déclarée de végétations vénériennes était respectivement de 2,4 % et 4,0 % (standardisé et observé). Le taux de 2004 (presse standardisé 2,4 % et observé 2,2 %) est proche de celui de 1997, marquant un recul par rapport à 2000.

6.2.1.5 Les IST à chlamydia

Parmi les répondants, 7 % déclarent avoir eu une IST à chlamydia au cours de la vie (n=395) et plus des trois-quarts d'entre eux sont des hommes de 35 ans et plus.

Les répondants sont 1 % (n=83) à déclarer une IST à chlamydia au cours des 12 derniers mois. Ils sont plutôt franciliens (2 % vs 1 %), ont plutôt plus de 10 partenaires (3 % vs 1 %), fréquentent régulièrement les sites de rencontre sur internet ou les lieux de sexe (2 % vs 1 %) et sont plus souvent séropositifs (5 % vs 1 % pour les séronégatifs). Les facteurs indépendamment associés sont la résidence en Île-de-France (ORa=1,96 ; IC95 % 1,16-3,29), la séropositivité (ORa=4,07 ; IC95 % 2,39-6,94) et le nombre de partenaires supérieur à 10 (ORa=4,77 ; IC95 % 2,58-8,82).

L'item sur les chlamydia nouvellement proposé en 2004 ne peut être comparé aux autres années.

Parmi les répondants à la question ouverte sur les IST, 3 ont indiqué avoir eu une rectite LGV ; l'un d'entre eux a déclaré être séropositif, les deux autres n'ont pas répondu concernant leur statut vis-à-vis du VIH.

TABLEAU 8

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AYANT EU, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UNE GONOCOCCIE, UNE SYPHILIS OU UN TEST DE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS – EPG 2004

	Avoir eu une gonococcie (12 mois)			Avoir eu une syphilis (12 mois)			Avoir fait un test syphilis (12 mois)		
	Total des répondants	Oui	%	Total des répondants	Oui	%	Total des répondants	Oui	%
Support du questionnaire									
Presse	4 581	146	3,2	4 554	83	1,8	4 579	1 379	30,1
Internet	1 369	71	5,2	1 367	52	3,8	1 380	460	33,3
Classes d'âge									
Moins de 25 ans	769	17	2,2	769	10	1,3	764	195	25,5
25-29 ans	863	39	4,5	859	17	2,0	863	264	30,6
30-34 ans	1 077	47	4,4	1 072	25	2,3	1 079	338	31,3
35-44 ans	1 828	84	4,6	1 819	53	2,9	1 828	626	34,2
45 ans et plus	1 179	20	1,7	1 169	26	2,2	1 188	336	28,3
Lieu de résidence									
Île-de-France	1 969	110	5,6	1 961	63	3,2	2 000	846	42,3
Autre	3 696	95	2,6	3 683	65	1,8	3 669	898	24,5
Scolarité									
Jusqu'au bac (compris)	2 145	70	3,3	2 138	51	2,4	2 132	602	28,2
Études supérieures	3 741	146	3,9	3 721	82	2,2	3 763	1 211	32,2
Statut sérologique VIH									
Non testé	840	4	0,5	836	3	0,4	844	17	2,0
Séronégatif	3 534	105	3,0	3 514	54	1,5	3 523	1 175	33,4
Séro-interrogatif	730	37	5,1	728	11	1,5	730	207	28,4
Séropositif	627	58	9,3	625	50	8,0	646	366	56,7
Nombre de partenaires ^a									
Jusqu'à 10 (compris)	3 807	58	1,5	3 784	30	0,8	3 777	819	21,7
Plus de 10	2 070	156	7,5	2 065	105	5,1	1 822	1 003	55,0
Fréquentation régulière de lieux de sexe ^a									
Non	4 194	128	3,1	4 445	69	1,6	4 461	1 200	26,9
Oui	1 612	88	5,5	1 444	65	4,5	1 467	630	42,9
Fréquentation régulière de sites de rencontre Internet ^a									
Non	4 449	118	2,7	4 173	68	1,6	4 172	1 165	27,9
Oui	1 466	96	6,5	1 616	65	4,0	1 639	627	38,3

ns : $p \geq 0,05$.

^a Au cours des 12 derniers mois.

6.2.2 Les hépatites

À la différence des IST aiguës, les hépatites confèrent une immunité ; l'immunité peut être aussi acquise par la vaccination pour les virus des hépatites A et B. Le dépistage de certaines hépatites virales est recommandé car elles sont souvent asymptomatiques. Par ailleurs, pour tenir compte des petits effectifs de répondants ayant eu une hépatite au cours des 12 derniers mois, les résultats sur les hépatites se réfèrent aux hommes ayant eu une hépatite au cours de la vie ; l'analyse des tests de dépistage se rapporte quant à elle à la période des 12 derniers mois. L'analyse des dépistages et des vaccinations a été réalisée après avoir exclu les répondants ayant déclaré avoir eu l'hépatite correspondante.

6.2.2.1 L'hépatite A

• La prévalence déclarée de l'hépatite A

Parmi les répondants, 11 % ont indiqué avoir eu une hépatite A confirmée par le médecin ; 0,9 % (n=55) au cours des 12 derniers mois et 10,3 % (n=615) auparavant. Globalement, les répondants ayant eu une hépatite A au cours de leur vie résident plutôt en Île-de-France (14 % vs 10 %), sont plus souvent séropositifs (27 % vs 10 % pour les séronégatifs) et ont plutôt 35 ans ou plus (tableau 9).

En 2004, la proportion de répondants ayant une hépatite A (presse, standardisé 10,6 % et observé 11,6 %) est moins élevée que celle de 2000 (12,9 %), la différence avec les données standardisées de 2004 est significative ($p < 10^{-3}$).

TABLEAU 9

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AYANT EU UNE HÉPATITE A AU COURS DE LEUR VIE ET DES RÉPONDANTS VACCINÉS – EPG 2004

	Avoir eu une hépatite A				Être vacciné contre l'hépatite A ^a			
	Total des répondants	n	Oui %	p	Total des répondants ^a	n	Oui %	p
Support du questionnaire								
Presse	4 578	532	11,6	ns	2 940	1 308	44,5	0,001
Internet	1 394	138	9,9		892	343	38,5	
Classes d'âge								
Moins de 25 ans	759	16	2,1	<10 ⁻⁴	434	268	61,8	<10 ⁻⁴
25-29 ans	857	50	5,8		554	241	43,5	
30-34 ans	1 076	98	9,1		690	315	45,7	
35-44 ans	1 834	255	13,9		1 236	521	42,2	
45 ans et plus	1 205	223	18,5		755	249	33,0	
Lieu de résidence								
Île-de-France	1 993	271	13,6	<10 ⁻⁴	1 273	619	48,6	<10 ⁻⁴
Autre	3 696	366	9,9		2 369	950	40,1	
Scolarité								
Jusqu'au bac (compris)	2 154	206	9,6	0,002	1 355	552	40,7	0,028
Études supérieures	3 752	456	12,2		2 431	1 080	44,4	
Statut sérologique VIH								
Non testé	824	37	4,5	<10 ⁻⁴	453	158	34,9	<10 ⁻⁴
Séronégatif	3 555	363	10,2		2 407	1 114	46,3	
Séro-interrogatif	730	74	10,1		450	185	41,1	
Séropositif	645	172	26,7		388	138	35,6	

ns : $p \geq 0,05$.

^a répondants n'ayant pas eu d'hépatite A.

• La vaccination contre l'hépatite A

Parmi les répondants n'ayant pas eu d'hépatite A, 32 % (n=1 651) déclarent être vaccinés contre l'hépatite A, 43 % ne pas l'être (n=2 181) et 25 % répondent "ne pas savoir" (n=1 276) s'ils ont été vaccinés ou non. Ces derniers ont été exclus de l'analyse sur la vaccination.

Les hommes vaccinés, comparés à ceux qui ont répondu ne pas être vaccinés, sont plutôt jeunes, avec un niveau scolaire élevé (44 % vs 41 % parmi ceux n'ayant pas fait d'études supérieures), habitent plutôt en Île-de-France (60 % vs 51 %) et sont plutôt séronégatifs (tableau 9).

Les facteurs indépendamment associés à la vaccination sont : ne pas être séropositif (ORa=1,31 ; IC95 % 1,03-1,65), résider en Île-de-France (ORa=1,46 ; IC95 % 1,26-1,68) et avoir moins de 35 ans (ORa=1,51 ; IC95 % 1,31-1,74).

En 2000, parmi les répondants qui n'ont pas eu d'hépatite A, 40 % ont déclaré être vaccinés contre l'hépatite A. La proportion des hommes vaccinés contre l'hépatite A a augmenté entre 2000 et 2004 (presse, standardisé 47 % et observé 45 %), la différence est statistiquement significative ($p > 10^{-5}$).

6.2.2.2 L'hépatite B

• La prévalence déclarée de l'hépatite B

Parmi les répondants, 9 % (n=538) déclarent avoir eu une hépatite B au cours de la vie et 0,65 % (n=38) indiquent avoir eu une hépatite B au cours des 12 derniers mois. Les hommes qui ont eu une hépatite B au cours de leur vie (tableau 10) sont plus âgés (19 % pour les 45 ans et plus vs 2 % pour les 25-29 ans), résident plus souvent en Île-de-France (11 % vs 8 %) et sont plus souvent séropositifs (34 % vs 7 % pour les séronégatifs).

La proportion d'hommes ayant une hépatite B au cours de la vie en 2004 (presse, standardisé 6,3 %, observé 9,5 %) est inférieure à celles des enquêtes de 1997 (11,5 %) et 2000 (standardisé 9,6 %, observé 11,6 %) (K_{hi}2 de tendance 64,137, $p < 10^{-5}$).

• La vaccination contre l'hépatite B

Parmi les répondants qui n'ont pas eu d'hépatite B, 63 % déclarent être vaccinés contre l'hépatite B (n=3 306), 23 % déclarent ne pas être vaccinés (n=1 198) et 14 % ne savent pas s'ils sont ou non vaccinés (n=752). Ces derniers sont exclus du reste de l'analyse sur la vaccination.

En comparaison avec les non vaccinés, les répondants vaccinés sont plutôt jeunes (tableau 10), ont fait plus souvent des études supérieures et sont plutôt séronégatifs ou séro-interrogatifs (76 % vs 61 % pour les séropositifs). Les facteurs indépendamment associés à la vaccination contre l'hépatite B sont : ne pas être séropositif (ORa=1,39 ; IC95 % 1,10-1,76), avoir réalisé des études supérieures (ORa=1,54 ; IC95 % 1,33-1,78) et avoir moins de 35 ans (ORa=2,79 ; IC95 % 2,41-3,24).

La proportion d'hommes vaccinés en 2004 (presse, standardisé 77 % et observé 74 %) est plus importante que celle de 2000 (70 %) ; la différence est statistiquement significative ($p < 10^{-6}$).

• Le dépistage de l'hépatite B

Parmi les répondants qui n'ont pas fait d'hépatite B et qui ne sont pas vaccinés, 24 % ont fait un test de dépistage de l'hépatite B dans les 12 derniers mois (n=474). Les hommes ayant fait un test de dépistage dans l'année habitent plutôt en Île-de-France (tableau 10), sont plus souvent séropositifs (47 % vs 30 % pour les séronégatifs). Ils ont également souvent plus de 10 partenaires (35 % vs 19 %).

Les facteurs indépendamment associés au dépistage de l'hépatite B sont : avoir plus de 10 partenaires (ORa=1,89 ; IC95 % 1,49-2,39) et être séropositif (ORa=2,68 ; IC95 % 1,89-3,80).

Cet item n'était pas présent dans les questionnaires des enquêtes précédentes.

6.2.2.3 L'hépatite C

• Le dépistage de l'hépatite C

Parmi les répondants, 60 % ont fait un test de dépistage d'hépatite C au cours de leur vie (n=3 617), ce sont plutôt des hommes âgés d'au moins 35 ans et des répondants séropositifs (88 % d'entre eux ont fait au moins un test). Au cours des 12 derniers mois, 32 % des répondants ont fait un dépistage (n=1 893). Ce sont plutôt des hommes entre 25 et 35 ans (tableau 11), qui résident en Île-de-France (35 % vs 30 %), qui connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH (48 %

pour les séropositifs et 36 % pour les séronégatifs vs 26 % pour les séro-interrogatifs) et qui ont souvent plus de 10 partenaires (42 % vs 26 %). Il n'y a pas de différence significative selon la consommation ou non d'héroïne ou de cocaïne au cours des 12 derniers mois.

Les facteurs indépendamment associés au dépistage de l'hépatite C au cours des 12 derniers mois sont la fréquentation régulière des sites sur internet (ORa=1,30 ; IC95 % 1,13-1,48), avoir moins de 35 ans (ORa=1,31 ; IC95 % 1,16-1,48), avoir plus de 10 partenaires (ORa=1,92 ; IC95 % 1,69-2,18) et être séropositif VIH (ORa=2,14 ; IC95 % 1,78-2,59).

En 2000, les répondants sont 19 % à avoir pratiqué, dans les 12 derniers mois, un dépistage de l'hépatite C. Cette proportion est nettement inférieure à celle de 2004 (presse, standardisé 31,9 % et observé 31,2 %), la différence est statistiquement significative ($p < 10^{-6}$).

• Les résultats du dépistage de l'hépatite C

Parmi les répondants qui ont fait un test de dépistage au cours de leur vie, 1,8 % (n=63) ne savent pas quel est le résultat et ont été exclus de la suite de l'analyse. Parmi les hommes connaissant le résultat du dépistage, 2,6 % (n=93) ont un résultat positif ; pour 38 % d'entre eux (n=35), le test de dépistage a été pratiqué au cours des 12 derniers mois, tandis que les autres avaient réalisé ce dépistage auparavant.

Les hommes qui ont un résultat positif de l'hépatite C sont plutôt des hommes ayant 35 ans ou plus (tableau 11), avec un niveau de scolarité moindre, sont plutôt séropositifs VIH et déclarent plus souvent fréquenter régulièrement les lieux de sexe ou consommer de l'héroïne ou de la cocaïne. Les facteurs indépendamment associés à un résultat positif sont : être âgé de 35 ans ou plus (ORa=2,04 ; IC95 % 1,08-3,84), avoir consommé de l'héroïne ou de la cocaïne au cours des 12 derniers mois (ORa=2,28 ; IC95 % 1,19-4,36) et être séropositif VIH (ORa=3,90 ; IC95 % 2,25-6,80).

La proportion d'hommes ayant un résultat positif au dépistage de l'hépatite C en 2000 (5,4 %) est supérieure à celle de 2004 (presse, standardisé 2,3 % et observé 2,6 %) ; les différences entre les deux enquêtes sont statistiquement significatives ($p < 10^{-6}$).

6.2.3 Synthèse

Selon le type d'infection, les proportions rapportées par les répondants diffèrent, comme l'illustre la figure 16 ; ainsi, 6 % des hommes déclarent avoir eu une IST à chlamydia ou un herpès génital au cours de leur vie, 11 % une hépatite A et 24 % une gonococcie.

TABLEAU 10

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AYANT EU UNE HÉPATITE B AU COURS DE LA VIE, DES RÉPONDANTS VACCINÉS ET DE CEUX AYANT FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Avoir eu une hépatite B (vie)			Être vacciné contre l'hépatite B (vie)			Avoir fait un test dépistage de l'hépatite B (12 mois)		
	Total des répondants	Oui n	% p	Total des répondants ^a	Oui n	% p	Total des répondants ^b	Oui n	% p
Support du questionnaire									
Presse	4 517	432	9,6	3 442	2 535	73,6	1 522	355	23,3
Internet	1 351	106	7,8	1 062	771	72,6	469	119	25,4
Classes d'âge									
Moins de 25 ans	765	4	0,5	593	515	86,8	246	53	21,5
25-29 ans	856	14	1,6	727	619	85,1	223	59	26,5
30-34 ans	1 068	54	5,1	854	683	80	329	81	24,6
35-44 ans	1 812	223	12,3	1 373	951	69,3	628	160	25,5
45 ans et plus	1 137	216	19	776	418	53,9	486	102	21
Lieu de résidence									
Île-de-France	1 945	215	11,1	1 506	1 132	75,2	588	170	28,9
Autre	3 651	291	8	2 789	2 033	72,9	1 306	287	22
Scolarité									
Jusqu'au bac (compris)	2 109	201	9,5	1 521	1 029	67,7	864	196	22,7
Études supérieures	3 698	333	9	2 932	2 239	76,4	1 108	274	24,7
Statut sérologique VIH									
Non testé	830	16	1,9	582	374	64,3	435	8	1,8
Séronégatif	3 486	240	6,9	2 836	2 170	76,5	1 056	317	30
Séro-interrogatif	726	52	7,2	565	425	75,2	245	50	20,4
Séropositif	614	207	33,7	372	228	61,3	177	84	47,5

ns : $p \geq 0,05$.

^a répondants n'ayant pas eu d'hépatite B.

^b répondants n'ayant pas eu d'hépatite B ou de vaccination contre l'hépatite B.

TABLEAU 11

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AYANT FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE C ET DE CEUX AYANT UN RÉSULTAT POSITIF AU DÉPISTAGE – EPG 2004

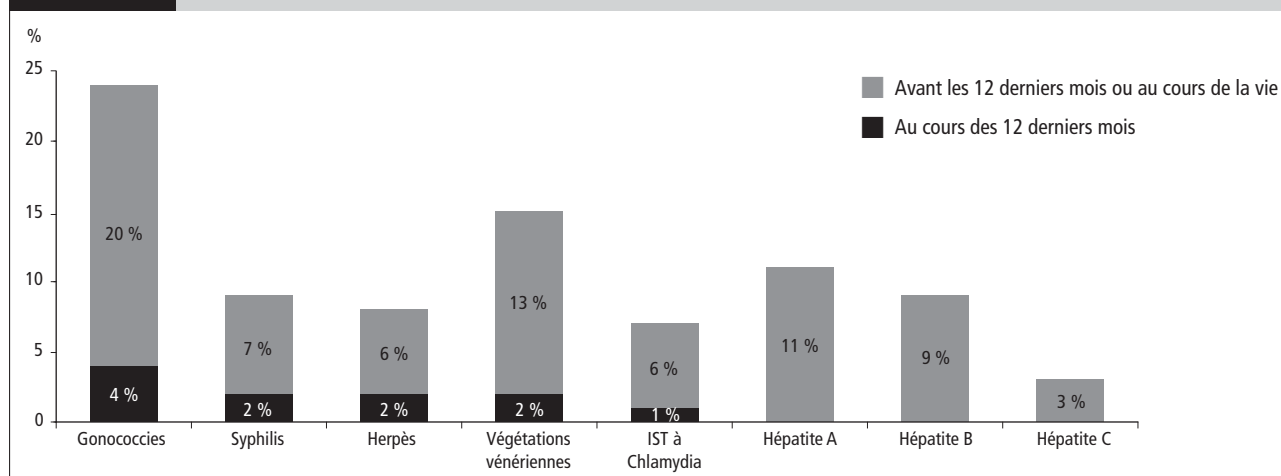
	Avoir fait un test de dépistage de l'hépatite C (12 mois)				Avoir un test positif au dépistage de l'hépatite C (vie)			
	Total des répondants	n	Oui %	p	Total des répondants ^a	n	Oui %	p
Support du questionnaire								
Presse	4 616	1 439	31,2	ns	2 724	75	2,8	ns
Internet	1 387	454	32,7		796	18	2,3	
Classes d'âge								
Moins de 25 ans	768	240	31,3	0,002	335	2	0,6	<10 ⁻⁴
25-29 ans	865	296	34,2		490	4	0,8	
30-34 ans	1 089	365	33,5		654	11	1,7	
35-44 ans	1 858	598	32,2		1 180	31	2,6	
45 ans et plus	1 186	319	26,9		705	37	5,2	
Lieu de résidence								
Île-de-France	1 987	691	34,8	<10 ⁻⁴	1 265	38	3,0	ns
Autre	3 723	1 104	29,7		2 080	49	2,4	
Scolarité								
Jusqu'au bac (compris)	2 165	663	30,6	ns	1 201	44	3,7	0,005
Études supérieures	3 772	1 204	31,9		2 276	47	2,1	
Statut sérologique VIH								
Non testé	842	31	3,7	<10 ⁻⁴	108	2	1,9	<10 ⁻⁴
Séronégatif	3 561	1 298	36,5		2 310	34	1,5	
Séro-interrogatif	738	190	25,7		441	8	1,8	
Séropositif	642	311	48,4		540	43	8,0	

ns : $p \geq 0,05$.

^a répondants ayant fait un test de dépistage de l'hépatite C au cours de la vie et connaissant le résultat.

FIGURE 16

PROPORTIONS D'IST OU D'HÉPATITES DÉCLARÉES PAR LES RÉPONDANTS – EPG 2004



6.2.3.1 Les IST

Globalement, les répondants de l'EPG 2004 sont 40 % à déclarer avoir déjà eu une IST au cours de leur vie (hors hépatite A et hépatite C) ; comme attendu, cette proportion augmente avec l'âge : 13 % parmi les moins de 25 ans, 34 % dans la classe d'âge des 30-34 ans et 60 % dans la classe d'âge des 45 ans et plus.

Parmi les répondants, 10 % (n=601) des hommes indiquent avoir eu au moins une IST au cours des 12 derniers mois, 9 % parmi les lecteurs de la presse gay et 13 % parmi les internautes (tableau 12). La classe

d'âge la plus concernée est celle des 25-44 ans. La proportion d'hommes ayant eu une IST dans l'année varie selon le statut sérologique vis-à-vis du VIH, avec 2 % chez les non testés, 8 % chez les séronégatifs, 12 % chez les séro-interrogatifs et 25 % chez les séropositifs ; elle diffère aussi selon le lieu de résidence (14 % en Île-de-France vs 8 %). Une IST dans l'année est aussi associée aux pratiques au cours des 12 derniers mois, comme le nombre de partenaires (19 % parmi ceux ayant plus de 10 partenaires vs 5 %), la fréquentation régulière des lieux de sexe (16 % vs 8 %) et des sites de rencontre internet (14 % vs 8 %).

TABLEAU 12

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AYANT AU MOINS UNE IST AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Avoir une IST dans les 12 derniers mois			p
	Total des répondants	n	%	
Support du questionnaire				
Presse	4 687	417	8,9	<10 ⁻⁴
Internet	1 403	184	13,1	
Classes d'âge				
Moins de 25 ans	771	48	6,2	<10 ⁻⁴
25-29 ans	871	94	10,8	
30-34 ans	1 092	108	9,9	
35-44 ans	1 876	233	12,4	
45 ans et plus	1 240	89	7,1	
Lieu de résidence				
Île-de-France	2 022	291	7,7	<10 ⁻⁴
Autres	3 770	279	13,8	
Scolarité				
Jusqu'au bac (compris)	2 212	208	9,4	ns
Études supérieures	3 812	388	10,1	
Statut sérologique VIH				
Non testé	847	15	1,8	<10 ⁻⁴
Séronégatif	3 605	295	8,2	
Séro-interrogatif	753	89	11,8	
Séropositif	653	166	25,4	
Nombre de partenaires ^a				
Jusqu'à 10 partenaires	3 884	201	5,2	<10 ⁻⁴
Plus de 10 partenaires	2 130	395	18,5	
Fréquentation régulière de lieux de sexe ^a				
Non	4 554	361	7,9	<10 ⁻⁴
Oui	1 502	237	15,8	
Fréquentation régulière de sites de rencontre internet ^a				
Non	4 282	359	8,4	<10 ⁻⁴
Oui	1 650	229	13,9	

ns : $p \geq 0,05$.

^a au cours des 12 derniers mois.

Globalement, les caractéristiques indépendamment associées à une IST dans les 12 derniers mois sont le statut séro-interrogatif vis-à-vis du VIH (ORa=1,35 ; IC95 % 1,03-1,77), la résidence en Île-de-France (ORa=1,48 ; IC95 % 1,22-1,80), être séropositif (ORa=3,20 ; IC95 % 2,53-4,06) et avoir plus de 10 partenaires (ORa=3,41 ; IC95 % 2,79-4,18).

Par contre, en comparant les résultats des analyses multivariées réalisées pour chacune des IST acquises au cours des 12 derniers mois

(tableau 13), les facteurs associés sont différents selon l'IST. Le multipartenariat (plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois) et la séropositivité vis-à-vis du VIH sont des facteurs indépendants associés à chacune des IST étudiées ; par contre, l'âge, moins de 35 ans, est particulier aux gonococcies et la fréquentation des sites de rencontre sur internet, à la syphilis. La résidence en Île-de-France ou être séro-interrogatif au VIH, sont des facteurs associés qu'à certaines IST.

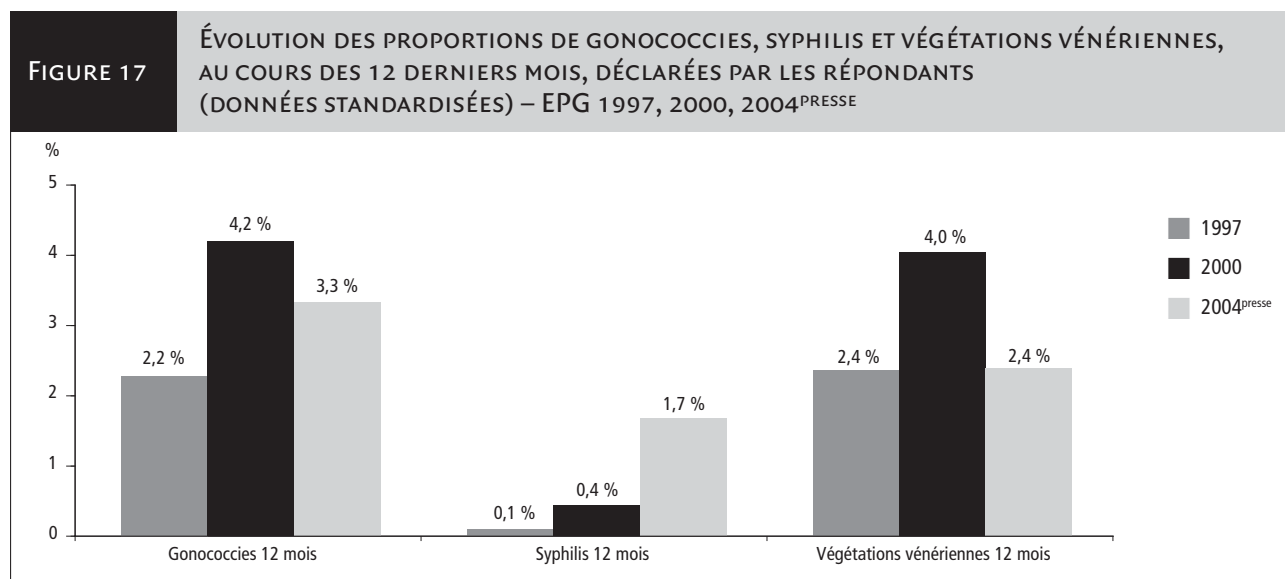
TABLEAU 13

SYNTHÈSE DES FACTEURS INDÉPENDANTS ASSOCIÉS À CHAQUE IST (12 MOIS) – EPG 2004

	Gonococcies	Syphilis	Herpès	Végétations vénériennes	Chlamydia
Âge (<35 ans)	X				
Résidence en Île-de-France	X		X		X
Fréquentation régulière de sites de rencontre sur Internet		X			
Avoir plus de 10 partenaires	X	X	X	X	X
Être séro-interrogatif	X			X	
Être séropositif	X	X	X	X	X

La variable "avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois" ne peut faire l'objet d'une comparaison avec les enquêtes précédentes, car les IST regroupées sous cette variable construite, diffèrent selon l'année de l'enquête. Les évolutions des gonococcies, de la syphilis et des végétations vénériennes au cours des 12 derniers mois, entre 1997 et

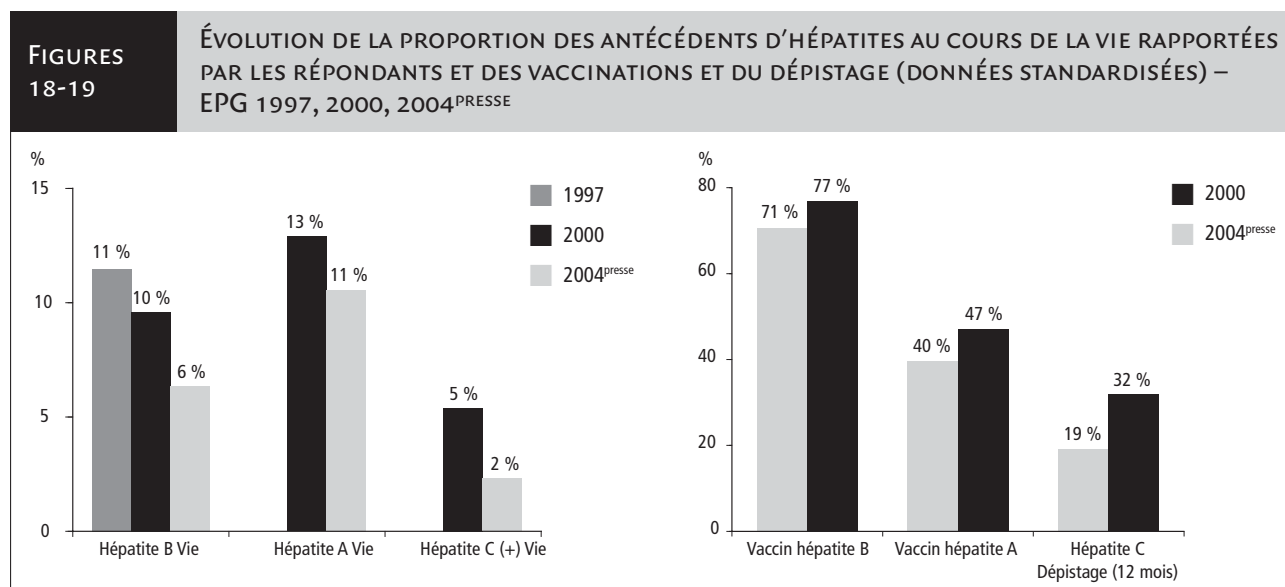
2004, analysées plus haut, sont présentées dans la figure 17. Les proportions des gonococcies comme des végétations vénériennes ont augmenté entre 1997 et 2000, puis diminué entre 2000 et 2004, tandis que l'augmentation de la syphilis est continue.



6.2.3.2 Les hépatites

L'évolution des proportions déclarées des hépatites survenues au cours de la vie est présentée dans la figure 18, pour l'hépatite B, entre 1997 et 2004, et pour les hépatites A et C, entre 2000 et 2004, avec un

recul des trois formes d'hépatites. Par contre, les vaccinations contre l'hépatite A et contre l'hépatite B (figure 19) augmentent entre 2000 et 2004, tout comme le dépistage de l'hépatite C (12 derniers mois).



Les facteurs indépendants associés à la vaccination (hépatites A ou B) et au dépistage au cours des 12 derniers mois (hépatites B ou C) sont présentés dans le tableau 14. L'âge (moins de 35 ans) et ne pas être séropositif sont associés aux deux vaccinations, tandis que la résidence en Île-de-France ou les études supérieures ne sont associées qu'à un

seul vaccin. Par contre, les facteurs associés aux deux dépistages sont la séropositivité vis-à-vis du VIH et le multipartenariat, tandis que le jeune âge ou la fréquentation des sites internet ne sont associés qu'au dépistage de l'hépatite C.

TABLEAU 14

SYNTHÈSE DES FACTEURS INDÉPENDANTS ASSOCIÉS AUX VACCINATIONS ET DÉPISTAGES VIS-À-VIS DES HÉPATITES – EPG 2004

	Vaccin Hépatite A	Vaccin Hépatite B	Dépistage Hépatite B	Dépistage Hépatite C
Âge < 35 ans	X	X		X
Études supérieures		X		
Résidence en Île-de-France	X			
Fréquentation régulière de lieux de sexe				
Fréquentation régulière de sites de rencontre sur Internet				X
Avoir plus de 10 partenaires			X	X
Être séropositif	–	–	X	X

Note de lecture : – pour le vaccin de l'hépatite A, le facteur associé est de ne pas être séropositif.

6.3 DISCUSSION

Le volet IST se situe à la fin du questionnaire de l'EPG et, malgré l'emplacement, les questions sur les IST sont bien renseignées. Toutefois, les prévalences doivent être utilisées avec prudence car ce sont des prévalences déclarées ; par ailleurs, l'absence de définition ne permet pas de distinguer les primo-infections des résurgences, pour l'herpès par exemple, ou encore les végétations vénériennes. Certaines infections peuvent être sous-estimées car elles sont plus souvent asymptomatiques, comme les IST à chlamydia ou les hépatites. De même, pour les vaccinations, le nombre de doses reçues n'est pas indiqué.

La proportion des hommes non testés ayant une IST est très faible, ceci s'explique probablement par les recommandations qui incitent les cliniciens à proposer de façon systématique un test VIH lors du diagnostic d'une IST [1].

Les IST sont une résultante de l'absence d'utilisation du préservatif et, de fait, un indicateur de comportements sexuels à risque. L'indicateur "au moins une PANP au cours des 12 derniers mois", quel que soit le statut du partenaire, stable ou occasionnel, aurait été particulièrement pertinent pour l'analyse des IST, mais sa construction, délicate, n'a pu être finalisée pour ce travail. Cependant, un des facteurs indépendants associés aux différentes IST est la séropositivité au VIH ; dans un autre chapitre de cet ouvrage, la séropositivité est décrite comme fortement associée aux rapports à risque (au moins une PANP avec les partenaires occasionnels) ; un autre facteur associé aux IST est le grand multipartenariat (plus de 10 partenaires dans l'année). Par contre, d'autres facteurs souvent décrits comme étant associés aux IST en France ne sont pas toujours retrouvés lors de l'analyse des résultats de l'EPG 2004 ; ainsi, si la région de l'Île-de-France est un facteur associé aux gonococcies, comme dans le réseau Renago [2], elle l'est dans une moindre mesure pour la syphilis, contrairement aux données de la surveillance [3]. *A contrario*, les gonococcies sont plus fréquemment déclarées par des hommes jeunes, comme le relèvent les données du réseau Renago en France ou celles du Royaume-Uni [4].

Les répondants de l'EPG 2004 sont 40 % à déclarer avoir eu une IST au cours de leur vie et 10 % au cours des 12 derniers mois. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux des enquêtes réalisées en population générale. Ainsi, dans l'enquête Baromètre Santé 2005, parmi les hommes interrogés entre 15 et 54 ans, 1,5 % ont eu une IST au cours des cinq dernières années [5]. Dans l'enquête KABP de 2004, réalisée auprès

d'hétérosexuels, les hommes sont 11 % à avoir eu une IST au cours de leur vie, parmi lesquels 5 % en ont eu une au cours des 12 derniers mois [6].

Les prévalences déclarées des répondants de l'EPG pour les gonococcies ou syphilis au cours des 12 derniers mois, respectivement 4 % et 2 %, sont toutefois nettement inférieures à celles de l'enquête Baromètre Gay, respectivement 10 % et 4 % ; cette enquête a été réalisée en 2005 auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens [7]. Les prévalences déclarées de gonococcies ou de syphilis au cours des 12 derniers mois, dans l'étude réalisée en 2002 auprès des homosexuels masculins fréquentant les salles de sport de Londres, respectivement 9 % et 2,5 % [8], sont quant à elles, proches du Baromètre Gay.

Malgré le contexte d'augmentation des IST chez les homosexuels masculins en France et dans les pays occidentaux, seule la résurgence de la syphilis est visible dans les résultats des EPG 2000 et 2004. Les gonococcies rapportées diminuent entre 2000 et 2004, contrairement à ce qui a été observé dans Renago. Les données des végétations vénériennes entre 2000 et 2004 sont intéressantes car il n'existe pas d'autres sources de données sur cette IST dans cette population actuellement en France.

L'ensemble des résultats sur les IST est à mettre en perspective avec le risque accru de transmission du VIH. La prévalence de ces infections parmi les hommes séropositifs est élevée. Celle-ci peut être due à l'immunodépression liée au VIH, comme dans le cas de l'herpès dont les crises sont prévenues par des prescriptions de Zelitrex ; mais les IST sont aussi associées à l'absence de protection des rapports sexuels, par ailleurs souvent rapportée par ces hommes séropositifs. La transmission du virus du VIH n'en est que facilitée lors des IST et en particulier avec les formes ulcéraires présentes dans la syphilis, l'herpès ou la LGV, et les localisations anales.

Dans l'EPG, les prévalences déclarées des hépatites sont en recul. Au cours de cette même période, on observe une augmentation des vaccinations et du recours au dépistage, probablement en rapport avec les recommandations ; ainsi, la vaccination vis-à-vis de l'hépatite B est recommandée dès 1982 pour les sujets à risque, comme ceux ayant des partenaires sexuels multiples ; d'autre part, une campagne vaccinale auprès des pré-adolescents a également eu lieu entre 1994 et 1998 [9]. Depuis juin 2002, le vaccin de l'hépatite A est également recommandé chez les homosexuels masculins après l'épidémie d'hépatite A en 2000, à Paris, chez les homosexuels masculins [10].

Les résultats de l'EPG attestent du succès partiel de ces recommandations. En effet, les mesures de prévention vis-à-vis des hépatites comme la vaccination et le dépistage, qui sont principalement le fait des hommes jeunes, sont moins appliquées parmi les hommes plus mûrs. Par ailleurs, la vaccination est encore trop peu réalisée chez les hommes séropositifs vis-à-vis du VIH. Globalement, la proportion d'hommes candidats à la vaccination, parce qu'ils ne sont

pas vaccinés ou parce qu'ils ne savent pas s'ils le sont, est encore élevée.

Les données sur les IST et les hépatites de ces hommes démontrent l'intérêt toujours renouvelé des campagnes d'information et de prévention auprès de ces hommes particulièrement concernés par ces infections.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Société française de dermatologie. Maladies sexuellement transmissibles Recommandations diagnostiques et thérapeutiques. Masson; 2006. p. 257.
- [2] Herida M, Basselier B, Laurent E, Goulet V, Sednaoui P. Renago 2004 : gonococcies en hausse, progression importante de la résistance des souches à la ciprofloxacine. Bull Epidemio Hebd 2006;(1):2-3.
- [3] Bouyssou-Michel A, Herida M, Janier M, Dupin N, Halioua B, Milpied B, et al. Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Île-de-France et les autres régions. Bull Epidemio Hebd 2006;(25):180-2.
- [4] The UK collaborative group for HIV and STI surveillance. Mapping the issues HIV and other sexually transmitted infections in the united kingdom. http://www.hpa.org.uk/publications/2005/hiv_sti_2005/pdf/Mtl_FC_Part_2_STI_pdf_2005 [dernière consultation 2 novembre 2006].
- [5] Lydié N, Léon C. Sexualité, IST et dépistage du VIH. In: Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre Santé 2005. Premiers résultats. Paris: Inpes; 2006. p. 109-17.
- [6] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Vongmany N, Gremy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Étude ANRS-EN15-KABP 2004. 2005.
- [7] Velter A, Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre Gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. Bull Epidemio Hebd 2006;(25):178-80.
- [8] Bolding G, Elford J, Sherr L. Gay men's survey in London gyms. http://www.city.ac.uk/sonm/dps/research/gymsurvey/gym_survey_pdf_2002 [dernière consultation 2 novembre 2006].
- [9] Antona D. L'hépatite B en France : aspects épidémiologiques et stratégie vaccinale. 24^e Journées nationales de formation continue en hépatogastro-entérologie, Paris, 18-19 mars 2006. <http://www.fmcgastro.org/include/PJ/390.pdf> 2006 [dernière consultation 2 novembre 2006].
- [10] Delaroque Astagneau E, Valenciano M, Dariosceq J, Rousselle C, Laporte A. Une épidémie d'hépatite A chez les homosexuels masculins à Paris en 2000. Bull Epidemio Hebd 2001;(44):207-9.

7. Consommation de substances psycho-actives

Rédigé par Annie Velter et Marie Jauffret-Roustide

Les points clés

- **89 % des répondants ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Parmi les consommateurs, 17 % déclarent avoir bu 5 verres d'alcool et plus. Si la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois est comparable à celle en population générale, les répondants de l'EPG 2004 se caractérisent par une consommation plus occasionnelle mais plus excessive que les hommes en population générale.**
- **50 % des répondants à l'EPG déclarent avoir consommé au moins une substance psycho-active au cours des 12 derniers mois. Il s'agit principalement de consommation de poppers pour 37 % des répondants et de cannabis pour 28 %. Depuis 1997, les consommations ont augmenté, exception faite des poppers, ainsi, la consommation de cocaïne dans les 12 derniers mois est passée de 4 % à 8 % en 2004. Les niveaux de consommation de substances psycho-actives des répondants de l'EPG sont plus élevés que ceux des hommes en population générale : 47 % des répondants à l'EPG 2004 déclarent avoir consommé au moins une substance psycho-active dans les 12 derniers mois contre 12 % pour les hommes en population générale.**

En France, le lien entre usage de drogues et homosexualité est rarement étudié et les EPG n'avaient pas réellement investi cette thématique jusqu'à présent. En Australie, au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, en revanche, les recherches sur les pratiques d'usage de drogues chez les HSH sont plus répandues et mettent généralement en avant l'importance de la consommation de produits psycho-actifs (drogues illicites, médicaments et alcool), comparée au reste de la population. En 2004, réintégrer la thématique de la consommation de substances psycho-actives dans l'EPG semblait justifié au vu de l'augmentation de la consommation de drogues récréatives récemment rapportée par des études anglo-saxonnes et de son association avec des comportements sexuels à risque [1].

Seules seront présentées ici, dans un premier temps, des analyses simples portant sur la consommation récente de produits psycho-actifs. Ainsi, l'EPG 2004 investigate les niveaux de consommation, au cours des 12 derniers mois, des substances psycho-actives licites telles que l'alcool ou illicites telles que le cannabis, les poppers, l'ecstasy, les amphétamines, la cocaïne ou l'héroïne, mais aussi des produits de la "performance physique" tels que les stéroïdes anabolisants ou de la "performance sexuelle" tel que le sildénafil (Viagra). Ces produits de la performance peuvent également être considérés comme des pratiques à la limite de la légalité dans la mesure où ils sont détournés de leur usage habituel et s'acquièrent souvent dans le cadre d'un marché parallèle. Pour cela, quelle que soit la substance étudiée, deux groupes ont été constitués *a posteriori* : les consommateurs, c'est-à-dire ceux qui ont consommé régulièrement ou occasionnellement le produit sur les 12 derniers mois et les non-consommateurs, à savoir les répondants déclarant ne jamais avoir consommé le produit durant l'année.

Des comparaisons avec l'EPG 1997 ont pu être effectuées car certaines des questions étaient similaires ; ce n'est pas le cas pour l'édition 2000, où cette thématique était abordée de manière plus succincte. Ces comparaisons ont alors porté sur les répondants âgés de 15 à 75 ans pour les deux enquêtes et uniquement pour les hommes ayant répondu par voie de presse pour l'édition 2004. Les taux de 2004 ont été standardisés sur la structure par âge des répondants à l'EPG 1997⁸.

