

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

POPULATIONS PARTICULIERES POUR LA PREVENTION DU VIH/SIDA

Les jeunes homosexuels et bisexuels
masculins : revue de littérature

Hugues Balthasar

Etude financée par

Office fédéral de la santé publique, Berne
Contrat 02.000781 / 2.19.01.01.-16

Citation suggérée

Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida, les jeunes homosexuels et bisexuels : revue de littérature. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 99).

Remerciements

Nous souhaitons remercier ici les personnes qui ont répondu à nos questions dans le cadre de ce mandat, nos collègues, ainsi que Myriam Maeder et Kirsten Sandberg-Christensen pour la mise en page de cette étude.

Mots-clés

MSM, young, homosexuality, aids, HIV, prevention, programme

M:\IMS\UEPP\SECRET\Rapportsrds\99 Jeunes HSH\Rds99 Jeunes HSH.Doc

TABLE DES MATIÈRES

Zusammenfassung	4
Résumé	7
1 Introduction	10
1.1 Objet et structure de l'étude	10
1.2 Méthodologie	11
1.3 Terminologie	13
2 Quelques repères épidémiologiques	14
2.1 Prévalence du VIH chez les jeunes homosexuels	14
2.2 Comportements à risques selon l'âge	16
3 Vulnérabilité des jeunes homo/bisexuels face au VIH/sida	19
3.1 Environnement familial et affirmation de soi	20
3.1.1 Homophobie et santé psychique	21
3.2 Entrée dans la sexualité et carrière sexuelle	22
3.2.1 Activité sexuelle et vie affective	24
3.3 Gestion du risque d'infection par le VIH	25
3.3.1 L'apprentissage du <i>safer sex</i>	25
3.3.2 La gestion du risque dans le couple (<i>negotiated safety</i>)	28
3.3.3 Construction identitaire et exposition au risque	29
3.3.4 Milieu social et appartenance culturelle	30
4 Programmes et dispositifs de prévention	31
4.1 Les programmes évalués	31
4.1.1 The Mpowerment project	31
4.1.2 Indiana Youth Access Project (IYAP)	34
4.1.3 Projet 10	35
4.1.4 Synthèse des résultats	38
4.2 Brève analyse des besoins et des dispositifs de prévention	39
4.2.1 Un faisceau de besoins et de demandes	39
4.2.2 Dispositif de soutien/prévention	40
5 Conclusions générales	44
5.1 Constats et recommandations	49
6 Références bibliographiques	51
7 Annexes	56
7.1 IYAP Service Model	56
7.2 Modèle d'intervention développée par Direction de la santé publique de Québec (groupe de soutien)	57
7.3 La ligne Azur (France)	58
7.4 www.drgay.ch	59
7.5 Les groupes 'jeunes gays' actifs en Suisse	64
7.6 Protokoll der „Diagonal-Delegiertenversammlung“ (extrait)	65

Zusammenfassung

Einleitung

Diese Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter dem allgemeinen Titel "Spezielle Zielgruppen für die Bekämpfung von HIV/Aids" in Auftrag gegeben. Das BAG sprach den Wunsch nach einer aktualisierten Bestandaufnahme des heutigen Wissens über verschiedene Teile der Bevölkerung aus, um seine künftigen Aktionen besser planen zu können. Dieser Bericht betrifft speziell die homo- und bisexuellen Jugendliche.

Das BAG hat folgende Fragen aufgestellt:

1. Was weiss man von der heutigen Situation der Schutz- und Risikoexposition in diesen Bevölkerungsgruppen?
2. Kann man spezifisch gefährdete Gruppen identifizieren?
3. Welche HIV/Aids-Präventionsprogramme wurden für diese spezifischen Zielgruppen angewandt?
4. Welche positiven und negativen Resultate hatten diese Präventionsprogramme?

Methodik

Diese Studie basiert hauptsächlich auf wissenschaftlichen Artikeln, die auf Medline ausgewählt worden waren. Die Datenbasis der Weltgesundheitsorganisation (Wholis), des Weltkongresses über HIV/Aids (Barcelona 2002) und der UEPP wurde ebenfalls konsultiert. Für die beiden Hauptziele dieser Analyse (Epidemiologie und Programmevaluation) konzentrierte man sich vorwiegend auf Arbeiten, die sich speziell mit homo- und bisexuellen Jugendlichen unter 25 Jahren oder sogar unter 20 Jahren befassen. Die Literatur, die generell die homosexuelle Bevölkerung behandelt, wurde nicht systematisch berücksichtigt^a.

Resultate/Diskussion

Epidemiologie

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Jugendliche in den europäischen Studien, die bei Lesern der Identitätspresse und/oder bei Mitgliedern von Homosexuellenvereinen durchgeführt wurden, generell untervertreten sind. Personen unter 20 stellen nur eine Minderheit der Befragten dar. Ausserdem hat man festgestellt, dass Umfragen, die zwischen 1999 und 2000 durchgeführt wurden, eine relativ markante Alterung der Befragten erkennen lassen.

In den meisten europäischen Ländern ist die Prävalenz der HIV-Infektion bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), ungleich auf die verschiedenen Altersgruppen verteilt. Die Werte, die man bei den Personen unter 30 feststellt, sind kleiner als der Durchschnitt aller Befragten. Die tendenzielle Zunahme der HIV-Prävalenzraten in der zweiten Hälfte der neun-

^a Es muss hier deutlich gemacht werden, dass es aus Zeitgründen nicht möglich war, eine vertiefere Literaturreview zu liefern. Insgesamt wurde für die Erstellung dieser Studie eine Frist von vier Wochen gewährt. Die Arbeit fing Ende März 2003 an und wurde Mitte April 2003 abgeschlossen.

ziger Jahre drückt sich nicht durch eine Ausbreitung der Übertragung in den jüngeren Altersgruppen aus.

Wenn auch das Alter bei der Analyse der HIV-Prävalenzdaten ein relativ klarer Unterschiedsfaktor ist, gilt dies nicht unbedingt, wenn man es mit dem Risikoverhalten in Verbindung bringt, insbesondere mit Gelegenheitspartnern. Die Übersicht der Verhaltensdaten, die auf diesen Indikator gerichtet sind, lässt erkennen, dass das Nachlassen im präventiven Verhalten, das man in den meisten westlichen Ländern seit dem Ende der neunziger Jahre beobachten kann, bei den homo- und bisexuellen Jugendliche genauso zu beobachten ist wie bei den älteren Befragten.

Vulnerabilität

Man hat weniger versucht, vulnerable oder exponierte Untergruppen zu identifizieren (siehe Frage 2), sondern vielmehr Vulnerabilitätsfaktoren (bezüglich der HIV-Infektion) in einer soziologischen Perspektive^a aufzuzeigen. Man sollte in erster Linie diese Faktoren erforschen: a) in den typischen Formen der sozialen Laufbahn homo- und bisexueller Jugendlichen (Identitätskonstruktion, *Coming-out*, Einstieg in die Sexualität und den "Markt des Sexualverkehrs"); b) im sozialen Kontext (soziale und verinnerlichte Homophobie); c) in der Beziehungsdynamik (Gefühlsleben und Sexualaktivität, Risikoverwaltung in der Beziehung). Obschon der Schwerpunkt dieser Studie auf der HIV/Aids-Prävention liegt, muss hier die hohe Prävalenz von Selbstmordversuchen bei homo- und bisexuellen Jugendlichen erwähnt werden (die heutzutage gut dokumentiert ist). Diese Tatsache ist ein Grundproblem, dessen sich die Gesellschaft noch nicht klar geworden ist.

Bewertete Programme

Homo- und bisexuelle Jugendliche gehören grundsätzlich zur Zielpopulation von Präventionsprogrammen für MSM (meistens mit Gemeinschaftsstrategien). In Europa gibt es wahrscheinlich nur wenige spezifische Programme, die dieses Segment der Bevölkerung betreffen. Noch viel geringer ist die Zahl der Programme, die entsprechend den Kriterien dieser Studie bewertet wurden. Nur drei Programme (alle drei aus Nordamerika) haben den Selektionskriterien entsprochen.

Zwei davon beruhen auf einem *Education*-Ansatz durch *Peergroups*, vor allem durch Selbsthilfegruppen, den man auch in den meisten Schweizer Städten finden kann. Die Bewertungsergebnisse zeigen, dass ein Gemeinschaftsansatz wirksam wäre und zwar aus folgenden Gründen:

- Er ermöglicht die Aufstellung von kollektiven Normen, welche die Übernahme und die Beibehaltung von *Safe-Sex*-Praktiken begünstigen.
- Die Aneignung diesen Normen auf persönlicher Ebene ist in der Entwicklung der Verhaltensweisen zu beobachten.
- Die Beteiligung an Selbsthilfegruppen erlaubt es, die Kenntnisse über die HIV-Infektion zu festigen und die Kompetenzen im Risikomanagement zu verbessern.

^a Die theoretische Perspektive von Delor und Hubert über die Vulnerabilität in Bezug auf HIV/Aids haben diese Studie orientiert. Siehe : Delor, Hubert (2000): Revisiting the concept of vulnerability. Soc Sci Med;50(11):1557-70.

Unter den Schwachpunkten dieser Programme ist unter anderem ein Zweifel an der langfristigen Wirksamkeit der Interventionen zu nennen, was das präventive Verhalten mit dem festen Partner angeht.

Es wurde versucht, das Studienfeld durch eine stärker deskriptive Analyse der Präventionssysteme, die man in der Schweiz und den Nachbarstaaten antrifft, und eine kurze Analyse der Bedürfnisse, wie sie aus den Monitoringdaten (Telefonhotlines) oder den wenigen Untersuchungen zu entnehmen sind, zu erweitern. Gemeinschaftsausgerichtete Projekte wie Selbsthilfegruppen (junge Homosexuelle), Telefonhotlines, Rat über Internet, Schulinterventionen sind die Hauptbestandteile solcher Systeme (selbst wenn diese Angebote unterschiedlich weit entwickelt sind). Was die Bedürfnisse betrifft, kann man ein Bündel von mehr oder weniger klar formulierten Anliegen erkennen, wobei die wichtigsten davon Isolationsprobleme, den Aufbau eines Unterstützungs- und Gemeinschaftsnetzes, die Aneignung von positiven Identifikationsmodellen und die Entwicklung einer eigenen Identität darstellen. Diese Bedürfnisse treten in der Laufbahn von homo- und bisexuellen Jugendlichen schon sehr früh auf. Die Prävention der HIV-Infektion muss diese Elemente berücksichtigen. Anders gesagt ist ein auf die Gesundheitsförderung basierender Ansatz notwendig oder ein Ansatz, der auf Gesundheitsschutzfaktoren ausgerichtet ist und die Verbesserung der Lebensfähigkeiten (*Life Skills*) junger homo-/bisexueller Jugendlichen anstrebt.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen

Die Aktionen der Gemeinschaft (*Community*) sind auf dem Gebiet der HIV/Aids Prävention von grösster Wichtigkeit für die homosexuelle Bevölkerung. Aber für homo-/bisexuelle Jugendliche reichen sie wahrscheinlich nicht aus. So wie Jugendliche unter 20 sich den Datenerhebungsinstrumenten entziehen, ist es nämlich wahrscheinlich, dass sie die Einrichtungen der Gemeinschaft erst nach einer Periode der Unentschlossenheit oder sogar erst in psychologischen Notsituationen aufsuchen. Folglich ist es sehr wichtig, diese Jugendlichen so früh wie möglich mit Ressourcen in Verbindung zu bringen, die es Ihnen ermöglichen, mit Ihren Schwierigkeiten fertig zu werden. Mit anderen Worten gilt es die Interventionen zu verdichten und vielseitig zu gestalten, um zu verhindern, dass diese Jugendlichen in eine Sackgasse geraten und sich dann auf riskante Praktiken einlassen. Konkret gesehen sollte man ein Unterstützungs- und Präventionskonzept mit entsprechenden Einrichtungen aufstellen, die die Gemeinschaft, die Telefonberatungsstellen, das Internet, die Schule, die Eltern und die Akteure im medizinischen Bereich einbezieht.