Par ailleurs, afin d'évaluer le niveau de prévalence de la consommation de produits psycho-actifs chez les homosexuels, des comparaisons ont été réalisées avec les données masculines du Baromètre Santé 2005 [2].

7.1 LA PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

7.1.1 Prévalence et habitude de consommation d'alcool

7.1.1.1 Le niveau de consommation d'alcool et le profil des consommateurs d'alcool

La très large majorité des répondants à l'EPG 2004 a consommé de l'alcool, seuls 11 % indiquent ne pas l'avoir fait au cours des 12 derniers mois (figure 20). Moins d'un tiers en consomme occasionnellement

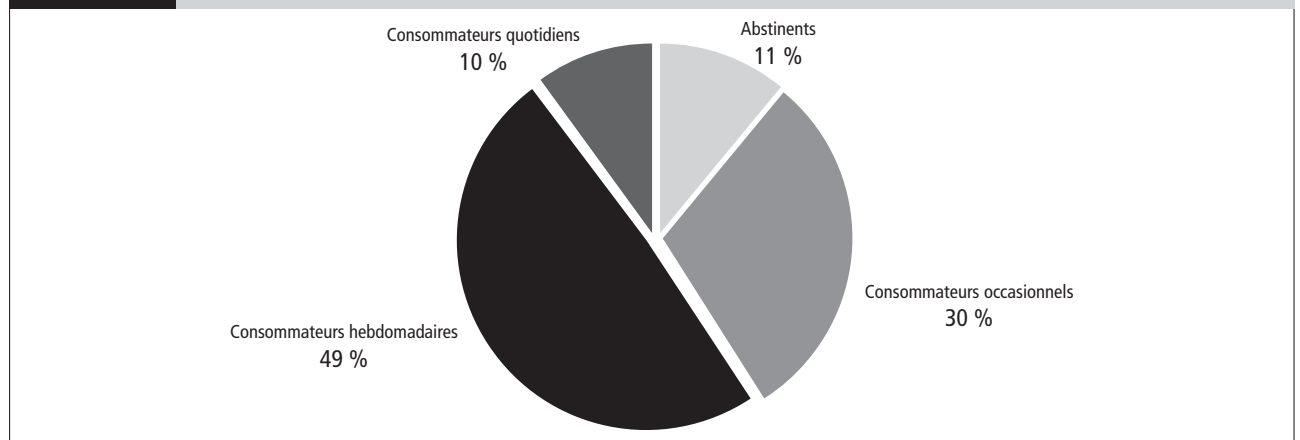
⁸ Cf. chapitre Méthodologie – la question de la standardisation

(moins d'une fois par semaine), 49 % de une à trois fois par semaine et 10 % tous les jours. Depuis 1997, la consommation d'alcool des

répondants de l'EPG a diminué faiblement mais significativement. Elle passe de 91 % en 1997 à 89 % en 2004⁹.

FIGURE 20

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS TYPES DE CONSOMMATEURS D'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004



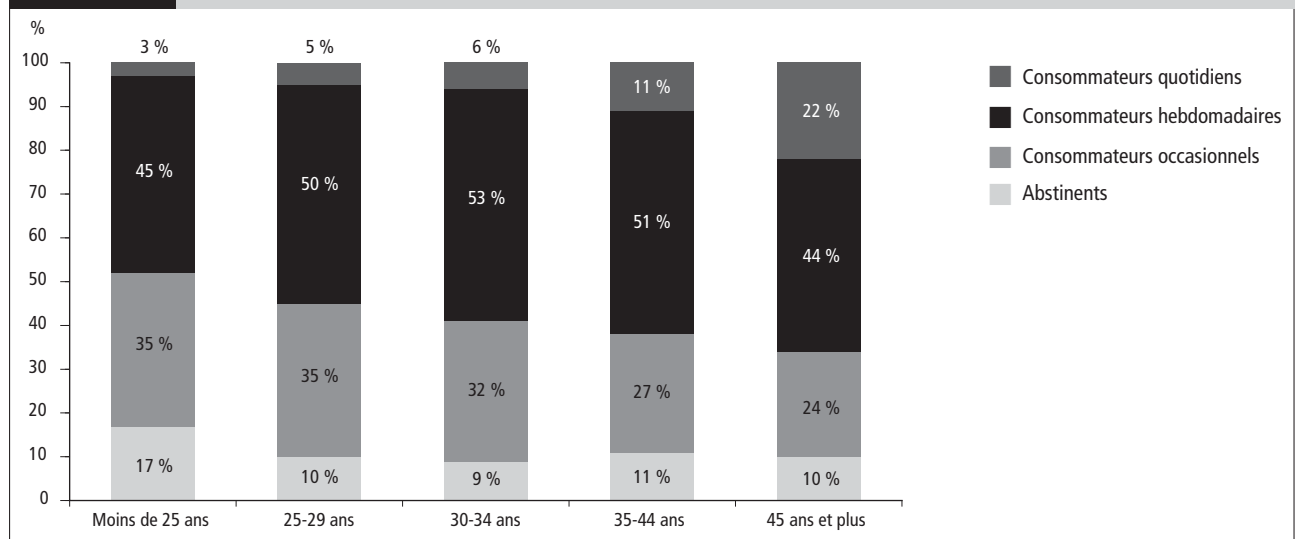
Le nombre moyen de verres d'alcool bus les jours de consommation s'élève à 3. Parmi les consommateurs, 17 % déclarent boire 5 verres d'alcool et plus.

Le nombre moyen de verres d'alcool bus les jours de consommation cesse d'augmenter avec l'âge, passant de 3 % pour les répondants âgés de moins de 25 ans à 22 % pour les plus âgés (figure 21). L'abstinence dans l'année concerne plus spécifiquement les moins de 25 ans (16 %).

L'usage de l'alcool est fortement lié à l'âge des répondants de l'EPG 2004. La consommation quotidienne d'alcool au cours de l'année ne

FIGURE 21

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS TYPES DE CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS SELON LES CLASSES D'ÂGE – EPG 2004



L'usage quotidien d'alcool est lié à différentes caractéristiques sociodémographiques. Boire tous les jours est une habitude plus fréquente parmi les répondants dont l'activité professionnelle est indépendante (19 % vs 11 %, $p < 10^{-4}$), dont les revenus sont supérieurs à 3 000 euros par an (16 % vs 11 %, $p < 10^{-4}$), qui vivent dans une agglomération de moins de 100 000 habitants (13 % vs 11 %,

$p < 10^{-4}$) et qui vivent en couple avec un homme (14 % vs 10 %, $p < 10^{-4}$). Cependant, après ajustement sur l'âge, ces différences ne se vérifient plus. La consommation d'alcool quotidienne des répondants de l'EPG 2004 est donc répandue dans toutes les couches sociales des enquêtés. Elle ne diffère pas selon le statut sérologique VIH des répondants, ni selon le fait de fréquenter ou pas les lieux gay.

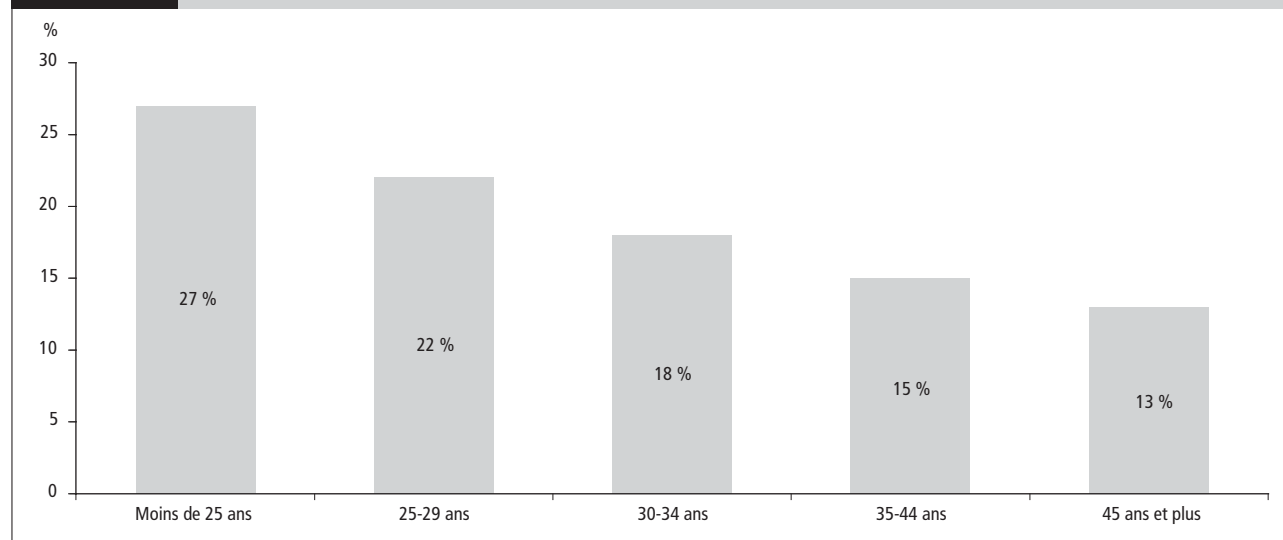
⁹ Uniquement pour la presse écrite après standardisation sur la structure par âge des répondants à l'EPG 1997.

L'usage excessif d'alcool au cours d'une même occasion parmi les buveurs (5 verres et plus) est également lié à l'âge (figure 22) mais, contrairement à l'usage quotidien, sa fréquence décroît avec l'âge : les moins de 25 ans sont 27 % à déclarer avoir bu 5 verres et plus les jours où ils buvaient, contre 13 % pour les répondants âgés de 45 ans et plus ($p < 10^{-4}$). Après contrôle sur l'âge, cet usage excessif d'alcool

est plus fréquent parmi les répondants n'ayant pas suivi d'études supérieures au bac (21 % vs 15 %, $p < 10^{-4}$), exerçant une activité professionnelle indépendante (21 % vs 17 %, $p < 10^{-4}$), se déclarant célibataires (19 % vs 11 %, $p < 10^{-4}$) et n'étant plus certains d'être encore séronégatifs au VIH (22 % vs 17 %, $p < 10^{-4}$).

FIGURE 22

PROPORTION DES CONSOMMATEURS D'ALCOOL AYANT BU 5 VERRES ET PLUS AU COURS DE LA MÊME OCCASION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LES CLASSES D'ÂGE – EPG 2004



En revanche, boire 5 verres et plus n'est pas corrélé à la taille de l'agglomération de résidence, ni au fait de fréquenter ou pas les lieux gay.

7.1.1.2 Comparaison des niveaux de consommation d'alcool des répondants de l'EPG 2004 et en population générale

Globalement, la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois est d'un niveau similaire entre les deux enquêtes : 89 % des répondants

de l'EPG 2004 indiquent avoir consommé de l'alcool sur cette période contre 90 % pour les hommes âgés de 15 à 75 ans en population générale (tableau 15). En revanche, quand on précise les niveaux de consommation d'alcool, des tendances ressortent sur la fréquence de la consommation et les quantités d'alcool absorbées.

TABLEAU 15

COMPARAISON DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004 STANDARDISÉ BAROMÈTRE SANTÉ 2005 (HOMMES-15-75 ANS)

	EPG 2004 standardisé ^a		Baromètre Santé 2005		p
	%	n	%	n	
Consommation d'alcool (oui/non)	88,9	5 223	90,1	11 400	<10 ⁻³
Consommation occasionnelle	28,5	1 734	26,3	3 329	0,002
Consommation hebdomadaire	47,1	2 871	42,6	5 382	<10 ⁻⁴
Consommation quotidienne	13,1	618	21,7	2 689	<10 ⁻⁴
Consommation moyenne de 1 à 2 verres	49,0	2 296	63,7	7 034	<10 ⁻⁴
Consommation moyenne de 5 verres et plus	17,0	844	9,4	1 038	<10 ⁻⁴

^a Les taux de consommation d'alcool de l'EPG 2004 ont été standardisés sur la structure par âge des hommes de 15 à 75 ans du Baromètre Santé 2005.

En effet, les répondants de l'EPG 2004 se caractérisent par une consommation plus occasionnelle mais plus excessive¹⁰, alors que les

hommes en population générale se caractérisent par une consommation d'alcool quotidienne et modérée¹¹.

¹⁰ Consommation moyenne plus fréquente de 5 verres et plus à chaque prise d'alcool.

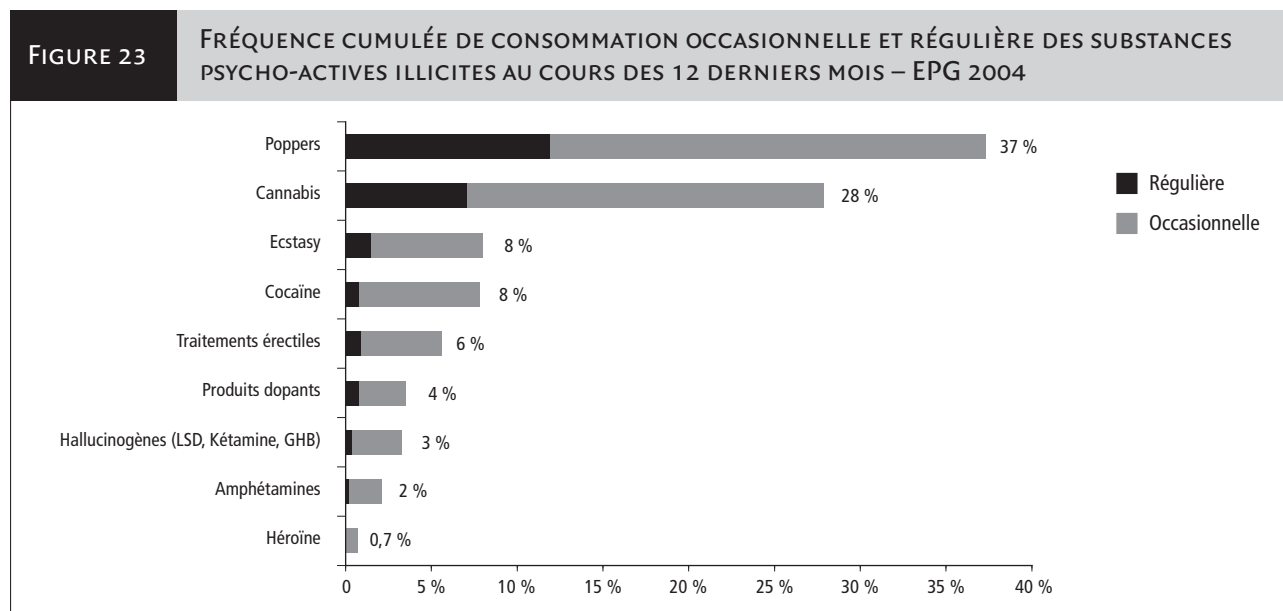
¹¹ Consommation moyenne d'1 à 2 verres à chaque prise d'alcool.

7.1.2 Prévalence de consommation des substances psycho-actives illicites

7.1.2.1 Les niveaux de consommation des substances psycho-actives illicites et le profil des consommateurs de ces substances

En 2004, la moitié des répondants à l'EPG déclare avoir consommé au moins un produit psycho-actif au cours des 12 derniers mois.

Il s'agit principalement de consommation de poppers pour 37 % des répondants (figure 23) et de cannabis pour 28 %. Les consommations d'ecstasy, de cocaïne et de traitements érectiles sont moins répandues parmi les répondants (de 8 % à 6 %). Quant à l'usage de produits dopants, d'hallucinogènes, d'amphétamines ou d'héroïne, il est plus rare (de 4 % à 0,7 %). Pour chacun des produits, il s'agit d'une consommation occasionnelle (figure 23).



Globalement, les niveaux de prévalence de consommation entre les éditions 1997 et 2004 de l'EPG ont augmenté : la proportion de répondants ayant consommé au moins un produit au cours des 12 derniers mois est passée de 47 % à 50 % (tableau 16). Exception faite des poppers, l'usage du cannabis, de l'ecstasy, des amphétamines

et des hallucinogènes s'est accru significativement. La consommation de cocaïne dans les 12 derniers mois a, quant à elle, été multipliée par 2 (4 % vs 8 %, $p < 10^{-4}$). L'usage de l'héroïne reste très marginal sans évolution significative dans le temps.

TABLEAU 16 ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION PAR SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES ILLICITES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 1997-2004^{PREPESSE}

	EPG 1997		EPG 2004 ^{PREPESSE} standardisé ^a		p
	%	n	%	n	
Consommer au moins une drogue	47,5	3 192	49,9	4 506	0,037
Poppers	36,7	1 166	35,8	1 598	ns
Cannabis	25,5	806	30,1	1 217	$<10^{-4}$
Ecstasy et amphétamines	7,8	245	10,2	535	$<10^{-4}$
Cocaïne	4,4	138	8,5	342	$<10^{-4}$
Héroïne	0,7	21	0,8	30	ns
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, GHB)	1,5	47	3,2	122	$<10^{-4}$

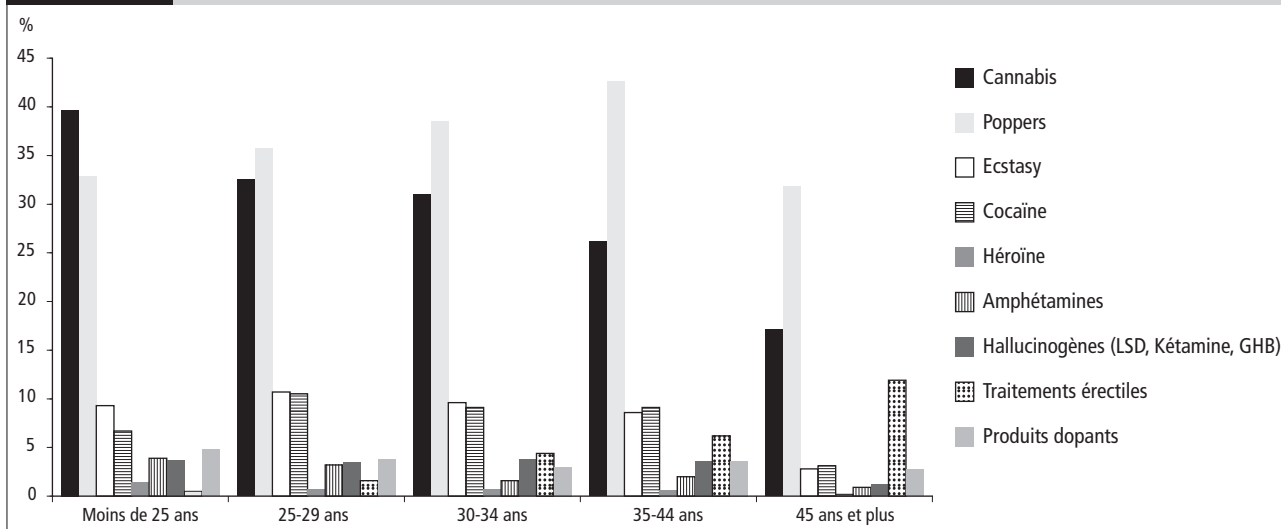
^a Les taux de consommation de l'EPG 2004 réalisés uniquement sur le support papier ont été standardisés sur la structure par âge de l'EPG 1997.

La consommation des différentes substances psycho-actives en 2004 varie selon l'âge des répondants (figure 24). L'usage du cannabis décroît avec l'âge, ceux du poppers ou de l'ecstasy et de la cocaïne augmentent respectivement par produits, jusqu'à 35-39 ans et 25-29 ans pour diminuer par la suite. Après contrôle sur l'âge, plus l'agglomération

de résidence est peuplée, plus la consommation de produits est importante. Les répondants séropositifs au VIH déclarent plus fréquemment que les autres avoir consommé des produits, à âge contrôlé.

FIGURE 24

RÉPARTITION DU NIVEAU DE CONSOMMATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES SELON LES CLASSES D'ÂGE – EPG 2004



La fréquentation de lieux gay avec ou sans sexe est fortement liée à l'usage de substances récréatives telles que poppers, ecstasy, cocaïne. Par contre, il n'a pas été établi de différence pour la consommation de produits selon le niveau d'étude des répondants, leur activité professionnelle, leur catégorie socioprofessionnelle d'appartenance et leur statut "matrimonial".

7.1.2.2 Une consommation de substances psycho-actives plus importante que la population générale

De manière globale, les niveaux de prévalence de la consommation de produits psycho-actifs sont particulièrement élevés chez les répondants EPG, comparés à la population générale.

TABLEAU 17

COMPARAISON DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (ILLICITES) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004 STANDARDISÉ ET BAROMÈTRE SANTÉ 2005 (HOMMES 15-75 ANS)

	EPG 2004 standardisé ^a		Baromètre Santé 2005		p
	%	n	%	n	
Consommer au moins une drogue	47,5	2 898	11,8	1 500	<10 ⁻⁴
Poppers	35,4	2 180	0,9	111	<10 ⁻⁴
Cannabis	25,9	1 636	11,3	1 424	<10 ⁻⁴
Ecstasy	6,6	465	0,7	88	<10 ⁻⁴
Cocaïne	6,3	451	1,0	120	<10 ⁻⁴
Hallucinogènes	3,2	122	1,5	47	<10 ⁻⁴
Amphétamines	1,9	123	0,2	27	<10 ⁻⁴
Héroïne	0,6	40	0,2	22	<10 ⁻⁴

^a Les taux de consommation de l'EPG 2004 ont été standardisés sur la structure par âge des hommes de 15 à 75 ans du Baromètre Santé 2005.

En effet, 47 % des répondants de l'EPG 2004 déclarent avoir consommé au moins une substance psycho-active dans les 12 derniers mois contre 12 % pour les hommes en population générale (tableau 17). Ces différences sont plus marquées pour certains produits tels que les poppers (35 % vs 1 % p<10⁻⁴), l'ecstasy (7 % vs 0,7 %, p<10⁻⁴), la cocaïne (6 % vs 1 %, p<10⁻⁴) et les hallucinogènes (3 % vs 1,5 %, p<10⁻⁴). L'usage du cannabis est également plus important pour les répondants de l'EPG 2004 que pour les hommes en population générale (26 % vs 11 %, p<10⁻⁴).

À l'instar de la population générale, certaines substances restent peu fréquemment observées chez les homosexuels comme l'héroïne (0,6 % vs 0,2 %).

7.2 L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES DANS LE CONTEXTE DE LA SEXUALITÉ

Chez les homosexuels, la consommation de substances psycho-actives est souvent associée aux situations de drague et aux rapports sexuels, ce dans un contexte d'initiation chez les plus jeunes pour favoriser le

passage à l'acte, et chez les plus expérimentés dans le souci d'optimiser les performances sexuelles et de rechercher de nouvelles sensations [3-5]. Certaines études abordent la consommation de substances psycho-actives comme un facteur de la prise de risque et de la baisse de vigilance vis-à-vis du risque VIH, en raison des effets désinhibiteurs des produits pouvant favoriser la moindre protection des pratiques sexuelles et le passage vers des pratiques plus "hard" [5].

Afin d'identifier les liens pouvant exister entre l'usage des substances psycho-actives licites et illicites et les comportements sexuels à risque, deux types d'analyse ont été réalisés à partir des réponses apportées à l'EPG 2004. Une première approche consiste à croiser systématiquement l'usage de chacune des substances avec le nombre de partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois, la fréquentation des lieux de rencontre gay avec sexe et le fait d'avoir eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois. Une seconde

approche présente les résultats de l'analyse concernant la question spécifique sur la prise de produit au cours du dernier rapport sexuel.

7.2.1 Consommation de substances psycho-actives et comportements à risque au cours des 12 derniers mois

Le tableau 18 indique l'association entre consommation de substances psycho-actives et style de vie orienté vers la drague. Ce dernier se caractérise par une fréquentation de lieux gay où les rencontres sexuelles sont possibles, un multipartenariat et des expositions au risque de contamination du VIH importantes. Ces associations laissent penser à l'existence d'une sous-culture d'expérimentation ou d'aventure, où la consommation de drogue est courante et les PANP sont plus fréquemment pratiquées.

TABLEAU 18	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LEUR CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PARMIS CEUX QUI FRÉQUENTENT AU MOINS UN LIEU GAY AVEC SEXE, QUI ONT EU PLUS DE 10 PARTENAIRES ET AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004								
	Fréquenter au moins un lieu gay avec sexe dans les 12 derniers mois			Avoir plus de 10 partenaires dans les 12 derniers mois			Au moins une PANP avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois		
	%	n	p	%	n	p	%	n	p
Alcool : consommation quotidienne									
Oui	81,5	521	0,0005	36,1	230	0,792	38,0	142	0,448
Non	84,5	41		35,5	1 686		36,0	1 082	
Alcool : consommation moyenne de 5 verres et plus									
Oui	86,3	751	0,039	39,1	339	0,022	42,3	257	<10 ⁻⁴
Non	83,4	3 419		35,0	1 419		34,6	860	
Cannabis									
Oui	88,4	1 502	<10 ⁻⁴	41,4	695	<10 ⁻⁴	42,4	510	<10 ⁻⁴
Non	82,3	3 607		33,0	1 436		32,6	833	
Poppers									
Oui	93,1	2 016	<10 ⁻⁴	53,9	1 211	<10 ⁻⁴	42,0	764	<10 ⁻⁴
Non	78,6	2 999		24,4	922		30,1	585	
Ecstasy									
Oui	91,1	440	<10 ⁻⁴	56,8	271	<10 ⁻⁴	50,1	201	<10 ⁻⁴
Non	83,4	4 653		33,5	1 854		34,0	1 138	
Cocaïne									
Oui	90,5	427	<10 ⁻⁴	57,3	270	<10 ⁻⁴	48,8	189	<10 ⁻⁴
Non	83,4	4 666		33,5	1 855		34,2	1 151	
Héroïne									
Oui	97,6	40	0,017	60,0	24	0,001	45,7	16	0,215
Non	83,9	5 046		35,1	2 095		35,6	1 323	
Amphétamines									
Oui	84,9	107	0,763	53,6	67	<10 ⁻⁴	56,0	56	<10 ⁻⁴
Non	83,9	4 975		35,0	2 056		35,1	1 282	
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, GHB)									
Oui	94,4	184	<10 ⁻⁴	66,2	127	<10 ⁻⁴	57,9	99	<10 ⁻⁴
Non	83,7	4 836		34,3	1 965		34,6	1 218	
Traitements érectiles									
Oui	93,8	319	<10 ⁻⁴	61,4	205	<10 ⁻⁴	47,8	133	<10 ⁻⁴
Non	83,5	4 745		33,9	1 912		34,8	1 205	
Produits dopants									
Oui	85,0	176	0,703	43,6	89	0,001	54,3	77	<10 ⁻⁴
Non	84,0	4 880		35,1	2 023		35,2	1 264	

Note de lecture : parmi les répondants consommant quotidiennement de l'alcool, 81 % ont fréquenté au moins un lieu gay avec sexe au cours des 12 derniers mois.

Ainsi, l'usage de produits est lié à la fréquentation des lieux de rencontre gay avec sexe ainsi qu'au multipartenariat (tableau 18). Par contre, quel que soit le degré d'usage d'alcool dans l'année, aucun lien n'est constaté entre la consommation d'alcool et un nombre élevé de partenaires sexuels. Certains produits sont plus impliqués que d'autres dans la non-protection des pénétrations anales au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels : les poppers, la cocaïne, les traitements érectiles, l'ecstasy, les produits dopants, les amphétamines et les hallucinogènes (tableau 18). L'usage excessif d'alcool au cours d'une même prise est également lié à des comportements à risque.

Cependant, le lien entre consommation de substances psycho-actives et comportements à risque est à manier avec prudence. L'analyse univariée ne rend pas compte des différentes synergies des risques. Ainsi, les situations dans lesquelles les consommations de produits sont plus fréquentes et plus intenses sont aussi celles où les comportements à risque sont augmentés. Dans le modèle de régression logistique présenté ci-dessous, outre le nombre de partenaires sexuels et le statut sérologique des répondants, seules les consommations excessives d'alcool, de produits dopants et de poppers au cours des 12 derniers mois apparaissent comme des facteurs associés à la non-protection de pénétrations anales avec des partenaires occasionnels (tableau 19).

TABLEAU 19

ANALYSE MULTIVARIÉE DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ASSOCIÉES À LA PRATIQUE D'AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004 (N=2 759)

	n	%	Odds Ratio ajusté	[IC95 %]	p
Âge					
≥ 25 ans	854	35,2	1		
< 25 ans	118	38,4	1,31	[1,00- 1,70]	0,042
Plus de 10 partenaires sexuels					
Non	594	61,1	1		
Oui	378	38,9	1,50	[1,26-1,78]	<10 ⁻⁴
Statut sérologique VIH					
Séronégatif	462	28,4	1		
Non testé	96	33,5	1,37	[1,04-1,81]	
Plus sûr d'être séronégatif	214	46,3	2,02	[1,62-2,50]	
Séropositif	200	56,3	2,83	[2,21-3,62]	<10 ⁻⁴
Boire 5 verres et plus les jours de consommation d'alcool					
Non	751	34,2	1		
Oui	221	41,5	1,25	[1,02-1,54]	0,033
Consommation de traitements érectiles					
Non	883	34,8	1		
Oui	89	45,4	1,20	[0,88-1,65]	0,253
Consommation de produits dopants					
Non	915	34,8	1		
Oui	57	55,3	1,68	[1,08-2,62]	0,022
Consommation de cannabis					
Non	593	32,8	1		
Oui	379	41,0	1,14	[0,94-1,37]	0,183
Consommation de poppers					
Non	416	30,3	1		
Oui	556	40,9	1,20	[1,00-1,43]	0,047
Consommation d'ecstasy					
Non	829	34,1	1		
Oui	143	47,5	0,94	[0,65-1,37]	0,755
Consommation de cocaïne					
Non	837	34,2	1		
Oui	135	47,0	0,98	[0,68-1,41]	0,928
Consommation d'amphétamines					
Non	929	35,0	1		
Oui	43	55,1	1,13	[0,65-1,97]	0,663
Consommation d'hallucinogènes					
Non	906	34,6	1		
Oui	66	57,4	1,43	[0,88-2,31]	0,143

Par ailleurs, lorsque les substances psycho-actives récréatives (poppers, ecstasy, amphétamines) sont regroupées en une seule et même variable englobant les mono et polyconsommateurs de ces produits, leur usage est alors associé de manière significative aux PANP avec des partenaires occasionnels.

7.2.2 Consommation de substances psycho-actives avant le dernier rapport sexuel

Parmi les répondants de l'EPG 2004, 24 % indiquent avoir consommé au moins un produit psycho-actif avant leur dernier rapport sexuel, sans que soient précisés le type du partenaire sexuel, la pratique et l'usage de préservatif en cette occasion. Il s'agit, pour 70 % des cas de l'alcool, 13 % du cannabis, 10 % de poppers, 6 % de médicaments, 3 % de cocaïne et 2 % d'ecstasy. L'usage des autres produits est marginal (0,5 % hallucinogènes, 0,2 % amphétamines) ; l'héroïne n'est pas citée. L'âge des répondants n'est pas corrélé à la prise de produits lors du dernier rapport sexuel. L'adhésion à un style de vie basé sur la drague semble associée à cet usage. Parmi les répondants ayant consommé au moins un produit lors du dernier rapport sexuel, 89 % fréquentent au moins un lieu gay avec sexe contre 83 % pour ceux qui ne l'ont pas fait ($p < 10^{-4}$). Ils ont également plus de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois : le nombre médian de partenaires est de 10 contre 5. Ils protègent moins leurs pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels (41 % vs 34 %, $< 10^{-4}$). Les répondants n'étant plus sûrs de leur statut séronégatif et les séropositifs au VIH ont consommé plus souvent des produits lors de leurs derniers rapports sexuels (respectivement 32 % et 31 %) que les séronégatifs (23 %) ou les hommes non testés (20 %).

7.3 DISCUSSION

Globalement, la consommation de substances psycho-actives parmi les répondants de l'EPG 2004 est importante, il s'agit principalement de produits stimulants comme le poppers.

Le niveau de consommation d'alcool parmi les répondants de l'EPG 2004 est du même ordre que celui des hommes en population générale. Mais, en comparaison, ils se caractérisent par une consommation plus occasionnelle mais plus excessive. L'usage d'alcool est lié à l'âge des répondants, comme en population générale : lorsque la consommation est quotidienne, elle croît avec les années et lorsqu'elle est excessive, à l'inverse, elle diminue avec l'âge.

Les taux de consommation de substances psycho-actives illicites sont largement plus élevés parmi les homosexuels ayant répondu à l'enquête que parmi les hommes en population générale : près de la moitié est concernée contre 12 % en population générale. Les répondants de l'EPG 2004 déclarent consommer principalement des produits stimulants et réputés aphrodisiaques à caractère récréatif ; ainsi, le cannabis n'est pas le premier produit consommé, comme en population générale. Les niveaux de consommation sont comparables à ceux décrits dans la littérature internationale et plus spécifiquement ceux dont les enquêtes ont une méthodologie de recrutement similaire. Ainsi, l'EPG réalisée en Allemagne en 2003 rapporte qu'un tiers des répondants a consommé des poppers au cours des 12 derniers mois contre 37 % pour les répondants de l'EPG 2004 France. Les autres produits sont consommés dans les mêmes proportions que celles de l'EPG 2004 : 25 % pour le cannabis, 6 % pour l'ecstasy et la cocaïne [6]. Les résultats récemment publiés du système national de surveillance des CDC, "The National HIV Behavioral Surveillance System" (NHBS) [7], indiquent des niveaux de consommation différents selon les substances (tableau 20). Ainsi, la proportion d'usagers d'au moins une substance psycho-active est plus importante parmi les répondants de l'EPG 2004 en France qu'aux États-Unis. Cette différence est peut-être liée à la méthodologie différente de passation des questionnaires, en face à face, de l'enquête américaine, mais aussi à des niveaux de consommation différents. Par ailleurs, si la consommation de poppers est plus élevée parmi les répondants de l'EPG 2004 en France, les tendances sont inversées pour les autres substances comme la cocaïne ou les amphétamines.

TABEAU 20

COMPARAISON DES NIVEAUX DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PAR PRODUITS PARMI LES CONSOMMATEURS – EPG 2004 - NHBS 2003-2005 (MMWR, 2006)

	EPG 2004		NHBS 2003-2005	
	%	n	%	n
Consommer au moins une drogue	50	3 014	43	4 322
Poppers	75	2 270	28	1 226
Cannabis	56	1 700	77	3 331
Ecstasy	16	484	29	1 255
Cocaïne	16	473	37	1 605
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, GHB)	6	195	17	702
Amphétamines	4	126	27	1 168
Héroïne	1	41	3	124

Les niveaux de consommation de l'EPG 2004 France sont cependant moindres que ceux des enquêtes réalisées sur des lieux festifs comme les lieux de rencontre gay (bar, discothèques, backrooms...), lors des marches des fiertés ou dans des salles de gym. En effet, ces enquêtes sélectionnent de par les lieux même d'investigation un public spécifique aux habitudes de consommation de substance importante

indépendamment de l'orientation sexuelle des répondants. Ainsi, en 2004, les répondants de l'enquête périodique de Sydney auprès de la communauté gay rapportaient des niveaux de consommation plus importants que ceux de l'EPG : 46 % pour les poppers, 45 % pour l'ecstasy, 43 % pour le cannabis, 20 % pour le viagra et 17 % pour la cocaïne [8]. De même, l'enquête réalisée à Londres en 2004 dans les

salles de gym révèle des taux de consommation élevés : 49 % des répondants ont consommé de l'ecstasy au cours des 12 derniers mois, 44 % de la cocaïne, 38 % de la kétamine et 21 % du crystal methamphétamine [9]. Concernant plus spécifiquement le crystal methamphétamine, alors que son usage est largement répandu parmi les répondants des enquêtes anglo-saxonnes, seul un répondant de l'EPG 2004 a mentionné son usage¹². La dernière enquête Baromètre Gay réalisée auprès des HSH fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens indique que cette consommation de crystal au cours des 12 derniers mois, même si elle reste marginale, est de l'ordre de 2 % en 2005 [10].

L'ensemble des études internationales indique une augmentation de l'usage de substances psycho-actives parmi les homosexuels, comme le rapportent les évolutions de consommation à la hausse des répondants à l'EPG entre 1997 et 2004, posant ainsi un réel problème de santé publique en termes d'impact sur la santé de cette population. Aux États-Unis et en Australie, ces augmentations de consommation de produits psycho-actifs s'accompagnent également d'un accroissement de la polyconsommation et d'une sorte d'acceptation normative de l'usage des drogues dites récréatives dans certains contextes sociaux et sexuels intégrés au processus de socialisation gay [11]. Pour l'instant, les données de l'EPG ne permettent pas d'estimer si la consommation de drogues récréatives fait partie intégrante du mode de vie gay. Mais, au vu des liens pouvant exister entre consommation et comportement sexuel à risque, il est urgent de s'interroger sur cette possible normativité de l'usage de substances psycho-actives. Ainsi, depuis deux décennies, dans de nombreuses études anglo-saxonnes, la consommation de substances psycho-actives est abordée comme un facteur de prise de risque et de baisse de vigilance vis-à-vis du risque VIH en raison des effets désinhibiteurs des produits. Les résultats de l'EPG 2004 indiquent les mêmes tendances. Le fait de consommer chacune des substances psycho-actives augmente la proportion de PANP avec des partenaires occasionnels. Certains produits sont plus impliqués que d'autres dans le relâchement des comportements préventifs comme les hallucinogènes (LSD, kétamine, GHB), les amphétamines, la cocaïne, comme le rapportent d'autres études anglo-saxonnes [3,12-14]. En revanche, en analyse multivariée, seules les consommations de poppers ou de traitements érectiles sont corrélées à l'absence de protection des rapports anaux.

Il faut cependant rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats. Méthodologiquement, le modèle de régression présenté, bien qu'intégrant les variables habituellement associées à la non-protection des pénétrations anales avec des partenaires occasionnels, manque de puissance statistique en raison de la faiblesse de certains effectifs. Par ailleurs, il faut aussi souligner l'importance de certains facteurs situationnels, comme la fréquentation assidue de lieux de rencontre gay, de caractéristiques psychologiques des individus ou encore d'estime de soi qui peuvent interférer à la fois sur la consommation de substances psycho-actives et les comportements sexuels à risque déjà évoqués et pris en compte par certaines études [15-17]. Il est donc indispensable d'affiner l'analyse des résultats de l'EPG dans ce sens, en prenant en compte justement des caractéristiques portant plus précisément sur l'isolement, la mésestime de soi dans de prochains travaux.

Par ailleurs, il faudra également repenser la formulation de la question sur l'usage de drogues au cours du dernier rapport sexuel, actuellement utilisée dans le questionnaire 2004, qui n'apporte pas d'informations sur le lien entre consommation de produits et non-protection des rapports anaux, afin de se rapprocher des indicateurs anglo-saxons. En effet, des études récentes rapportent une forte corrélation entre l'usage de certaines substances comme le crystal methamphétamine, les traitements érectiles, la cocaïne ou encore les hallucinogènes avant ou pendant les rapports sexuels et leurs non-protections [18,19].

D'une manière générale, l'étude de l'usage de substances psycho-actives se heurte à des problèmes méthodologiques liés à l'existence de biais de sélection lors du recrutement des répondants et de biais de désirabilité sociale [5]. Ainsi, les enquêtes réalisées dans les lieux de rencontre gay commerciaux et festifs rapportent des taux élevés de consommation de substances dites festives [12,20] ; de même, les enquêtes réalisées dans les salles de sport décrivent une utilisation très importante de stéroïdes anabolisants [21]. Même si l'EPG se démarque de ces enquêtes du fait de son mode de recrutement, les prévalences de consommations de produits psycho-actifs ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population homosexuelle¹³. Par ailleurs, le mode de passation auto-administré du questionnaire EPG ne peut pas pour autant, même s'il les réduit par rapport à des enquêtes en face à face, éviter les biais de désirabilité sociale quant à la déclaration de consommation de produits illicites, biais inhérents aux études sur les comportements stigmatisés, impliquant une sous-déclaration probable des consommations des répondants de l'EPG 2004.

Par ailleurs, les échelles de consommations de produits psycho-actifs utilisées dans l'EPG ne permettent pas de distinguer les différents types d'usage tels que l'usage occasionnel, l'usage régulier et la dépendance, comme peuvent les appréhender les études ethnographiques.

Les données de l'EPG 2004 indiquent une consommation d'alcool des répondants occasionnelle, mais plus excessive que les hommes en population générale. Le niveau de consommation de substances psycho-actives au cours des 12 derniers mois est plus important qu'en population générale. Il s'agit plus spécifiquement de produits stimulants, de performance sexuelle à l'image de la littérature internationale. Depuis 1997, l'usage des substances tend à augmenter comme dans les autres pays. Le lien entre usage de drogues et comportements sexuels à risque dans l'EPG 2004 est à manier avec prudence et nécessite des analyses complémentaires afin d'identifier l'ensemble des variables pouvant interférer dans cette association et de vérifier l'hypothèse d'une synergie des risques [5] selon laquelle les effets des produits accentuent la fragilité des comportements préventifs chez les individus plus vulnérables.

Au regard des effets sur la santé des individus et de l'ampleur que semble prendre l'usage des substances psycho-actives parmi les homosexuels, des travaux sur cette thématique devront être renforcés afin d'améliorer les connaissances sur leurs possibles interactions comportementales. Des analyses plus fines feront l'objet de publications combinant les données de l'EPG et celles du Baromètre Gay 2005.

¹² Bien que cette substance ne soit pas mentionnée dans la liste établie, il était possible de l'indiquer clairement grâce à la question ouverte sur les autres produits consommés.

¹³ Cf. chapitre Méthodologie.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ruf M, Lovitt C, Imrie J. Recreational drug use and sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2006;82(2):95-7.
- [2] Guilbert P, Arnaud A. Baromètre Santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis: Inpes; 2006.
- [3] Bull SS, Piper P, Rietmeijer C. Men who have sex with men and also inject drugs-profiles of risk related to the synergy of sex and drug injection behaviors. *J Homosex* 2002;42(3):31-51.
- [4] Halkitis PN, Parsons JT, Stirratt MJ. A double epidemic: crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *J Homosex* 2001;41(2):17-35.
- [5] Jauffret-Roustide M. Les pratiques de consommation de substances psycho-actives chez les homosexuels et bisexuels masculins. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris: ANRS; 2003. p. 181-97.
- [6] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. *Deutsche AIDS-Hilfe e.V*; 2004.
- [7] Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, Dineno E, *et al*. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors - United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006;55(6):1-16.
- [8] Hull P. Gay community periodic survey Sydney 1996-2005. NCHSR; 2006.
- [9] Bolding G. Crystal meth and gay men in London. 2005; Bristol 2005.
- [10] Velter A, Michel A, Pilonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre Gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. *Bull Epidemio Hebd* 2006;N°25/2006:178-80.
- [11] Slavin S. Crystal methamphetamine use and HIV risk. NCHSR; 2006. Report No.: 4.
- [12] Mattison AM, Ross MW, Wolfson T, Franklin D. Circuit party attendance, club drug use and unsafe sex in gay men. *J Subst Abuse* 2001;13(1-2):119-26.
- [13] Klitzman RL, Pope HG Jr, Hudson JI. MDMA ("Ecstasy") abuse and high-risk sexual behaviors among 169 gay and bisexual men. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1162-4.
- [14] Semple SJ, Patterson TL, Grant I. Motivations associated with methamphetamine use among HIV+ men who have sex with men. *J Subst Abuse Treat* 2002;22(3):149-56.
- [15] Seage GR, III, Mayer KH, Wold C, Lenderking WR, Goldstein R, Cai B, *et al*. The social context of drinking, drug use, and unsafe sex in the Boston Young Men Study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;17(4):368-75.
- [16] Ryan CM, Huggins J, Beatty R. Substance use disorders and the risk of HIV infection in gay men. *J Stud Alcohol* 1999;60(1):70-7.
- [17] Benotsch EG, Kalichman SC, Kelly JA. Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addict Behav* 1999;24(6):857-68.
- [18] Mansergh G, Shouse RL, Marks G, Guzman R, Rader M, Buchbinder S, *et al*. Methamphetamine and sildenafil (Viagra) use are linked to unprotected receptive and insertive anal sex, respectively, in a sample of men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2006;82(2):131-4.
- [19] Purcell DW, Parsons JT, Halkitis PN, Mizuno Y, Woods WJ. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *J Subst Abuse* 2001;13(1-2):185-200.
- [20] Colfax GN, Mansergh G, Guzman R, Vittinghoff E, Marks G, Rader M, *et al*. Drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men who attend circuit parties: a venue-based comparison. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28(4):373-9.
- [21] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19(1):26-32.