Résumé

Introduction

Cette étude a été mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sous le terme générique de : "Populations particulières pour la prévention du sida". L'OFSP a souhaité disposer d'une mise à jour des connaissances relatives à différents segments de population (travailleurs de rue, jeunes et jeunes homosexuels) afin de planifier adéquatement ses actions futures. La présente étude porte en particulier sur les jeunes homosexuels et bisexuels (ci-après : jeunes homo/bisexuels).

L'OFSP a retenu les questions suivantes :

1. Que sait-on de la situation actuelle de l'exposition au risque et de la protection dans ces groupes-cibles ?
2. Peut-on identifier des sous-groupes particulièrement exposés ou vulnérables ?
3. Quelles sont les méthodes (programmes) de prévention du VIH/sida qui ont été utilisés avec ces groupes-cibles particuliers ?
4. Quels ont été les effets positifs et négatifs de ces méthodes (programmes) ?

Méthodes

La présente étude se fonde essentiellement sur des articles scientifiques sélectionnés sur Medline. On a également recouru à la banque de données de l'OMS (Wholis), du Congrès mondial sur le VIH/sida de Barcelone (2002), ainsi que celle de l'UEPP. Pour les deux principaux axes d'étude (épidémiologie et évaluation de programmes), on s'est principalement concentré sur des travaux portant un regard spécifique sur les jeunes homo/bisexuels, en particulier les jeunes de moins de 25 ans, voire de moins de 20 ans. On n'a pas systématiquement tenu compte des travaux portant sur la population homosexuelle en général^a.

Résultats /Discussion

Epidémiologie

Au préalable, il est important de souligner que les jeunes sont, d'une manière générale, sous-représentés dans les enquêtes européennes, menées notamment parmi les lecteurs de la presse identitaire et/ou parmi les membres des associations homosexuelles. Les individus de moins de 20 ans ne représentent qu'un très faible pourcentage des répondants. On a par ailleurs observé dans les enquêtes menées entre 1999 et 2000 un vieillissement relativement prononcé de la population répondante.

Dans la plupart des pays européens, la prévalence de l'infection à VIH parmi les HSH est inégalement distribuée selon l'âge. Les valeurs observées parmi les moins de 30 ans sont inférieures à la moyenne relevée pour l'ensemble des répondants. L'augmentation tendancielle des

^a On notera ici que, pour des contraintes liées au temps, il n'a pas été possible de procéder à une revue de littérature plus sophistiquée. Au total, seulement quatre semaines ont été allouées à la production de cette étude. Les travaux ont commencé la dernière semaine de mars 2003 et ont été achevés à la mi-avril.

taux de prévalence VIH dans la seconde moitié des années 1990 ne se traduit pas par une extension de la transmission dans les classes d'âge inférieures.

Si l'âge est un facteur relativement discriminant dans l'analyse des données de prévalence du VIH, il ne l'est pas forcément en ce qui concerne les comportements à risques, en particulier avec les partenaires occasionnels. La revue des données comportementales, centrée sur cet indicateur, montre en effet que les jeunes homo/bisexuels sont tout autant concernés que leurs aînés par le relâchement des comportements préventifs observés dans la plupart des pays occidentaux à la fin des années 1990.

Vulnérabilité

On a moins cherché à identifier des "sous-groupes particulièrement vulnérables ou exposés" (cf. question 2) qu'à mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité (par rapport au VIH), ce dans une perspective sociologique^a. Il faut avant tout rechercher ces facteurs : a) dans les formes typiques de la trajectoire sociale des jeunes homo/bisexuels (construction identitaire, *coming out*, entrée dans la sexualité et sur le 'marché des échanges sexuels') ; b) dans le contexte social (homophobie sociale et intériorisée) ; c) dans les dynamiques relationnelles (vie affective et activité sexuelle, gestion du risque dans le couple). Bien que cette étude porte spécifiquement sur la prévention du VIH, on ajoutera ici que la forte prévalence des tentatives de suicide chez les jeunes homo/bisexuels (aujourd'hui bien documentée) constitue un problème de fond dont la société ne semble pas avoir pris la juste mesure.

Programmes évalués

Les jeunes homo/bisexuels font d'emblée partie du public-cible des programmes de prévention pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en général (approche le plus souvent communautaire). En Europe, il existe vraisemblablement peu de programmes spécifiquement destinés à ce segment de population. Ils sont encore moins nombreux à avoir été évalués selon les critères retenus dans cette étude. Seuls trois programmes (tous trois nord-américains) ont répondu positivement aux critères de sélection.

Des trois programmes évalués, deux reposaient largement sur le principe de l'éducation par les pairs, au travers notamment de groupes de soutien (auto-support), comme il en existe d'ailleurs dans la plupart des villes en Suisse. Au vu des résultats des évaluations, il s'avère que l'approche communautaire est efficace, ce pour les raisons suivantes :

- elle permet la production de normes collectives favorables à l'adoption et au maintien de pratiques sexuelles à moindre risques ;
- l'adoption de ces normes au niveau individuel est perceptible dans l'évolution des comportements ;
- la participation aux groupes de soutien permet de consolider les connaissances par rapport au VIH/sida et d'améliorer les compétences en matière de gestion du risque.

Parmi les points faibles, on note qu'il subsiste un doute quant à l'efficacité à long terme des interventions concernant les comportements préventifs avec le partenaire stable.

^a On s'est notamment appuyé sur les travaux de Delor F, Hubert M (2000) : Revisiting the concept of 'vulnerability'. Soc Sci Med;50(11):1557-70 .

On a cherché à élargir le champ de l'étude par une analyse plus descriptive des dispositifs de prévention tels qu'ils se présentent en Suisse et dans les pays limitrophes ainsi qu'au travers d'une succincte analyse des besoins, tels qu'ils apparaissent dans des données de monitoring (lignes d'écoute téléphonique) ou dans de plus rares enquêtes. Les projets communautaires, notamment les groupes d'auto-support (jeunes gays), les service d'écoute téléphonique, le conseil sur Internet, les interventions en milieu scolaire figurent parmi les principales composantes de ces dispositifs (bien que ces offres soient diversement développées). Concernant les besoins, on note l'existence d'un faisceau de demandes plus ou moins exprimées, dont les plus importantes consistent dans la rupture de l'isolement, la construction d'un réseau de soutien et de sociabilité, l'acquisition de modèles d'identification positifs et la construction d'une identité. Ces besoins tendent à apparaître très tôt dans la trajectoire des jeunes homo/bisexuels. La prévention du VIH doit en tenir compte. En d'autres termes, une approche de type "promotion de la santé" s'avère nécessaire, soit une approche axée sur les facteurs protecteurs de la santé et visant à l'amélioration des aptitudes de vie (*life skills*) des jeunes homo/bisexuels.

Conclusions/recommandations

En matière de prévention VIH, l'action communautaire a une importance capitale dans la population homosexuelle. Néanmoins, s'agissant des jeunes homo/bisexuels, celle-ci n'est probablement pas suffisante. De la même manière que les jeunes de moins de 20 ans échappent aux systèmes de recueil des données, il est probable qu'ils n'entrent en contact avec les structures d'accueil communautaires qu'après une période d'indétermination, voire de détresse psychologique, susceptible d'aboutir à des prises de risque momentanées. En conséquence, le principal enjeu consiste à les mettre le plus tôt possible en relation avec des ressources leur permettant de surmonter les difficultés auxquelles ils sont confrontés. En d'autres termes, il s'agit de densifier et de diversifier les interventions de manière à éviter que ces jeunes se retrouvent dans une impasse et s'engagent dans des conduites à risques. Concrètement, il s'agit d'établir une stratégie et un dispositif de soutien/prévention impliquant les milieux communautaires, les services d'écoute téléphonique, Internet, l'école, les parents et les intervenants du milieu médical.

1 INTRODUCTION

Tant du point de vue de la prévention VIH que du point de vue sociologique, les jeunes hommes attirés par d'autres hommes (ci-après : jeunes homo/bisexuels) constituent un segment de population particulier parmi les jeunes en général.

Tout comme leurs pairs, les jeunes homo/bisexuels sont soumis aux différentes étapes qui caractérisent le passage à l'âge adulte (entrée dans la sexualité, départ du foyer familial, début de la vie professionnelle, etc.). Cependant, leur éveil à une sexualité minoritaire n'est pas sans conséquences sur ce processus d'autonomisation. Socialisés en tant qu'hétérosexuels, les jeunes homo/bisexuels sont d'une manière ou d'une autre contraints de se définir par rapport aux normes et aux valeurs de leur environnement social. Ce processus est d'autant plus problématique que, tant au niveau familial qu'au niveau des groupes de pairs, la conformité sexuelle fait l'objet d'attentes particulièrement fortes à l'adolescence¹. La relative bienveillance des sociétés occidentales à l'égard des homosexuels n'a pas fondamentalement modifié ces attentes. Si bien que la découverte progressive – et souvent solitaire – d'une orientation homosexuelle reste fortement anxiogène pour de nombreux jeunes et peut être à l'origine de troubles psychiques susceptibles d'aboutir, dans certains cas, au suicide²⁻⁴. De même, la révélation de l'homosexualité à l'entourage (*coming out*) reste un passage difficile pour de nombreux jeunes homo/bisexuels qui, de ce fait, s'exposent à l'éventuelle incompréhension ou déception de leurs parents, dans le pire des cas à un rejet brutal. Ces difficultés compliquent singulièrement l'entrée dans la vie adulte. Comme l'ont déjà montré plusieurs études sociologiques, la prise de conscience d'une orientation homo/bisexuelle (et des difficultés qui y sont associées) tend à infléchir le parcours de vie de ces jeunes. Elle est fréquemment à l'origine d'un départ précoce du foyer familial, d'un déplacement vers les grandes villes, ou encore de la modification progressive des réseaux de sociabilité^{5,6}.

A ces difficultés s'ajoute la menace de l'infection à VIH dès lors que ces jeunes entrent dans une sexualité active avec des partenaires de même sexe. Ils débutent en effet leur vie affective et sexuelle dans un contexte épidémiologique où la prévalence du VIH est particulièrement élevée parmi les homosexuels masculins⁷. La constellation de problématiques qui caractérise ce segment de population explique en outre que celui-ci soit fréquemment considéré comme un groupe vulnérable nécessitant une attention et des approches particulières dans le cadre de la prévention VIH⁸⁻¹⁰.

1.1 OBJET ET STRUCTURE DE L'ÉTUDE

Cette étude a précisément pour objectif de rendre compte de cette problématique, en mettant un accent particulier sur la vulnérabilité des jeunes homo/bisexuels par rapport au VIH/sida. Elle a été mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sous le titre générique de "Populations particulières pour la prévention du sida" et s'inscrit dans le cadre de l'évaluation

globale de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse^a. L'OFSP avait notamment souhaité disposer d'une mise à jour des connaissances relatives à ce segment de population afin de planifier adéquatement ses actions futures. Pour ce faire, l'OFSP a formulé les questions suivantes :

- Que sait-on de la situation actuelle de l'exposition au risque et de la protection dans ces groupes-cibles ?
- Peut-on identifier des sous-groupes particulièrement exposés ou vulnérables ?
- Quelles sont les méthodes (programmes) de prévention du VIH/sida qui ont été utilisées avec ces groupes-cibles particuliers ?
- Quels ont été les effets positifs et négatifs de ces méthodes (programmes) ?

L'étude est structurée de la façon suivante. Le premier chapitre a pour objectif de donner au lecteur quelques repères épidémiologiques sur la prévalence du VIH parmi les jeunes homo/bisexuels ainsi que sur l'évolution récente des comportements à risque dans cette population. Le deuxième chapitre vise à qualifier les formes de vulnérabilité qui caractérisent les jeunes homosexuels et de mettre en évidence les principaux facteurs de risque identifiés dans la littérature scientifique^a. Le troisième chapitre porte sur les programmes ou les dispositifs de prévention conçus pour les jeunes homo/bisexuels. Il s'agit principalement d'analyser les résultats des évaluations qui ont été menées dans ce domaine (notamment les impacts de ces programmes sur les comportements). On notera ici que ces évaluations sont rares et font toutes référence à des programmes établis en Amérique du Nord. On identifiera néanmoins, sur un mode idéal-typique, les principales composantes d'un réseau élargi d'interventions favorables à la prévention VIH, sur la base notamment de sources européennes.