8. État dépressif, conduite suicidaire et discriminations homophobes

Rédigé par Annie Velter

Les points clés

- 49 % des répondants déclarent avoir eu une dépression au cours de leur vie, pour 16 % d'entre eux cette dépression a eu lieu au cours des 12 derniers mois. Cet état est plus fréquemment rapporté par les jeunes : 26 % des moins de 25 ans et 15 % parmi leurs aînés.
- 27 % des répondants déclarent avoir consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois. La consommation d'anxiolytiques au cours de l'année concerne 23 % des répondants et celle des antidépresseurs 14 %. Ces consommations sont plus importantes pour les répondants de l'EPG que pour les hommes en population générale.
- 19 % des répondants ont fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie et 7 % ont tenté à leur vie à plusieurs reprises. La part des répondants ayant fait au moins une tentative de suicide a augmenté de 2 points entre 2000 et 2004. Cette proportion est presque 5 fois plus importante que pour les hommes en population générale : 3 % des hommes en population générale ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie contre 14 % pour les hommes de l'EPG 2004 (après standardisation).
- Parmi les répondants ayant fait au moins une tentative de suicide, 58 % indiquent avoir été hospitalisés suite à cet acte, 55 % avoir été suivis par un médecin ou un "psy" et 53 % en ont parlé à une autre personne qu'un médecin ou un "psy".
- Depuis 20 ans, le sentiment d'acceptation de l'homosexualité des répondants de la part de leur entourage proche s'est particulièrement amélioré : pour ce qui concerne le père des répondants, on passe de 15 % en 1985 à 56 % en 2004 et pour certains collègues de travail de 35 % en 1985 à 63 % en 2004.
- 31 % de répondants ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois (injures verbales, agressions physiques ou

brimades répétées sur leur lieu de travail).

Il s'agit alors principalement d'injures verbales (61%). Depuis 1997, une augmentation de ces actes homophobes est observée : 27 % en 1997 contre 33 % en 2004 (après standardisation).

Malgré les recherches de plus en plus nombreuses mais menées essentiellement aux États-Unis et au Canada, et plus récemment en Suisse, il existe des réticences à reconnaître les liens entre la stigmatisation sociale de l'homosexualité et le nombre élevé de tentatives de suicide en raison d'un double tabou : celui du suicide et celui de l'homosexualité. Dès 1978, une recherche américaine avait pour la première fois mis en évidence que le risque suicidaire était plus élevé parmi les homo-bisexuels, soit 13 fois plus élevé que les hommes hétérosexuels [1]. D'autres études, plus récentes, confirment ces résultats. En 2000, l'exploitation d'une enquête représentative de la population nationale américaine indiquait que les HSH avaient 5 fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les hommes ayant des pratiques hétérosexuelles [2]. Une autre étude américaine, réalisée entre 1994 et 2000 auprès d'hommes âgés de 15 à 29 ans s'autodéfinissant homosexuels dans six villes, montre que les jeunes homosexuels qui n'ont pas annoncé leur homosexualité souffrent plus souvent de dépression, de faible estime de soi et semblent plus à risque vis-à-vis de l'infection VIH et des IST [3]. Selon une étude suisse [4], réalisée auprès de 123 jeunes homosexuels (âgés de 16 à 25 ans) en 2000, un jeune gay sur quatre a tenté de se suicider. En France, 21 % des homosexuels âgés de moins de 25 ans, ayant répondu à l'EPG 2000, déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie et plus du tiers d'entre eux précisaient avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, témoignant ainsi du mal-être chez ces jeunes gens [5]. Des liens ont été établis entre prises de risque sexuel et état dépressif des répondants de l'EPG 2000 [5].

L'édition 2004 de l'EPG aborde la problématique du mal-être par la description d'indicateurs que sont la dépression, la consultation d'un spécialiste de santé mentale, la consommation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs, mais également les tentatives suicidaires et leur prise en charge. Outre ces différentes manifestations du mal-être, des analyses ont porté sur la confrontation des répondants à l'homophobie, l'ostracisme, que ce soit dans la sphère familiale ou dans un contexte socioprofessionnel. L'impact de ces intolérances sociales à l'orientation homosexuelle sur l'état de santé mentale des répondants a été également étudié. Les liens entre ces différents éléments et les comportements sexuels à risque ont été investigués.

Des comparaisons avec les éditions antérieures ont été effectuées chaque fois que cela était possible ; dans ce cas, les taux des répondants de l'EPG 2004 âgés de 15 à 75 ans ayant complété le questionnaire uniquement par voie de presse ont été standardisés sur la structure par âge des répondants de l'édition la plus ancienne. De même, des comparaisons ont été réalisées avec les données masculines du Baromètre Santé 2005, lorsque les variables étaient comparables ; les taux de l'EPG 2004 ont été standardisés sur la structure par âge des hommes âgés de 15 à 75 ans du Baromètre Santé¹⁴.

¹⁴ Cf. chapitre Méthodologie.

8.1 MANIFESTATIONS DES TROUBLES PSYCHIQUES

8.1.1 État dépressif

8.1.1.1 Dépression

La moitié des répondants (49 %) de l'EPG 2004 déclare avoir eu une dépression au cours de la vie¹⁵, pour 16 % d'entre eux, cette dépression a eu lieu au cours des 12 derniers mois. Comparativement à l'EPG 2000, à structure par âge égale, il est constaté une baisse significative, que ce soit au cours de la vie (52 % en 2000 vs 49 % en 2004^{presse}, $p < 0,04$) ou au cours des 12 derniers mois (24 % en 2000 vs 16 % en 2004^{presse}, $p < 10^{-4}$).

Les répondants indiquant un état dépressif au cours des 12 derniers mois sont plus fréquemment jeunes : 26 % des moins de 25 ans le rapportent et 15 % parmi leurs aînés. Même si les moins de 20 ans sont peu nombreux à avoir répondu à l'EPG 2004 ($n=178$), ils sont 31 % à avoir déclaré une dépression dans l'année. Cet état dépressif dans l'année est d'autant plus important que les répondants n'ont pas suivi d'études supérieures et qu'ils ont un revenu mensuel net inférieur à 1 000 euros (tableau 21). Après contrôle sur l'âge, les différences restent significatives. Le fait d'habiter en Île-de-France ou en région n'est pas différentiel. Les répondants célibataires déclarent plus souvent avoir eu une dépression au cours des 12 derniers mois que les autres (tableau 21).

L'existence d'une relation stable avec un homme au moment de l'enquête semble influencer sur l'état dépressif dans les 12 derniers mois des répondants. En analyse univariée, les hommes ayant une relation stable avec un homme au cours des 12 derniers mois déclarent moins souvent avoir eu une dépression dans l'année (15 % vs 19 %, $p < 10^{-4}$). Parmi ces hommes, l'interruption de la relation au cours des 12 derniers mois correspond à une proportion plus importante de répondants ayant eu une dépression sur la même période de référence (24 % vs 12 %, $p < 10^{-4}$). Par ailleurs, le fait de cohabiter avec son partenaire stable est protecteur par rapport au fait d'avoir eu une dépression dans l'année (12 % vs 16 %, $p < 10^{-4}$), de même que le fait d'être pacsé (11 % vs 14 %, $p < 0,019$)¹⁶.

La dépression au cours des 12 derniers mois est également liée à des phénomènes de rejet, que ce soit dans la sphère privée ou sociétale. Ainsi, les répondants dont le père ou la mère rejettent l'orientation sexuelle indiquent plus souvent avoir eu une dépression dans l'année (21 % vs 16 %, $p < 0,007$). Ceux indiquant ne pas avoir d'amis déclarent, pour 25 %, avoir eu une dépression dans l'année contre 16 % ($p < 0,004$). Les répondants qui, au cours des 12 derniers mois, ont été victimes d'injures ou d'agressions physiques en raison de leur orientation sexuelle déclarent également un état dépressif, sur cette période, plus important (24 % vs 13 %, $p < 10^{-4}$). Cette tendance est également vérifiée lorsque les répondants indiquent, au cours de cette même période de référence, avoir subi des brimades, des critiques répétées ou une mise à l'écart

dans leur travail en raison de leur orientation sexuelle (30 % vs 15 %, $p < 10^{-4}$).

Outre ces aspects d'isolements amoureux, familiaux et sociaux, les questions relevant de la santé sont également importantes. La proportion de répondants ayant eu une dépression au cours des 12 derniers mois est plus importante parmi ceux qui ne sont plus certains d'être encore séronégatifs au VIH (20 %) et ceux séropositifs au VIH (19 %) que parmi ceux séronégatifs ou non testés (15 % pour les deux statuts, $p < 10^{-4}$). Les répondants consommant de l'alcool de manière excessive (5 verres d'alcool et plus le même jour) et des substances psycho-actives déclarent plus souvent une dépression dans l'année : 24 % vs 15 % pour la consommation d'alcool dans les 12 derniers mois ($p < 10^{-4}$) et 19 % vs 14 % pour les substances psycho-actives ($p < 10^{-4}$).

Le fait de suivre ou non un mode de vie communautaire, comme fréquenter des lieux gay ou avoir un nombre de partenaires sexuels important au cours des 12 derniers mois, n'interfèrent pas sur celui d'avoir eu une dépression dans l'année.

Les répondants victimes de rapports sexuels forcés déclarent plus fréquemment avoir été déprimés au cours des 12 derniers mois (25 % vs 15 %, $p < 10^{-4}$). La proportion de répondants ayant eu au moins une PANP au cours de l'année avec des partenaires occasionnels indique plus souvent une dépression sur la même période (20 % vs 15 %, $p < 10^{-4}$). Cette question du lien entre dépression et comportements à risque est importante mais complexe. Toutefois, lors de l'analyse multivariée, le modèle final de régression des facteurs associés à une dépression dans les 12 derniers mois n'intègre pas le fait d'avoir eu des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels mais, au contraire, les faits d'avoir un faible revenu et d'avoir été victime d'injures ou d'agressions physiques homophobes.

8.1.1.2 Recours aux soins des répondants dépressifs

Sur l'ensemble des répondants de l'EPG 2004, 36 % déclarent avoir été suivis par un psychiatre, un psychanalyste, un psychothérapeute ou psychologue au cours de leur vie et 12 % ont eu une prise en charge au cours des 12 derniers mois. Cette prise en charge psychologique est plus importante pour les répondants de l'EPG 2004 (11 %) que pour les hommes en population générale (5 %, $p < 10^{-4}$), à structure par âge égale¹⁷. Plus spécifiquement, parmi les répondants de l'EPG 2004 ayant déclaré une dépression au cours des 12 derniers mois, 37 % ont été suivis par un professionnel de la santé mentale au cours de la même période de référence. L'âge est corrélé de manière significative au suivi psychologique des répondants déprimés. Ainsi, les répondants âgés de moins de 20 ans ayant eu une dépression dans l'année sont les moins fréquemment suivis (17 %). La proportion de prise en charge psychologique croît avec l'âge pour atteindre son maximum à 30-34 ans, où près de la moitié de cette classe d'âge y a eu recours dans l'année (figure 25).

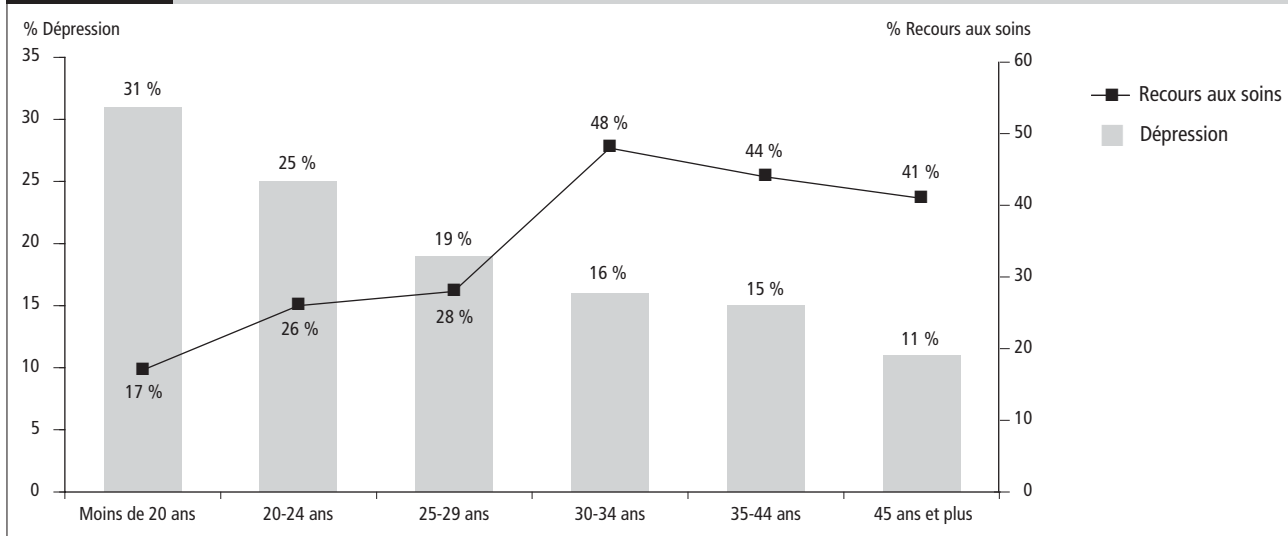
¹⁵ La formulation exacte de la question était : "Vous est-il arrivé d'avoir une dépression ? Oui, au cours des 12 derniers mois ; Oui, avant ; Non, jamais".

¹⁶ Cependant, en analyse multivariée, comprenant ces différentes variables concernant la relation stable, seule l'association entre état dépressif et rupture de la relation stable dans l'année est maintenue. L'effet protecteur quant à l'état dépressif dans les 12 derniers mois que semblait jouer le fait d'être pacsé ou de cohabiter ne se vérifie pas.

¹⁷ Il s'agit, pour l'EPG 2004, du taux standardisé sur la structure par âge des hommes de 15 à 75 ans du Baromètre Santé 2005.

FIGURE 25

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU UNE DÉPRESSION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET PARMIS CEUX-CI, DES RÉPONDANTS AYANT ÉTÉ SUIVIS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MENTALE POUR LA MÊME PÉRIODE DE RÉFÉRENCE, SELON L'ÂGE – EPG 2004



Pour les répondants âgés de moins de 30 ans, la prise en charge est inversement proportionnelle à la déclaration de dépression. Les autres variables ne sont pas associées aux recours aux soins auprès de professionnels de la santé mentale parmi les répondants déprimés.

8.1.1.3 Consommations d'anxiolytiques et d'antidépresseurs ; traitements contre la dépression

Sur l'ensemble des répondants de l'EPG 2004, 27 % déclarent avoir consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs au cours des

12 derniers mois. La consommation d'anxiolytiques au cours de l'année concerne 23 % des répondants de l'EPG 2004, dont 6 % le font régulièrement. Comparativement à l'EPG 2000, à structure par âge égale, cet usage a diminué au cours des 12 derniers mois (17 % en 2000 vs 14 % en 2004^{presse}, $p < 10^{-4}$). Cependant, lorsqu'on compare les données de l'EPG 2004 et celles du Baromètre Santé 2005, la consommation déclarée d'anxiolytiques est beaucoup plus importante parmi les répondants de l'EPG 2004 (23 %) que parmi les hommes du Baromètre Santé 2005 (6 %, $p < 10^{-4}$), à structure par âge égale*.

TABLEAU 21

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AYANT DÉCLARÉ UN ÉTAT DÉPRESSIF DANS LES 12 DERNIERS MOIS, AYANT EU DES PENSÉES SUICIDAIRES DANS LES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT FAIT AU MOINS UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE – EPG 2004

	Dépression (12 derniers mois)			Pensées suicidaires (12 derniers mois)			Tentative(s) de suicide (vie)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Prévalence									
Oui	990	16,4		884	14,5		1 140	18,9	
Non	5 045	83,6		5 215	85,5		4 908	81,2	
Caractéristiques sociodémographiques									
Âge									
Moins de 20 ans	53	30,6	$<10^{-4}$	59	33,5	$<10^{-4}$	55	32,0	$<10^{-4}$
20-24 ans	146	24,6		103	17,1		140	23,6	
25-29 ans	170	19,5		136	15,6		152	17,5	
30-34 ans	172	15,9		157	14,4		221	20,3	
35-44 ans	278	15,0		246	13,1		338	18,3	
45 ans et plus	140	11,5		153	12,3		175	14,3	
Éducation : supérieure au bac									
Oui	554	14,7	$<10^{-4}$	514	13,5	0,002	525	13,9	$<10^{-4}$
Non	430	19,6		365	16,4		599	27,3	
Activité : chômage ou RMI									
Oui	150	30,3	$<10^{-4}$	125	24,9	$<10^{-4}$	150	30,4	$<10^{-4}$
Non	827	15,2		748	13,6		963	17,7	

* Cf. note 8 de la p. 48.

	Dépression (12 derniers mois)			Pensées suicidaires (12 derniers mois)			Tentative(s) de suicide (vie)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Revenu mensuel net : <1 000 €									
Oui	283	27,3	<10 ⁻⁴	227	21,6	<10 ⁻⁴	316	30,5	<10 ⁻⁴
Non	676	14,2		623	12,9		782	16,4	
Agglomération de résidence >100 000 habitants									
Oui	545	15,9	0,281	480	13,9	0,093	558	16,2	<10 ⁻⁴
Non	412	16,9		380	15,4		536	22,1	
Type de relation stable^a									
Pas de relation stable	367	19,5	<10 ⁻⁴	373	19,7	<10 ⁻⁴	404	21,5	<10 ⁻⁴
Relation stable terminée	224	24,3		176	18,9		214	23,2	
Relation stable en cours	361	12,1		300	10,0		463	15,5	
Âge moyen à la prise de conscience de l'homosexualité <15 ans									
Oui	554	17,0	0,149	505	15,4	0,04	673	20,7	<10 ⁻⁴
Non	416	15,6		364	13,5		433	16,2	
Homophobie									
Homosexualité rejetée par le père et/ou la mère									
Oui	127	20,8	0,007	118	19,3	<10 ⁻⁴	233	38,0	<10 ⁻⁴
Non	702	16,4		597	13,8		678	15,9	
Injures liées à l'orientation sexuelle^a									
Oui	407	24,4	<10 ⁻⁴	345	20,4	<10 ⁻⁴	511	30,5	<10 ⁻⁴
Non	567	13,2		526	12,1		607	14,1	
Agressions physiques liées à l'orientation sexuelle^a									
Oui	85	22,9	<10 ⁻⁴	75	19,9	<10 ⁻⁴	167	44,7	<10 ⁻⁴
Non	884	16,0		787	14,1		938	17,0	
Brimades au travail liées à l'orientation sexuelle^a									
Oui	136	30,0	<10 ⁻⁴	110	23,9	<10 ⁻⁴	175	38,0	<10 ⁻⁴
Non	832	15,3		752	13,7		923	17,0	
Socialisation									
Ne pas avoir des amis									
Oui	38	24,8	0,004	45	28,9	<10 ⁻⁴	58	38,4	<10 ⁻⁴
Non	945	16,2		831	14,1		1 063	18,2	
Fréquenter les lieux de convivialité gay^a									
Oui	946	16,4	0,569	842	14,5	0,957	1 060	18,4	0,022
Non	41	15,1		40	14,6		65	24,0	
Produits psycho-actifs									
Consommer 5 verres d'alcool ou plus les jours de consommation^a									
Oui	204	23,6	<10 ⁻⁴	166	19,2	<10 ⁻⁴	210	24,6	<10 ⁻⁴
Non	598	14,8		543	13,3		661	16,4	
Consommer au moins un produit psycho-actif^a									
Oui	566	19,1	<10 ⁻⁴	495	16,6	<10 ⁻⁴	617	20,8	<10 ⁻⁴
Non	411	13,8		377	12,5		505	17,0	
Sexualité									
Avoir au moins 10 partenaires masculins^a									
Oui	638	16,1	0,637	340	16,0	0,017	364	17,2	0,034
Non	339	16,6		533	13,7		750	19,5	
Avoir eu des rapports sexuels forcés (vie)									
Oui	226	24,7	<10 ⁻⁴	198	21,3	<10 ⁻⁴	327	35,5	<10 ⁻⁴
Non	757	14,9		679	13,2		797	15,7	
Au moins une PANP avec des partenaires occasionnels^a									
Oui	271	20,3	<10 ⁻⁴	240	17,9	0,024	271	20,3	0,023
Non	365	15,4		362	15,0		412	17,3	
Santé									
Statut sérologique VIH									
Non testé	128	15,2	0,001	144	16,9	<10 ⁻⁴	145	17,3	0,097
Séronégatif	549	15,4		426	11,8		663	18,5	
Ne plus être certain d'être séronégatif	153	20,4		154	20,5		130	17,5	
Séropositif	125	19,4		119	18,3		141	22,0	

* Au cours des 12 derniers mois.

La consommation des antidépresseurs est moins importante : 14 % des répondants de l'EPG 2004 déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois, dont 8 % régulièrement. La comparaison de cette consommation n'est pas possible avec les éditions antérieures de l'EPG, où cette question n'était pas posée. Lorsqu'on compare la consommation d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois des répondants de l'EPG 2004 et ceux du Baromètre Santé 2005, cet usage est également plus important parmi les répondants de l'EPG 2004 qu'en population générale (14 % vs 5 %, $p < 10^{-4}$), à structure par âge égale*.

Plus de trois quarts des répondants ayant eu une dépression au cours des 12 derniers mois et ayant eu un suivi psychologique (78 %) ont consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois. Ces médicaments ont été très largement prescrits (99 %). Parmi cette population, l'usage des anxiolytiques dans l'année s'élève à 65 %, celui des antidépresseurs à 68 %. Il n'est pas constaté, quel que soit le type de médicament, de différences selon les caractéristiques sociodémographiques.

8.1.2 Suicide

8.1.2.1 Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Parmi l'ensemble des répondants de l'EPG 2004, la moitié (51 %) a déclaré avoir pensé au suicide au cours de sa vie et 14 % à y avoir pensé récemment, dans les 12 derniers mois. Par rapport à l'édition 2000 de l'enquête, ces données sont stables, à structure par âge égale. La comparaison de la prévalence des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois entre les répondants de l'EPG 2004 et ceux du Baromètre Santé 2005, à structure par âge égale, indique que cette prévalence est multipliée par trois pour les répondants de l'EPG (5 % vs 15 %, $p < 10^{-4}$).

Le profil des répondants ayant eu des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois est similaire à celui des répondants déclarant avoir été déprimés sur la même période de référence (tableau 21). Ainsi, les répondants âgés de moins de 20 ans ont, pour 33 % d'entre eux, pensé au suicide au cours des 12 derniers mois contre 17 % entre 20 et 24 ans ($p < 10^{-4}$). D'autre part, les répondants dont le niveau socio-économique est faible indiquent plus souvent avoir eu des pensées suicidaires récentes, que ce soit en termes de niveau d'études, d'activité professionnelle ou de revenu net (tableau 15).

Les répondants isolés socialement sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu des idées suicidaires. C'est le cas des répondants vivant seuls (20 %), n'ayant pas d'amis (29 %) ou encore ceux victimes d'actes homophobes familiaux (19 %) et sociaux (injures, agressions : 20 %, discriminations au travail : 24 %).

Les questions liées à la santé indiquent des différences significatives. En termes de statut sérologique VIH, les répondants n'étant plus certains d'être séronégatifs au VIH déclarent plus fréquemment des idées suicidaires dans les 12 derniers mois (21 %), de même que les répondants séropositifs (18 %) (tableau 21). Par ailleurs, les répondants ayant une consommation d'alcool excessive ou de produits psycho-actifs dans l'année déclarent également plus souvent des pensées suicidaires (tableau 21).

La proportion de répondants ayant eu des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois est plus importante lorsque ces derniers ont subi des rapports sexuels forcés (21 % vs 13 %, $p < 10^{-4}$). Par contre, le multipartenariat et la pratique de rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois ne sont pas particulièrement associés aux pensées suicidaires (tableau 21).

Parmi les répondants ayant pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, 35 % ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Le lien entre pensées suicidaires et tentative de suicide reste vrai pour tous les âges.

8.1.2.2 Tentative(s) de suicide au cours de la vie

La proportion de répondants de l'EPG 2004 ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie est élevée, puisqu'elle est de l'ordre de 19 %, et 7 % ont tenté à leur vie à plusieurs reprises. Une augmentation significative est constatée : à structure par âge égale, la part des répondants ayant fait au moins une tentative de suicide passe de 18 % en 2000 à 20 % en 2004 ($p < 10^{-4}$). Lorsque l'on compare ces résultats à ceux de la population masculine générale du Baromètre Santé 2005, on constate, à structure par âge égale, que cette proportion est presque 5 fois plus importante : 3 % des hommes en population générale ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie contre 14 % pour les hommes de l'EPG 2004 ($p < 10^{-4}$).

Les répondants ayant fait une tentative de suicide ont, pour une grande majorité d'entre eux, déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie (94 %), quel que soit leur âge.

Les tentatives de suicide varient selon l'âge des répondants. Les répondants âgés de moins de 20 ans déclarent, pour 32 % d'entre eux, avoir fait au moins une tentative de suicide. À cet âge, ils sont déjà 16 % à avoir récidivé. Les taux de tentative de suicide diminuent avec l'âge, à l'exception de la classe d'âge des 30-34 ans (tableau 21). L'âge médian à la première tentative de suicide est très jeune : 21 ans [7-66 ans] et trois quarts des répondants concernés ont fait leur première tentative de suicide avant 28 ans. Cependant, plus les répondants sont âgés, plus l'âge à la première tentative de suicide est tardif. Ainsi, les répondants âgés de moins de 20 ans déclarent un âge médian à la première tentative de suicide de 16 ans et ceux âgés de 45 ans et plus déclarent un âge médian de 30 ans. Ces premières tentatives de suicide surviennent, en moyenne, 6 ans après l'âge médian de la prise de conscience de l'orientation sexuelle (15 ans) et 3 ans après le premier rapport sexuel avec un homme (18 ans).

Comme pour les autres troubles psychiques, les taux de tentatives de suicide varient selon certaines caractéristiques socio-économiques. Ainsi, les répondants n'ayant pas suivi d'études supérieures indiquent plus souvent avoir déjà fait une tentative de suicide (27 % vs 14 %, $p < 10^{-4}$), comme ceux déclarant être au chômage ou bénéficiaires du RMI (30 % vs 16 %, $p < 10^{-4}$) ou encore ceux ayant un salaire inférieur à 1 000 euros nets par mois (30 % vs 16 %, $p < 10^{-4}$). Les répondants résidant dans une agglomération de moins de 100 000 habitants ont plus fréquemment tenté à leur vie (22 % vs 16 %, $p < 10^{-4}$).

Ces variations sont également constatées lorsque les répondants sont isolés socialement. Les répondants vivant seuls ou ayant connu une rupture sentimentale dans l'année sont plus souvent susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide que ceux vivant toujours en couple (respectivement 21 %, 23 % et 15 %, $p < 10^{-4}$). Les répondants confrontés à l'ostracisme du fait de leur orientation sexuelle ont un taux de tentative de suicide plus important que les autres : 38 % des répondants, dont l'orientation sexuelle est rejetée par les parents, sont concernés. De même, les répondants qui déclarent avoir subi des discriminations homophobes ont plus fréquemment fait des tentatives de suicides (tableau 21), tout comme ceux ayant été agressés physiquement dans les 12 derniers mois du fait de leur homosexualité (45 % vs 17 %, $p < 10^{-4}$) ou encore ceux ayant été l'objet de harcèlement dans le

* Cf. note 8 de la p. 48.

cadre du travail (38 % vs 17 %, $p < 10^{-4}$). L'isolement quant à son groupe de pairs est également un élément pouvant conduire plus souvent les répondants à des actes autodestructeurs : le fait de ne pas avoir d'amis (38 %) ou de ne pas fréquenter les lieux de socialisation gay (24 %).

Les consommateurs de produits psycho-actifs au cours des 12 derniers mois déclarent également plus souvent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie ; que ce soit la consommation excessive d'alcool (25 % vs 16 %, $p < 10^{-4}$) ou le fait de consommer d'autres produits psycho-actifs illégaux (21 % vs 17 %, $p < 10^{-4}$).

Le statut sérologique à VIH des répondants n'est pas corrélé à la tentative de suicide contrairement à la dépression ou aux pensées suicidaires (tableau 21).

En terme de sexualité, les répondants ayant subi des rapports sexuels forcés sont plus du tiers (35 %) à avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Les répondants ayant moins de

10 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ont plus fréquemment fait au moins une tentative de suicide (19 % vs 17 %, $p < 0,03$) et ceux ayant eu au moins une PANP au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels sont pour 20 % dans ce cas contre 17 % pour ceux qui protègent leurs rapports anaux ($p < 0,02$).

On peut s'interroger sur les facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie des répondants de l'EPG 2004. Le modèle final d'une régression logistique, incluant l'ensemble des variables où les taux de tentatives de suicide sont significativement différents en analyse bivariée, permet d'y répondre (tableau 22). Ainsi, le risque d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie est associé au fait de ne pas avoir suivi d'études supérieures, d'avoir un revenu mensuel net inférieur à 1 000 euros, d'être rejeté par ses parents du fait de son homosexualité, d'avoir été injurié ou agressé du fait de son orientation sexuelle et d'avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de sa vie.

TABEAU 22

ANALYSE MULTIVARIÉE D'AU MOINS UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE – EPG 2004 (N=2 206)

	Odds Ratio ajustés	[IC95 %]	p
Âge			
≥ 25 ans	1		
< 25 ans	0,87	[0,60-1,26]	0,472
Niveau d'étude ≤ bac			
Non	1		
Oui	2,11	[1,66-2,67]	<10 ⁻⁴
Revenu net < 1 000 euros			
Non	1		
Oui	1,49	[1,09-2,05]	0,013
Âge moyen de la prise de conscience de homosexualité < 15 ans			
Non	1		
Oui	1,25	[0,99-1,58]	0,060
Ne pas avoir d'amis			
Non	1		
Oui	1,36	[0,58-3,18]	0,479
Rejet des parents de l'homosexualité			
Non	1		
Oui	2,21	[1,61-3,03]	<10 ⁻⁴
Victime d'homophobie (injures et agressions)			
Non	1		
Oui	1,63	[1,28-2,08]	<10 ⁻⁴
Type de relation			
Relation stable en cours	1		
Relation stable terminée	1,27	[0,93-1,73]	
Pas de relation stable	1,12	[0,86-1,46]	0,298
Consommer 5 verres d'alcool et plus les jours de consommation			
Non	1		
Oui	1,52	[1,16-1,99]	0,002
Consommer au moins un produit psycho-actif			
Non	1		
Oui	1,11	[0,87-1,43]	0,394
Avoir eu des rapports sexuels forcés au cours de sa vie			
Non	1		
Oui	2,39	[1,82-3,13]	<10 ⁻⁴
PANP avec des partenaires occasionnels			
Non	1		
Oui	1,08	[0,85-1,37]	0,504

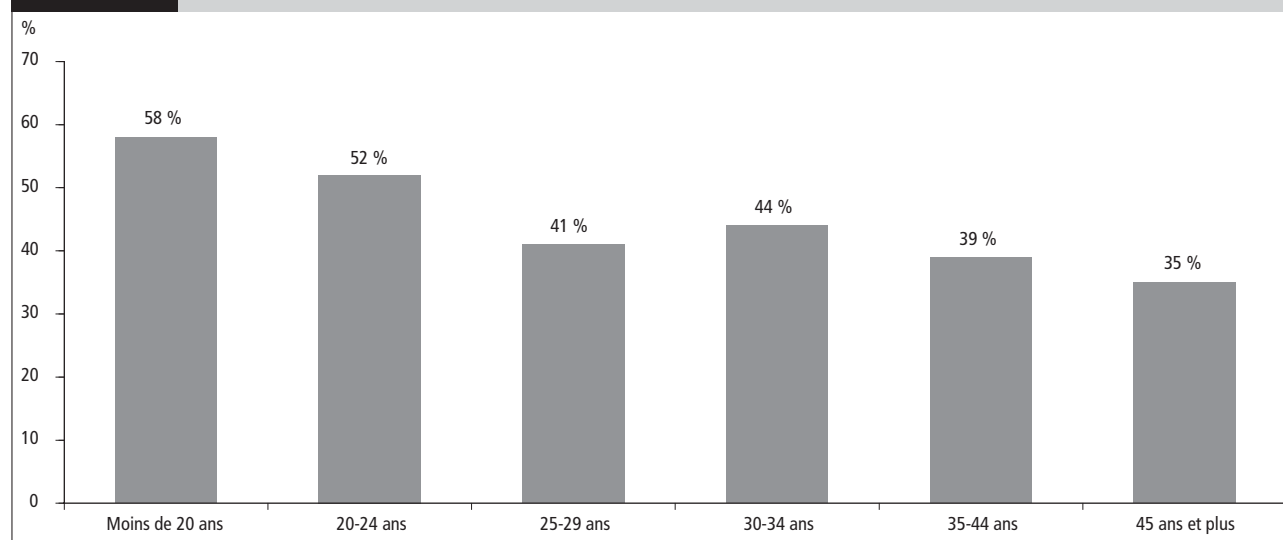
8.1.2.3 Prise en charge des répondants ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie

Parmi les répondants ayant fait au moins une tentative de suicide, 58 % indiquent avoir été hospitalisés suite à cet acte, 55 % avoir été

suivis par un médecin ou un "psy" et 53 % en ont parlé à une autre personne qu'un médecin ou un "psy". La prise en charge hospitalière varie significativement selon l'âge des répondants, contrairement aux autres modalités d'accompagnement.

FIGURE 26

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS N'AYANT PAS ÉTÉ HOSPITALISÉS SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE, SELON L'ÂGE – EPG 2004



Ainsi, alors que 58 % des répondants âgés de moins de 20 ans n'ont pas été hospitalisés suite à une tentative de suicide (figure 26), cette proportion est de 35 % parmi les répondants âgés de 45 ans et plus. Lorsque l'on compare la prise en charge hospitalière suite à une tentative de suicide avec la population masculine générale du Baromètre Santé 2005, à structure par âge égale, aucune différence n'est constatée (61 % pour EPG 2004 vs 62 % pour Baromètre Santé 2005).

La description des différents troubles psychiques des répondants à l'EPG indique une situation préoccupante. Ainsi, les niveaux décrits sont nettement supérieurs à ceux rapportés en population générale et plus spécifiquement pour les tentatives de suicide où la prévalence est multipliée par 5 par rapport à la population générale masculine. Contrairement aux autres indicateurs, la prévalence des tentatives de suicide des répondants à l'EPG a augmenté entre 2000 et 2004, à structure par âge égale.

Les principales caractéristiques des répondants concernés par ces troubles psychiques sont un niveau socio-économique faible et une

"exposition" à l'ostracisme familial et social très importante, mettant ainsi en lumière un groupe de répondants particulièrement vulnérable.

8.2 DISCRIMINATION : HOMOPHOBIES FAMILIALE ET SOCIALE

8.2.1 Rejet familial, "coming out", autodéfinition de l'orientation sexuelle

Comme le notait déjà en 1995 M.-A Schiltz [6], l'évolution du sentiment d'acceptation des répondants de l'EPG par leur entourage s'est améliorée en l'espace de 20 ans. Ainsi, si on reprend et complète le tableau du rapport de l'enquête réalisée en 1995 (tableau 23), on constate que la perception des répondants de l'acceptation sociale de leur orientation sexuelle s'est améliorée, quel que soit le type d'interlocuteur.

TABLEAU 23

ÉVOLUTION DU SENTIMENT D'ACCEPTATION PAR L'ENTOURAGE IMMÉDIAT DES RÉPONDANTS DES EPG – 1985-2004

Acceptation de l'homosexualité	Année de l'enquête					
	1985 %	1991 %	1995 %	1997 %	2000 %	2004 %
Par le père	15	23	27	36	52	56
Par la mère	27	37	43	55	67	68
Par les frères et sœurs	32	44	49	71	78	76
Par certains collègues de travail	35	43	45	69	72	63
Par la plupart des amis hétérosexuels	41	56	62	80	84	84

L'évolution est particulièrement notable pour les différents membres de la famille : on passe d'un sentiment d'acceptation de l'homosexualité de la part du père de 15 % en 1985 à 56 % en 2004, et de la mère de 27 % à 68 %, soit une progression de même ampleur, conservant cependant à la mère, une tolérance toujours plus marquée que le père. Les niveaux d'acceptation des pairs (frères, sœurs ou amis hétérosexuels) ont également considérablement évolué, alors que ceux des relations de travail sont plus limités.

Cependant, cette évolution globale cache des situations encore problématiques, tout particulièrement pour les jeunes répondants.

En 2004, moins du tiers des répondants de l'EPG âgés de moins de 20 ans ont annoncé leur orientation sexuelle à leur père, qui l'a acceptée, contre 58 % parmi les répondants âgés de 35 à 44 ans (tableau 24). Les jeunes répondants âgés de moins de 20 ans sont d'ailleurs beaucoup plus enclins à garder le secret sur leur orientation sexuelle vis-à-vis de leur entourage que leurs aînés : 44 % des moins de 20 ans n'ont pas parlé de leur homosexualité à leur père contre 31 % pour les 35-44 ans ($p < 10^{-4}$). Ce maintien dans l'ignorance est également vrai vis-à-vis des frères et sœurs (35 %), il est moins important pour la mère (26 %) et le cercle amical des jeunes gens (20 %).

TABEAU 24

CONNAISSANCE ET ACCEPTATION DE L'HOMOSEXUALITÉ PAR L'ENTOURAGE IMMÉDIAT EN FONCTION DE L'ÂGE DES RÉPONDANTS – EPG 2004

Classes d'âge	< 20 ans %	20-24 ans %	25-29 ans %	30-34 ans %	35-44 ans %	45 ans et + %	Total %
Homosexualité inconnue							
Père	44	42	36	31	31	35	34
Mère	26	25	26	22	22	31	25
Frères/sœurs	35	26	21	17	19	26	21
Amis hétérosexuels	20	15	12	14	16	26	17
Homosexualité connue et acceptée							
Père	32	42	55	57	58	54	54
Mère	55	63	68	71	70	62	67
Frères/sœurs	53	68	76	79	77	69	74
Amis hétérosexuels	79	84	88	85	84	73	82
Homosexualité connue et rejetée							
Père	24	16	9	12	11	11	12
Mère	19	12	6	7	8	7	8
Frères/sœurs	12	6	3	4	4	5	5
Amis hétérosexuels	1	1	0	1	0	1	1

Si ces difficultés à révéler son orientation sexuelle diminuent avec l'âge, elles augmentent de nouveau chez les répondants les plus âgés, laissant apparaître un phénomène générationnel parmi des hommes qui, au cours de leur vie, ont dû composer avec une société peu tolérante vis-à-vis des sexualités non hétérosexuelles. Ainsi, cette classe d'âge est celle pour qui la connaissance et l'acceptation de l'orientation sexuelle par le cercle amical est la plus faible (tableau 25). De manière globale, une fois l'orientation sexuelle des répondants connue, celle-ci est plus souvent acceptée par la mère, les amis et les frères et sœurs. Pour ces derniers, l'acceptation se fait plus au fil du temps. Le rejet de la part du père est cependant encore important, en particulier pour les plus jeunes, où il concerne 24 % des répondants âgés de moins de 20 ans.

Par ailleurs, la tolérance de leur entourage vis-à-vis de l'homosexualité des répondants est liée à certains déterminants socioculturels. Ainsi, l'acceptation est plus importante parmi les répondants ayant suivi des études supérieures ou appartenant à un milieu social favorisé de par leur propre profession, mais aussi celle de leurs parents (tableau 25). De même, lorsque les répondants résident dans une agglomération importante, leur orientation est alors plus acceptée par leur entourage que ceux habitant dans des zones plus rurales (tableau 25). Les répondants vivant en couple ou plus encore pacsés déclarent une très large acceptation de leur homosexualité par l'ensemble de leur entourage.

Ces derniers éléments sous-tendent qu'une plus grande visibilité de l'homosexualité des répondants implique pour ceux-ci d'assumer leur orientation sexuelle. Ainsi, même si la très large majorité des répondants (89 %) s'autodéfinissent comme homosexuels, des différences significatives persistent selon l'âge, le niveau d'étude et la taille de l'agglomération de la résidence.

Les répondants dont l'âge se situe aux deux extrémités de la pyramide des âges se définissent moins homosexuels que les autres (tableau 26) et plus souvent bisexuels : parmi les répondants de moins de 20 ans, 12 % se déclarent bisexuels et 10 % parmi les plus de 45 ans. Par ailleurs, le refus de définir son orientation sexuelle augmente avec l'âge pour les mêmes classes d'âge ; de 1 % on passe à 5 % (tableau 26). Alors que la proportion de répondants se définissant homosexuels est similaire, quel que soit le niveau d'étude, des différences apparaissent pour les autres. Les répondants n'ayant pas suivi d'études supérieures se définissent plus bisexuels (7 %) alors que ceux qui en ont suivi refusent plus de se définir par rapport à leur sexualité (5 %).

Les répondants résidant dans une agglomération de moins de 20 000 habitants se définissent moins systématiquement homosexuels que les autres et plus bisexuels (tableau 26).

TABLEAU 25

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET GÉOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS DONT L'HOMOSEXUALITÉ EST CONNUE ET ACCEPTÉE PAR LEUR ENTOURAGE IMMÉDIAT, SELON LE TYPE D'INTERLOCUTEUR – EPG 2004

	Père		Mère		Frères/sœurs		Amis hétérosexuels		Collègues de travail	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Études supérieures										
Non	705	50,7	1 072	66,2	1 210	72,1	1 364	80,2	1 010	62,3
Oui	1 437	55,6	2 016	67,4	2 221	75,0	2 644	83,3	1 823	60,7
Revenu net < 1 000 euros										
Non	1 765	57,2	2 503	68,9	2 806	75,8	3 230	82,8	2 332	62,1
Oui	329	43,9	508	60,8	559	68,8	675	80,9	442	58,5
PCS des répondants										
Cadres sup.	802	60,4	1 099	70,1	1 240	77,1	1 422	83,2	1 023	62,4
Prof. intermédiaires	458	55,3	644	66,5	721	75,0	844	81,6	591	59,5
Employés	374	51,4	586	68,0	639	74,6	750	85,7	560	67,1
Ouvriers	94	44,8	145	61,4	166	64,6	181	74,2	111	45,9
PCS du père										
Cadres sup.	591	60,9	804	72,4	882	78,1	1 028	87,5	716	65,2
Prof. intermédiaires	378	62,3	472	72,2	511	79,8	588	85,7	419	63,1
Employés	202	57,6	290	70,9	318	77,2	376	83,9	258	62,9
Ouvriers	386	46,3	574	61,7	662	69,1	770	80,5	574	61,1
PCS de la mère										
Cadres sup.	199	62,2	281	74,7	267	76,7	348	89,7	247	68,6
Prof. intermédiaires	387	64,1	524	76,1	545	80,7	616	85,6	414	62,3
Employés	550	52,5	867	70,4	870	75,7	1 076	85,3	759	63,7
Ouvriers	108	51,2	183	67,0	198	74,7	246	86,9	169	64,0
Sans activité	430	54,0	587	63,4	761	78,6	799	79,9	600	62,0
Taille de l'agglomération de résidence										
< 20 000 hab.	408	48,8	581	60,8	679	68,5	788	76,0	563	58,6
20 000 - 100 000 hab.	371	48,9	577	65,0	625	70,1	720	77,0	495	55,9
> 100 000 hab.	1 323	57,3	1 875	69,8	2 063	77,1	2 437	86,4	1 732	64,1
Mode de vie										
Seul	913	46,4	1 357	59,9	1 581	68,4	1 877	77,6	1 333	56,7
Couple avec un homme	1 017	73,8	1 374	84,4	1 459	88,8	1 627	94,8	1 148	72,1
Statut légal										
Célibataire	1 675	51,7	2 450	65,7	2 706	73,0	3 208	82,9	2 225	60,6
Pacsé	349	80,6	451	89,5	477	93,0	525	96,7	399	77,9

ns : $p \geq 0,05$.

TABLEAU 26

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS SELON LEUR DÉFINITION DE LEUR ORIENTATION SEXUELLE – EPG 2004

	Homosexuel		Bisexuel		Hétérosexuel		Refus de se définir		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Âge									
< 20 ans	151	87,3	20	11,6	0	0,0	2	1,2	
20-24 ans	536	88,7	42	7,0	2	0,3	24	4,0	
25-29 ans	799	92,1	43	5,0	2	0,2	24	2,8	
30-34 ans	994	91,4	53	4,9	2	0,2	38	3,5	
35-44 ans	1 708	91,8	77	4,1	3	0,2	73	3,9	
45 ans et +	1 046	84,6	121	9,8	9	0,7	61	4,9	<10 ⁻⁴
Études supérieures									
Non	1 986	89,7	157	7,1	9	0,4	61	2,8	
Oui	3 398	89,6	211	5,6	9	0,2	174	4,6	<10 ⁻⁴
Taille de l'agglomération de résidence									
< 20 000 hab.	1 124	88,4	111	8,7	4	0,3	33	2,6	
20 000 - 100 000 hab.	1 052	88,6	86	7,2	3	0,3	47	4,0	
> 100 000 hab.	3 114	90,5	163	4,7	12	0,4	153	4,5	<10 ⁻⁴

8.2.2 Confrontation à l'homophobie sociale

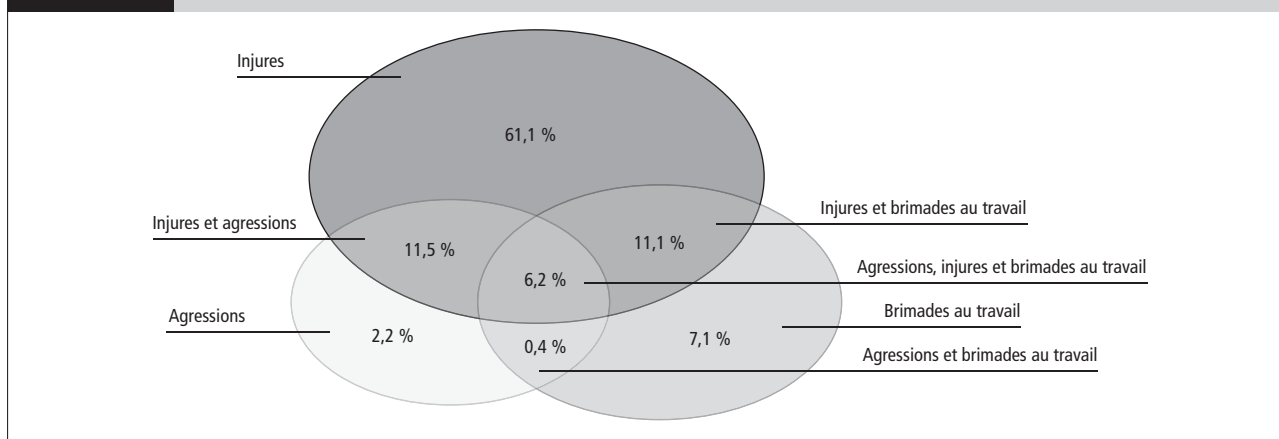
Parmi les répondants de l'EPG 2004, près d'un tiers (31 %) a été victime d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois, que ce soit des injures verbales, des agressions physiques ou des brimades répétées sur leur lieu de travail du fait de leur orientation sexuelle. De manière plus précise, 28 % des répondants ont été injuriés au cours des 12 derniers mois : 13 % une fois, 10 % entre 2 et 3 fois et 5 % 4 fois et plus. La proportion de répondants agressés physiquement est moins importante : 6 % ont en effet été victimes d'actes de violence au moins une fois au cours des 12 derniers mois, dont 1,5 % plusieurs fois.

La part des répondants victimes de brimades, critiques, mises à l'écart en raison de leur orientation sexuelle dans leur travail s'élève à 8 %.

Parmi les répondants ayant subi au moins un de ces actes homophobes, 61 % ont été "uniquement" injuriés verbalement (figure 27), 11 % ont été injuriés et agressés, la même proportion a été injuriée et brimée sur le lieu de travail. Cependant, une part non négligeable de répondants a été à la fois injuriée, agressée et mise à l'écart sur le lieu de travail puisqu'elle s'élève à 6 % des répondants ayant été victimes d'au moins un acte homophobe.

FIGURE 27

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT ÉTÉ VICTIMES D'AU MOINS UN ACTE HOMOPHOBE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE TYPE D'ACTE – EPG 2004



L'analyse des différentes caractéristiques sociodémographiques met en évidence un groupe de répondants particulièrement vulnérables rapportant être la cible de violences homophobes. Les jeunes répondants âgés de moins de 20 ans déclarent, pour 65 % d'entre eux, avoir été victimes de violences contre 27 % pour ceux âgés de 35-44 ans. Ainsi, la part de violences subies est inversement proportionnelle à l'âge des répondants. Les répondants appartenant à un milieu social peu favorisé indiquent plus souvent avoir subi des violences liées à leur orientation sexuelle et ce, pour toutes les classes d'âge : qu'ils n'aient pas suivi d'études supérieures (37 % vs 27 %, $p < 10^{-4}$), qu'ils aient un revenu net inférieur à 1 000 euros par mois (48 % vs 27 %, $p < 10^{-4}$) ou qu'ils soient ouvriers ou employés plutôt que cadres et professions intellectuelles supérieures (respectivement 41 %, 39 % vs 23 %, $p < 10^{-4}$). Les répondants résidant en province rapportent plus d'actes homophobes que les franciliens (33 % vs 28 %, $p < 10^{-4}$). Par ailleurs, alors que la fréquentation de lieux de socialisation gay commerciaux où les échanges sexuels sont possibles comme les saunas ou les backrooms, n'interfère pas sur le fait d'avoir été victime de violence,

il en est autrement pour la fréquentation des bars (34 % vs 25 %, $p < 10^{-4}$) et celle des lieux extérieurs de drague (33 % vs 30 %, $p < 0,01$). Les répondants rejetés par leurs parents rapportent plus souvent des actes homophobes à leur rencontre (49 % vs 29 %, $p < 10^{-4}$) probablement liés à cette rupture familiale souvent violente. De même, les répondants en grande fragilité psychologique ayant pensé au suicide au cours des 12 derniers mois ou ayant fait une tentative de suicide déclarent également avoir subi ce type de violence (respectivement 44 % vs 28 %, $p < 10^{-4}$ et 50 % vs 27 %, $p < 10^{-4}$). Toutes ces différences se maintiennent après ajustement sur l'âge.

En termes d'évolution, depuis l'édition de 1997, les déclarations des répondants d'actes homophobes à leur rencontre sont en augmentation significative à structure par âge égale (tableau 27). Alors qu'en 1997, 27 % des répondants indiquaient avoir été injuriés verbalement dans les 12 derniers mois, en 2004, ils sont 33 %. De même pour les agressions physiques, une hausse de 3 points est constatée, passant de 5 % en 1997 à 8 % en 2004 (tableau 27).

TABLEAU 27 ÉVOLUTION DES ACTES HOMOPHOBES (12 DERNIERS MOIS) – EPG 1997, 2000, 2004^{PRESSE}

	EPG 1997		EPG 2000 standardisé ^a		EPG 2004 ^{PRESSE} standardisé ^a		p
	%	n	%	n	%	n	
Injures	26,6	858	27,4	1 157	33,2	1 338	$p < 10^{-4}$
Agressions	4,6	146	5,5	239	7,8	320	$p < 10^{-4}$

^a Les taux des EPG 2000 et 2004 ont été standardisés sur la structure par âge de l'EPG 1997.

L'ensemble de ces analyses sur les discriminations liées à l'orientation sexuelle des répondants met en lumière des résultats antagonistes. Alors que le sentiment d'acceptation de l'homosexualité des répondants de la part de leur entourage proche s'est particulièrement amélioré depuis 20 ans, en parallèle, les déclarations de violences homophobes subies sont en augmentation.

Par ailleurs, un groupe de répondants en souffrance psychologique du fait du double rejet parental et environnemental émerge. Il s'agit d'hommes jeunes, appartenant à des milieux sociaux moins favorisés, pour qui il semble difficile d'assumer et revendiquer son orientation sexuelle au sein d'un milieu moins tolérant.

8.3 DISCUSSION

Les résultats de l'EPG 2004 indiquent la persistance d'une part importante de mal-être parmi les répondants de l'enquête. Les prévalences déclarées sont plus élevées que celles des enquêtes en population générale [7] et comparables à celles rapportées dans la littérature étrangère [8]. En effet, la moitié des répondants de l'EPG 2004 déclare avoir fait une dépression au cours de la vie, la même proportion avoir eu des idées suicidaires au cours de la vie et un répondant sur cinq, avoir fait une tentative de suicide. La consommation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs, également plus importante qu'en population générale [9], confirme ce mal-être. Le profil des répondants concernés par un des indicateurs de mal-être est proche de ceux décrits en population générale [10] et regroupe des caractéristiques à la fois individuelles, familiales, sociales, mais aussi liées à des "événements

de vie" [11]. Ainsi, les hommes concernés par ces troubles psychiques sont jeunes, appartiennent à un milieu socio-économique peu favorisé, ont vécu une rupture sentimentale récente, ont une consommation plus importante de substances psycho-actives ou souffrent d'isolement social. Cet isolement est particulièrement accentué par des actes de rejet familiaux ou sociaux subis par les répondants du fait de leur orientation sexuelle, créant un contexte de vulnérabilité important. Bien que l'état dépressif ne soit pas mesuré par les échelles standardisées faisant référence en la matière¹⁸, comme dans les enquêtes en population générale française [9] ou celles réalisées en Amérique du Nord [2,12], les caractéristiques des répondants de l'EPG 2004 souffrant de dépression sont tout de même proches. Elles sont cohérentes avec celles des répondants ayant eu des idées suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide.

La prévalence des tentatives de suicide, particulièrement importante, mérite un développement particulier. En effet, le suicide est un problème de santé publique majeur ; en France, il représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes hommes âgés de 15-24 ans avec 15 % des décès [7]. Ainsi, alors que 3 % des hommes interrogés lors d'enquêtes représentatives en population générale déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie [13], les répondants de l'EPG 2004 sont 19 %. Cette prévalence a augmenté de deux points depuis l'EPG 2000. Les résultats de l'EPG 2004 convergent avec ceux des recherches européennes et nord-américaines. Ils mettent en évidence que les homosexuels, et particulièrement les jeunes hommes, constituent un groupe à haut risque quant au suicide. Des études suisses récentes réalisées auprès d'homosexuels indiquent des

¹⁸ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D Scale), Diagnostic Interview Schedule-III, CIDISHORT Form ou DSM-IV.

prévalences du même ordre, allant de 19 % [14] à 24 % [4]. Celles réalisées en Amérique du Nord, selon des méthodologies différentes, indiquent des prévalences oscillant entre 12 % [15] et 19 % [2].

Les facteurs associés aux tentatives de suicide mettent en évidence un milieu socio-économique défavorisé, des rapports sexuels forcés, un isolement avec rejet du milieu familial, social ou des pairs, comme le confirment d'autres recherches réalisées en France [16] ou aux États-Unis [3,15]. La probabilité d'avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie est multipliée par 2 parmi les répondants victimes d'abus sexuels. Cette forte association est également rapportée dans les enquêtes en population générale [10] ou auprès de jeunes scolarisés, où les adolescents suicidants sont 4 fois plus nombreux lorsqu'ils ont subi des violences sexuelles [17]. Les taux de tentative de suicide élevés, quelle que soit la classe d'âge, suggèrent que ce problème concerne l'ensemble des générations et qu'il n'y a pas eu d'amélioration au cours des dernières décennies. Au contraire, les très jeunes répondants sont ceux qui déclarent proportionnellement le plus de tentatives de suicide avec un âge médian à la première tentative de suicide égal à 16 ans, alors que les répondants âgés de 45 ans et plus indiquent un âge médian de 30 ans. Ce rajeunissement de l'âge médian à la première tentative est particulièrement frappant. Il est probable qu'un effet de mémoire, de déni ou de "réinterprétation du passé" [18] puisse intervenir pour les générations les plus âgées sans pour autant expliquer totalement cette évolution. À l'image d'autres recherches [2,15], cet âge médian à la première tentative de suicide a été rapproché de celui de la prise de conscience de son orientation sexuelle et par génération. Un rajeunissement de l'âge médian de la prise de conscience de son homosexualité est également constaté, passant de 16 ans pour les 45 ans et plus à 14 ans pour les répondants de moins de 20 ans. Le fait de découvrir son orientation sexuelle très tôt dans sa vie place l'individu dans une situation de fragilité extrême, alors que l'adolescence est une période où la reconnaissance est essentielle et les rejets de la famille et des pairs mal vécus [15]. Cette fragilité associée à la différence des préférences sexuelles et à la difficulté de l'annoncer ou pas à son entourage, génère du stress et du mal-être, dont l'ultime étape peut se matérialiser par la tentative de suicide. La société actuelle donne plus de visibilité à l'homosexualité et semble plus ouverte quant à la sexualité, toutefois, une orientation sexuelle différente de la norme n'est pas plus facile à annoncer, particulièrement pour les plus jeunes. Ces résultats tendent vers les mêmes conclusions que plusieurs études américaines [15,19], pour lesquelles le risque de suicide est à son point culminant au moment où les jeunes prennent conscience de leur homosexualité et ce, sans pouvoir en parler.

Les tentatives de suicide ne donnent pas toutes lieu à une prise en charge médicale : 58 % des répondants suicidants ont été hospitalisés. D'autres enquêtes font le même constat. En 2005, le Baromètre Santé indique que 62 % des hommes ayant fait une tentative de suicide avaient été hospitalisés [13]. Une enquête réalisée en 2000 dans les infirmeries scolaires de la Gironde [17] précisait que neuf garçons sur dix n'avaient pas été hospitalisés pour une première tentative de suicide. Ainsi, dans les enquêtes en population, déclarer une tentative de suicide n'implique pas pour autant une orientation vers les urgences hospitalières, contrairement aux recommandations [20]. Cependant, les répondants suicidants de l'EPG 2004 âgés de moins de 25 ans ont une meilleure prise en charge médicale en comparaison de leurs aînés et des jeunes répondants des autres enquêtes [10,13,17].

Comme abordé plus haut, le rôle de l'homophobie et de l'ostracisme par rapport à un état de mal-être est important. Annoncer son orientation sexuelle est loin d'être aisé et expose à des actes de rejet, même si la société semble plus tolérante que par le passé à l'égard des homosexuels. Ainsi, dans l'enquête KABP de 2004, réalisée sur un échantillon représentatif de la population générale, 87 % des répondants déclarent que "les homosexuels sont des gens comme les autres" contre 69 % en 1992 [21]. Cette tolérance est normative [6]. Effectivement, la tendance depuis deux décennies est à une plus grande acceptation de l'orientation sexuelle des répondants par leur entourage. Il existe cependant des décalages, il y a toujours des rejets. On retrouve l'effet d'âge et de génération déjà notifié dans les précédentes éditions de l'EPG [6]. Les plus jeunes et les plus âgés des répondants maintiennent le secret sur leur orientation sexuelle par rapport à leur entourage familial, amical et professionnel, ou lorsque la question est abordée, ils sont plus fréquemment rejetés en particulier par leur père. Comme exposé précédemment, les jeunes homosexuels doivent, au cours d'une même période, prendre conscience de leurs préférences sexuelles, les assumer et faire face au regard de l'autre. Le sentiment d'isolement peut être accentué par des actes de rejet. Ces événements concomitants peuvent entraîner des atteintes importantes de l'estime de soi [8]. Enfin, l'hostilité de l'entourage vis-à-vis de leur orientation sexuelle est plus importante pour les répondants appartenant à un milieu socio-économique moins favorisé.

Outre ces rejets de la sphère familiale, les sujets jeunes ou de milieux moins favorisés sont également plus fréquemment que les autres victimes d'actes homophobes. Ces actes ont augmenté depuis l'EPG 1997 pour atteindre près d'un tiers des répondants de l'EPG 2004. Comment expliquer cette augmentation alors que le sentiment d'acceptation de son orientation sexuelle indiqué par les répondants s'est accru ? Ce pourrait être la médiatisation d'agressions homophobes ou la pénalisation de propos homophobes qui permettent aux répondants de témoigner de ces actes et de ne plus les passer sous silence comme leur aînés. Ces actes, majoritairement des injures, sont rapportés de façon semblable dans d'autres études (mêmes proportion et profil) [4,22], montrant la prégnance toujours forte de la stigmatisation de l'homosexualité dans la société.

L'ensemble de ces éléments met en évidence une population vulnérable, plus particulièrement parmi les jeunes et les hommes appartenant à des milieux socio-économiques moins favorisés, qui sont soumis à des agressions homophobes et des rejets de la part de leur entourage du fait de leur orientation sexuelle. Ceci peut les amener à attenter à leur vie. Malgré les récentes dispositions juridiques et sociales, beaucoup reste à faire en matière de discrimination. Des actions ont été ou sont en cours de réalisation, comme celles mises en œuvre par Eric Verdier¹⁹ qui donnent la parole aux jeunes en grande vulnérabilité dans des espaces spécifiques et proposent des formations aux acteurs de terrain en contact avec ce public. La ligne Azur²⁰, numéro anonyme, propose également un espace de dialogue pour les personnes confrontées à des difficultés dans leur sexualité ; en 2005, plus de 1 000 entretiens ont été réalisés, portant principalement sur les interrogations et les difficultés liées à l'orientation sexuelle, le mal-être [23]. Mais un travail de fond de tolérance et d'acceptation de la différence de l'autre reste à faire.

¹⁹ Eric Verdier : "Discriminations vécues ou craintes et conduites à risque chez les jeunes".

²⁰ 0 810 20 30 40.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bell AP, Weinberg MS. *Homosexualities: a study of diversity among men and women*. New York: NY : Simon & Schuster; 1978.
- [2] Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000;90(4):573-8.
- [3] CDC. HIV/STD risks in young men who have sex with men who do not disclose their sexual orientations – six US cities", 1994 – 2000. *MMWR Weekly* 2003;52(5):81-5.
- [4] Cochand P, Moret P, Singy P. Indice du développement de l'identité sexuelle sur les risques de contamination par le HIV chez les homosexuels et bisexuels de 25 ans et moins en Suisse romande. <http://www.lambda-education.ch/> 2006 December [cited 2006 Dec].
- [5] Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. Communication à la conférence AIDS Impact 2001.
- [6] Schiltz MA. *Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquête*. Paris: CAMS, Cermes, ANRS; 1998. Rapport de recherche.
- [7] Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicide et tentatives de suicide en France. *Études et résultats* [488]. 2006.
- [8] Firdion JM, Verdier E. Suicide et tentative de suicide parmi les personnes à orientation homo/bisexuelle. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : ANRS; 2003. p. 157-68.
- [9] Lamboy B. Les troubles dépressifs et leur prise en charge. In: Guilbert P, Gautier A, editors. *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : Inpes; 2006. p. 69-76.
- [10] Guilbert P, Pommerau X, Coustou B. Pensées suicidaires et tentatives de suicide. In: Guilbert P, Baudier F, Gautier A, editors. *Baromètre Santé 2000. Résultats*. Saint-Denis : Inpes; 2001. p. 163-85.
- [11] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus; 2000.
- [12] Mills TC, Paul J, Stall R, Pollack L, Canchola J, Chang YJ, *et al.* Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Am J Psychiatry* 2004;161(2):278-85.
- [13] Guilbert P, Arnaud A. *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : Inpes; 2006.
- [14] Häusermann M, Wang J. *Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gay de Genève*. Genève; 2005 Jun.
- [15] Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, *et al.* Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health* 2002;92(8):1338-45.
- [16] Verdier E, Firdion JM. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. 2003.
- [17] Choquet M, Pommerau X, Lagadic C. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde. 2001.
- [18] Archambault P. État dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse. Résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans. *Population* 53(3), 477-516. 1998.
- [19] D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(3):250-64.
- [20] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. 1998 Nov.
- [21] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Vongmany N, Gremy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Étude ANRS-EN15-KABP 2004. 2005 Nov.
- [22] Lhomond B, Michaels S, Levinson S, Mailloux M. *Jeunes et sexualité*. DGS, ministère des Affaires Sociales, ministère de la Jeunesse et des Sports; 2003 Jan.
- [23] Sida Info Service. *Rapport d'activité annuel 2005*. 2006.

9. Les modes de vie gay

Rédigé par Pierre-Olivier de Busscher

Les points clés

- Une part importante des répondants indique avoir une relation stable avec un homme au cours des 12 derniers mois (68 %) ; il s'agit d'hommes appartenant à des catégories socioprofessionnelles favorisées, urbaines, assumant leur orientation sexuelle.
- Ces relations stables recouvrent des formes différentes en termes de "fidélité" et de cohabitation. Près des trois quarts des répondants ayant un partenaire stable indiquent également avoir eu d'autres partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois. Plus précisément, 36 % sont en couples ouverts (avec d'autres partenaires sexuels) non-cohabitants, 31 % en couples ouverts cohabitants, 21 % en couples fermés cohabitants et 12 % en couples fermés non-cohabitants. Ces formes de conjugalité sont constantes depuis 1997, alors que le célibat augmente.
- Exception faite des établissements commerciaux où les relations sexuelles sont possibles (saunas, backrooms) et, dans une moindre mesure, les lieux de dragage extérieurs, la fréquentation des institutions de la sociabilité homosexuelle recule proportionnellement au profit de l'utilisation d'internet.

L'une des originalités de l'EPG est de permettre, à travers différentes questions contextualisant la vie sexuelle des répondants, une description des différents modes de vie des homosexuels masculins.

En effet, depuis les années 70, dans le monde anglo-saxon et depuis les années 80 en France, les différents travaux en sciences sociales sur les homosexualités ont montré comment le fait d'avoir des pratiques sexuelles "différentes" de la majorité de la population, stigmatisées - voire illicites dans certains pays -, non encadrées par des institutions tels que le mariage ou la famille²¹, tendait à la mise en œuvre de styles de vie spécifiques avec leurs propres normes, leurs propres codes, leurs propres espaces de socialisation et de sociabilité. Une première étude a ainsi été menée en France à travers le rapport Gay (1984) [1]. Dès 1985, la première EPG posait différentes questions sur la vie sociale des répondants, ceci au-delà des items sociodémographiques traditionnels [2]. L'hypothèse centrale qui sous-tendait ce choix était qu'on ne pouvait comprendre la sexualité des hommes gay ainsi que leur rapport à la prévention qu'en analysant son contexte : le(s) choix des partenaires, les conditions de rencontres de ceux-ci, les normes élaborées par l'individu dans le contexte de son appartenance (ou de son éloignement) au "milieu" gay. De manière sous-jacente, se posait alors la question de l'effectivité d'une identité collective gay, identité collective conditionnant la mise en œuvre d'actions ou de communications ciblées auprès de cette population [3].

Au fur à mesure des enquêtes, de nouvelles questions sont apparues, renforçant ainsi la possibilité de décrire des modes de vies relativement spécifiques, soit directement en lien avec l'épidémie de VIH (à l'instar des questions portant sur la dépression et les tentatives de suicide, dont différents travaux internationaux ayant montré la corrélation entre ces phénomènes et la prise de risques sexuelle et qui intègrent aujourd'hui souvent la question du rapport à l'épidémie) [4], soit en lien avec des transformations sociétales plus globales (le Pacs).

L'objectif de cette partie du rapport est donc de présenter les différents éléments qui permettent une esquisse des modes de vie gay, d'observer les évolutions à travers les trois dernières réalisations de l'EPG (1997, 2000, 2004) - sachant qu'au fur et à mesure de nouvelles générations apparaissent dans les échantillons²² -, de comprendre en quoi ces facteurs influent sur la vie sexuelle des personnes, sur la mise en œuvre des consignes de prévention et sur leurs stratégies vis-à-vis du dépistage.

9.1 CONSTRUCTEURS DE COUPLES ET "CHASSEURS SOLITAIRES" ?

La première des dimensions que nous permet d'étudier l'EPG est la distinction qui se met en œuvre en fonction de l'existence ou non d'une relation stable et en fonction des conditions de fonctionnement du couple. Pour ce faire, nous avons distingué cinq sous-groupes : d'une part, les personnes déclarant ne pas avoir eu de partenaire stable au cours des 12 derniers mois, d'autre part, quatre types de "couples"²³ : ouvert cohabitant, fermé cohabitant, ouvert non-cohabitant, fermé

²¹ Au sens où il existe une politique "familiale".

²² Ceci impliquant que nous mesurons tout, à la fois les évolutions des comportements dans le temps, mais aussi les transformations induites par les vagues de population entrant dans la vie affective et sexuelle.

²³ Répondants ayant déclaré au moins une relation stable durant les 12 derniers mois. Pour faciliter la lecture, nous utiliserons le mot "couple" ou "en couple".

non-cohabitant. La cohabitation est définie sur la déclaration des répondants (annexe 1). L' "ouverture" ou la "fermeture" du couple se base sur la réponse à la question "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?" (annexe 1).

Le fait de ne pas déclarer de partenaire stable au cours des 12 derniers mois peut renvoyer à différentes réalités : soit ce "célibat" est choisi, soit il est subi, soit, pour les plus jeunes, cette question ne se pose pas encore en ces termes. D'où une hétérogénéité parmi cette sous-

population telle que l'on peut l'appréhender à travers l'EPG. Par contre, l'étude des facteurs en lien avec cette situation permet un repérage de conditions facilitant ou limitant la constitution d'un couple. La répartition par tranche d'âge amène un premier niveau d'information. Nous rencontrons ainsi une légère surreprésentation des plus jeunes, ce qui est cohérent avec le postulat précédemment mentionné (tableau 28). Cependant, l'élément le plus notable est la majoration des taux après 45 ans où 37,2 % des individus n'ont pas de relation stable contre 29,7 % pour les 20-44 ans ($p < 10^{-4}$).

TABLEAU 28

RÉPARTITION PAR CLASSES D'ÂGE DES RÉPONDANTS AYANT UN PARTENAIRE STABLE OU PAS – EPG 2004

	Avoir un partenaire stable		Ne pas avoir un partenaire stable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Moins de 20 ans	108	61,7	67	38,3	175	100,0
20-24 ans	399	67,1	196	32,9	595	100,0
25-29 ans	633	72,5	240	27,5	873	100,0
30-34 ans	784	71,6	311	28,4	1 095	100,0
35-39 ans	728	71,3	293	28,7	1 021	100,0
40-44 ans	571	67,3	278	32,7	849	100,0
45-49 ans	291	60,9	187	39,1	478	100,0
Plus de 50 ans	486	64,0	273	36,0	759	100,0

L'une des premières hypothèses qui pourrait expliquer cette majoration chez les répondants les plus âgés serait de faire le lien avec l'importance du nombre de personnes touchées par le VIH chez les plus de 40 ans. La répartition selon le statut sérologique des répondants confirme partiellement cette explication. Cependant, c'est avant tout la méconnaissance du statut sérologique qui marque cette population,

méconnaissance que montrent aussi bien les déclarations de ne plus être certain de sa séronégativité ou de ne pas savoir, d'une part, que le taux de non-réponse sur le statut sérologique, d'autre part (tableau 29), indiquant par la même un lien fort entre formes de conjugalité et recours au test de dépistage.

TABLEAU 29

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UN PARTENAIRE STABLE OU PAS SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE VIH – EPG 2004

	Avoir un partenaire stable		Ne pas avoir un partenaire stable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Non-réponse	600	14,4	493	25,5	1 093	18,0
Séronégatif	2 687	64,7	910	47,1	3 597	59,1
Séronégatif mais plus certain / ne connaît pas son statut sérologique	442	10,6	305	15,8	747	12,3
Séropositif / malade du sida	424	10,2	225	11,6	649	10,7
Total	4 153	100,0	1 933	100,0	6 086	100,0

nb : n=6 086 car nous avons pris en compte les non-réponses sur la base que la non-réponse à la déclaration du statut sérologique était un élément faisant sens.

Par contre, si l'on observe les principales données sociodémographiques, ces "célibataires" ont tout à la fois : un niveau d'étude inférieur à la moyenne des répondants (22,2 % inférieur au bac contre 16,2 % chez ceux déclarant un partenaire stable, $p < 10^{-4}$), des revenus sensiblement plus faibles (20,4 % déclarent moins de 1 000 € par mois contre 15,2 %

chez ceux déclarant un partenaire stable, $p < 10^{-4}$) ; ils déclarent plus souvent avoir une majorité d'amis hétérosexuels (35,5 % contre 26,5 % chez ceux déclarant un partenaire stable, $p < 10^{-4}$) ou ne pas avoir d'amis du tout (4,7 % contre 1,2 % chez ceux déclarant un partenaire stable, $p < 10^{-4}$), ils se définissent plus fréquemment comme bisexuels

(8,4 % contre 4,4 % chez ceux déclarant un partenaire stable, $p < 10^{-4}$) et habitent plus souvent dans une agglomération de moins de 20 000 habitants (22,6 % contre 19,8 % chez ceux déclarant un partenaire stable, $p = 0,011$).

En ce sens, on peut légitimement poser l'hypothèse de formes d'isolement ou de vulnérabilités sociales cumulées qui influent sur la possibilité d'entreprendre une relation stable. Ce n'est bien évidemment pas le cas de l'ensemble de ce sous-groupe mais les différences significatives indiquent bien l'existence d'une population à la marge, à la fois de la "communauté" et probablement du monde social de manière plus générale (les 4,7 % déclarant ne pas avoir d'amis, dont l'un des marqueurs est précisément l'absence de relation stable).

Cette situation contredit partiellement le stéréotype d'un célibat choisi renvoyant à l'inscription d'un style de vie hédoniste marqué par la multiplication des partenaires. Deux indicateurs permettent de mieux saisir la diversité des situations de ceux ne déclarant pas de partenaire stable vis-à-vis de leur sexualité. En premier lieu, si l'on observe (tableau 30) le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, la proportion des "hauts multipartenaires" est certes majorée chez les célibataires (18,1 % de ceux-ci déclarent plus de 50 partenaires contre 10,7 % de ceux déclarant un partenaire stable) mais, cependant, ils sont aussi près de 15 % à ne déclarer aucune relation, confirmant l'isolement affectif et sexuel d'une part non négligeable de ces hommes.

TABEAU 30

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UN PARTENAIRE STABLE OU PAS SELON LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS MASCULINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Avoir un partenaire stable		Ne pas avoir un partenaire stable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aucun partenaire masculin	85	2,1	273	14,3	358	6,0
1 partenaire	1 158	28,2	125	6,6	1 283	21,3
2 à 9 partenaires	1 222	29,8	541	28,4	1 763	29,3
10 à 19 partenaires	600	14,6	280	14,7	880	14,6
20 à 49 partenaires	602	14,7	343	18,0	945	15,7
Plus de 50 partenaires	439	10,7	345	18,1	784	13,0
Total	4 106	100,0	1 907	100,0	6 013	100,0

Si l'on s'intéresse dans un second temps à l'ensemble des personnes déclarant avoir des partenaires occasionnels, là encore, on découvre certes une part plus importante d'individus ayant des relations très

nombreuses (21,6 % pour les plus de 50 partenaires durant l'année contre 15,6 % chez ceux déclarant un partenaire stable) mais sans pour autant que s'établisse un contraste flagrant (tableau 31).

TABEAU 31

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UN PARTENAIRE STABLE OU PAS SELON LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS MASCULINS, PARMIS CEUX DÉCLARANT AU MOINS UN PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Avoir un partenaire stable		Ne pas avoir un partenaire stable		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 partenaire	120	4,5	104	6,6	224	5,3
2 à 9 partenaires	1 004	37,3	509	32,5	1 513	35,5
10 à 19 partenaires	575	21,4	278	17,8	853	20,0
20 à 49 partenaires	573	21,3	337	21,5	910	21,4
Plus de 50 partenaires	420	15,6	338	21,6	758	17,8
Total	2 692	100,0	1 566	100,0	4 258	100,0

Ainsi, si la vie sexuelle des hommes n'ayant pas de partenaire stable est marquée par le multipartenariat, elle ne l'est finalement guère plus que celle des "couples ouverts" en dehors d'une majoration d'un groupe extrême à niveau très élevé de multipartenariat. À l'inverse, c'est bien plus l'absence totale de partenaires sexuels qui apparaît comme un élément notable. Ceci se retrouve dès lors dans la déclaration de la fréquentation des lieux de sexualité et de drague (saunas, lieux

de dragues extérieurs, internet, *backrooms*) qui ne diffère pas considérablement entre les "célibataires" et les "couples ouverts". Seule la régularité de la fréquentation change : là où nombre de personnes ayant un partenaire stable déclarent un recours occasionnel à ces lieux, les "célibataires" indiquent plus fréquemment une présence régulière (tableau 32). Dans ce cadre, l'exposition aux risques sexuels pourrait renvoyer à cette fréquence régulière d'usage des lieux.

À l'inverse les lieux de sociabilité non sexualisés et *a fortiori* les lieux "gay friendly" (restaurants, boutiques...) sont moins investis par les répondants n'ayant pas de partenaire stable, ce qui est à mettre

probablement en lien avec la relative faiblesse économique que nous notions précédemment.

TABLEAU 32

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UN PARTENAIRE STABLE OU PAS SELON LA FRÉQUENTATION DES LIEUX DE SOCIABILITÉ GAY PARMIS CEUX DÉCLARANT AU MOINS UN PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Avoir un partenaire stable		Ne pas avoir un partenaire stable	
	n	%	n	%
Fréquentation de saunas				
Régulière	331	12,3	252	16,1
Occasionnelle	1 282	47,6	623	39,7
Fréquentation d'Internet				
Régulière	883	32,8	564	35,9
Occasionnelle	845	31,4	412	26,3
Fréquentation des lieux de drague extérieurs				
Régulière	387	14,4	315	20,1
Occasionnelle	1 166	43,3	621	39,6
Fréquentation des backrooms				
Régulière	340	12,6	214	13,6
Occasionnelle	976	36,2	544	34,7
Fréquentation des bars, clubs				
Régulière	676	25,1	377	24,0
Occasionnelle	1 240	46,0	631	40,2
Fréquentation des lieux "gay friendly"				
Régulière	624	23,2	273	17,4
Occasionnelle	1 396	51,8	742	47,3

Face à cet usage des lieux de sociabilité, l'une des hypothèses que nous pourrions poser serait celle d'un biais dû à la surreprésentation des personnes de plus de 45 ans, dont on peut penser qu'elles aient un moindre recours à une scène commerciale homosexuelle marquée fortement par une survalorisation de la jeunesse et éventuellement des occasions moindres de rencontres sexuelles. Cependant, elle ne se vérifie pas. En effet, si l'on observe les deux mêmes indicateurs "nombres de partenaires sexuels masculins dans les 12 derniers mois" et "fréquentation des lieux de sociabilité" sur un sous-échantillon ne prenant en compte que les 20-44 ans, nous retrouvons des tendances similaires : une majoration significative des personnes déclarant plus de 50 partenaires et un usage plus régulier des lieux de rencontres "sexualisés", mais sans pour autant que le portrait final soit radicalement différent des personnes déclarant un partenaire stable et des partenaires occasionnels. Ces différences démontrent surtout l'existence d'un groupe minoritaire ayant une activité sexuelle très conséquente, déterminant un style de vie particulier qui mène ces personnes à ne pas avoir de relation stable mais qui, en aucun cas, ne sont représentatives des célibataires.

Au-delà de la sociabilité et du nombre de partenaires, nous retrouvons des différenciations dans la sphère de l'intime. Ainsi, le recours à la pratique de la pénétration anale (active ou passive) avec les partenaires occasionnels n'est pas tout à fait identique, celle-ci apparaissant de manière plus systématique chez les hommes ne déclarant pas de partenaire stable (91,3% contre 86,4 % chez ceux en couple, $p < 0,001$).

Cette plus faible occurrence de la pénétration anale avec les partenaires occasionnels parmi les répondants en couple renvoie probablement à la possibilité pour ces derniers d'avoir une stratégie de prévention différenciée, réservant cette pratique au sein de leur couple. À cette impossibilité pour les "célibataires" d'avoir recours à une telle stratégie, se double un recours aux outils de prévention plus aléatoire, les positionnant ainsi dans une zone de risques plus importants (tableau 33).

Dès lors, l'absence de partenaires stables apparaît comme un marqueur d'une plus grande vulnérabilité aux risques VIH, sans que pour autant cette vulnérabilité ne soit liée à une équation simpliste renvoyant le "célibat" à une vie centrée sur la multiplication des partenaires. En dehors d'un groupe spécifique de "très hauts multipartenaires" qui représente 1 individu sur 5, les personnes n'ayant pas de partenaire stable ne se différencient pas fondamentalement des couples ouverts à des expériences extérieures. Par contre, le recours à la prévention est lui dégradé tout à la fois par l'impossibilité de recourir à des stratégies différenciées - l'existence d'un partenaire stable pouvant permettre le cas échéant de préserver, sous la condition du dépistage, une sexualité non protégée au sein du couple - que par un ensemble de facteurs socio-économiques et de proximité communautaire qui se cristallisent autour d'un certain isolement.

TABLEAU 33

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UN PARTENAIRE STABLE OU PAS SELON L'UTILISATION DE GEL ET DE PRÉSERVATIF AVEC LES PARTENAIRES SEXUELS OCCASIONNELS, PARMI CEUX DÉCLARANT AU MOINS UN PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Avoir un partenaire stable		Ne pas avoir un partenaire stable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Toujours	1 742	64,7	982	63,2	2 724	64,2
Parfois	449	16,7	338	21,7	787	18,5
Jamais	120	4,5	65	4,2	185	4,4
Non concerné	380	14,1	170	10,9	550	13,0
Total	2 691	100,0	1 555	100,0	4 246	100,0

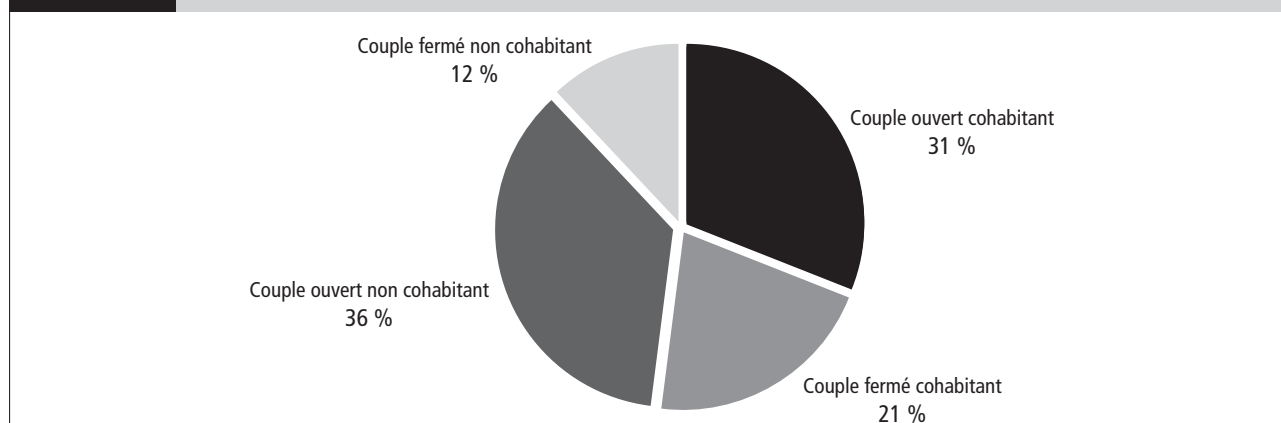
9.2 LES FORMES DE CONJUGALITÉ

Parmi l'ensemble des répondants, 4 153 hommes ont déclaré au moins une relation stable durant les 12 derniers mois, soit 67,2 % de l'échantillon. Sur ceux-ci, 3 670 ont répondu aux questions portant sur la cohabitation et la déclaration de partenaires occasionnels qui nous ont permis de définir une première typologie en termes de conjugalité.

Plus d'un couple sur trois (37 %) est un couple ouvert non-cohabitant, suivi par les couples ouverts cohabitants (31 %). La non-exclusivité dans la relation est donc un phénomène majeur constituant deux tiers des hommes déclarant une relation stable. Les couples fermés cohabitants représentent un peu plus d'un cinquième de l'échantillon, les couples fermés non-cohabitants un peu plus d'un dixième (figure 28).