1.2 METHODOLOGIE

La présente étude se fonde essentiellement sur des articles scientifiques sélectionnés sur Medline. On a également recouru à la banque de données de l'OMS (Wholis), du Congrès mondial sur le VIH/sida de Barcelone (2002), ainsi que celle de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP). Dans un premier temps, les mots-clés suivants ont été utilisés : *young, AIDS, HIV, homosexuality, project, assessment*. Le reste de la recherche s'est déroulée suivant une procédure de boule de neige. Le rapport repose sur un corpus d'environ 80 références.

Pour les deux principaux axes d'étude (épidémiologie et évaluation de programmes), on s'est principalement concentré sur des travaux portant un regard spécifique sur les jeunes homo/bisexuels de moins de 25 ans, voire de moins de 20 ans. On n'a pas systématiquement

^a Les autres populations étudiées dans le cadre de ce mandat sont : les travailleurs du sexe (hommes et femmes) et les jeunes de la population générale.

tenu compte des travaux portant sur la population homosexuelle en général. Aussi, les thèmes traités dans ce rapport peuvent-ils être considérés comme représentatifs des thèmes traités dans la littérature sur les classes d'âge les plus jeunes, mais pas forcément des thèmes traités dans la littérature consacrée à la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Les critères de sélection suivants ont été appliqués pour la revue des programmes de prévention : a) les programmes devaient être principalement et explicitement destinés aux jeunes homo/bisexuels (indépendamment du sexe) ; b) les programmes devaient avoir été évalués sous l'angle des impacts sur les comportements du public-cible (les résultats de ces évaluations ayant été communiqués dans la presse scientifique ou mentionnés par ce canal).

Deux entretiens ont été réalisés, l'un avec le responsable du programme HSH de l'Aide suisse contre le sida (ASS), l'autre avec le président de l'association Vogay à Lausanne et coordinateur de pour la Suisse romande de la Rainbowline^b. Ces entretiens ont permis de documenter la situation en Suisse et de compléter l'étude du dispositif de prévention, telle qu'elle a été engagée dans une autre étude portant sur la mise en du programme national VIH/sida 1999-2003¹¹.

Il s'est révélé difficile d'obtenir des informations sur les dispositifs de prévention des pays d'Europe occidentale, notamment la France, l'Allemagne et l'Italie, pays sur lesquels l'attention a été portée prioritairement en raison des contacts établis lors d'une étude précédente¹². Dans ces pays, tout comme en Suisse, la prévention auprès des jeunes homo/bisexuels est partie intégrante de la prévention HSH. Il est par conséquent difficile d'isoler les interventions spécifiquement destinées aux plus jeunes. Si certains dispositifs ont une couverture nationale, comme les lignes d'écoute téléphonique, la plupart des interventions se déroulent au niveau local et sont le plus souvent confiées, voire suscitées, par les associations homosexuelles. Elles n'ont vraisemblablement jamais fait l'objet d'évaluations aussi spécialisées qu'en Amérique du Nord. Certains documents (enquêtes, rapports d'activité) délivrent néanmoins des informations pertinentes pour cette étude.

On notera ici que, pour des contraintes liées au temps, il n'a pas été possible de procéder à une revue de littérature plus sophistiquée et/ou reposant sur l'exploitation d'un plus grand nombre de banques de données. Au total, seulement quatre semaines ont été allouées à la production de cette étude^c. Les travaux ont commencé la dernière semaine de mars 2003 et ont été achevés à la mi-avril.

^a Dans le cadre de ce deuxième chapitre, on a moins cherché à identifier des : « sous-groupes particulièrement exposés ou vulnérables » (cf. question 2) qu'à mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité, dans ce perspective sociologique.

^b Il s'agit d'une ligne d'écoute téléphonique à destination des personnes concernées par l'homosexualité et cette ligne est gérée par les associations romandes avec l'appui de Pink Cross, association faitière des organisations homosexuelles en Suisse.

^c Cette étude a, dès l'origine, été conçue comme une sous-étude de l'étude portant sur les jeunes de la population générale.

1.3 TERMINOLOGIE

La terminologie liée au domaine du VIH/sida a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies, c'est en particulier le cas des termes utilisés pour désigner les rapports sexuels entre personnes de même sexe¹³. Dans un souci d'objectivité, les milieux scientifiques et de la prévention ont préféré l'expression 'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes' aux termes 'homosexuel' ou 'gay', lesquels traduisent des conceptions particulières de l'homosexualité. Dans le cadre de ce rapport, on a néanmoins choisi la dénomination de 'jeunes homo/bisexuels', car elle n'évacue pas totalement la dimension identitaire. En d'autres termes, cette dénomination a l'avantage de désigner tous les individus dont les pratiques et/ou l'orientation homo/bisexuelle sont soit en devenir, soit affirmées^a.

^a Il peut être utile de rappeler ici que la plupart des systèmes de recueil de données s'appuient sur les réseaux communautaires dont les membres tendent à se positionner clairement comme homo/bisexuels.

2 QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Cette section a pour objectif de donner brièvement quelques repères sur les niveaux de prévalence de l'infection VIH chez les jeunes homo/bisexuels ainsi que sur l'évolution récente des comportements dans ce segment de population.

L'étude de ces différents aspects comporte certaines difficultés, liées notamment aux modes de recueil des données et leur capacité à atteindre les classes d'âge jeunes. Dans les enquêtes européennes menées notamment parmi les lecteurs de la presse identitaire ou parmi les membres d'associations homosexuelles (échantillons auto-sélectionnés), les moins de 25 ans ne représentent en moyenne que 3% des répondants (environ 20% pour les moins de 25 ans)¹⁴. De plus, les dernières enquêtes menées en Suisse, en Allemagne et en France ont enregistré une baisse du taux de réponses dans les classes d'âge inférieures¹⁵⁻¹⁷. Plus rares sont les enquêtes menées spécifiquement parmi les jeunes homo/bisexuels dont l'âge est inférieur à 25 ou 30 ans¹⁸⁻²⁰. D'une manière générale, les jeunes qui répondent à ces enquêtes sont compris dans une classe d'âge allant de 20 à 25 ans, ou de 20 à 30 ans. Les individus n'ayant pas atteint leur vingtième année sont ainsi largement sous-représentés. Les enquêtes menées chez les jeunes de moins de 20 ans dans la population générale ne permettent pas de pallier cette lacune en raison du faible nombre d'individus déclarant une orientation bi ou homosexuelle^a. On dispose d'informations plus spécifiques aux Etats-Unis, où une importante enquête multicentrique a été réalisée auprès des jeunes homo/bisexuels âgés de 15 à 22 ans²¹.

2.1 PREVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES HOMOSEXUELS

Le centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV) a récemment publié une revue des données de prévalence de l'infection à VIH chez les homo/bisexuels masculins dans 18 pays européens pour la période 1996-2001⁷. Une partie des résultats sont présentés et résumés dans le tableau ci-après.

^a On pourra néanmoins se référer aux travaux de Brigitte Lhomond qui a consacré un chapitre sur l'attirance et les pratiques homosexuelles parmi les répondants de l'enquête ACFJ menées parmi des jeunes de 15 à 18 en milieu scolaire⁶.

Tableau 2.1 Etudes de prévalence et dépistage diagnostic chez les homo/bisexuels masculins (tous les âges) : prévalence en % de la population testée ; 1996-2000

Pays	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belgique*	1.3	4.3	1.1	1.6	2.1	-
Danemark**	-	-	-	-	14.5	9.9
France**	-	17.2	-	-	18.9	-
Allemagne**	10.5	-	-	15.0	-	-
Irlande**	-	-	-	-	5.1	-
Italie***	26.4	-	-	-	-	-
Pays-Bas (Amsterdam)***	13.5	11.8	9.5	12.7	16.9	14.6
Espagne (6 villes)*** <i>Barcelone</i>	-	-	- 15.5	13.2	10.1 17.9	10.1
Suisse**	-	11.0	-	-	11.0	-
Royaume-Uni***	8.7	7.8	7.0	5.5	8.1	-

* dépistage diagnostic

** étude basée sur l'auto-déclaration du statut sérologique

*** étude de séroprévalence

Source : EuroHIV, 2002⁷

Comme on peut le constater, les taux de prévalence observés dans les différents pays d'Europe occidentale ne dépassent pas – sauf en Italie – la barre des 20% (1996). On relève une augmentation sensible des taux de prévalence aux Pays-Bas entre 1998 et 2000 (+7.4 points de pourcentages) et en Allemagne entre 1996 et 1999 (+4.5). Une augmentation moins importante est observée en France entre 1997 et 2000 (+1.7) et au Royaume-Uni (+2.6). En Suisse, la prévalence du VIH est restée stable depuis 1992 (10-11%). Elle a diminué au Danemark entre 2000 et 2001.

D'une manière générale, la proportion d'homo/bisexuels séropositifs reste élevée dans la majeure partie des pays européens. Les augmentations observées pourraient en outre signaler un changement de tendance. Pour EuroHIV, celles-ci reflètent d'une part la baisse de la mortalité des séropositifs suite à l'introduction des traitements antirétroviraux hautement actifs; d'autre part, elles indiquent une "poursuite de la transmission" parmi les hommes homo/bisexuels. Cette évolution est particulièrement perceptible dans les métropoles européennes, où les taux de prévalence sont plus élevés que les moyennes nationales⁷.

Cependant, là où les données sont disponibles, cette tendance n'est pas observée chez les homo/bisexuels de moins de 25 ans ou de moins de 30 ans. En France, la proportion de répondants de moins de 25 ans se déclarant séropositifs est passée de 3% en 1997 à 2.4% en 2000. Au Royaume-Uni, cette proportion a également diminué au cours de la période de référence (1997 : 4.7% ; 2000 : 2.6%). Il en va de même pour les données relevées en Ecosse (1996 : 2.3% ; 2000 : 1.7). En Allemagne, la proportion de séropositifs parmi les hommes de moins de 30 ans est restée stable durant toute la décennie (environ 6%)²². Elle était de 4% en 1996 dans une enquête menée spécifiquement parmi les homo/bisexuels de moins de 30 ans¹⁸. Enfin, en Suisse, la prévalence de l'infection à VIH chez les moins de 30 ans a diminué entre 1994 (7%)

et 2000 (2%). Elle était nulle parmi les jeunes homo/bisexuels romands de moins de 25 ans interrogés en 1999²⁰. D'une manière générale, les données disponibles ne montrent pas d'augmentation de la prévalence VIH dans les classes d'âge jeunes. Ce résultat doit néanmoins être interprété avec prudence, car, comme on l'a relevé plus haut, la proportion des moins de 25 ans dans les enquêtes en cause a diminué à la fin des années 1990, notamment en Suisse, en France et en Allemagne^a.

La situation semble être sensiblement différente en Amérique du Nord, où la plupart des études de cohorte montre que le risque de séroconversion est plus élevé chez les jeunes homo/bisexuels que chez les homo/bisexuels plus âgés. Ce risque n'est en revanche pas observé dans des études similaires menées en Europe et en Australie²³. Une étude réalisée dans sept métropoles américaines (*The Young Men Survey* 1994-98) a par ailleurs révélé une prévalence élevée de l'infection à VIH parmi les jeunes homo/bisexuels de 15 à 22 ans fréquentant les lieux commerciaux gays²¹. Celle-ci s'élève à 12.1% à New-York²⁴. Elle varie entre 2.2 % et 8.5 % dans les six autres villes (7% en moyenne). La minorité noire est la plus touchée avec un taux de prévalence de 14.1%. Viennent ensuite les Métisses (12.6%), les Latino-américains (6.9%), les Blancs (3.3%) et les Asiatiques (3%). Ces données montrent qu'aux Etats-Unis la prévalence de l'infection à VIH est non seulement élevée, mais aussi très inégalement répartie selon les différentes composantes ethniques de la population en cause.

2.2 COMPORTEMENTS A RISQUES SELON L'AGE^b

Au cours des années 1990, un certain nombre d'études réalisées en Amérique du Nord ont fait état de prévalences élevées concernant les rapports sexuels non-protégés (pénétrations anales) parmi les classes d'âge les plus jeunes (moins de 25 ans, ou moins de 30 ans)²⁵. En conséquence, en Amérique, les jeunes homo/bisexuels masculins sont généralement considérés comme un segment de population particulièrement exposé aux risques d'infection par le VIH. Or, de la même manière que la prévalence du VIH est très inégalement distribuée selon l'origine ou la communauté d'appartenance, la fréquence de rapports sexuels non-protégés est globalement plus importante chez les homo/bisexuels afro-américains que chez les homo/bisexuels de race blanche. De ce point de vue, les écarts relevés dans la littérature sont particulièrement élevés²⁵. On notera néanmoins qu'une étude longitudinale menée à San Francisco fait état d'une importante progression des comportements à risques dans un échantillon d'homo/bisexuels âgés de 18 à 29 ans et dont les trois quarts sont de race blanche²⁶. Selon cette étude, la proportion d'individus déclarant des comportements à risques^c est passée de 37% à 50% entre 1993-4 et

^a Ce phénomène a été également observé entre 1996 et 1998 à Londres⁸⁰.

^b On notera que la plupart des données ont été présentées ici à titre indicatif et concernent surtout les comportements sexuels avec les partenaires occasionnels. La gestion du risque d'infection à VIH des relations stables sera évoquée dans la section suivante qui est davantage axée sur les aspects psychosociaux.

^c Pénétrations non protégées avec partenaires dont le statut pour le VIH est donné pour inconnu ou discordant.

1996-7. Ces valeurs sont nettement supérieures à celles enregistrées dans la plupart des pays d'Europe occidentale (voir ci-après).

S'agissant de la distribution des prises de risques dans les différentes classes d'âge, les résultats d'études menées en Europe occidentale et en Australie sont plus contrastés qu'aux Etats-Unis. La plupart des études réalisées dans ces pays montrent que l'âge n'est pas véritablement un facteur discriminant en matière de comportements à risques²³. En d'autres termes, dans la plupart des pays européens, les jeunes homos/bisexuels ne prennent pas davantage de risques que leurs aînés, voire même moins. C'est en tout cas ce que montrent les études menées en Suisse²⁷ (1992-2000 ; < 30 vs 30+), en Allemagne^{18,28} (1996 ; < 30 vs 30+), en Belgique²⁹ (1993 ; < 30 vs 31+), en Angleterre et en Ecosse¹⁹ (1987-1988 ; < 21 vs 21+).

Les données récoltées lors des enquêtes "presse gaie" en Allemagne (1999^a) et en France (2000) incitent néanmoins à nuancer ce constat. D'une manière générale, on remarque dans ces deux pays une baisse plus ou moins importante des comportements préventifs à la fin des années 1990. Bien que ce déclin soit observé dans toutes les classes d'âge, il est particulièrement visible chez les plus jeunes. Les mesures globales faites en Allemagne montrent notamment que les répondants de plus de 30 ans ont maintenu un niveau de protection^b plus élevé que les répondants de moins de 30 ans (73% vs 67% ; 12 derniers mois)²². On constate également dans une légère augmentation des prises de risques avec les partenaires occasionnels entre 1996 (11.3%) et 1999 (15.1%) sans écart substantiel entre les deux groupes d'âge^c. En France, l'augmentation des comportements à risques est perceptible dans toutes classes d'âge. Entre 1997 et 2000, la proportion de répondants déclarant des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels est passée de 16% à 23% (12 derniers mois). On constate une augmentation de 5 à 8 points selon les classes d'âge. En région parisienne, les données font apparaître des contrastes plus importants. Le pourcentage de répondants de moins de 25 ans déclarant au moins une pénétration non protégée est passé de 18% en 1997 à 31% en 2000. Cette augmentation est nettement supérieure à l'augmentation moyenne observée en Ile-de-France (1997 : 17% ; 2000 : 25%)¹⁵. Une enquête menée auprès des clients des établissements gays parisiens (dont la moitié sont des lieux de consommation sexuelle) confirme ce niveau élevé de prises de risques parmi les répondants ayant des partenaires occasionnels durant l'année. Qui plus est, les analyses multivariées montrent que les rapports non protégés sont liés au fait d'avoir moins de 25 ans³⁰. En Suisse, les données récentes (2000) ne laissent pas entrevoir de changement substantiel des comportements. Chez les homo/bisexuels de moins de 30 ans, la part des pénétrations anales non protégées avec les partenaires occasionnels^d se situe autour de 9 à 10% entre 1997 et

^a Une nouvelle enquête a eu lieu en 2003.

^b Sont ici considérés les hommes n'ayant pas pratiqué de pénétration anale non-protégée avec des partenaires sexuels dont le statut sérologique est donné pour inconnu ou discordant.

^c Répondants déclarant utiliser souvent ou parfois le préservatif en dehors d'une relation stable.

^d Répondants déclarant utiliser parfois ou jamais le préservatif avec des partenaires occasionnels.

2000²⁷. On observe une proportion légèrement supérieure dans l'enquête menée en 1999 en Suisse romande auprès des jeunes homo/bisexuels de moins de 25 ans^a (13.9%)²⁰.

En conclusion, bien qu'il soit difficile d'apprécier le pouvoir explicatif de l'âge en ce qui concerne la prévalence des comportements à risques, des données récentes montrent que les jeunes homo/bisexuels sont tout autant concernés que leurs aînés par le relâchement des comportements préventifs observés dans la plupart des pays occidentaux à la fin des années 1990³¹. Les mesures globales présentées pour l'Allemagne et la France montrent en effet que les classes d'âge jeunes participent de ce mouvement général.

^a Répondants déclarant avoir pratiqué une ou plusieurs fois la pénétration anale sans utiliser de préservatifs avec un ou des partenaires occasionnels.

3 VULNERABILITE DES JEUNES HOMO/BISEXUELS FACE AU VIH/SIDA

Comme on l'a mentionné plus haut, la plupart des enquêtes menées auprès des hommes homo/bisexuels comporte des biais de participation plus ou moins importants. En l'occurrence, les jeunes âgés de moins de 20 ans sont largement sous-représentés. On sait néanmoins qu'une part importante des jeunes homo/bisexuels de moins de 20 ans ont déjà débuté une sexualité active avec des partenaires de même sexe. En Suisse, par exemple, au moins 50% des répondants de l'enquête HSH (tous âges confondus) ont eu leur premier rapport homosexuel à 19 ans ou moins^a. Parmi les jeunes homo/bisexuels romands (<25 ans), l'âge médian au premier rapport avec un partenaire de même sexe se situe à 17 ans²⁰. Ce constat n'est pas sans soulever un certain nombre de questions du point de vue de la prévention, notamment en ce qui concerne les conditions dans lesquelles ces jeunes débutent leur vie sexuelle active et leurs modes d'insertion dans les différentes composantes du monde homosexuel^b.

L'analyse de la vulnérabilité des jeunes homo/bisexuels par rapport au VIH/sida nécessite une approche qui tienne compte de la trajectoire de ces jeunes, du contexte épidémiologique et social dans lequel celle-ci s'insère ainsi que des aspects relationnels. Proposée par François Delor et Michel Hubert, l'articulation de ces différents niveaux constitue le fondement d'une approche compréhensive qui permet notamment de mieux saisir les enjeux et de guider les interventions de prévention³².

D'une manière générale, ce chapitre cherche moins à identifier des "sous-groupes particulièrement vulnérables ou exposés" qu'à mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité. Il est principalement question de traiter des problèmes les plus saillants pour la prévention des risques sanitaires non seulement dans le domaine de la santé sexuelle, mais aussi (dans une optique plus limitée) dans celui de la santé mentale. On accordera une attention particulière aux jeunes de moins de 20 ans. Ce choix nous a conduit parfois à nous appuyer largement sur les enquêtes menées en France, dont la taille des échantillons a permis des analyses relativement détaillées du point de vue de l'âge. On notera néanmoins que celles-ci ont été élaborées à partir des enquêtes menées au milieu des années 1990 et s'inscrivent par conséquent dans un contexte historique particulier. Cependant, la plupart des problèmes évoqués ici sont de nature plus structurelle que conjoncturelle. D'une manière générale, ils restent d'actualité.

^a Moreau-Gruet F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : les hommes aimant d'autres hommes et leur santé (étude 2000) ; dictionnaire des données de l'étude. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, mai 2001 (document non publié).

^b Comme le souligne par exemple le sociologue Patrice Pinell : « *Le fait que nombre d'entre eux ont débuté une vie sexuelle active sans pour autant avoir intégré la 'communauté gay', ses espaces et ses normes, sans même se reconnaître dans une identité homosexuelle, les fait apparaître comme l'une des populations les plus vulnérables à l'épidémie (...). Le processus de socialisation 'en tant qu'homosexuel' ne commence en général qu'après une période d'indétermination pendant laquelle les individus ont déjà des pratiques les exposant à une éventuelle contamination par le virus (on pensera notamment au problème de l'initiation sexuelle avec un partenaire plus âgé qui pourrait de ce fait se situer dans une classe d'âge où la prévalence du VIH est comparativement plus élevée).* »⁷¹.

La première section de ce chapitre traite de l'environnement familial des jeunes homo/bisexuels. La seconde section traite de l'entrée dans la sexualité et des premières étapes de la carrière sexuelle. La troisième et dernière section porte plus spécifiquement sur la gestion du risque d'infection par le VIH sous un angle thématique.

3.1 ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET AFFIRMATION DE SOI

Pour de nombreux jeunes, l'éveil à une sexualité minoritaire, plus spécifiquement la première identification homosexuelle, constitue une importante rupture biographique. D'une manière ou d'une autre, ceux-ci sont amenés à reconsidérer leur rapport avec leur entourage – en particulier familial – et à se redéfinir par rapport aux normes et aux valeurs sociales, en intégrant ou non l'homosexualité à leur personnalité. Or, comme on l'a mentionné dans l'introduction, malgré la relative bienveillance des pays occidentaux à l'égard des homosexuels, la conformité sexuelle fait l'objet d'attentes particulièrement fortes de la part des parents et des groupes de pairs. Même si une partie des parents accepte ou finit par accepter l'homosexualité de leur enfant, ces attentes sont fortement ressenties par les jeunes homo/bisexuels. Les enquêtes périodiques menées en France montrent en effet que si les répondants de 1995 se sentent mieux acceptés que les répondants de 1985, ce sentiment demeure minoritaire. Quant à l'enquête menée en Suisse romande parmi les jeunes homo/bisexuels de moins de 25 ans, celle-ci montre que plus d'un tiers des répondants perçoivent chez leur père une attitude défavorable vis-à-vis de l'homosexualité (plus d'un quart concernant la mère). Au sein de la fratrie et dans le cercle d'amis, le climat tend à être plus favorable.

La **révélation de l'homosexualité à l'entourage** (*coming out*) est plus ou moins fonction des attitudes perçues à cet égard. Les données recueillies parmi les jeunes homo/bisexuels romands de moins de 25 ans montrent que seulement la moitié des répondants ont révélé leur orientation sexuelle au père (48.2%). Il sont en revanche beaucoup plus nombreux à s'être confiés à la mère (68%) ou à la fratrie (64%). Mais c'est en dehors du cercle familial que les jeunes trouvent le plus fréquemment des personnes à qui s'ouvrir (82%). Il est important de noter ici que plus les répondants sont jeunes, plus le repli dans le silence est important et, lorsque l'homosexualité est connue par l'entourage, celle-ci tend à être moins facilement acceptée pour les plus jeunes que pour leurs aînés. C'est notamment ce que montrent les données françaises grâce auxquelles il a été possible d'effectuer ce type de comparaisons.

Tableau 3.1 Connaissance et acceptation de l'homosexualité en fonction de l'âge du répondant (16-20 ; 21-22 ; 23-24 ans) en France

	16-20 ans n=103	21-22 ans n =163	23-24 ans n =283	16-20 ans n =103	21-22 ans n =163	23-24 ans n=283
	Homosexualité inconnue de ...			Homosexualité connue <u>et</u> acceptée par :		
Votre père	61%	55%	54%	20%	21%	27%
Votre mère	49%	44%	40%	33%	40%	44%
Vos frères /sœurs	54%	38%	37%	31%	49%	51%
Vos amis hétéro	35%	24%	19%	61%	64%	66%

Source : Enquête *presse gaie* (France), 1995⁶

Ainsi, pour la majorité des jeunes homo/bisexuels, les premières phases du questionnement identitaire se déroulent en l'absence d'un soutien consistant de la part de l'environnement familial. De plus, les données françaises montrent qu'un peu plus de 10% des jeunes homo/bisexuels font l'expérience d'un rejet parental lorsque leur homosexualité est connue. Comme le soulignent les auteurs de ces enquêtes : « ... *un travail fort coûteux en énergie est souvent nécessaire pour arriver à transformer une homosexualité 'connue' en une homosexualité 'acceptée'* »³³. De fait, l'expérience du rejet parental est plus fréquente parmi les jeunes homo/bisexuels que parmi les jeunes de la population générale, pour lesquels on sait par ailleurs que les crises latentes ou ouvertes au sein de la cellule familiale ont les relations amoureuses pour principaux vecteurs³⁴. Ces événements tendent à accélérer le processus d'autonomisation des jeunes, et plus particulièrement à précipiter le départ du foyer familial. Pour les jeunes, homo/bisexuels, c'est notamment l'occasion d'évoluer dans un environnement plus favorable à l'expression de leur sexualité^{5,6,35}.