FIGURE 28

FORMES DE CONJUGALITÉ AU SEIN DES COUPLES (N=3 670) – EPG 2004



Pour comprendre les différents facteurs conduisant à cette répartition, nous avons procédé à une analyse factorielle de correspondance (AFC) sur ces 3 670 répondants, permettant de mieux saisir les dynamiques à l'œuvre. Les questions retenues pour cette AFC sont d'ordres divers :

- des données factuelles sur le répondant et sur le couple :
 - la tranche d'âge du répondant,
 - la date du début du couple,
 - le nombre de partenaires hommes durant les 12 derniers mois,
 - la typologie couple ouvert/fermé cohabitant/non-cohabitant, susmentionnée,
 - le statut par rapport au Pacs et l'envisagement éventuel de celui-ci ;
- des données relatives aux valeurs ainsi que le ressenti sentimental :
 - la question "Pensez-vous que l'on puisse attendre d'un partenaire stable qu'il soit impérativement fidèle" ?

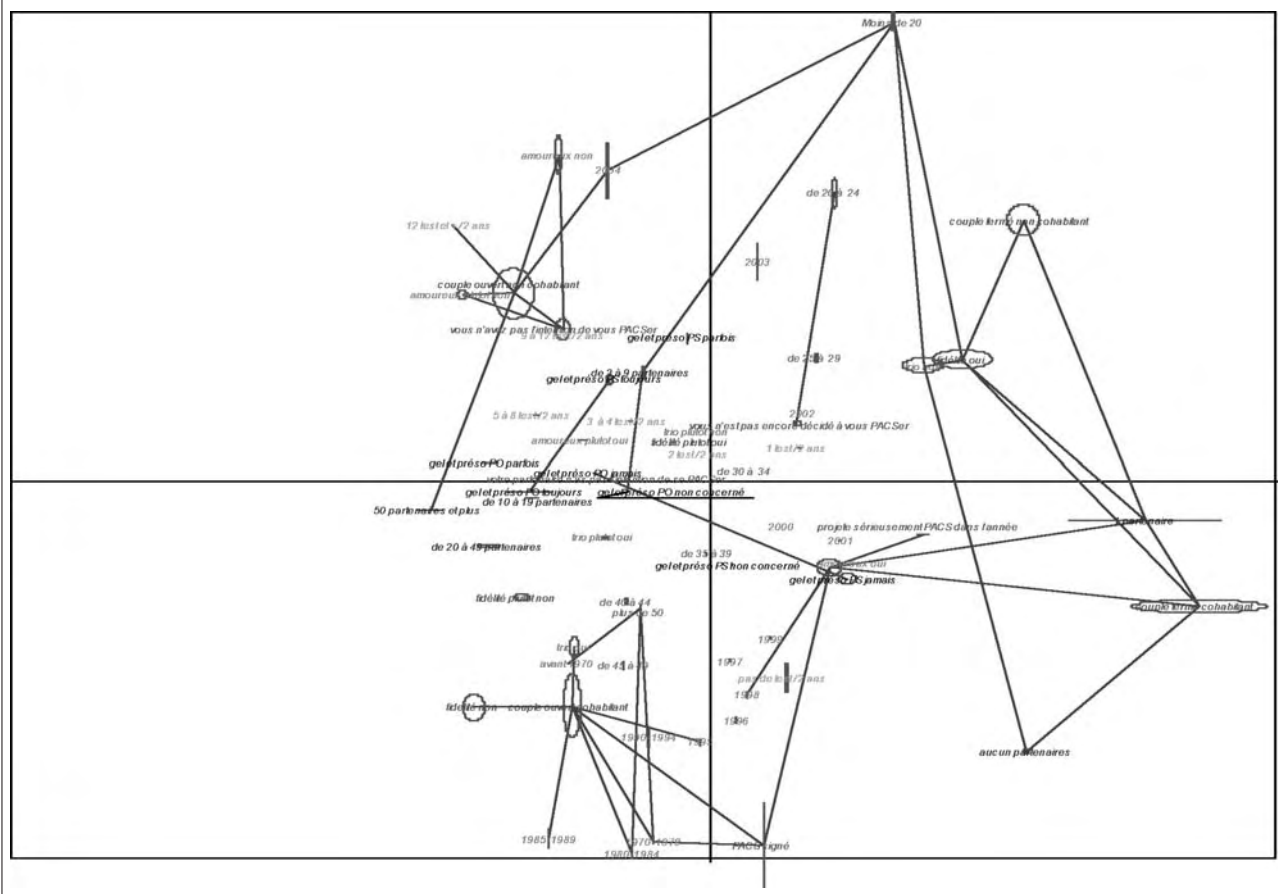
- la question "Pensez-vous que l'on puisse attendre d'un partenaire stable que vous ayez des relations ensemble avec d'autres partenaires" ?
- la question relative au sentiment amoureux vis-à-vis de son partenaire stable ;

- trois indicateurs sur la prévention :
 - utilisation du gel et des préservatifs avec les partenaires stables,
 - utilisation du gel et des préservatifs avec les partenaires occasionnels,
 - nombres de test de dépistage au cours de deux dernières années.

La cartographie de l'AFC présente ici le facteur 1/facteur 2 avec les principales contributions (ellipse) et quelques liens d'attraction entre les items. Celle-ci permet de manière visuelle d'appréhender les différentes réponses aux questionnaires les plus souvent liées les unes aux autres de manière significative.

FIGURE 29

ANALYSE FACTORIELLE DE CORRESPONDANCE DES FORMES DE CONJUGALITÉ AU SEIN DES COUPLES – EPG 2004



Le premier enseignement de la lecture de cette AFC (figure 29) est la manière dont les quatre formes de conjugalité se distinguent de manière cohérente, occupant chacune un des quadrilles délimités par les axes. Ceci confirme avant tout la qualité des données et la cohérence des réponses à l'enquête.

Le second élément central porte sur l'année du début du couple et l'âge du répondant. La première forme une courbe partant de l'année

2004 avec une surreprésentation claire des couples ouverts non-cohabitants, puis les années 2002 et 2003, avec là une présence plus importante des couples fermés non-cohabitants, les années 1999 à 2001 qui elles voient une représentation plus conséquente des couples fermés cohabitants, les années 1990 à 1998 qui voient une surreprésentation conjointe des couples ouverts et fermés cohabitants et enfin, les plus anciens couples (avant 1990), où la tendance repose sur le couple ouvert cohabitant.

TABLEAU 34

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LA DATE DE DÉBUT DE LA RELATION – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Avant 1970	7	58,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3	12	100,0
1970-1979	30	54,5	15	27,3	9	16,4	1	1,8	55	100,0
1980-1984	56	62,9	20	22,5	9	10,1	4	4,5	89	100,0
1985-1989	91	65,5	23	16,5	20	14,4	5	3,6	139	100,0
1990-1994	151	50,7	66	22,1	63	21,1	18	6,0	298	100,0
1995	59	56,2	24	22,9	16	15,2	6	5,7	105	100,0
1996	52	51,5	27	26,7	16	15,8	6	5,9	101	100,0
1997	57	43,2	34	25,8	32	24,2	9	6,8	132	100,0
1998	78	50,0	39	25,0	28	17,9	11	7,1	156	100,0
1999	72	39,3	53	29,0	47	25,7	11	6,0	183	100,0
2000	75	30,7	65	26,6	75	30,7	29	11,9	244	100,0
2001	96	29,4	103	31,6	93	28,5	34	10,4	326	100,0
2002	119	26,3	116	25,7	156	34,5	61	13,5	452	100,0
2003	103	14,2	125	17,2	361	49,7	138	19,0	727	100,0
2004	66	12,4	22	4,1	344	64,5	101	18,9	533	100,0
Total	1 112	31,3	734	20,7	1 271	35,8	435	12,2	3 552	100,0

Le fait de cohabiter avec son partenaire stable suit donc une logique simple de construction du couple. Pour nombre d'individus, la décision de vivre ensemble n'est bien évidemment pas une décision anodine, elle s'élabore dans le temps et ce n'est que progressivement que les couples cohabitants deviennent majoritaires. Ceux qui se sont rencontrés en 2002, donc deux ans avant l'enquête, sont les premiers où les cohabitants représentent plus de 50 % de l'échantillon et il faut remonter à une date de rencontre antérieure à 1999 pour que l'on situe à plus de 75 % de taux de cohabitation. La question de l'unicité du partenaire semble suivre la même logique. Là aussi, plus la date de rencontre est ancienne, plus l'ouverture du couple à d'autres partenaires est probable. Se pose alors une question centrale pour comprendre les dynamiques qui sont à l'œuvre, ceci dès que l'on prend en considération le fait que ces différentes dates de rencontre sont bien évidemment partiellement déterminées par l'âge des individus. En caricaturant, cette courbe des dates de rencontres sur l'analyse factorielle renvoie-t-elle à une forme "d'histoire naturelle du couple

gay" allant d'une surreprésentation significative des couples non-cohabitants (2003 ; 2004) à une surreprésentation des couples fermés cohabitants (1999 à 2002 - même si ceux-ci en valeur absolue sont aussi nombreux que les couples ouverts cohabitants) pour s'achever sur une surreprésentation des couples ouverts cohabitants pour tout ceux s'étant rencontrés avant 1999 ? Cette hypothèse indique un étiolement probable de la relation stable ou du moins une transformation des relations au sein du couple qui conduit à une inévitable ouverture de celui-ci. Ou alors, ces répartitions renvoient-elles à des différences de normes et de valeur entre les générations en présence, différences qui pourraient trouver des explications macrosociologiques, comme par exemple l'institutionnalisation du couple gay que représente le Pacs ?

Cette question apparaît comme difficile à trancher à partir des autres facteurs. La répartition entre couples ouverts et couples fermés selon l'âge des répondants est décrite dans le tableau 35.

TABLEAU 35

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LEUR ÂGE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Moins de 20 ans	6	6,6	7	7,7	42	46,2	36	39,6	91	100,0
De 20 à 24 ans	67	18,8	74	20,7	146	40,9	70	19,6	357	100,0
De 25 à 29 ans	141	25,4	143	25,8	196	35,3	75	13,5	555	100,0
De 30 à 34 ans	234	33,5	158	22,6	238	34,0	69	9,9	699	100,0
De 35 à 39 ans	224	34,3	135	20,6	230	35,2	65	9,9	654	100,0
De 40 à 44 ans	197	39,2	93	18,5	176	35,0	37	7,4	503	100,0
De 45 à 49 ans	97	37,5	48	18,5	89	34,4	25	9,7	259	100,0
Plus de 50 ans	140	33,5	73	17,5	154	36,8	51	12,2	418	100,0
Total	1 106	31,3	731	20,7	1 271	35,9	428	12,1	3 536	100,0

Si effectivement le principe de fidélité dans la relation semble plus présent parmi les plus jeunes, il est cependant nécessaire de nuancer ce résultat à travers :

- 1) les biais importants que peuvent induire les faibles effectifs de répondants de moins de 24 ans et *a fortiori* de moins de 20 ans ;
- 2) le fait que dans toutes les tranches d'âge les relations ouvertes sont majoritaires ;
- 3) que, là encore, il paraît très difficile de démêler ce qui pourrait être de l'ordre de modifications générationnelles des valeurs et des normes, de ce qui serait de l'ordre de transformation d'un état d'esprit partant d'une relative inexpérience ou d'un relatif idéalisme chez les plus jeunes pour se confronter par la suite aux réalités du monde gay dont l'une des composantes est précisément l'importance du multipartenariat.

Les différents autres indicateurs portant sur les valeurs des répondants et leur ressenti sentimental s'inscrivent dans ce schéma de façon très cohérente : le souhait d'une fidélité impérative du partenaire stable

est avant tout le fait des couples fermés ; celui d'avoir des relations à plusieurs avec son partenaire, celui des couples ouverts cohabitants ; le ressenti d'être amoureux est à la fois le fait des cohabitants et des couples fermés – seules les personnes en couples ouverts non-cohabitants se déclarent "non amoureux" ou "plutôt pas amoureux" dans près d'1 cas sur 4 ; enfin, la signature d'un Pacs ou un projet sérieux de Pacs dans l'année est avant tout le fait des couples cohabitants, ce qui est, par ailleurs, l'une des conditions de cette signature.

À ces modes de vies, à ces formes de conjugalité très variées, les indicateurs en lien avec la prévention apparaissent comme relativement indifférents. Ainsi, le nombre de partenaires durant l'année est presque identique entre les couples ouverts cohabitants ou non, avec uniquement une légère surreprésentation (16,2 % vs 13,5 %) du très haut multipartenariat (plus de 50 partenaires) chez les non-cohabitants²⁴.

L'utilisation du gel et des préservatifs avec les partenaires occasionnels est, elle aussi, relativement identique entre les couples cohabitants et non-cohabitants (tableau 36).

TABLEAU 36

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET L'USAGE DU GEL ET DES PRÉSERVATIFS AVEC DES PARTENAIRES SEXUELS OCCASIONNELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%
Toujours	741	65,5	826	63,4	1 567	64,4
Parfois	163	14,4	238	18,3	401	16,5
Jamais	56	4,9	55	4,2	111	4,6
Non concerné	172	15,2	183	14,1	355	14,6
Total	1 132	100,0	1 302	100,0	2 434	100,0

²⁴ L'attraction qui apparaît sur la cartographie des "de 2 à 9 partenaires" sur la partie haute de la cartographie est en fait liée à l'importance relative de "couples fermés non-cohabitants" déclarant plus d'un partenaire durant l'année. Ceci est lié d'une part, à quelques réponses incohérentes entre les deux questions sur le nombre de partenaires et le déclaratif d'avoir eu ou non un partenaire occasionnel durant l'année écoulée – les deux questions se situant à des endroits différents du questionnaire –, mais surtout, au nombre de "couples fermés non-cohabitants" constitués en 2003 et en 2004, susceptibles d'avoir eu d'autres partenaires avant la rencontre de leur partenaire actuel.

Enfin, seul le nombre de tests de dépistage durant les deux dernières années diffère de façon importante selon les groupes. Si l'on observe la sous-population, où le répondant déclare ne pas être séropositif, on voit qu'une démarche de dépistage réitérée est l'apanage

de ceux qui sont en couples ouverts non-cohabitants et que l'absence de test est celui de ceux en couples fermés cohabitants (tableau 37) – ce qui est cohérent, vu la relative ancienneté moyenne de ces couples.

TABEAU 37 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LE NOMBRE DE TESTS VIH RÉALISÉS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS PARMIS LES SÉRONÉGATIFS ET SÉRO-INTERROGATIFS – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucun	169	20,2	193	33,5	98	10,5	49	15,6	509	19,1
1	213	25,5	171	29,7	235	25,2	97	30,9	716	26,9
2	195	23,4	117	20,3	251	26,9	84	26,8	647	24,3
3 ou 4	183	21,9	76	13,2	241	25,8	64	20,4	564	21,2
5 à 8	67	8,0	16	2,8	87	9,3	13	4,1	183	6,9
9 à 12	6	0,7	3	0,5	15	1,6	7	2,2	31	1,2
Plus de 12	2	0,2	/	/	7	0,7	/	/	9	0,3
Total	835	100,0	576	100,0	934	100,0	314	100,0	2 659	100,0

La relative différenciation des couples ouverts cohabitants ou non vis-à-vis de la démarche de dépistage mérite une réflexion plus approfondie sur la construction des liens de confiance dans le couple en regard du recours au test [5]. Alors que le nombre de partenaires occasionnels de ces couples ouverts ainsi que le recours au gel et aux préservatifs avec ceux-ci sont globalement identiques, le rapport à la démarche de dépistage diffère quelque peu et près de la moitié des répondants en couple ouvert cohabitant ont réalisé un test unique ou aucun test (alors que cela ne concerne qu'un tiers des non-cohabitants). Ceci renvoie très probablement à des stratégies de "negotiated safety"²⁵ plus à même de se mettre en place dans le cadre d'une institutionnalisation plus importante du couple, dont la cohabitation est le témoin. Si ces stratégies sont efficaces, elles réclament néanmoins une conduite stricte. Dans ce cadre, l'unicité ou l'absence de test au sein des couples ouverts cohabitants pose des questions en termes de santé publique, renvoyant aussi bien aux risques de contamination dans le couple en cas d'erreur de parcours sur l'extérieur d'un des deux membres, qu'à des découvertes tardives de séropositivité.

Bien évidemment la structure des couples modifie le rapport à la sociabilité gay et l'ensemble des lieux tournés vers la sexualité ou du moins la "dragage" réunit les personnes vivant en couple ouvert.

À l'inverse, les taux importants de fréquentation des lieux "gay friendly" (restaurants, boutiques...) de la part des couples fermés montrent à quel point la fermeté du couple ne se traduit absolument pas par un refus ou un abandon de la sociabilité homosexuelle (tableau 38).

Par contre, les différences d'usage de cette sociabilité se traduisent par l'appréciation de leur univers relationnel et les personnes vivant en couple fermé sont plus enclines à déclarer une majorité de personnes hétérosexuelles dans leur cadre amical. À l'inverse, les couples ouverts tendent plus facilement à avoir une majorité d'amis homosexuels (tableau 39). Cette dissymétrie peut trouver une explication dans deux hypothèses : d'une part, "l'ouverture" du couple (et donc le multipartenariat) est probablement une valeur partagée dans un milieu plus identitaire, plus à même d'avoir une approche communautaire dans son mode de vie, d'autre part, l'importance du cercle d'amis homosexuels peut être directement liée à l'ouverture du couple, certains de ces proches étant de fait les partenaires occasionnels du couple. Ceci renvoie à l'une des limites de l'enquête qui ne permet pas de faire la distinction entre des partenaires occasionnels "purement" sexuels et des partenaires occasionnels plus ou moins réguliers avec qui les individus peuvent entretenir des relations affectives réelles.

²⁵ Stratégie consistant à l'abandon du préservatif au sein du couple après la vérification des statuts sérologiques et à la protection systématique des relations hors couple.

TABLEAU 38

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LA FRÉQUENTATION DES LIEUX DE SOCIABILITÉ GAY – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fréquentation des saunas								
Régulière	129	11,3	7	1,0	164	12,7	9	2,2
Occasionnelle	602	52,9	125	18,2	568	43,9	67	16,3
Fréquentation d'Internet								
Régulière	345	30,3	53	7,7	456	35,2	79	19,3
Occasionnelle	359	31,6	196	28,6	412	31,8	142	34,6
Fréquentation des lieux de drague extérieurs								
Régulière	160	14,1	8	1,2	171	13,2	16	3,9
Occasionnelle	485	42,7	98	14,3	588	45,4	81	19,8
Fréquentation des backrooms								
Régulière	152	13,4	4	0,6	143	11,0	5	1,2
Occasionnelle	432	38,0	77	11,2	464	35,8	60	14,6
Fréquentation des bars, clubs								
Régulière	246	21,6	136	19,8	351	27,1	67	16,3
Occasionnelle	543	47,8	335	48,8	581	44,9	193	47,1
Fréquentation des lieux "gay friendly"								
Régulière	290	25,5	209	30,5	278	21,5	85	20,7
Occasionnelle	587	51,6	420	61,2	683	52,7	228	55,6

TABLEAU 39

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LEUR CERCLE DE SOCIABILITÉ – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Majorité d'amis homosexuels	280	24,6	87	11,7	279	21,2	57	13,0	703	19,3
Majorité d'amis hétérosexuels	223	19,6	242	32,5	347	26,4	162	36,9	974	26,8
Autant d'homosexuels que d'hétérosexuels parmi les amis	622	54,7	405	54,4	674	51,3	212	48,3	1 913	52,6
Déclare ne pas avoir d'amis	12	1,1	11	1,5	14	1,10	8	1,8	45	1,2
Total	1 137	100,0	745	100,0	1 314	100,0	439	100,0	3 635	100,0

La question du Pacs, quant à elle, apparaît comme complexe (tableau 40). Nous avons déjà noté que ce dernier était l'apanage des couples cohabitants, ce qui apparaît logique, la cohabitation étant d'une certaine manière un début d'institutionnalisation. Par contre, les couples ouverts cohabitants présentent un pourcentage plus élevé (24,4 % vs 15,3 % chez les couples fermés cohabitants) de refus du processus du Pacs, soit par le répondant, soit par son partenaire.

On observe une surreprésentation importante de la population déclarant le plus de partenaires (34 % chez les plus de 50 partenaires dans l'année contre 24,7 % en moyenne dans l'ensemble des couples ouverts cohabitants). Si ce second résultat (tableau 41) reste cependant peu significatif, on peut néanmoins poser l'hypothèse que, pour un certain nombre d'individus, un type de refus du Pacs renvoie à une forme de revendication de la multiplicité des partenaires, voire d'un modèle "hétérosexuel" du couple.

	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LEUR SITUATION VIS-À-VIS DU PACS – EPG 2004									
	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacs signé	350	31,3	203	27,5	22	1,8	4	1,0	579	16,7
Projette sérieusement de se pacser dans l'année	132	11,8	137	18,5	62	5,2	31	7,7	362	10,5
Votre partenaire n'a pas l'intention de se pacser	99	8,8	50	6,8	208	17,4	46	11,4	403	11,7
Vous n'avez pas l'intention de vous pacser	175	15,6	63	8,5	483	40,4	127	31,4	848	24,5
Vous n'êtes pas encore décidé à vous pacser	363	32,4	286	38,7	420	35,1	196	48,5	1 265	36,6
Total	1 119	100,0	739	100,0	1 195	100,0	404	100,0	3 457	100,0

	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS EN COUPLE OUVERT COHABITANT SELON LEUR SITUATION VIS-À-VIS DU PACS ET LEUR NOMBRE DE PARTENAIRES – EPG 2004									
	De 2 à 9 partenaires		De 10 à 19 partenaires		De 20 à 49 partenaires		50 partenaires et plus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacs signé	113	30,5	89	36,9	78	31,3	40	26,7	320	29,7
Projette sérieusement de se pacser dans l'année	50	13,5	24	10,0	26	10,4	12	8,0	102	9,5
Votre partenaire n'a pas l'intention de se pacser	29	7,8	16	6,6	26	10,4	18	12,0	71	6,6
Vous n'avez pas l'intention de vous pacser	55	14,8	41	17,0	32	12,9	33	22,0	149	13,8
Vous n'êtes pas encore décidé à vous pacser	124	33,4	71	29,5	87	34,9	47	31,3	334	31,0
Total	371	100,0	241	100,0	249	100,0	150	100,0	1 076	100,0

À l'inverse, mais de façon identique, la revendication du mariage comme un droit, même si elle est largement partagée par l'ensemble de

l'échantillon, est renforcée de manière significative chez les personnes vivant en couple fermé (tableau 42).

TABLEAU 42

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET LEUR OPINION SUR LE FAIT QUE L'OUVERTURE DU MARIAGE AUX COUPLES DE MÊME SEXE EST UN DROIT – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
D'accord et plutôt d'accord	965	85,5	668	89,2	1 104	84,8	368	85,0	3 105	86,0
Pas d'accord et plutôt pas d'accord	163	14,5	81	10,8	198	15,2	65	15,0	507	14,0
Total	1 128	100,0	749	100,0	1 302	100,0	433	100,0	3 612	100,0

Ainsi, les quatre formes de conjugalité que nous avons ainsi pu identifier possèdent des traits spécifiques vis-à-vis des déclarations de normes et de valeurs, des pratiques sexuelles et de prévention et des usages de la sociabilité. Nous n'avons pu que très partiellement répondre à la question des déterminants de ces spécificités, à savoir si celles-ci sont liées aux différentes générations ou bien à l'ancienneté du couple. Cependant, l'un des points qui paraît particulièrement pertinent à prendre en compte en terme de prévention sont les éventuelles

transitions d'une forme à l'autre d'organisation conjugale. En effet, le recours constant à la prévention avec le partenaire stable est un fait minoritaire parmi les couples cohabitants. Le processus d'ouverture au sein du couple devient alors un moment particulièrement sensible, en particulier si l'on fait le lien avec le recours au test, puisque 33,5 % des personnes en couple fermé cohabitant et 20,2 % des personnes en couple ouvert cohabitant n'ont réalisé aucun test, au cours de l'année écoulée.

TABLEAU 43

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LA TYPOLOGIE DU COUPLE ET L'USAGE DU GEL ET DES PRÉSERVATIFS AVEC LE PARTENAIRE STABLE – EPG 2004

	Couple ouvert cohabitant		Couple fermé cohabitant		Couple ouvert non cohabitant		Couple fermé non cohabitant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Toujours	268	27,7	129	19,5	514	44,1	133	34,3	1 044	32,8
Parfois	131	13,5	88	13,3	250	21,4	66	17,0	535	16,8
Jamais	421	43,4	345	52,2	257	22,0	131	33,8	1 154	36,2
Non concerné	149	15,4	99	15,0	145	12,4	58	14,9	451	14,2
Total	969	100,0	661	100,0	1 166	100,0	388	100,0	3 184	100,0

9.3 ÉVOLUTION DE LA SOCIABILITÉ GAY ET USAGE D'INTERNET

La comparaison avec les enquêtes de 1997 et 2000 ne permet pas de mesurer des transformations significatives dans ces formes de conjugalité²⁶. Seul le célibat voit une croissance linéaire entre les trois études (24,6 % en 1997 ; 27,6 % en 2000 ; 31 % en 2004). À l'inverse, deux questions portant sur la fréquentation des lieux (en 2000 et 2004) et sur la rencontre des partenaires (en 1997, 2000 et 2004) permettent de souligner des évolutions notables en termes de modes de vie.

En effet, en dehors des saunas et, dans une moindre mesure, les lieux de drague extérieurs, l'ensemble des institutions de la sociabilité homosexuelle recule proportionnellement au profit de l'utilisation d'internet (figure 30). Chez les moins de 30 ans, cette tendance culmine avec près de la moitié de l'échantillon (45,7 %) déclarant rencontrer des partenaires sur le web. Les données portant sur la fréquentation confirment cette tendance. La désaffection des lieux traditionnels de sociabilité est encore plus prononcée dans le milieu associatif communautaire, en particulier chez les moins de 30 ans. L'investissement dans la lutte contre le sida devient, quant à lui, presque marginal (figure 31), d'autant plus que les biais de l'enquête (diffusion dans la presse communautaire) devraient plutôt tendre vers une surreprésentation de cette population.

²⁶ L'ensemble des comparaisons 1997, 2000, 2004 se fait sur l'échantillon 2004 ayant répondu par voie de presse (2004^{presse}) pour éviter les biais liés à des modes de passations différents (internet en 2004).

FIGURE 30

ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENTATION DES LIEUX DE RENCONTRE DES PARTENAIRES SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS – EPG 1997, 2000, 2004^{Presse}

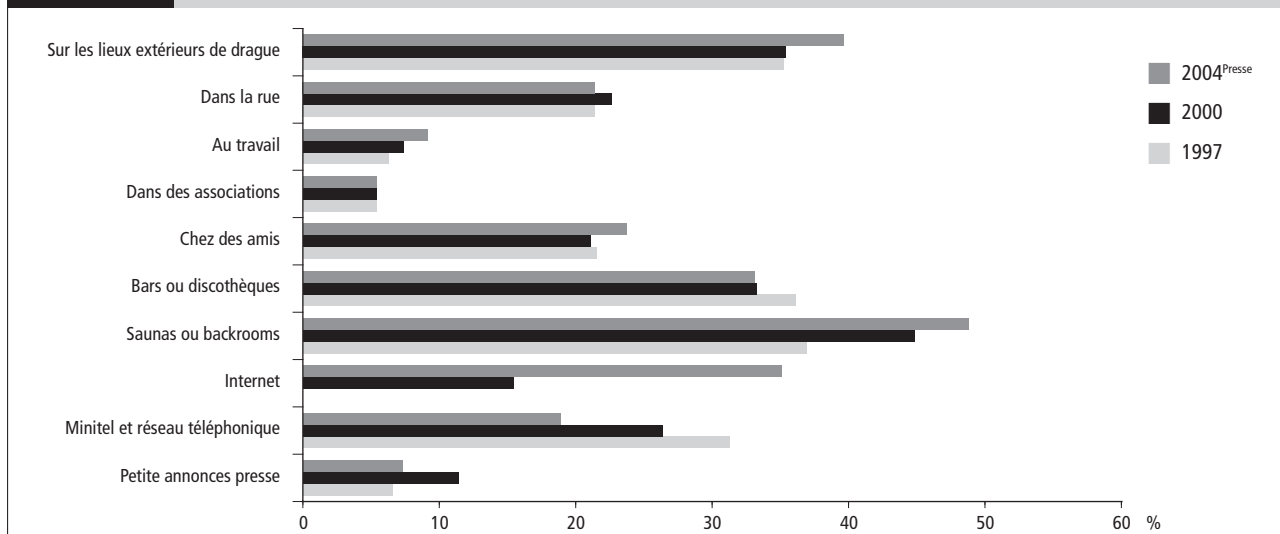
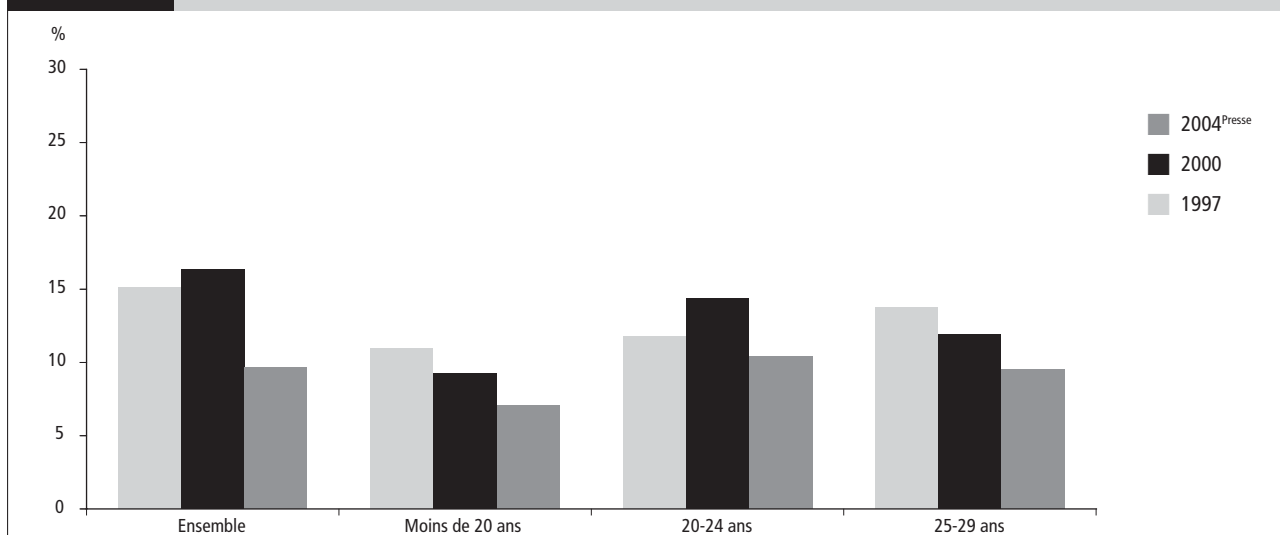


FIGURE 31

ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENTATION DU MILIEU ASSOCIATIF LGBT PAR LES RÉPONDANTS SELON LEUR ÂGE – EPG 1997, 2000, 2004^{Presse}



Ces transformations posent dès lors la question des outils de prévention et plus largement celle de la socialisation en tant qu'homosexuel. Durant les années 90, tant les associations que les lieux commerciaux gay ont été le relais des politiques publiques [3]. Outre la diffusion du matériel de communication, ces institutions participaient à la socialisation des individus, à la construction de l'identité collective et par là même, au partage de valeurs et de normes, dont précisément les normes de prévention. Bien évidemment, d'autres modalités de rencontre des partenaires existaient, à l'instar du minitel, mais le recours à celles-ci avait lieu dans un contexte de démultiplication des lieux commerciaux et du tissu associatif. À l'inverse, l'émergence d'internet coïncide avec une relative désaffection des espaces mêlant sociabilité et rencontre de partenaires. Les lieux de drague extérieurs et les saunas, qui sont des espaces où la sociabilité collective est très limitée et sont

avant tout dédiés à la rencontre et à la sexualité, ne connaissent, eux, que de manière marginale cette désaffection.

On peut dès lors se poser, à terme, l'hypothèse d'une forme d'atomisation de la vie gay, le recours (solitaire) à internet et les lieux favorisant uniquement la "drague" et la sexualité devenant central, ceci d'autant plus que les jeunes générations semblent encore plus acquises à ces nouveaux usages.

Pourtant, dans le même temps, le fait de s'identifier en tant qu'homosexuel n'a jamais été un fait aussi massif pour l'ensemble de l'échantillon (90,9% se définissent comme homosexuel), en particulier chez les plus jeunes (tableau 44).

TABLEAU 44

ÉVOLUTION DE L'AUTODÉFINITION DE L'ORIENTATION SEXUELLE DES RÉPONDANTS PAR CLASSE D'ÂGE – EPG 1997, 2000, 2004^{PRESSE}

	1997		2000		2004 ^{presse}	
	n	%	n	%	n	%
Moins de 20 ans						
Homosexuel	64	81,0	98	86,0	112	88,9
Bisexuel	10	12,7	13	11,4	14	11,1
Hétérosexuel	0	0	0	0		0
Ne souhaite pas se définir	5	6,3	3	2,6		0
20-24 ans						
Homosexuel	447	85,1	440	90,2	394	91,4
Bisexuel	38	7,3	24	4,9	23	5,3
Hétérosexuel	1	0,2	0	0		0
Ne souhaite pas se définir	39	7,4	24	4,9	14	3,2
25-29 ans						
Homosexuel	703	90,3	848	91,8	599	93,9
Bisexuel	36	4,6	32	3,5	22	3,4
Hétérosexuel	0	0	2	0,2	2	0,3
Ne souhaite pas se définir	40	5,1	42	4,5	15	2,4

Cette précocité accrue de l'autodésignation comme homosexuel s'accompagne de taux de connaissance et d'acceptation de l'homosexualité par les parents en progression constante (connaissance par la mère : 1997, 61,6 % ; 2004, 69,7 % ; connaissance par le père : 1997, 45,2 % ; 2004, 54,1 % - acceptation par la mère : 1997, 75,2 % ; 2004, 88,4 % ; acceptation par le père : 1997, 60,5 % ; 2004, 81,9 %).

À l'inverse, si l'on s'intéresse à l'activité sexuelle, cette précocité ne se traduit pas par une vie sexuelle plus active ou un nombre de partenaires plus important, bien au contraire (tableau 45).

TABLEAU 45

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS MASCULINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS PAR CLASSES D'ÂGE – EPG 1997, 2000, 2004^{PRESSE}

	1997		2000		2004 ^{presse}	
	n	%	n	%	n	%
Moins de 25 ans						
Aucun	31	5,2	38	6,4	45	8,1
1	108	18,1	105	17,6	127	22,9
2 à 9	266	44,6	261	43,6	239	43,1
10 à 20	99	16,6	87	14,5	71	12,8
20 à 49	67	11,2	68	11,4	42	7,6
50 et plus	26	4,4	39	6,5	31	5,6
Total	597	100,0	598	100,0	555	100,0
25-29 ans						
Aucun	19	2,5	41	4,5	29	4,6
1	163	21,3	188	20,5	154	24,4
2 à 9	250	32,6	308	33,6	194	30,8
10 à 20	121	15,8	143	15,6	108	17,1
20 à 49	135	17,6	147	16,1	88	14
50 et plus	79	10,3	89	9,7	57	9,1
Total	767	100,0	916	100,0	630	100,0

L'enquête 2004 montre en effet un nombre relativement plus important de jeunes ne déclarant aucun ou un unique partenaire au cours de l'année. Le renforcement de l'affirmation identitaire apparaît alors comme indépendant de pratiques sexuelles effectives (en particulier chez les plus jeunes) ou de l'entrée dans un multipartenariat actif. Tout se passe comme si les transformations dans les usages de la sociabilité

permettent une affirmation en tant qu'homosexuel plus précoces sans pour autant que cela ait une traduction effective dans la pratique de la sexualité. Cette identification tient probablement à un accès plus aisé à des représentations de l'homosexualité durant l'adolescence et à la valeur plus positive que celles-ci peuvent véhiculer, et cela en comparaison avec la situation connue par les générations précédentes.

Les données de 2004 pourraient même permettre d'envisager une modification progressive des valeurs où la monogamie aurait une place sensiblement plus importante auprès des nouvelles générations²⁷.

En réintégrant dans l'échantillon 2004 la population qui a répondu sur internet²⁸, nous pouvons cependant affiner cette analyse. Ainsi, si l'on s'attache à la répartition du nombre de partenaires selon la

fréquence de l'utilisation d'internet chez les moins de 25 ans, on observe que, malgré tout, une présence régulière sur la toile conditionne fortement un nombre de partenaires élevé et, qu'à l'inverse, l'absence de partenaire ou un partenaire unique caractérise la population la moins présente sur le net (tableau 46). Cependant, quel que soit le nombre de partenaires, l'usage d'internet, régulier ou occasionnel, est majoritaire pour l'ensemble des catégories.

TABEAU 46

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS MASCULINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS SELON LA FRÉQUENTATION DES SITES INTERNET PARMIS LES RÉPONDANTS ÂGÉS DE MOINS DE 25 ANS – EPG 2004

	Fréquentation régulière de sites Internet		Fréquentation occasionnelle de sites Internet		Ne fréquentent jamais de sites Internet		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucun partenaire	8	15,1	22	41,5	23	43,4	53	100,0
1 partenaire	42	22,8	59	32,1	83	45,1	184	100,0
2 à 9 partenaires	97	29,1	154	46,2	82	24,6	333	100,0
10 à 19 partenaires	39	43,3	35	38,9	16	17,8	90	100,0
20 à 49 partenaires	33	50,0	20	30,3	13	19,7	66	100,0
50 partenaires et plus	29	61,7	13	27,7	5	10,6	47	100,0
Total	248	32,1	303	39,2	222	28,7	773	100,0

Cette apparente contradiction est probablement induite par l'usage varié que les gens font d'internet. Pour certains, il est une ressource communautaire apportant informations et connaissances sur l'homosexualité ; pour d'autres, une manière de se constituer un réseau de connaissances ou d'amis partageant l'identité gay, pour d'autres encore, il s'agit de rencontrer des partenaires sexuels. Sachant que pour chaque individu, ces trois niveaux d'utilisation peuvent co-exister et leur proportion peut varier dans le temps. Ainsi, si l'on observe la population déclarant fréquenter internet occasionnellement, seuls 47,9 % déclarent dans le même temps rencontrer des partenaires par ce biais. Ils sont à peine plus nombreux chez les moins de 25 ans où 50,5 % des utilisateurs occasionnels ont pris contact avec de futurs partenaires.

9.4 DISCUSSION

Les différents indicateurs que nous venons de décrire amènent à une réflexion sur la transformation des modes de vie gay.

Les premières EPG, de la seconde moitié des années 80 à la seconde moitié des années 90, avaient vu l'aspiration à une vie de couple devenir prédominante pour la population homosexuelle [6]. Le sida avait, dans ce cadre, été largement mis en avant comme facteur de cette évolution, le couple apparaissant tout à la fois comme un moyen de canalisation de la vie sexuelle et comme une force de non-isolement face à la présence de la maladie (que les personnes soient ou non touchées, par ailleurs). Or, l'EPG 2004 indique tout à la fois une plus forte proportion de personnes n'ayant pas de partenaire stable, en particulier chez les plus âgés, et permet de décrire une mutation des relations au sein des couples conduisant à l'ouverture de la majorité

d'entre eux dès que la relation compte quelques années. Par ailleurs, 7,1 % des personnes en couple ouvert cohabitant déclarent ne pas avoir de relations sexuelles avec leur partenaire stable. Ces différents facteurs questionnent les valeurs qui sous-tendent la construction ou non d'une relation stable et de son évolution dans le temps. De manière plus terre à terre, ils permettent aussi de se demander si la banalisation de l'épidémie n'entraîne pas un retour à une situation plus proche de celle des années 80, où l'aspiration à la vie de couple paraissait moins importante, du moins pour un nombre non négligeable d'individus.

Du point de vue de la prévention, nous avons pu montrer comment les différents "statuts" conjugaux étaient liés à des spécificités dans les pratiques sexuelles et de prévention (entre "célibataires" et couples) ou dans le recours au test de dépistage. Si on écarte l'hypothèse extrême selon laquelle les différences ne seraient liées qu'à des transformations générationnelles, il convient alors d'envisager les processus de changement dans les arrangements conjugaux, comme des dates essentielles dans la définition des stratégies individuelles de prévention : l'entrée dans une nouvelle relation stable, la décision de fermer ou d'ouvrir la relation et la mise en place de la cohabitation apparaissent comme autant d'événements globaux qui dépassent, en termes de conséquences, très largement la simple dyade et se répercutent tant au niveau social qu'au niveau de l'intime. De plus, il paraît envisageable d'imaginer qu'au sein de ces transformations, les deux partenaires peuvent ne pas être au même stade dans la dynamique de la relation, aucun item de l'EPG ne nous permettant de savoir si l'ouverture du couple est partagée ou à l'insu du partenaire stable. On peut cependant noter qu'à la réponse à la question portant sur le souhait de la discrétion en cas d'infidélité du partenaire, 59,9 % des personnes en couple ouvert souhaitent (oui ou plutôt oui) que leur partenaire soit discret

²⁷ On ne retrouve pas en effet une croissance aussi importante de la monogamie parmi les autres tranches d'âge.

²⁸ Ce qui ne nous permet plus de faire de comparaison avec les études antérieures.

contre 40,1 % qui ne le souhaitent pas (non ou plutôt non). Cette répartition presque égalitaire est probablement l'indicateur de réalités très diversifiées quant à un positionnement commun des deux partenaires par rapport à ces relations extérieures.

Dès lors, se pose la question de pouvoir aborder la prévention dans une perspective dynamique en considérant que les personnes procèdent à des réajustements pragmatiques en fonction de leur situation individuelle et de la manière dont ils projettent leur possible évolution. Ceci repose de manière forte la question récurrente portant sur la lassitude face aux préservatifs et de la gestion de l'épidémie au long terme²⁹. Si on ne peut contester que des phénomènes d'usure puissent avoir un rôle dans le retour au risque, il convient de s'interroger tout autant sur le fait que des stratégies de prévention mises en place dans une situation donnée peuvent devenir caduques au fil des aléas des parcours individuels, tant au niveau relationnel et affectif qu'au niveau d'un environnement plus large.

C'est, dans le même temps, au niveau de cet environnement que se situe l'une des évolutions les plus importantes avec la place centrale prise par le développement d'internet. Le rôle de média virtuel est non univoque et dépasse largement la simple question des sites de rencontres. Le phénomène est majoré chez les plus jeunes et l'on peut penser que son accessibilité depuis l'ensemble du territoire favorise grandement le processus de socialisation en tant que gay, se traduisant par une précocité accrue de l'identification comme homosexuel³⁰.