3.1.1 Homophobie et santé psychique

Aussi bien la crainte ou l'expérience du rejet de part de la famille que la confrontation avec l'homophobie à l'extérieur de la cellule familiale exercent une influence importante et négative sur l'estime de soi et plus généralement sur la santé psychique. Les mesures de prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie constituent en ce domaine des indicateurs de référence.

Certaines études montrent que les jeunes homo/bisexuels sont beaucoup plus nombreux que les hétérosexuels à avoir tenté de se suicider au cours de la vie. Aux Etats-Unis, ce risque est par exemple estimé comme étant cinq fois supérieur chez les homo/bisexuels³⁶ (17-39 ans). L'adolescence constitue de ce point de vue une période particulièrement critique : entre 20 et 40% des jeunes homo/bisexuels auraient attenté à leurs jours durant cette période³⁷. En Suisse romande, l'enquête menée auprès de jeunes homo/bisexuels fait état de données non moins élevées : un quart des répondants (24%) déclarent en effet avoir tenté de se suicider au cours de la vie. D'après les auteurs de cette étude, la moitié des tentatives ont été commises entre l'année qui précède et celle qui suit la première identification homosexuelle (16.6 ans). Pour deux tiers des répondants ces tentatives étaient en relation avec leur orientation sexuelle et

reflétaient non seulement une estime soi fortement diminuée, mais aussi la crainte du rejet familial et de la stigmatisation par les pairs (insultes, harcèlement, brimades). En France, des valeurs similaires sont observées dans le cadre de la dernière enquête presse gaie³⁸ (2000). La répartition par âge montre que la prévalence de tentative de suicide au cours de la vie est à son maximum avant 20 ans (27%). Elle baisse progressivement au fil des âges et se stabilise autour de 15% à partir de 35 ans^a. Enfin, les analyses effectuées en France montrent que les tentatives de suicide, de même que les épisodes dépressifs (dépression au cours de l'année) sont significativement associés avec le fait d'avoir été rejeté par ses parents, agressé ou injurié.

De toute évidence, ces événements sont source d'un mal-être certain, qui selon l'auteur de l'étude française, persisterait chez certains adultes. Ils ont en revanche un impact plus limité – et surtout plus difficile à mesurer – sur les comportements préventifs (voir 3.3.3).

3.2 ENTREE DANS LA SEXUALITE ET CARRIERE SEXUELLE

De nos jours, s'agissant de l'**âge au premier rapport sexuel**, on ne constate pas de différence substantielle entre les jeunes s'auto-définissant comme homosexuels et ceux de la population générale. Les comparaisons restent néanmoins hasardeuses, compte tenu des biais de participation qui caractérisent les enquêtes menées auprès des homo/bisexuels masculins. Celles-ci tendent en effet à sur-représenter les personnes sexuellement actives. De plus, les recherches réalisées auprès des jeunes de la population générale montrent clairement que le fait de déclarer une attirance pour une personne de même sexe n'a pas un caractère définitif dans la trajectoire future de ces jeunes (en particulier lorsque celle-ci est donnée pour non exclusive). L'importante enquête sur les comportements des jeunes de 15 à 18 ans, menée en France en 1994, permet de mieux cerner ce phénomène³⁹. On relève par exemple que la proportion de garçons déclarant une attirance homo/bisexuelle diminue avec l'entrée progressive dans la sexualité. En d'autres termes, les garçons les plus jeunes et les moins expérimentés sont plus enclins que leurs aînés à déclarer une attirance pour le même sexe. En revanche, si l'on ne considère que les garçons ayant eu au moins un rapport homosexuel, on observe que plus de la moitié d'entre eux sont entrés dans la sexualité avant 15 ans^b. Ils sont par conséquent plus précoces que leurs coreligionnaires n'ayant eu que des rapports hétérosexuels³⁵.

Si, dans ce domaine, les comparaisons entre les jeunes homo/bisexuels et les jeunes hétérosexuels se heurtent à des difficultés méthodologiques importantes, il est néanmoins possible d'établir des différences fondamentales en matière d'initiation sexuelle. En effet, si pour la grande majorité des jeunes hétérosexuels, l'entrée dans la sexualité génitale est précédée par le flirt et des pratiques d'attente (baisers et caresses du corps), ces préliminaires disparaissent lorsque les relations impliquent deux partenaires de même sexe. En d'autres termes, on observe une génitalisation quasiment immédiate des premières relations homosexuelles. Dans la majo-

^a Philippe Adam, l'auteur de l'étude française, relève que «... si cette baisse peut être expliquée par la disparition d'une partie des personnes à risque, elle proviendrait plutôt d'une atténuation rétrospective de la gravité des problèmes rencontrés durant la jeunesse (biais déclaratif) ».

^b On observe une prévalence plus ou moins similaire au Royaume-Uni¹⁹.

rité des cas, note l'auteur de l'enquête précitée, il s'agit d'un premier rapport pénétratif. De plus, on observe une importante différence d'âge entre les partenaires (jusqu'à 12 ans d'écart d'âge). Les premières relations homosexuelles auraient fréquemment un caractère initiatique et seraient davantage motivées par la curiosité que par le désir physique.

Si ces observations restent fragiles en raison de très faibles effectifs, elles sont en revanche aisément compréhensibles, dès lors que l'on tient compte de l'isolement des jeunes homo/bisexuels et leurs chances très réduites de trouver un partenaire dans le groupe de pairs. Toujours selon les données de l'enquête française menée parmi des jeunes de 15 à 18 ans de la population générale, on observe en effet que près de 70% des jeunes déclarant une attirance homosexuelle n'ont pas de copains attirés par le même sexe. Même si ces jeunes tendent avoir un réseau de sociabilité plus mixte que leurs pairs hétérosexuels, la grande majorité d'entre eux vivent dans l'isolement. On constate dès lors une séparation assez marquée entre la vie sexuelle et affective d'une part, et les modes traditionnels de sociabilité qui caractérisent l'adolescence d'autre part. En conséquence, comme le note Marie-Ange Schiltz : « *Le jeune homosexuel en quête de partenaires se trouve confronté à des modes de vie différents de ceux qui lui ont été donnés pour modèle, à des codes avec lesquels il devra se familiariser* »⁶.

D'une manière générale, la dissimulation de l'orientation sexuelle à l'entourage complique la recherche de partenaires et peut renforcer l'anonymat des premiers contacts sexuels, en particulier par la fréquentation des aires de drague. Mais il est important de signaler ici que les possibilités de rencontre se sont considérablement accrues avec le développement d'Internet et la multiplication des salons de discussion à l'usage de la population homosexuelle. On ignore quasiment tout de l'impact de cette évolution sur les modes d'insertion des jeunes homo/bisexuels sur le '*marché des échanges sexuels*' (expression de Michel Pollak). En effet, avant l'arrivée d'Internet, les possibilités de rencontres étaient fortement déterminées par la taille et la localisation des lieux de rencontres. Avec Internet, les possibilités de contact se sont à la fois affranchies des contraintes géographiques et des contraintes pécuniaires auxquelles les jeunes homo/bisexuels peuvent être confrontés. L'Internet permet en outre de contourner les difficultés éprouvées lors de contacts directs avec d'éventuels partenaires sexuels.

Le Tableau 3.2 (ci-dessous) montre que, comme leurs aînés, les homo/bisexuels de 16 à 20 recrutent de préférence leurs partenaires dans les bars et les discothèques. Cette tendance s'affermi au fil de l'âge et du processus d'autonomisation pour diminuer à partir de 25 ans. Il n'en demeure pas moins que les lieux publics constituent pour un grand nombre de jeunes des espaces propices aux rencontres sexuelles. En revanche, la fréquentation des établissements de consommation sexuelle ne concerne qu'une minorité de jeunes, mais leur fréquentation tend à s'accroître avec l'âge.

Tableau 3.2 Evolution de la fréquentation des lieux de rencontres sexuelles selon l'âge (en %) (plusieurs réponses possible)

	16-20 ans n=102	21-22 ans n=162	23-24 ans n=262	25-26 ans n=280	27-28 ans n=274	29-30 ans n =282
Petites annonces	11	12	11	10	12	11
Lieux publics	36	42	35	37	39	37
Au hasard dans la rue	25	28	24	31	29	29
Chez des amis	31	39	38	39	33	34
Bars/discothèques	53	58	62	54	49	48
Saunas/ <i>backrooms</i>	14	16	17	27	33	36
Réseau téléphonique	32	19	23	24	23	23
Minitel	16	14	22	27	23	26

Source : Enquête presse gaie (France), 1995⁶

Parmi les jeunes homo/bisexuels de moins de 25 ans interrogés en Suisse, la fréquentation des espaces conviviaux prime nettement sur les lieux favorisant les contacts sexuels : environ 80% fréquentent la scène commerciale gaie et 30% se rendent dans les saunas ou les jardins publics (55% parmi les plus de 25 ans)⁴⁰.

3.2.1 Activité sexuelle et vie affective

S'agissant du nombre de partenaires au cours des douze derniers mois, les jeunes homo/bisexuels ont très tôt une activité sexuelle importante et comparable à celle de leurs aînés. Il faut néanmoins tenir compte du fait que la quasi-totalité des jeunes répondant aux enquêtes sont sexuellement actifs et que les plus jeunes d'entre eux ne sont pas forcément représentatifs des jeunes homo/bisexuels (biais de sélection)²⁸.

Les données suisses de l'enquête HSH de 1994 montrent que, au cours des 12 derniers mois, les homo/bisexuels de moins 25 ans ont un nombre moyen de partenaires équivalent à celui des plus de 25 ans (environ 14 partenaires dans l'année). En revanche, la médiane est légèrement inférieure chez les plus jeunes (4 versus 5)⁴⁰. Plus spécifiques du point de vue de l'âge, les données françaises montrent que les jeunes homo/bisexuels multiplient les rencontres avant d'avoir atteint leur vingtième année : un répondant sur dix déclare plus de 20 partenaires au cours des 12 derniers mois (Tableau 3.3). Ils sont un peu moins de la moitié à déclarer plus de six partenaires (45%), presque autant que l'ensemble des répondants (53%) (dernière colonne).

Tableau 3.3 Nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois selon l'âge (en %)

Nombre de partenaires	16-20 ans n =102	21-22 ans n =162	23-24 ans n =262	Tous les âges n = 2513
Aucun	3	3	2	2
Un	11	20	19	19
Deux à cinq	40	27	30	26
De six à dix	19	20	23	19
De onze à 20	15	20	14	16
Plus de 20	11	10	12	18

Source : Enquête presse gaie (France), 1995⁶

Les jeunes homo/bisexuels se caractérisent donc par une activité sexuelle d'emblée très importante, mais à la différence de leurs aînés, ils sont davantage à la recherche d'une relation élective ou stable. En d'autres termes, les jeunes homosexuels accordent davantage d'importance à la fidélité au sein du couple. Cette exigence tend néanmoins à s'affaiblir avec l'âge et la durée des unions. Or, chez les jeunes homo/bisexuels, tout comme chez les jeunes de la population générale, les relations déclarées stables sont relativement courtes. Les données suisses (1994) montrent par exemple que 45% des relations stables déclarées parmi les jeunes homo/bisexuels de 25 ans (ou moins) durent depuis moins de six mois (contre 13% des relations stables déclarées par les plus de 25 ans)⁴⁰. L'étude menée en Suisse romande parmi les jeunes homo/bisexuels de moins 25 ans montre quant à elle que près de 70% des répondants déclarent une relation stable dans les 6 derniers mois, dont la durée moyenne est de 12 mois [min-max : 2 semaines – 3 ½ ans]²⁰.