Mais, au-delà des nouvelles générations, la progression du web marque aussi les individus plus âgés. Là encore, il s'agit de s'interroger sur les dynamiques d'évolution des personnes, internet apportant une "offre", certes au niveau des possibilités de rencontres, mais aussi sur l'éventail des représentations et des normes. Une analyse anthropologique des établissements gay à Paris [7] montrait comment le processus concurrentiel dans une métropole entraînait des formes de spécialisation de ceux-ci, favorisant par la suite un éclatement de l'homosexualité identitaire en des formes de niches subculturelles renvoyant aux générations, aux représentations de la masculinité, aux pratiques sexuelles préférentielles... Ce phénomène commun aux grandes capitales occidentales est bien sûr beaucoup plus diffus sur le reste du territoire, y compris dans les grandes villes régionales qui ne possèdent tout au plus qu'une dizaine d'établissements. Avec internet, ce processus est à même de devenir global avec le risque, vis-à-vis des stratégies de communication préventive, d'une identité homosexuelle morcelée et le développement de réseaux interindividuels spécifiques et relativement hermétiques les uns aux autres. On peut alors poser l'hypothèse qu'ici aussi les positionnements des individus dans un champ³¹ de l'homosexualité partiellement bouleversé entraînent des ajustements vis-à-vis de la sexualité et de la prévention permettant de mieux comprendre le relâchement dans la pratique du safer sex sans pour autant se résumer à la question de la lassitude face au préservatif. En tout cas, cette évolution dans la sociabilité gay que permet d'appréhender l'EPG 2004 plaide pour la poursuite et l'approfondissement des travaux portant sur la géographie du web communautaire et des usages sociaux des internautes³².

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bach-Ignasse Gérard (eds). Rapport Gay, Paris, Persona, 1984.
- [2] Pollak Michaël. Les Homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie, Paris, A-M Métailié, 1988.
- [3] de Busscher Pierre-Olivier. "Saisir l'insaisissable. Les stratégies de prévention du sida auprès des homosexuels et bisexuels masculins en France (1984-2002)". In: Broqua Christophe, Lert France et Souteyrand Yves. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires, Paris, ANRS/CRIPS, 2003.
- [4] Shelly Marc *et al.* Suicidalité, estime de soi, prises de risque sexuel, dépistages répétés (et solidarité des conduites à risque) chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : une étude exploratoire, Paris, Aremedia, 2002.
- [5] Mendès-Leite Rommel. "Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida", *Gradhiva*, n°18, 1996.
- [6] Schiltz Marie-Ange. Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regard sur une décennie d'enquêtes, Rapport CAMS/Cermes/ANRS, 1998.
- [7] de Busscher Pierre-Olivier. "Le monde des bars gay parisiens : différenciation, socialisation et masculinité", *Le Journal des anthropologues*, n°82-83, 2000.
- [8] Pinell Patrice, Broqua Christophe, de Busscher Pierre-Olivier, Jauffret Marie et Thiaudière Claude. Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996), Paris, PUF, 2002.
- [9] Léobon, A. "Les usages & les impacts d'Internet dans la population homo & bisexuelle masculine", <http://gaystudies.org/recherche/barebacking/methodologie.htm>

²⁹ Un bon exemple de ce type d'interprétation se retrouve dans la production associative qui souligne avant tout un phénomène d'usure face à la prévention.

³⁰ Ceci au sens où les bars comme les associations sont le plus souvent situés dans les grandes capitales régionales et parfois dans des villes moyennes, les ressources communautaires proposées par internet peuvent se diffuser sans pour autant que le jeune ait besoin de posséder une relative autonomie.

³¹ Nous utilisons ici la notion de champ social au sens de Bourdieu en tant qu'outil pertinent pour comprendre la façon dont s'organisent les différentes institutions de l'homosexualité (associations, commerces, presse, production "culturelle"...) [8].

³² Voir les travaux pionniers d'Alain Léobon [9].

Les EPG constituent un dispositif unique en France offrant, depuis deux décennies, le suivi des habitudes de vie des homosexuels masculins, leurs comportements sexuels préventifs au sein d'une population ayant payé un lourd tribut à l'épidémie du sida. Elles ont permis d'appréhender, par une approche sociologique novatrice pour l'époque, les diversités des modes de vie homosexuels et les modifications des comportements sexuels au fil des ans par la diffusion de questionnaires dans la presse identitaire.

DES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES IMMUABLES ?

La dernière édition 2004 de l'enquête a diffusé le questionnaire d'une part, comme antérieurement, par l'intermédiaire de la presse gay, et d'autre part, par des sites internet également identitaires.

Depuis 1997, l'utilisation de la presse écrite gay comme support de diffusion du questionnaire permet d'obtenir une taille d'échantillon conséquente, des réponses de qualité et la possibilité de mettre les résultats en perspective. Cependant, même si la plupart des titres ayant accepté d'encarter le questionnaire participaient antérieurement à l'enquête, la presse gay rencontre les mêmes difficultés que la presse généraliste affrontant la concurrence de l'internet. Et ce, particulièrement pour la presse érotique qui tend à disparaître au profit des sites internet pornographiques ; à ce jour, trois titres ayant participé à l'enquête 2004 n'existent plus.

Ces variations, déjà observées précédemment lors de la disparition du magazine phare Gay Pied Hebdo en 1992, posent la difficile question de la stabilité du plan média, celle des comparaisons dans le temps des résultats et de leur validité.

Ce questionnement de l'impact des modifications du plan média sur la structure de l'échantillon avait déjà été évoqué lors de l'édition 2000 après le constat d'une évolution du profil sociodémographique des répondants par rapport à l'enquête réalisée en 1997 [1]. Cette hypothèse a été invalidée suite à la comparaison des structures par âge des répondants, pour les titres de presse qui avaient participé à la fois en 1997 et en 2000 et qui indiquaient les mêmes évolutions sociodémographiques. Ainsi, à chaque évolution temporelle entre les deux enquêtes, les données 2000 étaient systématiquement standardisées sans que pour autant le sens des évolutions en soit modifié. De la même manière, en 2004, suite au même type d'évolution sociodémographique du profil des répondants, une standardisation des données provenant uniquement de la presse a été effectuée en prenant la structure par âge des répondants de 1997 comme référence. Comme en 2000, les résultats de 2004 standardisés ne sont pas significativement différents des résultats bruts. Par ailleurs, à l'image de l'équipe suisse [2], les réponses provenant d'internet n'ont pas été prises en compte pour l'analyse des tendances. Il est néanmoins impossible d'apprécier la part de répondants de l'enquête 2000 ayant choisi de répondre en 2004 par internet plutôt que par voie postale.

La mise en ligne du questionnaire sur internet était incontournable au regard de la part d'homosexuels masculins fréquentant le web et du

taux d'acceptation à remplir des questionnaires longs par l'intermédiaire de ce média [3]. Ce mode de passation permet de collecter un nombre de réponses très important dans un laps de temps assez court : plus de 1 000 questionnaires avaient été remplis au cours des 10 premiers jours de mise en ligne du questionnaire. La mise en place technique et la collecte des données est également plus rapide et moins coûteuse que la version papier du questionnaire. Cependant, l'importance du nombre d'abandons au cours du remplissage et la moindre qualité des réponses sur ce type de support implique une réelle réflexion sur les techniques à mettre en œuvre afin d'obtenir un niveau de qualité de réponses similaire à celui du support papier.

Ces deux modes de passation nécessitent l'adhésion au questionnaire des répondants et une motivation importante au vu de la longueur de ce dernier et des thèmes qui y sont abordés. Aussi, le fait que l'enquête soit basée sur le volontariat ne permet pas d'extrapoler strictement les résultats à l'ensemble de la population homosexuelle masculine. Cependant, la taille importante de l'échantillon obtenue depuis la mise en place de l'enquête consolide les résultats statistiques.

En 2004, l'implication de 16 revues et 10 sites internet a permis de recueillir et d'analyser plus de 6 000 questionnaires.

Au regard de ces différentes informations et du fait qu'aujourd'hui internet est devenu un support d'investigation incontournable, les prochaines éditions de l'EPG se poursuivront à la fois par l'intermédiaire de la presse écrite et des sites internet.

UN PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE STABLE MAIS VIEILLISSANT

La description des caractéristiques sociodémographiques des répondants diffère peu par rapport aux autres enquêtes réalisées auprès des homosexuels masculins.

Ainsi, la structure par âge indique une moyenne d'âge de 37 ans. Un vieillissement des répondants est constaté malgré l'usage d'internet comme support de passation qui aurait dû permettre d'atteindre justement une population plus jeune comme le constataient d'autres recherches ayant utilisé ce support [2,4-6], ce qui n'a pas été le cas ici, malgré l'implication de sites généralistes très fréquentés. En effet, depuis l'édition 2000, la part des moins de 25 ans ne cesse de baisser à l'image des études réalisées en Europe [2,5]. Historiquement cette tranche d'âge participe peu à ce type d'enquête qui nécessite, pour le répondant, l'affirmation de son orientation et de ses pratiques sexuelles. Or, les jeunes homosexuels sont plus souvent à cette période de leur vie dans un processus interne d'acceptation de leur orientation sexuelle. La démarche de remplir un questionnaire sur ses pratiques sexuelles nécessite pour le répondant d'avoir franchi ce moment de doute [7], mais aussi de cerner ses pratiques sexuelles. À cet effet d'âge, se superpose un effet de génération ; alors que dans les années 90 pour les générations nées aux alentours de 1970, le VIH/sida faisait partie intégrante de leur vie par leur implication dans la lutte contre le sida (vie associative, comportements préventifs dans leur sexualité) [8], il n'en est plus de même 10 ans plus tard. Les générations nées après 1980 et dont la sexualité a débuté après 1996 (après l'arrivée des

trithérapies) semblent avoir pris une certaine distance avec le VIH et la prévention [1].

Comme dans les enquêtes antérieures et celles réalisées en France ou à l'étranger, les répondants appartiennent à des catégories sociales favorisées, de par leur profession (cadres ou professions intellectuelles) et leur revenu. Même si le niveau d'études des répondants de l'enquête 2004 est élevé par rapport à la population générale, il enregistre une baisse parmi les lecteurs de la presse identitaire. De même, les répondants résidant à Paris sont également moins nombreux que dans les éditions antérieures. Ces deux constatations pourraient s'expliquer par une plus grande diffusion des magazines gay dans les différentes classes sociales ainsi que sur l'ensemble du territoire, comme le confirme les résultats d'enquêtes sur le lectorat de certains titres participant à l'enquête³³.

Le vieillissement des répondants à l'EPG est problématique. Une réflexion devra être impulsée afin que les nouvelles générations s'approprient l'enquête. D'autres équipes de recherche pourraient s'investir sur le désengagement des générations post-trithérapies vis-à-vis des thématiques abordées par l'EPG qui dépassent la question de la prévention, dans l'optique d'enrayer ce constat de désintérêt générationnel.

DES FORMES DE CONJUGALITÉ PLURIELLES

Au cours de la dernière décennie, l'homosexualité a gagné en visibilité au sein de la société française grâce à l'adoption de différentes lois comme celle concernant le Pacs, indiquant une certaine évolution quant à l'acceptation de cette orientation sexuelle. Face à cette "institutionnalisation" du couple homosexuel, observe-t-on une transformation des unions parmi les répondants de l'EPG ?

En 2004, une part importante de répondants de l'enquête (7/10) a déclaré avoir un partenaire stable au cours des 12 derniers mois, bien qu'une diminution sensible soit observée depuis 1997. En dépit de cette tendance, la part des relations stables de l'enquête 2004 reste supérieure à celle des pays européens [2,5,9]. Le profil de ces répondants est similaire à celui des enquêtes antérieures [1,10] et à celles menées en Europe [11,12]. Il s'agit d'hommes appartenant aux classes socialement favorisées, urbaines, assumant leur orientation sexuelle. Aussi, malgré l'adoption du Pacs, il semble toujours difficile, pour certaines catégories socioprofessionnelles moins favorisées, d'assumer une visibilité sociale du couple homosexuel [13]. Ce constat tend à remettre partiellement en cause le postulat d'un célibat choisi, du moins pour une frange de la population souffrant d'isolement à la fois social et "communautaire". Ces relations stables recouvrent différentes formes de conjugalité : l'exclusivité sexuelle ou non, la cohabitation ou non. Ainsi, la majorité des répondants déclarant un partenaire stable a également d'autres partenaires sexuels et ce, de manière plus importante que dans d'autres pays européens [2,9]. Une mutation des relations au sein du couple est constatée : plus la relation est ancienne, plus l'ouverture vers une sexualité extérieure est importante. La place du Pacs dans "l'histoire naturelle" du couple gay suit un chemin de maturation : il concerne spécifiquement des couples dont la relation est ancienne, vivant ensemble, ayant des relations sexuelles hors du couple. Même si la proportion de couples pacés ne concerne qu'un tiers des couples cohabitants, elle est en augmentation par rapport à 2000 (21 %) et plus importante que le taux de légalisation des couples homosexuels estimé à 7 % [14].

Outre ces changements dans la vie à deux, des évolutions sont également constatées quant à la sociabilité collective, avec une désaffection des lieux communautaires au profit de l'usage du web. Les échanges sur la toile ne concernent pas uniquement les recherches de partenaires, mais permettent également l'accès plus aisé à la culture gay : ses représentations et ses normes. Ainsi, les nouvelles générations se sont largement emparées de cet outil qui semble être un des vecteurs accélérant le processus d'identification en tant qu'homosexuel par rapport aux autres générations.

Ces résultats décrivent, certes, des formes d'unions multiples par rapport à la norme conjugale hétérosexuelle, mais aussi en parallèle un célibat en augmentation qui ne serait pas nécessairement choisi par les intéressés. Et même si la part de répondants pacés a augmenté, elle reste faible, illustrant la difficulté à revendiquer son orientation sexuelle mais également d'avoir un partenaire stable. Ces différents éléments questionnent plus généralement sur les valeurs qui sous-tendent la construction d'une relation stable et son évolution dans le temps.

ACCEPTATION DE L'HOMOSEXUALITÉ : UN ENVIRONNEMENT AMBIVALENT

Au fil des enquêtes, le sentiment d'acceptation de l'orientation sexuelle des répondants par la sphère familiale, amicale ou professionnelle s'est accru. Cependant, pour une population plus vulnérable que sont les jeunes ou les hommes faisant partie de classes sociales moins favorisées, ces avancées sont moins marquées. En effet, ils sont plus fréquemment victimes de rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes. Ces actes d'ostracisme sont largement associés à des tentatives de suicide. D'autres situations aggravantes comme le fait d'avoir eu des rapports forcés au cours de sa vie ou d'appartenir à un milieu socio-économique peu favorisé sont également associés au fait d'avoir été victimes d'homophobie. Ces résultats corroborent ceux d'études réalisées en population générale [15,16] et d'autres effectuées à l'étranger auprès d'homosexuels [17,18]. Aussi, même si certains facteurs associés aux tentatives de suicide ne sont pas spécifiques à l'homosexualité, le rôle de l'homophobie et de l'ostracisme est indéniable et nécessiterait l'application effective des dispositions législatives récentes en matière de discrimination, mais aussi la mise en œuvre d'un travail pédagogique sur l'acceptation et la tolérance chez les plus jeunes en particulier.

DES TENDANCES DÉPRESSIVES ET SUICIDAIRES IMPORTANTES

Les prévalences de tentatives de suicide, d'idées suicidaires ou de dépressions sont systématiquement plus importantes qu'en population générale [15,19,20] et la prise en charge de ces différents marqueurs de mal-être moins fréquente [15,16,19]. L'augmentation du taux de suicide depuis 2000 et sa prégnance parmi les jeunes interrogent, soulignant un contexte sociétal paradoxal. Alors que la visibilité et l'acceptation de l'homosexualité dans notre société est plus importante qu'auparavant, l'accroissement de situations de "souffrance psychique" au sein de la population homosexuelle est mise en lumière et ce, particulièrement chez les jeunes. Le rajeunissement de l'âge médian à la première tentative de suicide est à mettre en parallèle avec une prise de conscience de son orientation sexuelle plus précoce, plaçant l'individu dans une situation de fragilité psychologique extrême [21]. L'EPG 2004 souligne un grave problème d'estime de soi des répondants, les pistes de recherche sur cette thématique devront être exploitées

³³ "Qui sont les homos d'aujourd'hui ?" Étude TNS Sofres - "Têtu" n°100, mai 2005 Têtu, p : 79 81.

dans le cadre spécifique d'études qualitatives qui permettraient de mieux appréhender les déterminants de ce mal-être et de mettre en place des actions préventives adaptées.

L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES EN AUGMENTATION

La consommation déclarée de substances psycho-actives est supérieure à celle rapportée en population générale [22]. Il s'agit de produits récréatifs pris dans un contexte festif, mais aussi de performance dans le cadre de rencontres sexuelles. Les niveaux de consommation de la plupart des substances (cocaïne, hallucinogènes) tendent à croître au cours du temps à l'image des études menées à l'étranger [23]. L'émergence du crystal décrite aux USA [24,25] et en Australie [26] parmi la communauté gay est particulièrement inquiétante au regard de ses effets d'addiction très rapide et de désocialisation, mais aussi de stimulation sexuelle et de désinhibition. La consommation de ce produit est d'ailleurs associée à des comportements sexuels plus à risque [25,26]. Cependant cette substance n'est pas mentionnée par les répondants de l'EPG 2004 ou de manière très marginale en 2005 à Paris [27], corroborant les informations fournies par le réseau d'information TREND [28] sur la non-disponibilité de ce produit à Paris en 2004. Mais, étant donné la grande mobilité géographique des homosexuels, il est impératif de rester attentif et de poursuivre les actions de prévention dans les établissements de rencontres communautaires déjà mises en place. Dans ce contexte, l'analyse des associations entre consommation de substances psycho-actives et comportements sexuels à risque indique que l'usage de produits augmente la probabilité d'avoir pratiqué des rapports anaux non protégés dans les 12 derniers mois et ce constat est préoccupant.

LA POURSUITE DE L'AUGMENTATION DES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

L'éventail des pratiques sexuelles des répondants de l'EPG est important et, depuis 2000, s'est redéployé quel que soit le type de partenaire. Ainsi, la fellation et la pénétration anale sont majoritaires, qu'elles soient pratiquées avec les partenaires stables ou occasionnels. On assiste à une normalisation des rapports anaux au regard de l'augmentation de cette pratique avec l'ensemble des partenaires, ce qui n'est pas si systématique dans les autres pays d'Europe de l'Ouest ou d'Amérique.

La protection des rapports sexuels continue à diminuer, "banalisant" l'exposition au sperme. D'une part, les fellations ne sont protégées que de manière marginale, en parallèle, les expositions au sperme lors de cette pratique augmentent, quel que soit le partenaire, depuis 1997. D'autre part, les pénétrations anales sont également moins protégées. Avec le partenaire stable, la non-protection des pénétrations anales parmi les hommes pratiquant la pénétration anale s'est accrue de 10 points en l'espace de 7 ans. Les mêmes tendances à la hausse, avec cependant des niveaux de prise de risque moindres, sont également rapportées par des études étrangères [2,29,30]. Avec les partenaires occasionnels, les PANP ont également augmenté, passant de 19 % à 33 %. Cet accroissement est également constaté dans les études étrangères dans des proportions similaires [2,5,26,31-34]. Ce défaut de prévention avec des partenaires occasionnels est pratiqué de manière régulière par 2 répondants sur 10 et en augmentation depuis 1997 au détriment des accidents de protection. Une large part des PANP est pratiquée avec des partenaires occasionnels dont le statut sérologique est inconnu des répondants. Les PANP sont associées à certaines caractéristiques des répondants déjà identifiées précédemment [35,36], comme le fait d'être séropositif au VIH ou de ne plus être certain d'être

séronégatif, d'avoir été exposé au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels, d'avoir un grand nombre de partenaires dans l'année, de ne pas avoir suivi d'études supérieures. D'autres caractéristiques émergent comme le fait de fréquenter régulièrement les sites de rencontre sur internet ou d'avoir tenté de se suicider au cours de sa vie. Contrairement aux éditions antérieures, les comportements sexuels à risque concernent l'ensemble des classes d'âge des répondants.

L'analyse transversale des comportements sexuels à risque au cours des enquêtes est primordiale. Elle doit se poursuivre dans les futures éditions, afin de transmettre aux différents acteurs de la prévention des indicateurs fiables et stables permettant d'orienter les programmes de lutte contre le VIH/sida et IST des HSH. Par ailleurs, ces indicateurs de comportements sexuels à risque parmi les HSH doivent également s'harmoniser avec ceux utilisés dans les autres pays européens, dans l'optique de faciliter les comparaisons. Ce travail d'harmonisation est en cours de réalisation avec la participation du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

DES PRATIQUES DE RÉDUCTIONS DES RISQUES SEXUELS MARGINALES

Cette augmentation des comportements sexuels à risque s'accompagne-t-elle de la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques sexuels, comme cela est observé dans d'autres pays [37] ? Les déclarations des répondants de l'EPG ne valident pas cette hypothèse alors que des informations divergentes proviennent des associations.

Ainsi, concernant le "serosorting", contrairement aux études australiennes [26], américaines [38,39] ou encore anglaises [40], les répondants séropositifs ayant des pénétrations non protégées indiquent de manière marginale les pratiquer avec uniquement des partenaires sexuels occasionnels séropositifs, sans aucune évolution depuis 1997. Les répondants séronégatifs sont proportionnellement peu à déclarer des PANP avec des partenaires occasionnels de même statut que le leur.

Les répondants de l'EPG n'adoptent pas de "strategic positioning" comme l'observent les équipes australiennes depuis la fin des années 90 [26] ou plus récemment les équipes américaines [39]. Lors des PANP, ils sont aussi bien insertifs que réceptifs. De manière constante, depuis 1997, un quart des répondants séronégatifs pratique exclusivement la PANP insertive avec leurs partenaires occasionnels.

Par ailleurs, aucune différence n'est constatée parmi les répondants séropositifs pratiquant les rapports anaux non protégés, que leur charge virale soit détectable ou indétectable.

Comme l'analyse des comportements sexuels à risque, celle des stratégies de réductions des risques sexuels devra être poursuivie et développée dans les futures éditions de l'EPG. Des collaborations européennes sur cette thématique sont établies dans une logique de mise en perspective des résultats.

DES DÉCLARATIONS D'IST IMPORTANTES ET EN AUGMENTATION

Dans ce contexte d'augmentation des rapports anaux non protégés, il n'est pas étonnant d'observer une augmentation entre 1997 et 2004 de la proportion de répondants ayant rapporté un antécédent de syphilis dans les 12 derniers mois, plus spécifiquement à Paris, en accord avec

les données de surveillance de la syphilis [41]. Bien que les gonococcies soient les IST les plus fréquemment mentionnées par les répondants de l'EPG, leur taux diminue entre 2000 et 2004, contrairement aux données observées par le réseau de surveillance Renago [42]. D'une manière générale, les facteurs associés aux différentes IST sont la séropositivité au VIH, la pratique de PANP et un grand nombre de partenaires sexuels au cours de l'année.

Ainsi, les données des enquêtes comportementales sur les HSH corroborent les données de la surveillance des IST, les HSH étant très touchés par les IST.

UN IMPORTANT RECOURS AUX TESTS DE DÉPISTAGE, MAIS HÉTÉROGÈNE

Globalement, les répondants de l'EPG ont très largement recours aux tests de dépistage, que ce soit pour les IST ou le VIH. Cependant, une proportion constante de répondants n'ont jamais pratiqué de tests VIH au cours de leur vie. Ces répondants sont quelque peu à la marge de la communauté homosexuelle et de fait, peuvent ne pas se sentir concernés par les campagnes d'information spécifiques. Mais, néanmoins, près d'un tiers d'entre eux ont des rapports sexuels non protégés. Ce défaut de dépistage est préoccupant au regard du risque de découvrir sa contamination au stade sida. Et même si on peut parler d'une véritable stratégie de surveillance du statut sérologique VIH dans cette population, il n'en reste pas moins que la proportion de répondants n'ayant pas fait de test dans les 12 derniers mois ou n'étant plus certains d'être encore séronégatifs est encore trop importante compte tenu des risques pris par ces hommes lors de leurs rapports sexuels. Ainsi, pour l'année 2005, parmi les hommes ayant été contaminés par des rapports sexuels avec d'autres hommes, les dépistages tardifs représentent 41 % du nombre de cas de sida et 10 % du nombre de découvertes de séropositivité [43]. La poursuite des campagnes d'incitation au dépistage au sein d'un groupe où les comportements sexuels à risque sont plus importants, reste plus que jamais nécessaire.

La prévalence VIH déclarée des répondants de l'EPG s'élève à 13 %, elle est stable dans le temps et cohérente avec les données de prévalence VIH européennes [44]. Cependant, l'interprétation de la prévalence déclarée a ses limites : elle peut très largement sous-estimer la prévalence réelle, comme l'illustre l'étude réalisée par les CDC auprès de 1 767 homosexuels de cinq villes des États-Unis entre juin 2004 et avril 2005. La prévalence déclarée était comparable à celle observée en France (13 %), mais la prévalence biologique s'élevait à 25 % [45]. Parmi l'ensemble des homosexuels séropositifs, près de la moitié ne connaissaient pas leur statut sérologique et cela, particulièrement chez les homosexuels de moins de 30 ans. Il serait donc nécessaire d'envisager une enquête qui permettrait d'estimer une prévalence du VIH basée sur des examens biologiques.

EN CONCLUSION

L'EPG permet de recueillir un grand nombre d'informations sur les HSH avec des hommes lisant la presse gay et fréquentant des sites internet communautaires et ne se limite pas au seul comportement sexuel. Elle permet de suivre les modes de vie spécifiques de cette population mais

aussi de recueillir d'autres informations sur leur état de santé. Ainsi, les indicateurs de mal-être dépeignent des situations préoccupantes, particulièrement parmi les jeunes hommes où les taux de dépression et de tentative de suicide sont bien supérieurs à ceux en population générale et nécessiteraient une prise en charge psychologique plus systématique et plus adaptée. Par ailleurs, l'usage de substances psycho-actives au sein de cette population est également important. Ces différents éléments mettant en avant un état de vulnérabilité semblent interférer dans la non-protection des rapports anaux des répondants. Alors que depuis 7 ans, on constate une augmentation des comportements sexuels à risque quels que soient le partenaire sexuel et le statut sérologique des répondants, cet accroissement est particulièrement important parmi les répondants se déclarant séropositifs au VIH. Aussi, même si la mise en œuvre d'actions préventives ciblées s'avère délicate, elle est incontournable. Par ailleurs, la description de situations de vie plus difficiles et complexes que pour les autres répondants nécessiterait le développement d'actions d'accompagnement de la vie sexuelle et affective des personnes séropositives.

L'ensemble de ces données conduit à formuler des recommandations qui, pour certaines, ont déjà été avancées dans les rapports antérieurs. L'augmentation des comportements sexuels non protégés suggère un renforcement généralisé des actions de communication préventives auprès des HSH, relayées par l'ensemble des acteurs de la prévention concernant l'usage du préservatif, mais également la nécessité d'avoir recours aux tests de dépistage du VIH et des IST et aux vaccinations contre les hépatites A et B. Cependant, des actions spécifiques, non-discriminantes, auprès des hommes séropositifs devraient être envisagées, touchant autant à la prévention qu'à l'accès au "counselling" et aux soins. Ainsi, un renforcement du "counselling" individuel de la part des professionnels de santé devrait être considéré. Aborder de manière plus systématique les questions de sexualité et de prévention du VIH/sida et des IST pourrait être efficient et permettrait d'apporter un conseil personnalisé.

La mise en évidence de situations de souffrance psychologique préoccupantes souligne la nécessité de mettre en œuvre un travail pédagogique sur l'acceptation et la tolérance vis-à-vis de l'homosexualité et plus particulièrement auprès des jeunes, par le biais des professionnels de l'éducation, du social et de la santé. Ce travail nécessite une sensibilisation de ces professionnels par l'intermédiaire de formations sur cette thématique.

Les nouveaux axes de recherche décrits dans cette nouvelle édition de l'EPG, que sont les marqueurs de souffrances psychiques, l'usage de substances psycho-actives mais aussi les stratégies de réduction des risques sexuels, devront être développés dans les enquêtes futures. Cependant, de manière plus immédiate, ces résultats spécifiques devront faire l'objet d'une appropriation par les différents acteurs de la prévention mais aussi de collaborations avec des équipes de recherches pluridisciplinaires françaises et étrangères afin de valoriser au mieux l'ensemble des données recueillies par cette enquête. Ainsi, des collaborations européennes sont d'ores et déjà initiées afin de mettre en œuvre des indicateurs permettant une mise en perspective des comportements sexuels à risque des HSH européens.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000. Saint-Maurice : InVS; 2001.
- [2] Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : premiers résultats de GaySurvey 04. Lausanne : Bulletin de l'OFSP; 2005.
- [3] Liao A, Millett G, Marks G. Meta-analytic examination of online sex-seeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2006;33(9):576-84.
- [4] Adam P, De Wit J, Alexandre A. Résultats de l'enquête en ligne sur le désir au masculin : un nouveau regard sur la prise de risque parmi les gays et ses déterminants psychologiques. <http://www.i-psr.org/documents/resultats.pdf> 2005 September 7. Available from: URL: <http://www.i-psr.org/documents/resultats.pdf>
- [5] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. *Deutsche AIDS-Hilfe e.V.*; 2004.
- [6] Léobon A, Frigault LR. Les usages sociosexuels d'internet dans la population homo et bisexuelle française : résultats de l'enquête "Net Gay baromètre". http://www.gaystudies.org/NGB_cnrs.pdf 2004
- [7] Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête des modes de vie. *Population* 1997;6:1485-538.
- [8] Pollak M, Schiltz MA. Six années d'enquête sur les homo et bisexuels masculins face au sida 1985-1990. Paris : ANRS, EHESS, CNRS; 1991 Mar. Rapport de recherche.
- [9] Reid D, Weatherburn P, Hickson F. On the move Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2003. London: Sigma Research; 2004.
- [10] Schiltz MA. Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquête. Paris: CAMS, Cermes, ANRS; 1998. Rapport de recherche.
- [11] Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. *AIDS* 1999;13(11):1407-11.
- [12] Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS* 2001;15(8):1025-35.
- [13] Broqua C, de Busscher PO. La crise de la normalisation. Expérience et condition sociales de l'homosexualité en France. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : ANRS; 2003. p. 19-33.
- [14] Festy P. Légaliser les unions homosexuelles en Europe : innovations et paradoxes. *Populations & Sociétés* 2006;424.
- [15] Guilbert P, Pommerau X, Coustou B. Pensées suicidaires et tentatives de suicide. In: Guilbert P, Baudier F, Gautier A, editors. *Baromètre Santé 2000. Résultats*. Saint-Denis : Inpes; 2001. p. 163-85.
- [16] Choquet M, Pommerau X, Lagadic C. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde. 2001.
- [17] D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(3):250-64.
- [18] Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, et al. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health* 2002;92(8):1338-45.
- [19] Guilbert P, Arnaud A. *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : Inpes; 2006.
- [20] Lamboy B. Les troubles dépressifs et leur prise en charge. In: Guilbert P, Gautier A, editors. *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : Inpes; 2006. p. 69-76.
- [21] Cochand P, Moret P, Singy P. Indice du développement de l'identité sexuelle sur les risques de contamination par le HIV chez les homosexuels et bisexuels de 25 ans et moins en Suisse romande. <http://www.lambda-education.ch/> 2006 December [cited 2006 Dec].
- [22] Beck F, Cytrynowicz J. Usages de drogues illicites. In: Guilbert P, Gautier A, editors. *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*. Paris : Inpes; 2006. p. 49-58.
- [23] Ruf M, Lovitt C, Imrie J. Recreational drug use and sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2006;82(2):95-7.
- [24] Purcell DW, Parsons JT, Halkitis PN, Mizuno Y, Woods WJ. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *J Subst Abuse* 2001;13(1-2):185-200.
- [25] Halkitis PN, Parsons JT, Stirratt MJ. A double epidemic: crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *J Homosex* 2001;41(2):17-35.
- [26] Hull P. *Gay community periodic survey Sydney 1996-2005*. NCHSR; 2006.
- [27] Velter A, Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. *Baromètre Gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens*. *Bull Epidémiol Hebdomadaire* 2006;N°25/2006:178-80.
- [28] Halfen S, Grémy I. Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004 – Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND). Paris: ORS; 2005.
- [29] Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Munoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Educ Prev* 2006;18(3):227-42.
- [30] Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, Dinunno E, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors - United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006;55(6):1-16.

- [31] Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson AM. Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):236-40.
- [32] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):451-4.
- [33] George C, Alary M, Otis J, Demers E, Masse B, Lavoie R, *et al.* Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41(3):365-70.
- [34] Williamson LM, Dodds JP, Mercey DE, Johnson AM, Hart GJ. Increases in HIV-related sexual risk behavior among community samples of gay men in London and Glasgow: how do they compare? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42(2):238-41.
- [35] Velter A, Michel A, Semaille C. *Baromètre Gay 2002*. Saint-Maurice : InVS; 2005.
- [36] Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, Schiltz MA. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris: ANRS; 2003. p. 35-54.
- [37] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19(1):26-32.
- [38] Halkitis PN, Green KA, Remien RH, Stirratt MJ, Hoff CC, Wolitski RJ, *et al.* Seroconcordant sexual partnerings of HIV-seropositive men who have sex with men. *AIDS* 2005;19 Suppl 1:S77-S86.
- [39] Parsons JT, Schrimshaw EW, Wolitski RJ, Halkitis PN, Purcell DW, Hoff CC, *et al.* Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS* 2005;19:S13-S25.
- [40] Elford J, Bolding G, Sherr L, Hart G. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. *AIDS* 2005;19(18):2171-4.
- [41] Bouyssou-Michel A, Herida M, Janier M, Dupin N, Halioua B, Milpied B, *et al.* Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Île-de-France et les autres régions. *Bull Epidemio Hebd* 2006;180-182.
- [42] Herida M, Basselier B, Laurent E, Goulet V, Sednaoui P. Renago 2004 : gonococcies en hausse, progression importante de la résistance des souches à la ciprofloxacine. *Bull Epidemio Hebd* 2006;(1):2-3.
- [43] Semaille C. Prise en charge tardive du VIH. In: Institut de veille sanitaire, editor. *Dix ans de surveillance : VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles 1996-2005*. Saint Maurice : InVS; 2007.
- [44] EuroHIV. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005*. Saint Maurice ; 2006. Report No.: 73.
- [45] CDC. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men--five U.S. cities, June 2004-April 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54(24):597-601.

Annexe 1 : Index des figures et des tableaux

Liste des figures

Figure 1 :	Répartition des questionnaires recueillis - EPG 2004	8
Figure 2 :	Répartition des abandons au fil de l'administration du questionnaire on-line - EPG 2004	9
Figure 3 :	Évolution de la répartition par classes d'âge des répondants aux EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	13
Figure 4 :	Évolution de la pratique de la fellation et de l'exposition au sperme avec des partenaires occasionnels - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	17
Figure 5 :	Évolution de la proportion de répondants pratiquant la pénétration anale avec leur partenaire stable dans les 12 derniers mois, ayant eu au moins une pénétration anale non protégée au sein des couples séroconcordants - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	19
Figure 6 :	Évolution de la proportion de répondants (pratiquant la pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois) ayant eu au moins une pénétration anale non protégée selon leur statut sérologique - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	20
Figure 7 :	Fréquence des pénétrations anales non protégées dans les 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels, selon le statut sérologique du répondant - EPG 2004 ^{presse}	23
Figure 8 :	Évolution des fréquences de pénétrations anales non protégées dans les 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	23
Figure 9 :	Comparaison de la proportion de répondants pratiquant la pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois, ayant eu au moins une pénétration anale non protégée selon le type de support (presse écrite et internet) et le statut sérologique - EPG 2004	24
Figure 10 :	Évolution de la concordance des statuts sérologiques lors des pénétrations anales non protégées au cours des 12 derniers mois, selon le type de partenaire et le statut sérologique des répondants - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	26
Figure 11 :	Comparaison des rôles lors des pénétrations anales non protégées au cours des 12 derniers mois, selon le type de partenaire et le statut sérologique des répondants - EPG 2004	27
Figure 12 :	Évolution de la pratique du retrait avant éjaculation lors des pénétrations anales non protégées au cours des 12 derniers mois, selon le type de partenaire et le statut sérologique des répondants - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	29
Figure 13 :	Recours au test de dépistage du VIH et statut sérologique des répondants testés - EPG 2004	33
Figure 14 :	Répartition des répondants ayant eu recours au test de dépistage VIH selon le nombre de mois écoulés entre le dernier test négatif et la date de l'enquête - EPG 2004	35
Figure 15 :	Prévalence VIH déclarée par les répondants des EPG (1986-2004)	35
Figure 16 :	Proportions d'IST ou d'hépatites déclarées par les répondants - EPG 2004	42
Figure 17 :	Évolution des proportions de gonococcies, syphilis et végétations vénériennes, au cours des 12 derniers mois, déclarées par les répondants (données standardisées) - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	44
Figures 18-19 :	Évolution de la proportion des antécédents d'hépatites au cours de la vie rapportées par les répondants et des vaccinations et du dépistage (données standardisées) - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	44
Figure 20 :	Répartition des différents types de consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	48
Figure 21 :	Répartition des différents types de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon les classes d'âge - EPG 2004	48
Figure 22 :	Proportion des consommateurs d'alcool ayant bu 5 verres et plus au cours de la même occasion au cours des 12 derniers mois, selon les classes d'âge - EPG 2004	49
Figure 23 :	Fréquence cumulée de consommation occasionnelle et régulière des substances psycho-actives illicites au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	50
Figure 24 :	Répartition du niveau de consommation au cours des 12 derniers mois des substances psycho-actives selon les classes d'âge - EPG 2004	51
Figure 25 :	Répartition des répondants ayant eu une dépression au cours des 12 derniers mois et parmi ceux-ci, des répondants ayant été suivis par un professionnel de la santé mentale pour la même période de référence, selon l'âge - EPG 2004	59
Figure 26 :	Répartition des répondants n'ayant pas été hospitalisés suite à une tentative de suicide, selon l'âge - EPG 2004	63

Figure 27 :	Répartition des répondants ayant été victimes d'au moins un acte homophobe au cours des 12 derniers mois, selon le type d'acte - EPG 2004	66
Figure 28 :	Formes de conjugalité au sein des couples (n=3 670) - EPG 2004	74
Figure 29 :	Analyse factorielle de correspondance des formes de conjugalité au sein des couples - EPG 2004	75
Figure 30 :	Évolution de la fréquentation des lieux de rencontre des partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	82
Figure 31 :	Évolution de la fréquentation du milieu associatif LGBT par les répondants selon leur âge - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	82

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Caractéristiques sociodémographiques des répondants - EPG 1997, 2000, 2004 (presse et internet)	12
Tableau 2 :	Évolution des pratiques sexuelles et de leur non-protection selon le type de partenaire et l'année d'enquête - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	18
Tableau 3 :	Facteurs associés à la pratique d'au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels (n=2 611) - EPG 2004	21
Tableau 4 :	Évolution des comportements sexuels à risque avec les partenaires occasionnels - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	22
Tableau 5 :	Comparaison des pratiques sexuelles et de leur non-protection selon le type de partenaire et le support (presse écrite et internet) - EPG 2004	25
Tableau 6 :	Évolution des différentes stratégies de réduction des risques lors des pénétrations anales non protégées selon le type de partenaire et l'année d'enquête - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	28
Tableau 7 :	Répartition des répondants ayant eu recours ou non au test de dépistage VIH au cours de leur vie selon leurs caractéristiques - EPG 2004	34
Tableau 8 :	Caractéristiques des répondants ayant eu, au cours des 12 derniers mois, une gonococcie, une syphilis ou un test de dépistage de la syphilis - EPG 2004	38
Tableau 9 :	Caractéristiques des répondants ayant eu une hépatite A au cours de leur vie et des répondants vaccinés - EPG 2004	39
Tableau 10 :	Caractéristiques des répondants ayant eu une hépatite B au cours de la vie, des répondants vaccinés et de ceux ayant fait un test de dépistage au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	41
Tableau 11 :	Caractéristiques des répondants ayant fait un test de dépistage de l'hépatite C et de ceux ayant un résultat positif au dépistage - EPG 2004	42
Tableau 12 :	Caractéristiques des répondants ayant au moins une IST au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	43
Tableau 13 :	Synthèse des facteurs indépendants associés à chaque IST (12 mois) - EPG 2004	43
Tableau 14 :	Synthèse des facteurs indépendants associés aux vaccinations et dépistages vis-à-vis des hépatites - EPG 2004	45
Tableau 15 :	Comparaison de la fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois - EPG 2004 standardisé Baromètre Santé 2005 (hommes-15-75 ans)	49
Tableau 16 :	Évolution de la fréquence de consommation par substances psycho-actives illicites au cours des 12 derniers mois - EPG 1997, 2004 ^{presse}	50
Tableau 17 :	Comparaison de la fréquence de consommation de substances psycho-actives (illicites) au cours des 12 derniers mois - EPG 2004 standardisé et Baromètre Santé 2005 (hommes-15-75 ans)	51
Tableau 18 :	Répartition des répondants selon leur consommation de substances psycho-actives parmi ceux qui fréquentent au moins un lieu gay avec sexe, qui ont eu plus de 10 partenaires et au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	52
Tableau 19 :	Analyse multivariée des consommations de substances psycho-actives au cours des 12 derniers mois associées à la pratique d'au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 mois - EPG 2004 (n=2 759)	53
Tableau 20 :	Comparaison des niveaux de consommation de substances psycho-actives par produits parmi les consommateurs - EPG 2004 - NHBS 2003-2005 (MMWR, 2006)	54
Tableau 21 :	Caractéristiques des répondants ayant déclaré un état dépressif dans les 12 derniers mois, ayant eu des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois et ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie - EPG 2004	59
Tableau 22 :	Analyse multivariée d'au moins une tentative de suicide au cours de la vie - EPG 2004 (n=2 206)	62
Tableau 23 :	Évolution du sentiment d'acceptation par leur entourage immédiat des répondants des EPG - 1985-2004	63
Tableau 24 :	Connaissance et acceptation de l'homosexualité par l'entourage immédiat en fonction de l'âge des répondants - EPG 2004	64

Tableau 25 : Caractéristiques socio-économiques et géographiques des répondants dont l'homosexualité est connue et acceptée par leur entourage immédiat, selon le type d'interlocuteur - EPG 2004	65
Tableau 26 : Caractéristiques des répondants selon leur définition de leur orientation sexuelle - EPG 2004	66
Tableau 27 : Évolution des actes homophobes (12 derniers mois) - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	67
Tableau 28 : Répartition par classes d'âge des répondants ayant un partenaire stable ou pas - EPG 2004	71
Tableau 29 : Répartition des répondants ayant un partenaire stable ou pas selon le statut sérologique VIH - EPG 2004	71
Tableau 30 : Répartition des répondants ayant un partenaire stable ou pas selon le nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	72
Tableau 31 : Répartition des répondants ayant un partenaire stable ou pas selon le nombre de partenaires sexuels masculins parmi ceux déclarant au moins un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	72
Tableau 32 : Répartition des répondants ayant un partenaire stable ou pas selon la fréquentation des lieux de sociabilité gay, parmi ceux déclarant au moins un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	73
Tableau 33 : Répartition des répondants ayant un partenaire stable ou pas selon l'utilisation de gel et de préservatif avec les partenaires sexuels occasionnels, parmi ceux déclarant au moins un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	74
Tableau 34 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et la date de début de la relation - EPG 2004	76
Tableau 35 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et leur âge au moment de l'enquête - EPG 2004	77
Tableau 36 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et l'usage du gel et des préservatifs avec des partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois - EPG 2004	77
Tableau 37 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et le nombre de tests VIH réalisés au cours des 12 derniers mois parmi les séronégatifs et séro-interrogatifs - EPG 2004	78
Tableau 38 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et la fréquentation des lieux de sociabilité gay - EPG 2004	79
Tableau 39 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et leur cercle de sociabilité - EPG 2004	79
Tableau 40 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et leur situation vis à vis du Pacs - EPG 2004	80
Tableau 41 : Répartition des répondants en couple ouvert cohabitant selon leur situation vis-à-vis du Pacs et leur nombre de partenaires - EPG 2004	80
Tableau 42 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et leur opinion sur le fait que l'ouverture du mariage aux couples de même sexe est un droit - EPG 2004	81
Tableau 43 : Répartition des répondants selon la typologie du couple et l'usage du gel et des préservatifs avec le partenaire stable - EPG 2004	81
Tableau 44 : Évolution de l'autodéfinition de l'orientation sexuelle des répondants par classe d'âge - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	83
Tableau 45 : Évolution du nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois par classe d'âge - EPG 1997, 2000, 2004 ^{presse}	83
Tableau 46 : Répartition du nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois selon la fréquentation des sites internet parmi les répondants âgés de moins de 25 ans - EPG 2004	84

Enquête Presse Gay 2004

sur les modes de vie et la prévention

Voici presque 20 ans, la première enquête presse gay étudiait, de manière innovante, les modes de vie et les comportements préventifs face au VIH des lecteurs de Gai pied. Aujourd'hui, grâce à l'implication d'une quinzaine de magazines et de plusieurs sites Internet identitaires, l'Institut de veille sanitaire lance une nouvelle édition de cette enquête. Comment vivez-vous votre orientation sexuelle ? Quelle est votre vie affective et sexuelle dans le contexte actuel de l'épidémie du sida ?