3.3 GESTION DU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH

Ces différents aspects de la trajectoire des jeunes homo/bisexuels ne sont pas sans poser des problèmes concrets pour la prévention du VIH/sida, notamment lorsque l'on considère les différents contextes dans lesquels évoluent les jeunes homo/bisexuels. Dans le cadre de cette section, on portera principalement notre attention sur la gestion du risque d'infection par le VIH en tenant compte à la fois des problèmes d'ordre structurels et contextuels.

3.3.1 L'apprentissage du *safer sex*

L'insertion des jeunes sur le 'marché des échanges sexuels' implique l'apprentissage de nouveaux codes et de nouveaux usages propres au monde homosexuel, y compris en matière de prévention. Compte tenu de la rapidité avec laquelle les jeunes homo/bisexuels s'engagent dans la sexualité, il n'est pas surprenant d'observer chez les plus jeunes d'entre eux « *quelques hésitations* » (M.-A. Schiltz) dans l'acquisition des gestes préventifs. Celles-ci ont notamment été relevées en France et en Allemagne.

Sur la base des données récoltées en Allemagne, on observe en effet que les jeunes homo/bisexuels âgés de 16 à 20 ans tendent à déclarer davantage de prises de risques que leurs aînés. Comme le montre le tableau ci-dessous, 23% des répondants déclarent au moins un contact à risque au cours des 12 derniers mois (pénétration non protégée avec un partenaire dont le statut sérologique pour le VIH est inconnu ou discordant). Cette proportion s'élève à 35% parmi les jeunes de 16 à 20 ans, soit un écart de 12 points de pourcentage. Celui-ci se résorbe néanmoins très rapidement. En effet, passé le cap des 20 ans, la prévalence des contacts à risque ne varie quasiment pas selon la classe d'âge et reste très proche de la moyenne (23%).

Tableau 3.4 Répondants déclarant au moins un contact à risque dans les 12 derniers mois par classe d'âge

Classe d'âge	Au moins un contact à risque dans les 12 derniers mois	n
16-20	35%	51
21-24	23%	230
25-29	24%	725
30-34	23%	766
35-44	23%	802
45-54	21%	299
55+	20%	175
Tous	23%	2309

Source : Enquête presse gaie (Allemagne), 1996²⁸

En France, on constate également que les homo/bisexuels des classes d'âge inférieures tendent à se comporter de façon légèrement moins sécuritaire que leurs aînés. En 1995, par exemple, 12% des répondants des 16-20 ans déclaraient ne pas avoir utilisé de préservatif lors de la dernière pénétration anale avec un partenaire occasionnel, soit une proportion légèrement supérieure à celle observée chez les 21-25 ans (9%) et chez les 26-35 ans (7%). Elle est revanche plus proche de celle relevée dans les classes d'âge supérieures, qui, comme le souligne Marie-Ange Schiltz, par effet de génération, ont eu plus de difficultés à intégrer le préservatif dans leurs pratiques sexuelles. De même, l'analyse des stratégies adoptées en matière de protection montre que les comportements préventifs ne sont pas aussi bien établis parmi les jeunes de moins de 20 ans que chez leurs aînés. Mais encore une fois, l'écart est ténu et tend à se résorber rapidement. En d'autres termes, le niveau de protection atteint rapidement son maximum. En effet, à 25 ans, 80% des répondants déclarent observer les règles du *safer sex*, soit un niveau de protection équivalent à celui mesuré en Allemagne et en Suisse¹².

Ces observations suggèrent que l'adoption de comportements préventifs n'est pas immédiate mais fait l'objet d'un apprentissage qui comprend au moins deux dimensions : d'une part la **capacité à négocier la protection avec le partenaire sexuel** (que celui-ci soit un partenaire de rencontre ou le partenaire stable) et, d'autre part, **l'utilisation adéquate du préservatif avec ces partenaires**. Ces compétences ne sont pas acquises d'avance. La question consiste dès lors à savoir dans quelle mesure, les "hésitations" relevées plus haut sont préjudiciables du point de vue sanitaire. Aussi, faut-il tenir compte de différents paramètres, à savoir :

- la distribution de la prévalence du VIH dans les différentes classes d'âge et dans les différents segments de la population homosexuelle ;
- l'écart d'âge entre les partenaires sexuels ;
- la fréquence des contacts sexuels avec des partenaires différents ;
- la propension des homo/bisexuels à maintenir des comportements préventifs.

En d'autres termes, ce qui fonde véritablement la vulnérabilité des jeunes gays n'est pas le fait qu'ils soient "jeunes", mais le fait qu'ils évoluent dans un **système de contextes**^a dont la configuration est elle-même porteuse d'un risque d'infection à VIH. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de tenir compte – entre autres paramètres – des modalités d'insertion des jeunes homo/bisexuels dans le marché des échanges sexuels et des ressources qu'ils ont à disposition.

Comme on a pu le constater plus haut, l'exiguïté du réseau social des homo/bisexuels de moins de 18 ans hypothèque leurs chances de trouver leur(s) partenaire(s) sexuel(s) dans leurs lieux de vie et peut de ce fait renforcer la nature initiatique des premières expériences avec des partenaires de même sexe, et finalement favoriser un écart d'âge élevé entre les partenaires. Or, compte tenu de la distribution actuelle de la prévalence du VIH dans les différentes classes d'âge, c'est précisément dans cet écart que réside un risque substantiel de transmission. Comme l'ont souligné Ronald D. Stall (et collaborateurs), il serait utile de disposer d'études permettant de mieux cerner les mécanismes à l'œuvre dans ce domaine²⁵. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'une étude de cohorte menée aux Etats-Unis montre que, effectivement, les infections à VIH chez les jeunes (18-24 ans) ne sont pas le produit d'échanges sexuels non protégés à l'intérieur de leur classe d'âge, mais d'échanges sexuels avec des individus appartenant aux classes d'âge supérieures dans lesquelles la prévalence du VIH est comparativement plus élevée⁴¹.

S'agissant du mode d'entrée sur le marché des échanges sexuels, il est également important de tenir compte des mouvements migratoires des jeunes homo/bisexuels vers les grandes villes. Bien que ces mouvements répondent, comme pour la plupart des jeunes, à des impératifs liés à la formation ou à des choix professionnels, ils tendent à survenir relativement tôt dans la trajectoire des jeunes homo/bisexuels, en raison notamment de l'impossibilité pour certains d'entre eux de vivre pleinement leur préférence sexuelle dans leur milieu d'origine. Or, cette liberté acquise peut aussi se traduire par une augmentation importante de l'activité sexuelle et par conséquent par une exposition plus importante au risque d'infection par le VIH¹⁵. A ce titre, une étude de cohorte réalisée à Montréal a montré que parmi les jeunes homo/bisexuels (moins de 30 ans), les prises de risques étaient – entre autres facteurs – associées au fait de vivre dans la métropole depuis moins d'un an. Et les auteurs d'établir un lien entre ce facteur avec une prévalence plus élevée des comportements à risques parmi les homo/bisexuels de moins de 20 ans⁴².

^a Cette expression est empruntée à François Walter, professeur d'histoire sociale à l'Université de Genève.

3.3.2 La gestion du risque dans le couple (*negotiated safety*)

La gestion du risque d'infection par le VIH dans le couple est un thème largement transversal dans le domaine de la prévention du VIH/sida. Mais il est particulièrement central en ce qui concerne les homo/bisexuels masculins et plus spécifiquement les plus jeunes d'entre eux^{9,10,43}. Au cours des années 1990, de nombreuses études ont en effet montré que les pénétrations anales non-protégées se produisent plus fréquemment entre partenaires d'une relation stable qu'entre partenaires de rencontre^{14,25,27,44,45}. Ces différences ne sont à priori pas surprenantes dans la mesure où le couple peut user de différentes stratégies dans sa gestion du risque, alors que dans le cadre de rapports occasionnels, seules les règles élémentaires du *safer sex* devraient s'imposer^{46,47}. Or, tous les couples ne parviennent pas à établir une stratégie de protection qui soit en adéquation avec son degré d'exposition au risque. En effet, une partie non-négligeable des relations stables ne sont pas exclusives (ou tend à devenir non-exclusive au fil du temps), d'autre part les partenaires ne connaissent pas forcément leur statut sérologique pour le VIH. Si bien que la conjonction de ces deux facteurs expose le couple à un risque substantiel de transmission du VIH.

Comme l'ont montré plusieurs études, les jeunes générations d'homo/bisexuels masculins sont particulièrement concernés par cette problématique^{18,48-51}. Une étude de cohorte réalisée à Amsterdam a notamment montré que les homo/bisexuels de moins de trente ans, infectés par le VIH entre 1994 et 2000, avaient plus souvent que leurs aînés le partenaire stable comme source d'infection (les homo/bisexuels de plus de trente ans étant principalement infectés par des partenaires occasionnels). D'après les résultats de cette étude, la transmission du VIH par le partenaire stable est un phénomène qui se serait progressivement renforcé et imposé au cours des années 1990 chez les homo/bisexuels de moins de 30 ans⁴⁸. Dans une autre étude (1995-6), la même équipe de chercheurs a observé que sur l'ensemble des répondants (âgés de moins de 30 ans) déclarant pratiquer une protection négociée (*negotiated safety*), 10% d'entre eux dérogeaient à ce principe. Au total, un tiers des répondants engagés dans une relation stable n'était pas à l'abri d'une infection à VIH au sein du couple. Une autre étude longitudinale effectuée auprès de jeunes homo/bisexuels de 18 à 27 ans (USA) montre quant à elle une prévalence élevée de rapports non protégés avec le partenaire stable, ce en l'absence de stratégie de protection consistante au sein du couple : 40% des répondants ayant eu des rapports non protégés avec leur partenaire stable ignoraient leur statut sérologique ou celui de leur partenaire pour le VIH⁵¹. Indépendamment de l'âge, on observe des prévalences plus ou moins élevées des contacts à risque dans le cadre de relations stables : 12% en Allemagne⁴⁵ (1996), 13% en France⁵² (2000) et 16% en Suisse⁴⁷ (2000).

Comme le montrent les recherches plus spécifiques du point de vue de l'âge, les jeunes homo/bisexuels seraient particulièrement concernés par cette problématique. Plusieurs études tendent en effet à montrer que les jeunes homo/bisexuels (15-25 ans) ne sont pas toujours en mesure de négocier la protection au sein du couple^{18,51} ou ne disposent pas des compétences nécessaires pour le faire. Non seulement le manque d'expérience mais aussi la propension plus affirmée chez les jeunes à idéaliser la relation de couple peuvent faire obstacle à une communication adéquate entre les partenaires (en tout cas du point de vue de la santé publique). De plus, comme le sociologue Michel Hubert a pu le constater en population générale : «... *la manière dont les individus gèrent le risque varie bien souvent d'une relation à l'autre* »⁵³. Or à

l'instar de leurs coreligionnaires hétérosexuels, les jeunes homo/bisexuels ont tendance à s'engager dans des relations "monogamiques" successives. Chez ces derniers, les données relatives à l'activité sexuelle et à la durée des unions montrent en outre que le renouvellement des partenaires est relativement rapide. À terme, ces différents facteurs peuvent introduire une certaine incertitude dans la gestion du risque. Enfin, il est important de considérer la trajectoire des couples eux-mêmes, dont on sait qu'ils ont tendance à devenir moins exclusifs au fil du temps. Si tant est que les partenaires d'une relation stable aient établi une stratégie de protection, celle-ci peut se révéler inadéquate par rapport à l'évolution du degré d'exposition au risque au cours du temps. Comme l'a montré une étude précédente de l'IUMSP, tous les couples ne disposent pas des mêmes capacités de négociation en la matière⁴³.

3.3.3 Construction identitaire et exposition au risque

Dans le domaine du VIH/sida, il existe un large consensus selon lequel l'acceptation de son homosexualité et l'acquisition d'une identité homosexuelle consistante figurent parmi les conditions nécessaires à l'acquisition et au maintien des gestes préventifs. Il est cependant curieux de constater que cette relation ne va pas forcément de soi^{18,20,54}. En d'autres termes, il n'y a pas de lien automatique entre le degré d'acceptation de l'homosexualité et le degré d'exposition au risque. En effet, les prises de risques ne reflètent pas forcément une moins bonne acceptation de l'homosexualité, mais peuvent être le reflet d'un sentiment d'invulnérabilité propre à l'état de jeunesse^{54,55}. En outre, la mesure des associations entre ces deux variables se heurte à des difficultés méthodologiques considérables. L'identité est loin d'être une notion facilement appréhensible dans le cadre d'enquêtes quantitatives. Son étude nécessite en effet une combinaison sophistiquée de variables qui complique considérablement l'interprétation des résultats. Or, l'identité homosexuelle est moins une caractéristique individuelle que l'expression d'un rapport social⁵⁶⁻⁵⁸, dont les enquêtes quantitatives ne peuvent évidemment pas saisir tous les termes et toutes les composantes.

Il n'empêche que la découverte plus ou moins progressive d'une orientation homosexuelle est fortement anxiogène pour la plupart des jeunes. Elle implique notamment le passage d'une identité assignée, culpabilisante, qui pré-existe à l'individu (dont l'insulte est le marqueur principal^a), à une identité personnelle, fondée sur l'expérience intime et la (re)valorisation de soi^b. À ce titre, il n'est pas inutile de rappeler que les gays grandissent dans un environnement qui, contrairement à une idée largement répandue, reste homophobe : un quart des jeunes homo/bisexuels interrogés en Suisse romande rapporte avoir fait l'objet d'injures au cours des six derniers mois. Ils sont en outre plus de 15% à avoir subi des agressions par le passé²⁰. Parmi les plus jeunes, l'école peut devenir un environnement extrêmement hostile compte tenu des insultes qui y sont fréquemment proférées, des phénomènes de bouc-émissaires plus ou moins

^a Voir sur ce thème l'ouvrage de Didier Eribon (1999) sur la « question gaie »⁵⁸, en particulier la première partie de l'ouvrage.

^b C'est le propre de toute population stigmatisée comme l'avait démontré le sociologue américain Erving Goffman dans une étude devenue célèbre sur le handicap⁸¹, voir également Leonetti-Taboada, 1990⁸².

prégnants suivant les filières scolaires, et du silence dans lequel s'enferment les jeunes en l'absence de soutien consistant dans leur environnement¹¹. Or, l'homophobie sociale, surtout lorsqu'elle intériorisée, se caractérise par une forte **dégradation de l'estime de soi**, dont la prévalence élevée des tentatives de suicide est l'ultime expression^{3,4,59} (voir 3.1.1).

Dans le domaine du VIH/sida, les périodes de désespoir que traversent la plupart des jeunes homo/bisexuels au cours des premières phases du processus identitaire peuvent ainsi conduire à des expositions au risque momentanées. Or, l'absence de lien significatif entre le processus de *coming out* et les comportements à risque ne doit en aucun cas conduire à négliger la souffrance psychologique des jeunes homo/bisexuels.

3.3.4 Milieu social et appartenance culturelle

Il est généralement admis que le milieu social et la culture d'origine (en particulier chez les migrants) a une influence sur la santé. Sous cet angle, la population homosexuelle ne fait pas exception à la règle. En d'autres termes et comme le souligne Michael Bochow : « *La population gaie ne peut échapper aux effets des inégalités sociales qui structurent les sociétés industrielles occidentales* » (traduction libre⁶⁰). Et l'auteur d'observer que les gais de condition modeste ont trois fois plus de risques d'être infectés par le VIH que les gais de la classe moyenne. Une étude qualitative menée récemment par cet auteur en Allemagne a notamment montré que la classe sociale est un facteur discriminant en ce qui concerne la gestion du risque d'infection à VIH. Ce différentiel est en partie l'expression de parcours de vie différents suivant la place occupée dans les hiérarchies sociales. En premier lieu, l'homosexualité fait l'objet d'une plus forte stigmatisation dans les milieux modestes. Les homosexuels issus de ces milieux ont plus souvent fait l'expérience d'un rejet familial en raison de leur orientation sexuelle ; à ces difficultés s'ajoutait un réseau social moins étendu et moins soutenant. Le stress généré par une situation économique précaire, un faible degré d'insertion sociale et l'existence de conflits familiaux ne sont pas des facteurs favorables à la santé : « *This results in men of lower socio-economic status developing fragmented identities which hinder the development and application of appropriate coping strategies during life crises* »⁶⁰. Dans ce domaine, ce ne sont pas tant les connaissances sur le VIH/sida qui sont en cause que la capacité des individus à mobiliser des ressources salutogéniques.

La thématique de l'appartenance culturelle et religieuse a été peu étudiée dans les travaux portant spécifiquement sur les jeunes homo/bisexuels. Il est néanmoins établi que la culture d'origine exerce une influence importante sur le développement identitaire et sur les comportements sexuels⁶¹. Il n'y a pas de raison de penser qu'il pourrait en être autrement parmi les jeunes homo/bisexuels^a.

^a Cette thématique n'est pas étudiée plus en détail dans la présente étude, car, comme on l'a mentionné plus haut, elle est peu représentée dans les travaux portant sur les jeunes homo/bisexuels.

4 PROGRAMMES ET DISPOSITIFS DE PREVENTION

Ce chapitre a pour premier objectif de présenter un nombre réduit de programmes de prévention qui ont pour principales particularités : a) d'être spécifiquement conçus pour les jeunes homo/bisexuels ; b) d'avoir été évalués en termes d'impact sur les comportements du public-cible (les résultats de ces évaluations ayant été communiqués dans la presse scientifique ou mentionnés par ce canal). Sur la base de ces deux critères, seuls trois programmes ont pu être identifiés. Deux programmes ont été mis en oeuvre aux Etats-Unis⁶²⁻⁶⁵, le troisième au Canada⁶⁶.

Il est regrettable que l'on ne dispose pas d'évaluations de programmes ayant été développés en Europe occidentale. Ce constat est néanmoins compréhensible. En effet, dans la plupart des pays européens – la Suisse y compris – les jeunes homo/bisexuels en tant que public-cible sont souvent inclus dans les programmes visant la population homosexuelle de façon plus générale. De plus, les interventions auprès des jeunes homo/bisexuels (en particulier les groupes d'auto-support) sont fréquemment à mettre à l'initiative des associations homosexuelles, pour lesquelles la prévention du VIH/sida n'est pas la seule finalité. Enfin, il est important de souligner que la prévention du VIH/sida pour les jeunes homo/bisexuels s'inscrit dans un réseau d'interventions (plus ou moins développées). Ce chapitre a ainsi pour deuxième objectif d'identifier les principaux acteurs de ce réseau et de décrire, sur la base de l'information disponible, le type de demandes auxquelles ils sont amenés à répondre.

4.1 LES PROGRAMMES EVALUES

4.1.1 *The Mpowerment project*

Ce programme a été mis en oeuvre au cours des années 1990 dans deux villes moyennes américaines (Eugene, Oregon et Santa Barbara, Californie), qui sont comparables à plusieurs points de vue : un nombre d'habitants à peu près équivalent ; présence d'un campus universitaire, d'une organisation de lutte contre le sida, de quelques bars gays, mais absence de programme spécifiquement destiné aux jeunes homo/bisexuels. Aucune des deux villes n'est un épice centre pour le VIH/sida.

Interventions

Le programme est fondé sur la théorie relative à la diffusion des innovations, élaborée par Everett Rogers⁶⁷, selon laquelle :

- les leaders d'opinion sont des agents essentiels en matière de changement social ;
- lorsque 10 à 15% de la population en cause adopte une innovation, celle-ci se diffuse naturellement dans les réseaux sociaux pour à terme toucher l'ensemble de la communauté.

Dans le cas d'espèce, les pairs sont supposés disposer de l'influence nécessaire pour (ré)orienter les comportements sexuels et donner une forte crédibilité aux messages de prévention. C'est la raison pour laquelle, les interventions ont été conçues par un groupe composé d'une quinzaine de jeunes gays (*Core Group*), avec le soutien toutefois d'un *Community Advisory Board* rassemblant des professionnels de la santé publique, des universitaires et des membres des ONG engagés dans la lutte contre le VIH/sida.

Le programme prévoit trois types d'interventions simultanées. La première consiste dans un travail de proximité par les pairs (*peer outreach*). De jeunes gays vont à la rencontre de leurs pairs dans le but de diffuser des messages sur le *safer sex* et de recruter parmi eux de nouveaux intervenants. Le but poursuivi consiste à maximaliser la diffusion des messages de prévention à l'intérieur des réseaux de sociabilité. Pratiquement, les *outreachworkers* (ORW) se rendent dans les lieux fréquentés par les jeunes homo/bisexuels et créent des opportunités pour entrer en contact avec un maximum de personnes. C'est ainsi que des fêtes et des activités régulières sont organisées dans le cadre du programme, lequel dispose par ailleurs d'un local approprié. Le deuxième type d'intervention consiste dans l'organisation de rencontres dans le cadre de **petits groupes** fréquentés par une dizaine de personnes. Ces groupes ont pour objectif d'approfondir les messages de prévention, de s'exprimer sur les difficultés qui entravent l'adoption du *safer sex*, de renforcer les compétences des jeunes en matière de négociation (*negotiated safety*) et surtout de mettre en commun les expériences individuelles^a. Conformément à la théorie de la diffusion des innovations, les concepteurs du programme espèrent que 15 à 20% du public-cible fréquentent ces groupes. Enfin, le troisième type d'intervention consiste dans une **campagne de prévention** sur un mode publicitaire dans différents médias (presse, affichage, *flyers*, etc.).

Design de l'évaluation

L'évaluation de Mpowerment Project a été planifiée avant sa mise en oeuvre. A cette fin, le projet a été mis en oeuvre dans chacune des villes avec une année d'intervalle, d'abord à Eugene, puis à Santa Barbara. L'évaluation s'est déroulée en deux phases.

La première phase avait une dimension expérimentale et consistait à évaluer les impacts du programme sur les attitudes et les comportements sexuels des jeunes homo/bisexuels (après huit mois d'intervention). Pour ce faire, les concepteurs du programme ont recruté avant l'intervention une cohorte de jeunes homo/bisexuels dans les deux villes concernées (n=300). Ceux-ci ont été interrogés à deux reprises avant l'intervention, et une fois après l'intervention. Les jeunes homo/bisexuels recrutés à Santa Barbara, n'ayant pas encore été exposés à l'intervention, faisait office de groupe de contrôle. Les échantillons avaient une composition relativement similaire dans les deux villes et les jeunes ayant quitté l'une ou l'autre ville durant la période d'évaluation ne différaient pas des jeunes restés dans l'échantillon.

^a Les séances s'échelonnent de la façon suivantes : 1) briser la glace ; 2) vérifier et corriger les connaissances sur le *safer sex* ; 3) érotiser le *safer sex* ; 4) Promouvoir l'utilisation du préservatif ; 5) Stratégies verbales et non verbales pour imposer le *safer sex* ; 6) Inciter les jeunes à encourager leur entourage à adopter le *safer sex*.

La deuxième phase de l'évaluation a eu lieu après que le programme aie été implanté dans les deux villes. Il s'agissait de mesurer l'impact du programme à plus long terme, soit une année après l'évaluation ayant suivi directement l'intervention.

Les prévalences de pénétrations annales non protégées avec les partenaires occasionnels et le partenaire stable au cours des deux derniers mois ont servi d'indicateurs de référence.

Résultats de la phase 1

Comme le montre le tableau ci-dessous, l'intervention a porté ses fruits. La prévalence des pénétrations annales non protégées avec les deux types de partenaires a significativement diminué à Eugene alors qu'elle est restée stable à Santa Barbara.

Tableau 4.1 Analyse du changement des comportements sexuels avant et après l'intervention (rapports non protégés dans les deux derniers mois)

Indicateur	Intervention	Avant intervention	Après intervention	P	Variation en %
% rapports non protégés quel que soit le partenaire	oui	41.0	30.0	<0.05	-26.8
	non	38.6	39.8	ns	+3.1
% rapports non protégés avec partenaires occasionnels	oui	20.2	11.1	<0.05	-45.0
	non	26.7	22.1	ns	-17.2
% rapports non protégés avec partenaire stable	oui	58.9	44.7	<0.05	-24.1
	non	56.4	59.5	ns	+5.5

Oui = Eugene ; Non = Santa Barbara
Source : Kegeles SM et al.⁶⁴

A la suite de l'intervention (Eugene), on constate en effet une importante diminution des contacts à risques quel que soit le type de partenaire. Cette diminution est néanmoins beaucoup plus marquée avec les partenaires de rencontre qu'avec le partenaire stable. En revanche, à Santa Barbara, les comportements sont restés relativement stables. La prévalence des contacts à risque avec les partenaires occasionnels a certes baissé, mais pas autant qu'à Eugene. Ils ont de plus très légèrement augmenté avec le partenaire stable. En conclusion, ces données montrent que l'intervention a eu impact favorable et nettement perceptible sur les comportements sexuels.