Vos réponses, à ce questionnaire **strictement anonyme**, sont essentielles pour inciter les pouvoirs publics à mieux prendre en compte les besoins des homo et bisexuels. 30 minutes vous seront nécessaires pour le remplir intégralement. Ne remplissez qu'un seul exemplaire. Les résultats seront traités par des chercheurs spécialisés, et seront disponibles au cours du printemps 2005.

Merci de votre collaboration.

A - PROFIL

1. Vous êtes : 1 Un homme 2 Une femme
2. Quelle est votre année de naissance ? 19
3. Quel est votre niveau d'études ?

1 <input type="checkbox"/> Etudes primaires	5 <input type="checkbox"/> 1 ^{er} cycle universitaire, IUT, BTS, classes prépa ou équivalent
2 <input type="checkbox"/> Collège (6 ^{ème} - 3 ^{ème})	6 <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} cycle universitaire ou équivalent
3 <input type="checkbox"/> Lycée (2 ^{nde} - T) ou CAP ou BEP	7 <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} cycle universitaire, Grandes Ecoles
4 <input type="checkbox"/> Bac ou Brevet Professionnel	
4. Quelle est votre situation actuelle ?

1 <input type="checkbox"/> Salarié(e)	3 <input type="checkbox"/> Chômage ou RMI	5 <input type="checkbox"/> Etudiant(e)
2 <input type="checkbox"/> Indépendant(e)	4 <input type="checkbox"/> Retraité(e)	6 <input type="checkbox"/> Autre inactif(ve)
5. Pouvez-vous indiquer précisément votre profession actuelle ou la dernière exercée ? (par exemple : professeur dans le secondaire).....
6. Dans quel secteur d'activité est-ce (ou était-ce) ? 1 Public 2 Privé
7. Quel est (ou était) votre emploi ?

1 <input type="checkbox"/> Agriculteur	5 <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire/technicien/contremaître
2 <input type="checkbox"/> Artisan/commerçant/chef d'entreprise de 10 salariés ou plus	6 <input type="checkbox"/> Employé
3 <input type="checkbox"/> Profession libérale/cadre d'entreprise	7 <input type="checkbox"/> Ouvrier
4 <input type="checkbox"/> Cadre de la fonction publique/profession intellectuelle et artistique	8 <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
8. Quel est le montant approximatif de votre revenu mensuel net ?

1 <input type="checkbox"/> Moins de 600 €	4 <input type="checkbox"/> De 1 600 à 2 999 €
2 <input type="checkbox"/> De 600 à 999 €	5 <input type="checkbox"/> Plus de 3 000 €
3 <input type="checkbox"/> De 1 000 à 1 599 €	
9. Quel est le nombre d'habitants de l'agglomération (ou de la commune) dans laquelle vous habitez ?

1 <input type="checkbox"/> Moins de 20 000	4 <input type="checkbox"/> De plus de 500 000 à 1 million
2 <input type="checkbox"/> De plus de 20 000 à 100 000	5 <input type="checkbox"/> Plus d'1 million
3 <input type="checkbox"/> De plus de 100 000 à 500 000	
10. Quel est le numéro de votre département de résidence ? *Pour l'étranger, inscrivez : 99*
11. Votre état civil :

1 <input type="checkbox"/> Célibataire	3 <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	5 <input type="checkbox"/> Séparé(e)
2 <input type="checkbox"/> Marié(e)	4 <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	6 <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
12. Vous habitez :

Une seule réponse possible

1 <input type="checkbox"/> Seul(e)	4 <input type="checkbox"/> Avec des amis ou co-locataires
2 <input type="checkbox"/> En couple avec un homme	5 <input type="checkbox"/> Avec votre père et/ou mère
3 <input type="checkbox"/> En couple avec une femme	6 <input type="checkbox"/> Avec un membre de la famille
13. Avez-vous des enfants ? 1 Oui, mineur(s) 2 Oui, adulte(s) 3 Oui, les deux 4 Non

Si vous avez des enfants mineurs :

Une réponse par ligne

	Oui	Non
Ils vivent avec vous	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ils vous voient durant des WE et/ou les vacances scolaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Vous avez peu de contacts	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

27. Fréquentez-vous ces lieux gays :

Une réponse par ligne

	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Saunas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Sites de rencontre sur Internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Lieux extérieurs de drague	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Backrooms, sex clubs, vidéoclubs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Bars ou clubs sans backroom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Restaurants ou boutiques gay friendly	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

28. Au cours des 12 derniers mois, où avez-vous rencontré vos partenaires masculins ?

Plusieurs réponses possibles

1 <input type="checkbox"/> Petites annonces dans la presse	5 <input type="checkbox"/> Saunas	9 <input type="checkbox"/> Dans des associations
2 <input type="checkbox"/> Minitel	6 <input type="checkbox"/> Backrooms, sex clubs ou vidéoclubs	10 <input type="checkbox"/> Au travail
3 <input type="checkbox"/> Réseaux téléphoniques	7 <input type="checkbox"/> Bars ou discothèques	11 <input type="checkbox"/> Dans la rue
4 <input type="checkbox"/> Internet	8 <input type="checkbox"/> Chez des amis	12 <input type="checkbox"/> Sur des lieux extérieurs de drague

D – RELATION(S) STABLE(S)

29. Que vous évoque l'ouverture du mariage aux couples de même sexe ? Pour vous c'est :

Une réponse par ligne

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Un droit que tout le monde doit avoir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Une protection améliorée pour les homosexuels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Une occasion de débat sur l'homosexualité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sans intérêt pour les homosexuels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

30. Que pensez-vous que l'on puisse attendre d'un partenaire stable du même sexe ?

Une réponse par ligne

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Qu'il soit impérativement fidèle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Qu'il soit discret, s'il n'est pas fidèle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Qu'il parle de ses aventures	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Que vous ayez ensemble des relations avec d'autres partenaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

31. Au cours de votre vie, combien avez-vous eu de relation(s) stable(s) ayant duré plus de 6 mois ?

Avec un homme : Avec une femme :

32. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation stable avec une personne du même sexe que vous ?

- 1 Oui, une seule 3 Oui, plusieurs au même moment
 2 Oui, plusieurs successivement 4 Non

⇒ Si vous n'avez pas eu de relation stable au cours des 12 derniers mois, passez à la section F

33. A quelle date cette relation stable homosexuelle a-t-elle débuté ? Mois Année

Pour les personnes ayant eu plusieurs relations stables au cours des 12 derniers mois, répondez en considérant le partenaire stable qui joue ou a joué le rôle le plus important pour vous

34. Cette relation dure-t-elle encore ? 1 Oui 2 Non

Si non, à quelle date votre dernière relation stable s'est-elle achevée ? Mois Année

35. Quel âge a (avait) votre partenaire stable ? ans

36. Quelle est (ou était) sa profession ?

37. Actuellement, êtes-vous amoureux de votre partenaire stable ?

- 1 Oui 2 Plutôt oui 3 Plutôt non 4 Non

38. Pensez-vous former un couple ? 1 Oui 2 Non

39. Votre situation vis-à-vis du PaCS :

- 1 Vous avez signé un PaCS avec votre partenaire stable actuel
 2 Vous projetez sérieusement de vous pacser avec lui dans l'année qui vient
 3 Votre partenaire n'a pas l'intention de se pacser avec vous
 4 Vous n'avez pas l'intention de vous pacser avec votre partenaire actuel
 5 Vous n'avez pas encore décidé si vous alliez vous pacser

40. Habitez-vous ensemble ? 1 Oui 2 Non

- Si non, vous voyez votre partenaire : 1 Tous les jours 3 Plusieurs fois par mois
 2 Plusieurs fois par semaine 4 Moins d'une fois par mois

41. Ce partenaire a-t-il déjà été invité par :

Si vous n'avez pas ou plus de parents, d'amis hétéro, etc., cochez la case « non concerné(e) »

Une réponse par ligne

	Oui	Non	Non concerné (e)
Vos parents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vos ami(e)s hétérosexuel(le)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vos ami(e)s homosexuel(le)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Des collègues de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

G – SEXUALITE AVEC L'ENSEMBLE DE VOS PARTENAIRES

63. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous noté des modifications significatives concernant :

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui, en mieux	Oui, en moins bien	Non
Vos désirs sexuels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Votre plaisir sexuel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Votre érection	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Votre éjaculation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

64. Au cours des 12 derniers mois, par rapport à la transmission du VIH, pensez-vous avoir pris plus de risques que pendant l'année précédente ? 1 Oui 2 Plutôt oui 3 Plutôt non 4 Non

65. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé au cours d'une pénétration anale :

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Non, jamais	Non concerné
Que le préservatif glisse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Que le préservatif se déchire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Que votre partenaire retire le préservatif à votre insu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

H – SANTE

66. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de l'alcool ?

1 <input type="checkbox"/> Tous les jours	3 <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine	5 <input type="checkbox"/> Jamais
2 <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine	4 <input type="checkbox"/> Moins d'1 fois/semaine	

67. En moyenne, combien de verres buvez-vous les jours où vous consommez de l'alcool ?

68. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé des :

<i>Une réponse par ligne</i>	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Anxiolytiques (Lexomil®, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Antidépresseurs (Prozac®, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Traitements érectiles (Viagra®, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Produits dopants (anabolisants, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

69. Ces produits vous ont-ils été prescrits dans le cadre d'un traitement ? 1 Oui 2 Non

70. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé les produits suivants ?

<i>Une réponse par ligne</i>	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Poppers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ecstasy	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Cocaïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Héroïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Amphétamines	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hallucinogène (LSD, Kétamine, GHB)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :			

71. Avant votre dernier rapport sexuel, avez-vous consommé au moins un produit psychoactif (alcool, médicament, autres produits psychoactifs) ? 1 Oui 2 Non

Si oui, précisez le(s)quel(s) :

72. Vous est-il arrivé d'avoir une dépression ?

1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, avant	3 <input type="checkbox"/> Non, jamais
---	---------------------------------------	--

73. Avez-vous été suivi par un psychiatre/psychanalyste/psychothérapeute ou psychologue ?

1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, avant	3 <input type="checkbox"/> Non, jamais
---	---------------------------------------	--

74. Avez-vous déjà pensé au suicide ?

1 <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 12 derniers mois	2 <input type="checkbox"/> Oui, avant	3 <input type="checkbox"/> Non, jamais
---	---------------------------------------	--

75. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? 1 Oui, 1 fois 2 Oui, plusieurs fois 3 Non

Si oui, quand avez-vous fait la première tentative de suicide ? Mois Année

Si oui, avez-vous :

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui	Non
Été hospitalisé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Été suivi par un médecin ou un « psy »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

76. Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible (IST) autre que le VIH/Sida ? Laquelle et quand ?

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui, au cours des 12 derniers mois	Oui, avant	Non, jamais
Gonococcie uro-génitale (chaude-pisse, blenno) ou rectale (anite)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Herpès génital	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Crêtes de coq/Végétations vénériennes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Chlamydia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autre IST (sauf VIH/Sida, exemple : rectite LGV) :			

77. Avez-vous déjà fait un test de dépistage ? Lequel et quand ?

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui, au cours des 12 derniers mois	Oui, avant	Non, jamais
Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hépatite C	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Si oui, quel était le résultat pour chaque dépistage ?

<i>Une réponse par ligne</i>	Positif	Négatif	Vous ne savez pas
Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hépatite C	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

78. Etes-vous vacciné contre :

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui	Non	Vous ne savez pas
L'hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
L'hépatite A	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

79. Avez-vous déjà eu une hépatite A confirmée par votre médecin ?

1 Oui, ces 12 derniers mois 2 Oui, avant 3 Non

I - VIH/SIDA

80. Avez-vous fait un test de dépistage du VIH/sida ?

1 Oui, une fois 2 Oui, plusieurs fois 3 Non

➔ **Si vous n'avez jamais fait de test du VIH, allez à la section J**

81. Combien de fois avez-vous été testé au cours des 2 dernières années ?

82. Pouvez-vous indiquer la date : de votre premier test VIH : Mois Année
de votre dernier test VIH négatif : Mois Année

83. Pour quelles raisons principales avez-vous fait votre dernier test de dépistage du VIH/sida ?

Plusieurs réponses possibles

- 1 A la suite d'un problème de santé
- 2 A la suite d'un incident ou d'une rupture de préservatif
- 3 A l'annonce de la séropositivité d'un partenaire sexuel
- 4 A la suite de relations sexuelles lors desquelles vous aviez pris des risques
- 5 Parce que vous vérifiez régulièrement votre sérologie
- 6 A la suite d'un changement de partenaire
- 7 Afin d'avoir des rapports non protégés avec votre partenaire stable
- 8 A la suite de violences sexuelles, de rapports non consentis
- 9 A la suite d'une campagne d'information et de sensibilisation

84. Actuellement, vous êtes :

Une seule réponse possible

- 1 Séronégatif
- 2 Vous étiez séronégatif lors du dernier test mais vous n'êtes plus certain de l'être encore aujourd'hui
- 3 Séropositif
- 4 Malade du sida
- 5 Vous ne savez pas

➔ **Si vous êtes séronégatif ou si vous n'avez jamais fait le test de dépistage du VIH, passez à la section J**

85. A quelle date avez-vous eu connaissance de votre séropositivité ? Mois Année

86. A qui avez-vous parlé de votre séropositivité ?

<i>Une réponse par ligne</i>	Oui	Non	Non concerné
A votre partenaire stable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A d'autres partenaires sexuels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A votre mère	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A votre père	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A un frère ou une sœur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A des collègues de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A vos amis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A des associations	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
A un service de téléphonie sociale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

87. Avez-vous connu une période durant laquelle vous avez réduit ou interrompu (temporairement ou non) certaines de vos activités en raison de votre séropositivité ou de votre état de santé ?
- 1 Professionnelle 3 Sociale 5 Aucune
2 Sportive 4 Sexuelle
88. Actuellement, recevez-vous un traitement pour votre infection à VIH ? 1 Oui 2 Non
Si vous ne recevez pas de traitement, c'est est :
1 En accord avec votre médecin 2 De votre propre initiative
89. En quelle année, avez-vous reçu votre premier traitement anti-VIH ? Année
90. Quel type de traitement anti-VIH prenez-vous actuellement ?
1 Tri thérapie 2 Multithérapie (+ de 3) 3 Autre
91. Votre dernière charge virale était-elle :
1 Détectable 2 Indétectable 3 Vous ne savez pas
92. Globalement, ce traitement vous paraît-il être bénéfique ?
1 Oui 2 Plutôt oui 3 Plutôt non 4 Non
93. Votre traitement vous a-t-il permis de reprendre certaines de vos activités que vous aviez précédemment réduites ou interrompues ?
1 Professionnelle 3 Sociale 5 Aucune
2 Sportive 4 Sexuelle

J – CE QUE VOUS SAVEZ SUR LES TRAITEMENTS

94. Avez-vous entendu parler d'un traitement d'urgence qui, pris juste après un rapport sexuel non protégé, peut réduire le risque d'être contaminé par le VIH/sida ? 1 Oui 2 Non
95. Avez-vous déjà consulté un médecin afin de recevoir ce traitement d'urgence ?
Une réponse par ligne
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Pour vous-même | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| Pour votre partenaire stable | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| Pour un partenaire occasionnel | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
- Si oui, un traitement d'urgence a-t-il été prescrit ? 1 Oui 2 Non
96. Pensez-vous que les traitements contre le VIH/sida qui existent aujourd'hui (et notamment les multi-thérapies) permettent...
Une réponse par ligne
- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Oui | Non | Vous ne savez pas |
| Aux séropositifs traités de ne plus transmettre le virus du sida | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| De vivre plus longtemps avec le VIH | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| De réduire la présence du virus (charge virale) chez les séropositifs | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| De guérir définitivement du sida | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
97. Etes-vous d'accord avec ces affirmations sur les traitements contre le VIH/Sida ?
Une réponse par ligne
- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
| Avec ces traitements, les homosexuels utilisent moins le préservatif qu'avant | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Avec ces traitements, vous-même, vous utilisez moins le préservatif qu'avant | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

K – UN GRAND MERCI POUR VOTRE AIDE

Il ne vous reste plus qu'à retourner ce questionnaire le plus rapidement possible à l'adresse suivante :
InVS / Enquête Presse Gay - 12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex



L'enquête est menée par l'Institut de veille sanitaire, financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida, réalisée en partenariat avec 17 titres de la presse gay et plusieurs sites Internet identitaires.



Enquête Presse Gay 2004

sur les modes de vie et la prévention

Annexe 3 : Tableaux complémentaires

Ci-après, les résultats pour chacune des questions présentes dans le questionnaire (annexe 2). Dans les tableaux où ce n'est pas spécifié, l'effectif est de 6 184 répondants.

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE TYPE DE SUPPORT DES QUESTIONNAIRES		
Type de support	n	%
Presse	4 749	76,8
Internet	1 435	23,2
Total	6 184	100,0

A – PROFIL

Q1 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE SEXE		
Sexe	n	%
Homme	6 184	100,0
Total	6 184	100,0

Q2 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA CLASSE D'ÂGE		
Classe d'âge	n	%
Moins de 25 ans	788	13,3
25-29 ans	883	14,9
30-34 ans	1 106	18,6
35-44 ans	1 899	32,0
45 ans et plus	1 260	21,2
Total	5 936	100,0
Non-réponse	248	

Q3 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE NIVEAU D'ÉTUDES		
Niveau d'études	n	%
Études primaires	96	1,6
Collège	187	3,1
Lycée ou CAP ou BEP	870	14,2
Bac ou brevet professionnel	1 106	18,1
1 ^{er} cycle universitaire ou équivalent	1 282	21,0
2 ^e cycle universitaire ou équivalent	1 085	17,7
3 ^e cycle universitaire ou équivalent	1 487	24,3
Total	6 113	100,0
Non-réponse	71	

Q4 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA SITUATION D'ACTIVITÉ		
Situation actuelle	n	%
Salarié	4 057	66,8
Indépendant	608	10,0
Chômage ou RMI	509	8,4
Retraité	243	4,0
Étudiant	482	7,9
Autre inactif	177	2,9
Total	6 076	100,0
Non-réponse	108	

Q5 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE		
Catégorie socioprofessionnelle	n	%
Agriculteurs exploitants	29	0,5
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	278	4,8
Cadres et professions intellectuelles	2 089	36,4
Professions intermédiaires	1 283	22,3
Employés	1 115	19,4
Ouvriers	327	5,7
Sans activité professionnelle	380	6,6
Professions inclassables	242	4,2
Total	5 743	100,0
Non-réponse	441	

Q6 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ		
Secteur d'activité	n	%
Public	2 061	36,0
Privé	3 667	64,0
Total	5 728	100,0
Non-réponse	456	

Q8	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LE REVENU MENSUEL NET	
Montant du revenu mensuel net	n	%
Moins de 600 €	471	7,9
De 600 a 999 €	601	10,1
De 1000 a 1599 €	1 849	31,1
De 1600 a 2999 €	1 976	33,3
Plus de 3000 €	1 045	17,6
Total	5 942	100,0
Non-réponse	242	

Q9	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA TAILLE DE L'AGGLOMÉRATION DU DOMICILE	
Taille de l'agglomération	n	%
Moins de 20 000 habitants	1 295	21,6
De plus de 20 000 à 100 000 habitants	1 202	20,0
De plus de 100 000 à 500 000 habitants	1 166	19,4
De plus de 500 000 à 1 million	486	8,1
Plus d'1 million	1 858	30,9
Total	6 007	100,0
Non-réponse	177	

Q10	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA RÉGION DE RÉSIDENCE	
Région de résidence	n	%
Alsace	138	2,4
Aquitaine	230	3,9
Auvergne	71	1,2
Bourgogne	101	1,7
Bretagne	243	4,1
Centre	156	2,7
Champagne-Ardennes	71	1,2
Franche-Comté	62	1,1
Languedoc-Roussillon	233	4,0
Limousin	43	0,7
Lorraine	154	2,6
Midi-Pyrénées	245	4,2
Nord-Pas-de-Calais	201	3,4
Basse-Normandie	77	1,3
Haute-Normandie	103	1,8
Pays-de-la-Loire	233	4,0
Picardie	70	1,2
Poitou-Charentes	100	1,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	413	7,0
Rhône-Alpes	498	8,5
Île-de-France (hors Paris)	700	11,9
Paris	1 346	22,9
Départements français d'Amérique	30	0,5
Corse	8	0,1
Étranger	345	5,9
Total	5 871	100,0
Non-réponse	313	

Q11	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ÉTAT CIVIL	
État civil	n	%
Célibataire	4 862	79,9
Marié	163	2,7
Pacsé	645	10,6
Divorcé	316	5,2
Séparé	66	1,1
Veuf	32	0,5
Total	6 084	100,0
Non-réponse	100	

Q12 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE MODE D'HABITAT		
Habiter	n	%
Seul	3 117	50,9
En couple avec un homme	2 078	33,9
En couple avec une femme	152	2,5
Avec des amis ou colocataires	252	4,1
Avec votre père et/ou mère	438	7,1
Avec un membre de la famille	92	1,5
Total	6 129	100,0
Non-réponse	55	

Q13 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR DES ENFANTS		
Avoir des enfants	n	%
Oui, mineur(s)	264	4,4
Oui, adulte(s)	293	4,8
Oui, mineur(s) et adulte(s)	64	1,1
Non	5 430	89,7
Total	6 051	100,0
Non-réponse	133	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES ENFANTS (N=621), SELON LE FAIT DE VIVRE OU NON AVEC LEURS ENFANTS		
Vivre avec les enfants	n	%
Oui	110	39,1
Non	171	60,9
Total	281	100,0
Non-réponse	340	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES ENFANTS (N=621), SELON LE FAIT DE VOIR OU NON LEURS ENFANTS DURANT DES WEEK-ENDS OU DES VACANCES		
Voir les enfants durant les week-ends ou vacances	n	%
Oui	200	79,7
Non	51	20,3
Total	251	100,0
Non-réponse	370	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES ENFANTS (N=621), SELON LE FAIT D'AVOIR OU NON PEU DE CONTACTS AVEC LEURS ENFANTS		
Peu de contacts avec les enfants	n	%
Oui	43	21,0
Non	162	79,0
Total	205	100,0
Non-réponse	416	

B – VIE SOCIALE

Q14 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'ÊTRE MEMBRE OU NON D'UNE ASSOCIATION		
Membre d'une association	n	%
Oui	2 945	47,6
Non	3 239	52,4
Total	6 184	100,0

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS MEMBRES D'AU MOINS UNE ASSOCIATION (N=2 945), PAR TYPE D'ASSOCIATIONS (LES RÉPONSES POUVANT ÊTRE MULTIPLES, LE TOTAL EST SUPÉRIEUR À 100 %)		
Type d'association	n	%
Parti ou association politique	518	17,6
Syndicat	786	26,7
Association religieuse	162	5,5
Association sportive ou de loisirs	1 211	41,1
Association humanitaire	564	19,2
Association LGBT	557	18,9
Association de lutte contre le sida	361	12,3
Autre	402	13,7

Q15 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE TYPE D'AMIS		
Type d'amis	n	%
Amis majoritairement homosexuels	1 194	19,5
Amis majoritairement hétérosexuels	1 867	30,5
Parmi les amis, autant d'homosexuels que d'hétérosexuels	2 897	47,3
Vous n'avez pas d'ami	164	2,7
Total	6 122	100,0
Non-réponse	62	

Q16 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR IDENTIFICATION SEXUELLE		
Identité sexuelle	n	%
Homosexuel	5 432	89,5
Bisexuel	375	6,2
Hétérosexuel	19	0,3
Vous refusez de vous définir par rapport à votre sexualité	241	4,0
Total	6 067	100,0
Non-réponse	117	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ACCEPTATION OU NON DE L'HOMOSEXUALITÉ PAR LES COLLÈGUES DE TRAVAIL		
Collègues de travail	n	%
Homosexualité inconnue	1 697	36,4
Homosexualité acceptée	2 865	61,4
Homosexualité rejetée	106	2,3
Total	4 668	100,0
Non concerné ou non-réponse	1 516	

Q17 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ACCEPTATION OU NON DE L'HOMOSEXUALITÉ PAR LE PÈRE		
Père	n	%
Homosexualité inconnue	1 378	34,3
Homosexualité acceptée	2 161	53,9
Homosexualité rejetée	473	11,8
Total	4 012	100,0
Non concerné ou non-réponse	2 172	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ACCEPTATION OU NON DE L'HOMOSEXUALITÉ PAR LA PLUPART DES AMIS HÉTÉROSEXUELS		
Amis hétérosexuels	n	%
Homosexualité inconnue	844	17,1
Homosexualité acceptée	4 045	82,2
Homosexualité rejetée	33	0,7
Total	4 922	100,0
Non concerné ou non-réponse	1 262	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ACCEPTATION OU NON DE L'HOMOSEXUALITÉ PAR LA MÈRE		
Mère	n	%
Homosexualité inconnue	1 150	24,7
Homosexualité acceptée	3 119	67,0
Homosexualité rejetée	389	8,4
Total	4 658	100,0
Non concerné ou non-réponse	1 526	

Q18 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DU PÈRE		
Catégorie socioprofessionnelle du père	n	%
Agriculteurs exploitants	252	4,7
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	730	13,6
Cadres et professions intellectuelles	1 430	26,7
Professions intermédiaires	830	15,5
Employés	538	10,0
Ouvriers	1 216	22,7
Sans activité professionnelle	55	1,0
Professions inclassables	314	5,9
Total	5 365	100,0
Non-réponse	819	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ACCEPTATION OU NON DE L'HOMOSEXUALITÉ PAR LES FRÈRES OU SŒURS		
Frères ou sœurs	n	%
Homosexualité inconnue	1 008	21,5
Homosexualité acceptée	3 465	73,8
Homosexualité rejetée	220	4,7
Total	4 693	100,0
Non concerné ou non-réponse	1 491	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA MÈRE		
Catégorie socioprofessionnelle de la mère	n	%
Agriculteurs exploitants	133	2,6
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	334	6,4
Cadres et professions intellectuelles	458	8,8
Professions intermédiaires	851	16,4
Employés	1 506	29,1
Ouvriers	345	6,7
Sans activité professionnelle	1 337	25,8
Professions inclassables	220	4,2
Total	5 184	100,0
Non-réponse	1 000	

Q19 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR ÉTÉ INJURIÉ OU NON EN RAISON DE L'ORIENTATION SEXUELLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
Injures	n	%
Oui, 4 fois ou plus	305	5,0
Oui, 2 ou 3 fois	642	10,5
Oui, 1 fois	765	12,5
Non	4 394	72,0
Total	6 106	100,0
Non-réponse	78	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR ÉTÉ AGRÉSSÉ PHYSIQUEMENT OU NON EN RAISON DE L'ORIENTATION SEXUELLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
Agressions physiques	n	%
Oui, plusieurs fois	89	1,5
Oui, 1 fois	294	4,9
Non	5 655	93,7
Total	6 038	100,0
Non-réponse	146	

Q20 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR SUBI DES BRIMADES DANS LEUR TRAVAIL EN RAISON DE L'ORIENTATION SEXUELLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
Brimades au travail	n	%
Oui	469	7,8
Non	5 568	92,2
Total	6 037	100,0
Non-réponse	147	

C - VIE SEXUELLE

Q21 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ÂGE AU PREMIER RAPPORT SEXUEL AVEC UN HOMME		
Âge au 1 ^{er} rapport avec un homme	n	%
Moins de 15 ans	1 205	19,9
15-19 ans	2 723	45,0
20-25 ans	1 373	22,7
25-29 ans	485	8,0
30-34 ans	159	2,6
35-44 ans	80	1,3
45 ans et plus	29	0,5
Total	6 054	100,0
Non-réponse	130	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ÂGE AU PREMIER RAPPORT SEXUEL AVEC UNE FEMME		
Âge au 1 ^{er} rapport avec une femme	n	%
Moins de 15 ans	240	8,2
15-19 ans	1 642	56,1
20-25 ans	771	26,3
25-29 ans	204	7,0
30-34 ans	54	1,8
35-44 ans	14	0,5
45 ans et plus	4	0,1
Total	2 929	100,0
Non-réponse	3 255	

Q22 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON L'ÂGE DE LA PRISE DE CONSCIENCE DE L'ORIENTATION SEXUELLE		
Âge de la prise de conscience de l'orientation sexuelle	n	%
Moins de 10 ans	421	6,9
10-14 ans	2 167	35,8
15-19 ans	2 272	37,5
20-24 ans	741	12,2
25-29 ans	244	4,0
30 ans et plus	213	3,5
Total	6 058	100,0
Non-réponse	126	

Q23 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSCIENCE OU NON DE LEUR ORIENTATION SEXUELLE AU COURS DE LA SCOLARITÉ		
Être conscient de son orientation sexuelle au cours de la scolarité	n	%
Oui, j'en étais certain	2 613	42,6
Oui, mais pas sûr	2 693	43,9
Non	824	13,4
Total	6 130	100,0
Non-réponse	54	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT CONSCIENCE DE LEUR ORIENTATION SEXUELLE AU COURS DE LA SCOLARITÉ (N=5 306), SELON LE FAIT OU NON D'AVOIR PU EN PARLER		
Avoir pu parler de son orientation sexuelle	n	%
Oui	1 065	21,6
Non	3 858	78,4
Total	4 923	100,0
Non-réponse	383	

Q24 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU OU NON DES RAPPORTS SEXUELS FORCÉS AU COURS DE LA VIE		
Avoir eu des rapports sexuels forcés	n	%
Oui, plusieurs fois	347	5,6
Oui, 1 fois	597	9,7
Non	5 199	84,6
Total	6 143	100,0
Non-réponse	41	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS FORCÉS AU COURS DE LA VIE (N=944), SELON LEUR ÂGE AU PREMIER RAPPORT FORCÉ		
Âge au rapport forcé	n	%
Moins de 10 ans	173	19,2
10-14 ans	268	29,7
15-19 ans	301	33,4
20-24 ans	103	11,4
25 ans et plus	57	6,3
Total	902	100,0
Non-réponse	42	

Q25 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS MASCULINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
Nombre de partenaires masculins	n	%
Aucun partenaire	380	6,2
1 partenaire	1 291	21,1
2-9 partenaires	1 788	29,3
10-19 partenaires	889	14,6
20-49 partenaires	960	15,7
50-99 partenaires	437	7,2
100 partenaires et plus	360	5,9
Total	6 105	100,0
Non-réponse	79	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LE FAIT D'AVOIR EU AU MOINS
UN PARTENAIRE SEXUEL FÉMININ
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Au moins un partenaire sexuel féminin	n	%
Non	3 822	91,7
Oui	348	8,3
Total	4 170	100,0
Non-réponse	2 014	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR FRÉQUENTATION DES
LIEUX EXTÉRIEURS DE DRAGUE

Fréquentation des lieux extérieurs de drague	n	%
Régulièrement	756	12,5
Occasionnellement	2 097	34,8
Jamais	3 174	52,7
Total	6 027	100,0
Non-réponse	157	

Q26

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR ACTIVITÉ SEXUELLE
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Avoir des rapports sexuels	n	%
Plusieurs fois par semaine	2 488	40,5
Au moins une fois par mois	1 167	19,0
Moins d'une fois par mois	489	8,0
Irrégulièrement mais avec des périodes intenses	1 619	26,4
Pas de rapport sexuel	373	6,1
Total	6 136	100,0
Non-réponse	48	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR FRÉQUENTATION
DES BACKROOMS, SEX CLUBS

Fréquentation des backrooms, sexclubs	n	%
Régulièrement	584	9,7
Occasionnellement	1 752	29,2
Jamais	3 665	61,1
Total	6 001	100,0
Non-réponse	183	

Q27

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR FRÉQUENTATION
DES SAUNAS

Fréquentation des saunas	n	%
Régulièrement	620	10,2
Occasionnellement	2 227	36,8
Jamais	3 202	52,9
Total	6 049	100,0
Non-réponse	135	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR FRÉQUENTATION DES
BARS OU CLUBS SANS BACKROOM

Fréquentation des bars ou clubs sans backroom	n	%
Régulièrement	1 341	22,3
Occasionnellement	2 606	43,4
Jamais	2 060	34,3
Total	6 007	100,0
Non-réponse	177	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR FRÉQUENTATION DES
SITES DE RENCONTRE SUR INTERNET

Fréquentation des sites de rencontre sur Internet	n	%
Régulièrement	1 678	27,9
Occasionnellement	1 753	29,2
Jamais	2 578	42,9
Total	6 009	100,0
Non-réponse	175	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON LEUR FRÉQUENTATION
DES RESTAURANTS OU BOUTIQUES
"GAY FRIENDLY"

Fréquentation des restaurants ou boutiques "gay friendly"	n	%
Régulièrement	1 288	21,4
Occasionnellement	3 042	50,5
Jamais	1 698	28,2
Total	6 028	100,0
Non-réponse	156	

Q28		
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT INDIQUÉ AU MOINS UN LIEU OU UN MOYEN POUR RENCONTRER LES PARTENAIRES MASCULINS (N=5 172), PAR LIEUX (LES RÉPONSES POUVANT ÊTRE MULTIPLES, LE TOTAL EST SUPÉRIEUR À 100 %)		
Lieux de rencontre des partenaires	n	%
Petites annonces dans la presse	320	6,2
Minitel	119	2,3
Réseaux téléphoniques	859	16,6
Internet	2 350	45,4
Saunas	1 889	36,5
Backrooms, sex clubs ou vidéoclubs	1 480	28,6
Bars ou discothèques	1 602	31,0
Chez des amis	1 207	23,3
Dans des associations	258	5,0
Au travail	444	8,6
Dans la rue	1 032	20,0
Sur des lieux extérieurs de drague	1 943	37,6

D - RELATION(S) STABLE(S)

Q29		
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT L'OUVERTURE DU MARIAGE AUX COUPLES DE MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "C'EST UN DROIT QUE TOUT LE MONDE DOIT AVOIR"		
C'est un droit que tout le monde doit avoir	n	%
D'accord	3 693	61,2
Plutôt d'accord	1 422	23,6
Plutôt pas d'accord	500	8,3
Pas d'accord	415	6,9
Total	6 030	100,0
Non-réponse	154	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT L'OUVERTURE DU MARIAGE AUX COUPLES DE MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "C'EST UNE PROTECTION AMÉLIORÉE POUR LES HOMOSEXUELS"		
C'est une protection améliorée pour les homosexuels	n	%
D'accord	3 042	51,0
Plutôt d'accord	1 848	31,0
Plutôt pas d'accord	631	10,6
Pas d'accord	447	7,5
Total	5 968	100,0
Non-réponse	216	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT L'OUVERTURE DU MARIAGE AUX COUPLES DE MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "C'EST UNE OCCASION DE DÉBAT SUR L'HOMOSEXUALITÉ"		
C'est une occasion de débat sur l'homosexualité	n	%
D'accord	2 652	44,6
Plutôt d'accord	2 032	34,2
Plutôt pas d'accord	716	12,0
Pas d'accord	544	9,2
Total	5 944	100,0
Non-réponse	240	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT L'OUVERTURE DU MARIAGE AUX COUPLES DE MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "C'EST SANS INTÉRÊT POUR LES HOMOSEXUELS"		
C'est sans intérêt pour les homosexuels	n	%
D'accord	643	10,9
Plutôt d'accord	645	10,9
Plutôt pas d'accord	1 258	21,3
Pas d'accord	3 353	56,8
Total	5 899	100,0
Non-réponse	285	

Q30		
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES ATTENTES D'UN PARTENAIRE STABLE DU MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "QU'IL SOIT IMPÉRATIVEMENT FIDÈLE"		
Qu'il soit impérativement fidèle	n	%
Oui	2 147	35,9
Plutôt oui	2 261	37,8
Plutôt non	869	14,5
Non	701	11,7
Total	5 978	100,0
Non-réponse	206	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES ATTENTES D'UN PARTENAIRE STABLE DU MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "QUE VOUS AYEZ ENSEMBLE DES RELATIONS AVEC D'AUTRES PARTENAIRE"		
Que vous ayez ensemble des relations avec d'autres partenaires	n	%
Oui	1 057	17,7
Plutôt oui	1 526	25,6
Plutôt non	1 356	22,8
Non	2 020	33,9
Total	5 959	100,0
Non-réponse	225	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES ATTENTES D'UN PARTENAIRE STABLE DU MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "QU'IL SOIT DISCRET, S'IL N'EST PAS FIDÈLE"		
Qu'il soit discret, s'il n'est pas fidèle	n	%
Oui	1 469	24,7
Plutôt oui	1 880	31,6
Plutôt non	896	15,1
Non	1 699	28,6
Total	5 944	100,0
Non-réponse	240	

Q31		
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU OU NON UNE RELATION STABLE DE PLUS DE 6 MOIS AVEC UN HOMME AU COURS DE LEUR VIE		
Avoir eu une relation stable (+ 6 mois) avec un homme	n	%
Non	1 011	16,6
Oui	5 068	83,4
Total	6 079	100,0
Non-réponse	105	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES ATTENTES D'UN PARTENAIRE STABLE DU MÊME SEXE, SELON LEUR OPINION PAR RAPPORT À "QU'IL PARLE DE SES AVENTURES"		
Qu'il parle de ses aventures	n	%
Oui	1 122	18,9
Plutôt oui	1 380	23,3
Plutôt non	1 445	24,3
Non	1 988	33,5
Total	5 935	100,0
Non-réponse	249	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU OU NON UNE RELATION STABLE DE PLUS DE 6 MOIS AVEC UNE FEMME AU COURS DE LEUR VIE		
Avoir eu une relation stable (+ 6 mois) avec une femme	n	%
Non	3 102	66,1
Oui	1 592	33,9
Total	4 694	100,0
Non-réponse	1 490	

Q32 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU OU NON UNE RELATION STABLE AVEC UN HOMME AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
Avoir une relation stable	n	%
Oui, une seule	3 692	60,7
Oui, plusieurs successivement	288	4,7
Oui, plusieurs au même moment	173	2,8
Non	1 933	31,8
Total	6 086	100,0
Non-réponse	98	

Q34 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON SI LA RELATION EST EN COURS OU NON AU MOMENT DE L'ENQUÊTE		
Relation en cours	n	%
Oui	3 035	76,3
Non	942	23,7
Total	3 977	100,0
Non-réponse	176	

Q35 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON L'ÂGE DE LEUR PARTENAIRE		
Âge du partenaire	n	%
Moins de 25 ans	630	15,8
25-29 ans	786	19,8
30-34 ans	805	20,2
35-39 ans	698	17,6
40-44 ans	528	13,3
45 ans et plus	530	13,3
Total	3 977	100,0
Non-réponse	176	

Q36 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE LEUR PARTENAIRE		
Catégorie socioprofessionnelle du partenaire	n	%
Agriculteurs exploitants	18	0,5
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	196	5,1
Cadres et professions intellectuelles	1 101	28,7
Professions intermédiaires	789	20,6
Employés	703	18,3
Ouvriers	239	6,2
Sans activité professionnelle	533	13,9
Professions inclassables	259	6,7
Total	3 838	100,0
Non-réponse	315	

Q37 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON S'ILS SONT OU NON ACTUELLEMENT AMOUREUX DE LEUR PARTENAIRE		
Être amoureux du partenaire	n	%
Oui	2 377	60,7
Plutôt oui	867	22,1
Plutôt non	266	6,8
Non	408	10,4
Total	3 918	100,0
Non-réponse	235	

Q38 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON S'ILS PENSENT OU NON FORMER UN COUPLE		
Former un couple	n	%
Oui	2 798	73,0
Non	1 035	27,0
Total	3 833	100,0
Non-réponse	320	

Q39 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON LEUR SITUATION VIS-À-VIS DU PACS		
Situation vis-à-vis du Pacs	n	%
Pacsé avec le partenaire stable actuel	621	17,0
Projet de Pacs dans l'année avec le partenaire stable actuel	391	10,7
Le partenaire n'a pas l'intention de se pacser avec le répondant	420	11,5
Le répondant n'a pas l'intention de se pacser avec le partenaire actuel	878	24,0
Le répondant n'a pas encore décidé	1 352	36,9
Total	3 662	100,0
Non-réponse	491	

Q40 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON S'ILS HABITENT ENSEMBLE OU NON		
Habiter ensemble	n	%
Oui	2 002	52,3
Non	1 826	47,7
Total	3 828	100,0
Non-réponse	325	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS N'HABITANT PAS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=1 826), SELON LE RYTHME OÙ ILS SE VOIENT		
Rythme où le répondant voit son partenaire	n	%
Tous les jours	226	13,5
Plusieurs fois par semaine	745	44,6
Plusieurs fois par mois	500	29,9
Moins d'une fois par mois	199	11,9
Total	1 670	100,0
Non-réponse	156	

Q41 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON QUE LE PARTENAIRE SOIT OU NON INVITÉ PAR LES PARENTS		
Partenaire invité par les parents	n	%
Oui	2 260	63,3
Non	1 312	36,7
Total	3 572	100,0
Non-réponse / non concerné	581	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON QUE LE PARTENAIRE SOIT OU NON INVITÉ PAR LES AMIS HÉTÉROSEXUELS		
Partenaire invité par les amis hétérosexuels	n	%
Oui	3 110	82,7
Non	652	17,3
Total	3 762	100,0
Non-réponse / Non concerné	391	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON QUE LE PARTENAIRE SOIT OU NON INVITÉ PAR LES AMIS HOMOSEXUELS		
Partenaire invité par les amis homosexuels	n	%
Oui	3 186	86,6
Non	495	13,4
Total	3 681	100,0
Non-réponse / non concerné	472	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON QUE LE PARTENAIRE SOIT OU NON INVITÉ PAR DES COLLÈGUES DE TRAVAIL		
Partenaire invité par des collègues de travail	n	%
Oui	1 772	52,9
Non	1 579	47,1
Total	3 351	100,0
Non-réponse / non concerné	802	

E – SEXUALITÉ AVEC LE PARTENAIRE STABLE (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT UNE RELATION STABLE (N=4 153), SELON LE FAIT OU NON D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CE PARTENAIRE		
Q42		
Rapports sexuels avec le partenaire stable	n	%
Non	195	4,9
Oui	3 793	95,1
Total	3 988	100,0
Non-réponse	165	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DE RAPPORTS BOUCHE ANUS AVEC CE PARTENAIRE		
Pratique de rapports bouche anus	n	%
Toujours	792	21,3
Souvent	1 385	37,2
Rarement	962	25,9
Jamais	580	15,6
Total	3 719	100,0
Non-réponse	74	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DE LA MASTURBATION RÉCIPROQUE AVEC CE PARTENAIRE		
Q43		
Pratique de la masturbation réciproque	n	%
Toujours	1 310	35,3
Souvent	1 701	45,9
Rarement	571	15,4
Jamais	124	3,3
Total	3 706	100,0
Non-réponse	87	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DE SODOMIE ACTIVE AVEC CE PARTENAIRE (LE PÉNÉTRER)		
Pratique de la sodomie active	n	%
Toujours	798	21,5
Souvent	1 209	32,6
Rarement	907	24,4
Jamais	797	21,5
Total	3 711	100,0
Non-réponse	82	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DE LA FELLATION AVEC CE PARTENAIRE		
Pratique de la fellation	n	%
Toujours	2 149	57,3
Souvent	1 407	37,5
Rarement	164	4,4
Jamais	33	0,9
Total	3 753	100,0
Non-réponse	40	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DE SODOMIE PASSIVE AVEC CE PARTENAIRE (SE FAIRE PÉNÉTRER)		
Pratique de la sodomie passive	n	%
Toujours	789	21,3
Souvent	1 269	34,2
Rarement	932	25,1
Jamais	720	19,4
Total	3 710	100,0
Non-réponse	83	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DU FIST AVEC CE PARTENAIRE

Pratique du fist	n	%
Toujours	48	1,3
Souvent	119	3,3
Rarement	287	7,9
Jamais	3 193	87,6
Total	3 647	100,0
Non-réponse	146	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA PRATIQUE DES PRATIQUES HARD AVEC CE PARTENAIRE

Pratiques hard	n	%
Toujours	56	1,6
Souvent	138	3,8
Rarement	306	8,5
Jamais	3 090	86,1
Total	3 590	100,0
Non-réponse	203	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LES AUTRES PRATIQUES AVEC CE PARTENAIRE

Autres pratiques	n	%
Utilisation d'accessoires	36	19,7
Démonstrations affectives	50	27,3
Pratiques SM	27	14,8
Uro	31	16,9
Fétichisme	11	6,0
Partouze	23	12,6
Autres	5	2,7
Total	183	100,0
Non-réponse	3 610	

Q44

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA FELLATION AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 720), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF POUR LA FELLATION PASSIVE

Utilisation du préservatif pour la fellation passive	n	%
Toujours	105	3,0
Parfois	126	3,6
Jamais	3 236	93,3
Total	3 467	100,0
Non-réponse / non concerné	253	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA FELLATION AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 720), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF POUR LA FELLATION ACTIVE

Utilisation du préservatif pour la fellation active	n	%
Toujours	103	2,9
Parfois	124	3,5
Jamais	3 290	93,5
Total	3 517	100,0
Non-réponse / non concerné	203	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE PASSIVE AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=2 990), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF POUR LA SODOMIE PASSIVE

Utilisation du préservatif pour la sodomie passive	n	%
Toujours	960	33,8
Parfois	438	15,4
Jamais	1 446	50,8
Total	2 844	100,0
Non-réponse	146	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE ACTIVE AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=2 914), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF POUR LA SODOMIE ACTIVE		
Utilisation du préservatif pour la sodomie active	n	%
Toujours	897	32,4
Parfois	428	15,5
Jamais	1 445	52,2
Total	2 770	100,0
Non-réponse	144	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE (ACTIVE ET/OU PASSIVE) AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 499), SELON L'EXPOSITION AU SPERME LORS DE LA PÉNÉTRATION PASSIVE		
Exposition au sperme lors de la pénétration passive	n	%
Toujours	810	26,3
Parfois	882	28,7
Jamais	1 385	45,0
Total	3 077	100,0
Non-réponse / non concerné	422	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA FELLATION AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 720), SELON L'EXPOSITION AU SPERME LORS DE LA FELLATION ACTIVE		
Exposition au sperme lors de la fellation active	n	%
Toujours	472	13,5
Parfois	1 546	44,1
Jamais	1 490	42,5
Total	3 508	100,0
Sans réponse/non concerné	212	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE (ACTIVE ET/OU PASSIVE) AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 499), SELON L'EXPOSITION AU SPERME LORS DE LA PÉNÉTRATION ACTIVE		
Exposition au sperme lors de la pénétration active	n	%
Toujours	786	26,1
Parfois	843	28,0
Jamais	1 379	45,8
Total	3 008	100,0
Non-réponse / non concerné	491	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA FELLATION AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 720), SELON L'EXPOSITION AU SPERME LORS DE LA FELLATION PASSIVE		
Exposition au sperme lors de la fellation passive	n	%
Toujours	385	11,2
Parfois	1 438	41,9
Jamais	1 607	46,9
Total	3 430	100,0
Non-réponse / non concerné	290	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE (ACTIVE ET/OU PASSIVE) AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 499), SELON L'UTILISATION DU GEL AVEC DES PRÉSERVATIFS		
Utilisation du gel avec des préservatifs	n	%
Toujours	1 141	38,4
Parfois	597	20,1
Jamais	1 230	41,4
Total	2 968	100,0
Non-réponse / non concerné	531	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE (ACTIVE ET/OU PASSIVE) AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 499), SELON L'UTILISATION DU GEL SEUL

Utilisation du gel seul	n	%
Toujours	1 149	37,3
Parfois	856	27,8
Jamais	1 075	34,9
Total	3 080	100,0
Non-réponse / non concerné	419	

Q49

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON SI LEUR PARTENAIRE A FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH/SIDA

Le partenaire stable a fait un test VIH	n	%
Oui	2 797	74,4
Non	492	13,1
Ne sait pas	471	12,5
Total	3 760	100,0
Non-réponse	33	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE (ACTIVE ET/OU PASSIVE) AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 499), SELON L'UTILISATION D'UN AUTRE TYPE DE LUBRIFIANT SEUL

Utilisation d'un autre type de lubrifiant seul	n	%
Toujours	172	6,5
Parfois	509	19,4
Jamais	1 945	74,1
Total	2 626	100,0
Non-réponse / non concerné	873	

Q50

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE ET DONT LE PARTENAIRE A FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH/SIDA (N=2 797), SELON LE RÉSULTAT AU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH/SIDA DE CE PARTENAIRE STABLE

Résultat au test de dépistage du VIH/sida du partenaire stable	n	%
Séronégatif	2 307	82,7
Séronégatif lors du dernier test mais n'est plus certain de l'être encore aujourd'hui	97	3,5
Séropositif	313	11,2
Ne sait pas	72	2,6
Total	2 789	100,0
Non-réponse	8	

Q48

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS ET PRATIQUANT LA SODOMIE (ACTIVE ET/OU PASSIVE) AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 499), SELON LE NOMBRE DE PÉNÉTRATIONS ANALES SANS PRÉSERVATIF AVEC LE PARTENAIRE STABLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Nombre de pénétrations anales non protégées avec le partenaire stable	n	%
Aucune	1 021	29,3
1 ou 2	224	6,4
De 3 à 5	273	7,8
De 6 à 11	281	8,1
1 par mois	392	11,3
1 par semaine	1 289	37,0
Total	3 480	100,0
Non-réponse	19	

Q51

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE ET DONT LE PARTENAIRE EST SÉROPOSITIF (N=313), SELON LA DERNIÈRE CHARGE VIRALE DU PARTENAIRE

Charge virale du partenaire séropositif	n	%
Charge virale détectable	103	33,8
Charge virale indétectable	174	57,0
Ne sait pas	28	9,2
Total	305	100,0
Non-réponse	8	

Q52 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LE FAIT D'AVOIR EU OU NON D'AUTRES PARTENAIRES SEXUELS			
Le répondant a eu d'autres partenaires sexuels			
	n	%	
Oui	2 228	59,6	
Non	1 509	40,4	
Total	3 737	100,0	
Non-réponse	56		

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LE FAIT QUE LE PARTENAIRE AIT EU OU NON D'AUTRES PARTENAIRES SEXUELS			
Le partenaire a eu d'autres partenaires sexuels			
	n	%	
Oui	1 458	39,0	
Non	1 375	36,8	
Ne sait pas	901	24,1	
Total	3 734	100,0	
Non-réponse	59		

Q53 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LE FAIT D'AVOIR OU NON DISCUTÉ AVEC LE PARTENAIRE AU SUJET DE LA PÉNÉTRATION ANALE			
Avoir discuté au sujet de la pénétration anale			
	n	%	
Oui	2 921	78,3	
Non	811	21,7	
Total	3 732	100,0	
Non-réponse	61		

Q54 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR PARTENAIRE STABLE (N=3 793), SELON LA DÉCISION EN MATIÈRE DE PROTECTION AVEC LE PARTENAIRE STABLE			
Décision en matière de protection		n	%
Pas de pénétration anale avec le partenaire stable		277	7,6
Si pratiquée, utilisation systématique du préservatif		1 256	34,6
Si pratiquée, pas d'utilisation du préservatif		2 101	57,8
Total		3 634	100,0
Non-réponse		159	

F – SEXUALITÉ AVEC LES PARTENAIRES OCCASIONNELS

Q55 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS (N=6 184), SELON LE FAIT D'AVOIR EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS			
Avoir des partenaires occasionnels		n	%
Non		1 297	22,9
Oui		4 364	77,1
Total		5 661	100,0
Non-réponse		523	

Q56 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE DE LA MASTURBATION			
Masturbation		n	%
Toujours		1 251	38,7
Souvent		1 448	44,7
Rarement		423	13,1
Jamais		114	3,5
Total		3 236	100,0
Non-réponse		1 128	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE DE LA FELLATION

Fellation	n	%
Toujours	2 115	48,9
Souvent	1 840	42,6
Rarement	283	6,5
Jamais	86	2,0
Total	4 324	100,0
Non-réponse	40	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE DE LA SODOMIE PASSIVE

Sodomie passive	n	%
Toujours	522	12,2
Souvent	1 387	32,5
Rarement	1 090	25,5
Jamais	1 272	29,8
Total	4 271	100,0
Non-réponse	93	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE DE RAPPORTS BOUCHE ANUS

Rapports bouche anus	n	%
Toujours	481	11,2
Souvent	1 287	30,1
Rarement	1 487	34,8
Jamais	1 022	23,9
Total	4 277	100,0
Non-réponse	87	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE DU FIST

Fist	n	%
Toujours	55	1,3
Souvent	173	4,1
Rarement	488	11,6
Jamais	3 476	82,9
Total	4 192	100,0
Non-réponse	172	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE DE LA SODOMIE ACTIVE

Sodomie active	n	%
Toujours	449	10,5
Souvent	1 447	33,9
Rarement	1 295	30,4
Jamais	1 072	25,1
Total	4 263	100,0
Non-réponse	101	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 364), SELON LA PRATIQUE HARD

Pratiques hard	n	%
Toujours	80	1,9
Souvent	342	8,3
Rarement	498	12,0
Jamais	3 225	77,8
Total	4 145	100,0
Non-réponse	219	

Q57		
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA FELLATION AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 238), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF QUAND ILS SE FONT SUCER		
Préservatif (fellation passive)	n	%
Toujours	256	6,1
Parfois	633	15,0
Jamais	3 164	75,2
Non concerné	155	3,7
Total	4 208	100,0
Non-réponse	30	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF QUAND ILS PÉNÈTRENT		
Préservatif (sodomie active)	n	%
Toujours	2 524	66,6
Parfois	512	13,5
Jamais	146	3,9
Non concerné	608	16,0
Total	3 790	100,0
Non-réponse	36	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA FELLATION AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 238), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF QUAND ILS SUCENT		
Préservatif (fellation active)	n	%
Toujours	302	7,2
Parfois	669	15,9
Jamais	3 078	73,1
Non concerné	162	3,8
Total	4 211	100,0
Non-réponse	27	

Q58		
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA FELLATION AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 238), SELON L'EXPOSITION AU SPERME QUAND ILS SUCENT		
Exposition au sperme (fellation active)	n	%
Toujours	118	2,8
Parfois	977	23,2
Jamais	2 951	70,0
Non concerné	170	4,0
Total	4 216	100,0
Non-réponse	22	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF QUAND ILS SE FONT PÉNÉTRER		
Préservatif (sodomie passive)	n	%
Toujours	2 416	63,7
Parfois	513	13,5
Jamais	139	3,7
Non concerné	725	19,1
Total	3 793	100,0
Non-réponse	33	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA FELLATION AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=4 238), SELON L'EXPOSITION AU SPERME QUAND ILS SE FONT SUCER		
Exposition au sperme (fellation passive)	n	%
Toujours	99	2,4
Parfois	1 339	31,8
Jamais	2 586	61,4
Non concerné	186	4,4
Total	4 210	100,0
Non-réponse	28	

Q59		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'EXPOSITION AU SPERME QUAND ILS SE FONT PÉNÉTRER	
Exposition au sperme (sodomie passive)	n	%	
Toujours	59	1,6	
Parfois	381	10,0	
Jamais	2 724	71,6	
Non concerné	639	16,8	
Total	3 803	100,0	
Non-réponse	23		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'EXPOSITION AU SPERME QUAND ILS PÉNÈTRENT	
Exposition au sperme (sodomie active)	n	%	
Toujours	50	1,3	
Parfois	398	10,5	
Jamais	2 854	75,0	
Non concerné	505	13,3	
Total	3 807	100,0	
Non-réponse	19		

Q60		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'UTILISATION DU GEL AVEC DES PRÉSERVATIFS	
Utilisation du gel avec des préservatifs	n	%	
Toujours	2 730	72,3	
Parfois	788	20,9	
Jamais	177	4,7	
Non concerné	83	2,2	
Total	3 778	100,0	
Non-réponse	48		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'UTILISATION DU GEL SEUL	
Utilisation du gel seul	n	%	
Toujours	216	6,4	
Parfois	608	18,0	
Jamais	2 164	64,2	
Non concerné	385	11,4	
Total	3 373	100,0	
Non-réponse	453		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON L'UTILISATION D'UN AUTRE TYPE DE LUBRIFIANT SEUL	
Utilisation d'un autre type de lubrifiant seul	n	%	
Toujours	64	2,0	
Parfois	293	8,9	
Jamais	2 401	73,2	
Non concerné	522	15,9	
Total	3 280	100,0	
Non-réponse	546		

Q61		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=3 826), SELON LE NOMBRE DE PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES	
Nombre de pénétrations anales non protégées	n	%	
Aucune	2 434	64,2	
1 ou 2	522	13,8	
De 3 à 5	331	8,7	
De 6 à 11	180	4,7	
1 par mois	146	3,8	
1 par semaine	181	4,8	
Total	3 794	100,0	
Non-réponse	32		

Q62	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE PARMİ CEUX PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=1 360), SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE DU PARTENAIRE "DONT VOUS SAVIEZ QU'ILS ÉTAIENT SÉRONÉGATIFS"	
	Partenaires séronégatifs	n
Oui	459	42,7
Non	617	57,3
Total	1 076	100,0
Non-réponse	284	

Q62	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE PARMİ CEUX PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=1 360), SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE DU PARTENAIRE "DONT VOUS SAVIEZ QU'ILS ÉTAIENT SÉROPOSITIFS"	
	Partenaires séropositifs	n
Oui	224	21,3
Non	827	78,7
Total	1 051	100,0
Non-réponse	309	

Q62	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT EU AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE PARMİ CEUX PRATIQUANT LA SODOMIE AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS (N=1 360), SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE DU PARTENAIRE "DONT VOUS NE CONNAISSIEZ PAS LE STATUT SÉROLOGIQUE"	
	Partenaires de statut sérologique inconnu	n
Oui	818	71,1
Non	332	28,9
Total	1 150	100,0
Non-réponse	210	

G – SEXUALITÉ AVEC L'ENSEMBLE DE VOS PARTENAIRES

Q63	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA MODIFICATION SIGNIFICATIVE DU DÉSIR SEXUEL	
	Modification du désir sexuel	n
Oui en mieux	2 760	46,0
Oui en moins bien	1 026	17,1
Non	2 217	36,9
Total	6 003	100,0
Non-réponse	181	

Q63	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA MODIFICATION SIGNIFICATIVE DU PLAISIR SEXUEL	
	Modification du plaisir sexuel	n
Oui en mieux	2 689	44,9
Oui en moins bien	976	16,3
Non	2 327	38,8
Total	5 992	100,0
Non-réponse	192	

Q63	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA MODIFICATION SIGNIFICATIVE DE L'ÉRECTION	
	Modification de l'érection	n
Oui en mieux	1 496	25,0
Oui en moins bien	1 099	18,4
Non	3 392	56,7
Total	5 987	100,0
Non-réponse	197	

Q63	RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA MODIFICATION SIGNIFICATIVE DE L'ÉJACULATION	
	Modification de l'éjaculation	n
Oui en mieux	1 433	23,9
Oui en moins bien	995	16,6
Non	3 558	59,4
Total	5 986	100,0
Non-réponse	198	

Q64		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LA SENSATION D'AVOIR PRIS PLUS DE RISQUES PAR RAPPORT À LA TRANSMISSION DU VIH PAR RAPPORT À L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	
Plus de risques par rapport à l'année précédente			
	n	%	
Oui	437	7,3	
Plutôt oui	791	13,2	
Plutôt non	1 492	24,9	
Non	3 282	54,7	
Total	6 002	100,0	
Non-réponse	182		

Q65		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT QU'UN PRÉSERTATIF GLISSE AU COURS D'UNE PÉNÉTRATION ANALE	
Glissement du préservatif au cours d'une pénétration anale			
	n	%	
Oui, une fois	436	7,4	
Oui, plusieurs fois	245	4,2	
Non, jamais	3 580	60,8	
Non concerné	1 630	27,7	
Total	5 891	100,0	
Non-réponse	293		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT QU'UN PRÉSERTATIF SE DÉCHIRE AU COURS D'UNE PÉNÉTRATION ANALE	
Déchirement du préservatif au cours d'une pénétration anale			
	n	%	
Oui, une fois	569	9,6	
Oui, plusieurs fois	219	3,7	
Non, jamais	3 517	59,4	
Non concerné	1 612	27,2	
Total	5 917	100,0	
Non-réponse	267		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT QUE LE PARTENAIRE ENLÈVE LE PRÉSERTATIF À LEUR INSU	
Votre partenaire enlève le préservatif à votre insu			
	n	%	
Oui, une fois	167	2,8	
Oui, plusieurs fois	75	1,3	
Non, jamais	3 917	66,6	
Non concerné	1 725	29,3	
Total	5 884	100,0	
Non-réponse	300		

H – SANTÉ

Q66		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'ALCOOL	
Consommation d'alcool			
	n	%	
Tous les jours	643	10,5	
2 à 3 fois/semaine	1 610	26,3	
1 fois/semaine	1 375	22,4	
Moins d'1 fois/semaine	1 824	29,7	
Jamais	680	11,1	
Total	6 132	100,0	
Non-réponse	52		

Q67		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONSOMMANT DE L'ALCOOL (N=5 452), SELON LE NOMBRE DE VERRES BUS LES JOURS DE CONSOMMATION	
Nombre de verres d'alcool			
	n	%	
1-2 verres	2 398	48,1	
3 verres	1 188	23,8	
Plus de 3 verres	1 396	28,0	
Total	4 982	100,0	
Non-réponse	470		

Q68		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'ANXIOLYTIQUES	
Consommation d'anxiolytiques			
	n	%	
Régulièrement	394	6,5	
Occasionnellement	980	16,1	
Jamais	4 714	77,4	
Total	6 088	100,0	
Non-réponse	96		

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'ANTIDÉPRESSEURS		
Consommation d'antidépresseurs	n	%
Régulièrement	462	7,6
Occasionnellement	391	6,4
Jamais	5 226	86,0
Total	6 079	100,0
Non-réponse	105	

Q70 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION DE CANNABIS (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation de cannabis	n	%
Régulièrement	433	7,1
Occasionnellement	1 267	20,8
Jamais	4 404	72,1
Total	6 104	100,0
Non-réponse	80	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION DE TRAITEMENTS ÉRECTILES		
Consommation de traitements érectiles	n	%
Régulièrement	57	0,9
Occasionnellement	283	4,7
Jamais	5 706	94,4
Total	6 046	100,0
Non-réponse	138	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION DE POPPERS (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation de poppers	n	%
Régulièrement	723	11,8
Occasionnellement	1 547	25,4
Jamais	3 832	62,8
Total	6 102	100,0
Non-réponse	82	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION DE PRODUITS DOPANTS		
Consommation de produits dopants	n	%
Régulièrement	47	0,8
Occasionnellement	161	2,7
Jamais	5 829	96,6
Total	6 037	100,0
Non-réponse	147	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'ECSTASY (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation d'ecstasy	n	%
Régulièrement	90	1,5
Occasionnellement	394	6,5
Jamais	5 600	92,0
Total	6 084	100,0
Non-réponse	100	

Q69 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT CONSOMMÉ UN DES PRODUITS (N=1 938), SELON LA PRESCRIPTION DU PRODUIT FAITE OU NON DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT		
Prescription dans le cadre d'un traitement	n	%
Non	575	31,6
Oui	1 246	68,4
Total	1 821	100,0
Non-réponse	117	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION DE COCAÏNE (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation de cocaïne	n	%
Régulièrement	46	0,8
Occasionnellement	427	7,0
Jamais	5 613	92,2
Total	6 086	100,0
Non-réponse	98	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'HÉROÏNE (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation d'héroïne	n	%
Régulièrement	0	
Occasionnellement	41	0,7
Jamais	6 036	99,3
Total	6 077	100,0
Non-réponse	107	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR OU NON UNE DÉPRESSION		
Avoir une dépression	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	990	16,4
Oui, avant	1 960	32,5
Non, jamais	3 085	51,1
Total	6 035	100,0
Non-réponse	149	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'AMPHÉTAMINES (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation d'amphétamines	n	%
Régulièrement	11	0,2
Occasionnellement	115	1,9
Jamais	5 949	97,9
Total	6 075	100,0
Non-réponse	109	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'ÊTRE SUIVI OU NON PAR UN PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE		
Suivi par un psychiatre ou psychologue	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	747	12,3
Oui, avant	1 445	23,7
Non, jamais	3 899	64,0
Total	6 091	100,0
Non-réponse	93	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'HALLUCINOGENES (12 DERNIERS MOIS)		
Consommation d'hallucinogènes	n	%
Régulièrement	21	0,4
Occasionnellement	174	2,9
Jamais	5 799	96,7
Total	5 994	100,0
Non-réponse	190	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR DÉJÀ PENSÉ AU SUICIDE OU NON		
Avoir pensé au suicide	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	884	14,5
Oui, avant	2 215	36,3
Non, jamais	3 000	49,2
Total	6 099	100,0
Non-réponse	85	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LEUR CONSOMMATION D'AU MOINS UN PRODUIT PSYCHO-ACTIF AVANT LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL		
Au moins un produit avant le dernier rapport sexuel	n	%
Oui	1 460	24,1
Non	4 592	75,9
Total	6 052	100,0
Non-réponse	132	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR OU NON DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE		
Avoir fait une tentative de suicide	n	%
Oui, une fois	705	11,7
Oui, plusieurs fois	426	7,1
Non	4 905	81,3
Total	6 036	100,0
Non-réponse	148	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE (N=1 131), SELON UNE HOSPITALISATION APRÈS LA TENTATIVE DE SUICIDE		
Hospitalisation après une tentative de suicide	n	%
Oui	598	58,1
Non	431	41,9
Total	1 029	100,0
Non-réponse	102	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE (N=1 131), SELON LE SUIVI OU NON PAR UN MÉDECIN OU UN "PSY" APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE		
Suivi par un médecin ou "psy" après une tentative de suicide	n	%
Oui	576	55,5
Non	461	44,5
Total	1 037	100,0
Non-réponse	94	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE (N=1 131), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ OU NON À UNE AUTRE PERSONNE QU'UN MÉDECIN OU UN "PSY" APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE		
Avoir parlé à une personne après une tentative de suicide	n	%
Oui	537	52,9
Non	478	47,1
Total	1 015	100,0
Non-réponse	116	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU UNE GONOCOCCIE UROGÉNITALE OU RECTALE		
Q76		
Avoir une gonococcie	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	217	3,6
Oui, avant	1 199	20,2
Non, jamais	4 534	76,2
Total	5 950	100,0
Non-réponse	234	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU UNE SYPHILIS		
Syphilis	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	135	2,3
Oui, avant	399	6,7
Non, jamais	5 387	91,0
Total	5 921	100,0
Non-réponse	263	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU UNE HÉPATITE B		
Hépatite B	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	38	0,6
Oui, avant	500	8,5
Non, jamais	5 330	90,8
Total	5 868	100,0
Non-réponse	316	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU UN HERPÈS GÉNITAL		
Herpès génital	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	138	2,4
Oui, avant	343	5,9
Non, jamais	5 361	91,8
Total	5 842	100,0
Non-réponse	342	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU DES CRÊTES DE COQ OU VÉGÉTATIONS VÉNÉRIENNES		
Crêtes de coq	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	142	2,4
Oui, avant	752	12,8
Non, jamais	5 002	84,8
Total	5 896	100,0
Non-réponse	288	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS (N=6 184), SELON LE FAIT D'AVOIR EU DES CHLAMYDIA		
Chlamydia	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	83	1,4
Oui, avant	312	5,4
Non, jamais	5 404	93,2
Total	5 799	100,0
Non-réponse	385	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'ÊTRE VACCINÉ CONTRE L'HÉPATITE B		
Q78 Vacciné contre l'hépatite B	n	%
Oui	3 629	60,1
Non	1 591	26,3
Ne sait pas	822	13,6
Total	6 042	100,0
Non-réponse	142	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS		
Q77 Dépistage de la syphilis	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	1 839	30,9
Oui, avant	1 023	17,2
Non, jamais	3 097	52,0
Total	5 959	100,0
Non-réponse	225	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'ÊTRE VACCINÉ CONTRE L'HÉPATITE A		
Vacciné contre l'hépatite A	n	%
Oui	1 918	32,7
Non	2 540	43,2
Ne sait pas	1 416	24,1
Total	5 874	100,0
Non-réponse	310	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B		
Dépistage de l'hépatite B	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	1 878	31,2
Oui, avant	1 986	33,0
Non, jamais	2 157	35,8
Total	6 021	100,0
Non-réponse	163	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR EU UNE HÉPATITE A CONFIRMÉE PAR LE MÉDECIN		
Q79 Hépatite A	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	55	0,9
Oui, avant	615	10,3
Non, jamais	5 302	88,8
Total	5 972	100,0
Non-réponse	212	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE C		
Dépistage de l'hépatite C	n	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	1 893	31,5
Oui, avant	1 724	28,7
Non, jamais	2 386	39,7
Total	6 003	100,0
Non-réponse	181	

I – VIH/sida

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE VIH/SIDA		
Q80 Dépistage VIH/sida	n	%
Oui, une fois	1 209	20,0
Oui, plusieurs fois	3 970	65,7
Non	861	14,3
Total	6 040	100,0
Non-réponse	144	

Q81 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT FAIT AU MOINS UN TEST DE DÉPISTAGE VIH (N=5 179), SELON LE NOMBRE DE TESTS FAITS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES		
Nombre de tests	n	%
0	1 057	22,3
1	1 206	25,4
2	1 048	22,1
3 et plus	1 433	30,2
Total	4 744	100,0
Non-réponse	435	

Q83 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT FAIT AU MOINS UN TEST DE DÉPISTAGE VIH (N=5 179), SELON LES MOTIFS DU DERNIER TEST (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES, LE TOTAL EST SUPÉRIEUR À 100 %)		
Motifs du dernier test VIH	n	%
Problème de santé	1 061	20,5
Incident ou rupture de préservatif	351	6,8
Annonce de la séropositivité d'un partenaire	299	5,8
Prises de risque	1 074	20,7
Vérification régulière	2 370	45,8
Changement de partenaire	726	14,0
Avoir des rapports non protégés (partenaire stable)	1 201	23,2
Violences sexuelles/rapports non consentis	53	1,0
Campagne de sensibilisation	568	11,0

Q84 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AYANT FAIT AU MOINS UN TEST DE DÉPISTAGE VIH (N=5 179), SELON LE STATUT VIS-À-VIS DU VIH		
Statut vis-à-vis du VIH	n	%
Séronégatif	3 643	72,0
Séronégatif lors du dernier test mais plus certain de l'être encore aujourd'hui	559	11,0
Séropositif	599	11,8
Malade du sida	59	1,2
Ne sait pas	199	3,9
Total	5 059	100,0
Non-réponse	120	

Q85 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE NOMBRE D'ANNÉES DEPUIS LA CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ		
Nombre d'années depuis la connaissance de la séropositivité	n	%
Moins de 1 an	25	5,3
De 1 an à 4 ans	107	22,5
De 5 à 10 ans	103	21,7
De 10 ans à 14 ans	113	23,8
De 15 ans et plus	127	26,7
Total	475	100,0
Non-réponse	183	

Q86 RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU PARTENAIRE STABLE		
Partenaire stable	n	%
Oui	493	79,0
Non	41	6,6
Non concerné	90	14,4
Total	624	100,0
Non-réponse	34	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ À D'AUTRES PARTENAIRES SEXUELS		
Autres partenaires sexuels	n	%
Oui	344	55,8
Non	231	37,4
Non concerné	42	6,8
Total	617	100,0
Sans réponse	41	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ À LA MÈRE

Mère	n	%
Oui	273	43,9
Non	295	47,4
Non concerné	54	8,7
Total	622	100,0
Non-réponse	36	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ AUX AMIS

Amis	n	%
Oui	509	80,9
Non	108	17,2
Non concerné	12	1,9
Total	629	100,0
Non-réponse	29	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU PÈRE

Père	n	%
Oui	204	33,0
Non	286	46,2
Non concerné	129	20,8
Total	619	100,0
Non-réponse	39	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ À DES ASSOCIATIONS

Associations	n	%
Oui	236	38,6
Non	333	54,5
Non concerné	42	6,9
Total	611	100,0
Non-réponse	47	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ À UN FRÈRE OU UNE SŒUR

Frère ou sœur	n	%
Oui	331	53,1
Non	225	36,1
Non concerné	67	10,8
Total	623	100,0
Non-réponse	35	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ À UN SERVICE DE TÉLÉPHONIE SOCIALE

Service de téléphonie sociale	n	%
Oui	109	18,0
Non	439	72,3
Non concerné	59	9,7
Total	607	100,0
Non-réponse	51	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR PARLÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ AUX COLLÈGUES DE TRAVAIL

Collègues de travail	n	%
Oui	221	35,8
Non	338	54,8
Non concerné	58	9,4
Total	617	100,0
Non-réponse	41	

Q87

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS PAR ACTIVITÉS RÉDUITES OU INTERROMPUES EN RAISON DE LA SÉROPOSITIVITÉ OU DE L'ÉTAT DE SANTÉ (LES RÉPONSES POUVANT ÊTRE MULTIPLES, LE TOTAL EST SUPÉRIEUR À 100%)

Réduction ou interruption d'activité	n	%
Professionnelle	226	41,2
Sportive	110	21,5
Sociale	133	25,7
Sexuelle	268	49,5
Aucune	260	45,2

Q88		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS (N=658), SELON LE FAIT D'AVOIR OU NON UN TRAITEMENT POUR L'INFECTION À VIH	
Traitement	n	%	
Oui	504	78,9	
Non	135	21,1	
Total	639	100,0	
Non-réponse	19		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS N'AYANT PAS DE TRAITEMENT (N=135), SELON LES MOTIFS DE L'ABSENCE DE TRAITEMENT	
Motifs de l'absence de traitement	n	%	
En accord avec le médecin	107	89,9	
De votre propre initiative	12	10,1	
Total	119	100,0	
Non-réponse	16		

Q90		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS PRENANT UN TRAITEMENT (N=504), SELON LE TYPE DE TRAITEMENT	
Type de traitement	n	%	
Trithérapie	365	73,3	
Multithérapie	111	22,3	
Autre	22	4,4	
Total	498	100,0	
Non-réponse	6		

Q91		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS PRENANT UN TRAITEMENT (N=504), SELON LA DERNIÈRE CHARGE VIRALE	
Dernière charge virale	n	%	
DéTECTABLE	119	23,7	
IndéTECTABLE	379	75,3	
Ne sait pas	5	1,0	
Total	503	100,0	
Non-réponse	1		

Q92		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SÉROPOSITIFS PRENANT UN TRAITEMENT (N=504), SELON LE BÉNÉFICE PERÇU DU TRAITEMENT	
Traitement paraissant bénéfique	n	%	
Oui	344	68,9	
Plutôt oui	144	28,9	
Plutôt non	10	2,0	
Non	1	0,2	
Total	499	100,0	
Non-réponse	5		

J – CE QUE VOUS SAVEZ SUR LES TRAITEMENTS

Q94		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS, SELON LE FAIT D'AVOIR ENTENDU PARLER D'UN TRAITEMENT D'URGENCE (QUI, PRIS JUSTE APRÈS UN RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ, PEUT RÉDUIRE LE RISQUE D'ÊTRE CONTAMINÉ PAR LE VIH/SIDA)	
Connaître le traitement d'urgence	n	%	
Oui	4 820	79,5	
Non	1 242	20,5	
Total	6 062	100,0	
Non-réponse	122		

Q95		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONNAISSANT LE TRAITEMENT D'URGENCE (N=4 820), SELON LE FAIT D'AVOIR CONSULTÉ POUR EUX-MÊMES	
Avoir consulté pour soi	n	%	
Oui	449	9,5	
Non	4 262	90,5	
Total	4 711	100,0	
Non-réponse	109		

		RÉPARTITION DES RÉPONDANTS CONNAISSANT LE TRAITEMENT D'URGENCE (N=4 820), SELON LE FAIT D'AVOIR CONSULTÉ POUR LE PARTENAIRE STABLE	
Avoir consulté pour le partenaire stable	n	%	
Oui	104	2,3	
Non	4 369	97,7	
Total	4 473	100,0	
Non-réponse	347		

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS
CONNAISSANT LE TRAITEMENT
D'URGENCE (N=4 820), SELON
LE FAIT D'AVOIR CONSULTÉ POUR
UN PARTENAIRE OCCASIONNEL

Avoir consulté pour un partenaire occasionnel	n	%
Oui	114	2,6
Non	4 341	97,4
Total	4 455	100,0
Non-réponse	365	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON L'ACCORD OU NON SUR :
"LES TRAITEMENTS CONTRE
LE VIH/SIDA PERMETTENT AUX
SÉROPOSITIFS TRAITÉS DE RÉDUIRE
LA CHARGE VIRALE"

Réduire la charge virale	n	%
Oui	4 418	73,7
Non	773	12,9
Ne sait pas	803	13,4
Total	5 994	100,0
Non-réponse	190	

Q96

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON L'ACCORD OU NON SUR :
"LES TRAITEMENTS CONTRE
LE VIH/SIDA PERMETTENT AUX
SÉROPOSITIFS TRAITÉS DE NE PLUS
TRANSMETTRE LE VIRUS DU SIDA"

Ne plus transmettre le virus du sida	n	%
Oui	117	2,0
Non	5 405	90,2
Ne sait pas	469	7,8
Total	5 991	100,0
Non-réponse	193	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON L'ACCORD OU NON SUR :
"LES TRAITEMENTS CONTRE
LE VIH/SIDA PERMETTENT AUX
SÉROPOSITIFS TRAITÉS DE GUÉRIR
DÉFINITIVEMENT DU SIDA"

Guérir définitivement du sida	n	%
Oui	54	0,9
Non	5 635	94,0
Ne sait pas	306	5,1
Total	5 995	100,0
Non-réponse	189	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON L'ACCORD OU NON SUR :
"LES TRAITEMENTS CONTRE
LE VIH/SIDA PERMETTENT
AUX SÉROPOSITIFS TRAITÉS DE VIVRE
PLUS LONGTEMPS AVEC LE VIH"

Vivre plus longtemps avec le VIH	n	%
Oui	5 603	92,8
Non	146	2,4
Ne sait pas	287	4,8
Total	6 036	100,0
Non-réponse	148	

Q97

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON L'ACCORD OU NON SUR :
"AVEC CES TRAITEMENTS, LES
HOMOSEXUELS UTILISENT MOINS LE
PRÉSERVATIF QU'AVANT"

Les homosexuels utilisent moins le préservatif qu'avant	n	%
D'accord	1 181	19,8
Plutôt d'accord	2 946	49,4
Plutôt pas d'accord	1 231	20,7
Pas d'accord	601	10,1
Total	5 959	100,0
Non-réponse	225	

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS,
SELON L'ACCORD OU NON SUR :
"AVEC CES TRAITEMENTS, VOUS-
MÊME VOUS UTILISEZ MOINS
LE PRÉSERVATIF QU'AVANT"

Vous utilisez moins le préservatif qu'avant	n	%
D'accord	215	3,7
Plutôt d'accord	469	8,1
Plutôt pas d'accord	1 081	18,6
Pas d'accord	4 056	69,7
Total	5 821	100,0
Non-réponse	363	

Rapport

Enquête Presse Gay 2004

En 2004, alors qu'une augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST) et une progression du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels masculins est observée, l'InVS, avec le soutien scientifique et financier de l'ANRS, a renouvelé l'enquête Presse Gay (EPG). Depuis vingt ans, l'EPG a pour objectif de suivre les comportements sexuels préventifs des homosexuels lecteurs de la presse gay, leurs modes de vie et de sociabilité, par l'insertion de questionnaires dans la presse identitaire.

Au total, 6 184 questionnaires remplis par des hommes via la presse écrite mais aussi les sites internet tous deux communautaires ont été analysés.

Les répondants se caractérisent par un âge médian de 35 ans, un niveau scolaire assez élevé et une situation socioprofessionnelle favorisée. Une part importante de répondants a un partenaire stable (66 %), mais la proportion de pacés est peu élevée (17 %).

Une très large majorité a eu recours au test VIH au cours de la vie (86 %) et, parmi celle-ci, 13 % déclarent être séropositifs et 15 % ne sont plus certains d'être encore séronégatifs.

L'augmentation des comportements sexuels à risque, constatée depuis 1997, se poursuit, que ce soit avec le partenaire stable (57 % en 1997 contre 69 % en 2004) ou les partenaires occasionnels (19 % en 1997 contre 33 % en 2004). Cet accroissement est observé quel que soit le statut sérologique VIH des répondants et spécifiquement parmi ceux se déclarant séropositifs. Si les répondants séropositifs au VIH sont peu nombreux à avoir des rapports anaux non protégés exclusivement avec des partenaires séropositifs VIH (10 %), les répondants séronégatifs sont proportionnellement plus nombreux à indiquer des pratiques anales non protégées uniquement avec d'autres hommes séronégatifs (27 %).

Des situations de souffrance psychique sont rapportées. Près de la moitié des répondants indiquent avoir eu une dépression au cours de leur vie. Les consommations d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs sont plus importantes parmi les répondants qu'en population générale. De même, la prévalence de tentative de suicide au cours de la vie est plus importante (19 %). Même si, depuis deux décennies, le sentiment d'acceptation de l'orientation sexuelle des répondants par leur entourage s'est accru, il n'en reste pas moins que près d'un tiers ont été victimes d'actes homophobes dans l'année.

La moitié des répondants a consommé au moins une substance psycho-active au cours des 12 derniers mois. Il s'agit principalement de consommation de poppers (37 %) et de cannabis (28 %). Depuis 1997, la plupart des consommations ont augmenté. Les niveaux de consommation de substances psycho-actives des répondants sont plus élevés qu'en population générale.

L'ensemble de ces résultats conduisent à formuler des recommandations en termes d'actions de prévention, mais aussi des axes de recherches connexes et complémentaires à l'EPG.

The Gay Press survey 2004

While an increase in the number of sexually transmitted infections (STI), as well as in the number of new diagnoses of HIV infection in men who have sex with men (MSM) has been observed in 2004, the InVS, with the scientific and financial support of the National Agency for AIDS Research (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, ANRS) has renewed the Gay Press survey (enquête Presse Gay, EPG). For twenty years, this survey has aimed at monitoring preventive sexual behaviours, lifestyles and sociability among MSM, who are also readers of the gay press. This was performed through inclusion of questionnaires in the specialised press.

In all, 6 184 questionnaires filled by men through the community written press and Internet sites were analysed. Respondents' main characteristics are a mean age of 35 years, a relatively high educational level and a favourable socioprofessional situation. Although a high proportion of respondents had a steady partner (66%), only 17% lived under the Civil Pact of Solidarity (Pacte civil de solidarité, Pacs).

A vast majority of men had been tested for HIV in the course of their lives (86%), of whom, 13% reported their seropositive status, and 15% were no longer sure of their seronegative status.

The increase in sexual risk behaviours observed since 1997 is continuing, either with steady partners (57% in 1997 versus 69% in 2004) or casual partners (19% in 1997 versus 33% in 2004). This rise is observed regardless of respondents' HIV serologic status, and more specifically among those who report being HIV-positive. Few HIV-positive respondents have unprotected anal intercourse exclusively with HIV-positive partners (10%), whereas HIV-negative respondents report higher proportions of unprotected anal intercourse with HIV-negative men (27%).

Some cases of psychic suffering have also been reported. Nearly half of respondents report having experienced one nervous breakdown in the course of their lives. Consumption of anxiolytic or antidepressant drugs is higher among respondents than in the general population as is the reported prevalence of suicide attempts (19%). Even if respondents feel that their sexual orientation has increasingly been accepted over the last two decades, the fact remains that nearly one third of them encountered homophobia during the year.

Half of respondents consumed at least one psychoactive substance in the last 12 months, namely poppers (37%) and cannabis (28%). Since 1997, consumption of most psychoactive substances has increased, while the levels consumed by respondents are higher than in the general population.

These results highlight the necessity for developing guidelines in terms of prevention and also related and complementary research interventions.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val D'Osne

94 415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Tax : 33 (0)1 41 79 67 67

<http://www.invs.sante.fr>

ISBN : 978-2-11-096766-4

Tirage : 220 exemplaires

Imprimé par : France Repro - Maisons-Alfort

Réalisation : Labrador - Paris

Dépôt légal : Juin 2007