Il est en outre ressorti de l'évaluation effectuée à Eugene que 87% des répondants avaient entendu parler du projet et 77% avaient participé à deux activités au moins. Parmi les répondants, 46% ont reçu une invitation à participer aux groupes de rencontre et près de 20% y ont effectivement pris part. Les objectifs fixés par les concepteurs du programme ont par conséquent été atteints.

Résultats de la phase 2

La deuxième phase de l'évaluation avait pour but de mesurer les impacts du programme à plus long terme, soit une année après l'évaluation qui a directement suivi l'intervention dans les deux villes concernées (*follow up*).

Les comportements préventifs avec les partenaires occasionnels se sont maintenus, voire renforcés une après l'intervention. Avant l'intervention, la prévalence des rapports non protégés avec les partenaires occasionnels s'élevait en moyenne à 19% pour les deux villes, pour descendre à 11% un après l'intervention, soit une variation de -42%. S'agissant, des rapports non protégés avec le partenaire stable, les résultats sont en revanche beaucoup plus contrastés. A Eugene, un an après l'intervention, la prévalence des contacts à risque a retrouvé son niveau d'origine (environ 60%). En revanche, à Santa Barbara les bénéfices observés directement après l'intervention se sont maintenus au niveau observé directement après l'intervention (environ 40%). Les auteurs relèvent qu'après l'intervention les compétences de négociation des jeunes homo/bisexuels ont significativement augmenté. De même, l'intervention semble avoir renforcé la dimension normative du *safer sex*, dans le sens où les répondants déclarent que leur entourage est plus enclin à adopter des comportements préventifs.

En conclusion, Mpowerment project a eu impact non-négligeable sur les comportements des jeunes homo/bisexuels. Ce changement est particulièrement sensible en ce qui concerne la protection avec les partenaires occasionnels. Il semble néanmoins plus limité dans le cadre des relations stables. On notera par ailleurs que ce projet a également fait l'objet d'une analyse coût-efficacité, laquelle a montré que l'intervention est extrêmement rentable compte tenu des coûts épargnés par infection évitée⁶³.

4.1.2 Indiana Youth Access Project (IYAP)

Implanté dans l'Etat d'Indiana à l'Ouest des Etats-Unis, ce projet plonge ses racines au cœur des années 1980. Issu du mouvement associatif de la ville d'Indianapolis, il s'est considérablement développé au cours des années 1990 avec le soutien financier des pouvoirs publics. Dès 1989, il eut pour mission d'offrir un soutien aux jeunes homo/bisexuels, lesbiennes et transsexuels de moins de 21 ans en proie à toute forme de difficultés (en particulier sur le plan sanitaire et social). Le fait de ne pas se reconnaître dans ces catégories n'est pas un critère d'exclusion.

Le projet a une fonction d'*empowerment* et d'*advocacy*. Il prend en charge une population fortement stigmatisée et marginalisée.

Description de l'intervention

IYAP, c'est avant tout un centre d'accueil dont l'accès est facilité : a) par un travail de proximité (*outreachwork*) ; b) par une ligne téléphonique ; c) par les aiguillages. Le projet inscrit son action au sein d'un réseau socio-sanitaire comprenant aussi bien des professionnels de la santé et que des milieux socio-éducatifs. Dans un premier temps, le service évalue les besoins des jeunes et procède le cas échéant à des aiguillages pertinents. Les jeunes sont ensuite invités à participer à un groupe de soutien dont la fonction est de restaurer leur estime de soi, de développer les connaissances et les compétences en matière de *safer sex*. Suivant leur trajectoire au sein de

ce service, les jeunes ont également l'occasion de jouer un rôle actif dans le projet : écoute téléphonique, *outreachwork*, accueil. Passé leur vingt-et-unième année, les bénéficiaires peuvent intégrer un groupe pour jeunes adultes, voire suivre une formation pour superviser et animer les activités prévues pour les plus jeunes. On trouvera en annexe 7.1 le modèle détaillé d'intervention.

Design de l'évaluation

Le programme est évalué au cours de l'année 1997. L'évaluation porte sur l'utilisation du service et sur l'impact des programmes sur différentes variables psychosociales et comportementales. Pour la présente étude, seuls les résultats de l'évaluation des impacts sont présentés.

Méthode : une soixantaine de personnes est recrutée avant la fin du premier mois de prise en charge. Ces personnes sont invitées à participer à un entretien face-à-face avec un professionnel extérieur au programme. Après 6 mois, les répondants sont conviés à un nouvel entretien. L'objectif de ces entretiens est de collecter des données relatives à différents indicateurs psychosociaux et comportementaux (entre autres indicateurs : connaissances et attitudes par rapport au VIH/sida, comportements sexuels, activité sexuelle, réseau de soutien, etc.). Les mesures sont faites en l'absence de groupe de contrôle. Malheureusement, on ne dispose pas de description socio-démographique de l'échantillon sélectionné, ce qui complique l'interprétation des résultats. On ignore par exemple le ratio homme-femme.

Résultats

Les résultats sont assez contrastés. L'évolution des indicateurs psychosociaux montre que le projet a eu un impact bénéfique sur l'estime de soi et sur la santé psychique (diminution de la souffrance psychologique). Cette différence est statistiquement significative (respectivement : $p \leq 0.05$; $p \leq 0.1$). S'agissant des attitudes par rapport au risque d'infection à VIH, on observe parmi les répondants un plus grand sentiment d'efficacité dans la gestion des risques ($p \leq 0.01$), mais aussi une plus grande crainte par rapport au virus ($p \leq 0.001$).

Les résultats obtenus pour les comportements sont beaucoup plus équivoques. En effet, on constate une augmentation de l'activité sexuelle, ainsi que de la consommation de substances psychotropes. On n'observe pas d'évolution particulière au niveau des comportements préventifs (les mesures utilisées ne correspondent pas aux standards utilisés dans la littérature). En outre les auteurs de l'étude ne fournissent pas un éclairage décisif pour l'interprétation. D'une manière générale, on relève la persistance de prises de risques occasionnelles. Or, on ignore quelle est la nature des contacts à risques et quel type de partenaire est impliqué. De toute évidence, ces lacunes devraient conduire à une interprétation prudente de ces résultats, ce d'autant plus que les impacts mesurés au niveau des attitudes ne concordent pas avec les impacts mesurés sur les comportements.

4.1.3 Projet 10

Projet 10 est un programme montréalais (Canada). Il s'adresse aux adolescent-e-s et aux jeunes adultes en phase de questionnement sur leur orientation sexuelle ou qui éprouvent des difficultés à exprimer leur préférence sexuelle. Dans le but de réduire les risques d'infection à VIH

chez les jeunes homo/bisexuels, le projet 10 cherche à favoriser chez ceux-ci une plus grande acceptation de leur orientation sexuelle, à développer autour d'eux un soutien social adéquat, à améliorer l'estime d'eux-mêmes, et plus directement à promouvoir le *safer sex* et à renforcer les normes sociales favorables à son adoption et son maintien. Pour ce faire, le projet propose : a) une ligne d'écoute téléphonique, b) la possibilité de recourir à un conseil individuel, c) la possibilité de participer à un groupe de soutien (pour les 14-18 ans et pour les 19-25 ans). L'évaluation présentée ci-dessous porte uniquement sur le groupe de soutien.

Description de l'intervention

On ne dispose pas de description détaillée de l'intervention en cause. Mais à la lecture du rapport exécutif, il apparaît que le groupe de soutien centre son action dans deux domaines principaux :

- la prévention du VIH/sida : connaissances, perception de sa vulnérabilité au VIH ; attitude et perception de contrôle vis-à-vis du *safer sex* ;
- un *empowerment* plus général : acceptation de son homosexualité, soutien social général par les pairs et les parents, estime de soi.

A défaut d'un concept plus détaillé concernant ce groupe de soutien, le lecteur pourra se référer au modèle d'intervention de groupe conçu par la Direction de la santé publique de Québec à l'attention des intervenants. La synthèse de cette stratégie d'intervention est présentée à l'annexe 7.2.

Design de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est de mesurer l'impact de la participation au groupe de soutien sur différentes variables afférentes à la santé psychique et sexuelle des participants ainsi que sur leurs comportements par rapport au VIH/sida (Tableau 4.2).

Le design d'évaluation est de type transversal-longitudinal avec groupe témoin non aléatoire. Le dispositif d'évaluation est complété par une vingtaine d'entrevues semi-directives conduites avec des participants du groupe de soutien au moment où ils intègrent le groupe et ultérieurement (3 à 12 mois plus tard). À leur entrée dans le groupe, les jeunes remplissent un questionnaire auto-administré anonyme (prétest). Trois mois plus tard, ils sont invités à remplir un deuxième questionnaire. L'étude s'est déroulée entre octobre 1995 et octobre 1997.

Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 110 garçons et filles sont compris dans l'échantillon final. Celui-ci se compose principalement de garçons (75%). La moitié des participants a moins de 19 ans. Sur le plan social, un jeune sur deux a révélé son homosexualité à son entourage immédiat. La majorité d'entre eux n'a pas de contact avec les diverses ressources du milieu gai.

S'agissant de l'activité sexuelle, 61% des répondants ont eu au moins un rapport sexuel dans les trois mois précédant l'un et l'autre test ; 10% n'étaient plus sexuellement actifs au post-test, 10% n'ont pas eu de rapports sexuels au cours de toute la période de référence et 18%, non actifs au prétest, étaient actifs au post-test.

Résultats

Le tableau ci-dessous synthétise les résultats de l'évaluation. Les effets du projet 10 sur les différents indicateurs psychosociaux et comportementaux sont répartis selon la durée d'exposition au projet.

Tableau 4.2 Effets du projet 10 sur divers indicateurs psychosociaux selon l'intensité d'exposition au projet ; moyennes (n= 110)

Indicateur*	Effet global			Effet selon l'intensité d'exposition au projet					
	pré	post	p	Jusqu'à 5 rencontres			Plus de 5 rencontres		
				pré	post	p	pré	post	p
Acceptation de son orientation sexuelle	3.07	3.51	***	3.21	3.48	NS	2.93	3.53	***
Attitude face à l'homosexualité	4.17	4.41	***	4.27	4.43	*	4.07	4.40	***
Estime de soi	3.45	3.58	*	3.50	3.56	NS	3.41	3.59	*
Perception de contrôle sur le plan sexuel	3.82	4.06	**	3.84	4.04	NS	3.80	4.08	*
Soutien social	3.09	3.52	***	3.24	3.38	NS	2.94	3.65	***
Divulgarion de son orientation sexuelle (OS)	3.16	3.73	**	3.52	3.83	NS	2.82	3.63	**
Ouverture des parents et amis face à son OS	2.79	3.35	***	2.98	3.40	***	2.62	3.29	***
Socialisation gaie	2.22	2.65	***	2.51	2.84	**	1.94	2.48	***
Evaluation personnelle de son risque VIH	2.71	2.52	NS	2.60	2.50	NS	2.84	2.54	NS
Connaissances	4.06	4.26	*	4.15	4.18	NS	3.98	4.33	**
Attitudes face à l'usage du condom	3.88	3.90	NS	3.81	3.80	NS	3.94	4.00	NS
Perception de contrôle face à l'usage du condom	4.03	4.08	NS	4.01	3.97	NS	4.05	4.19	NS
Normes subjectives face à l'usage du condom	4.71	4.55	↓	4.70	4.56	NS	4.71	4.55	NS
Perception du comportement des autres face au <i>safer sex</i>	3.01	3.09	NS	3.00	3.22	NS	3.02	2.96	NS
Proportion de rel. anales reçues protégées**	4.62	4.62	NS	4.67	4.56	NS	4.50	4.75	NS
Proportion de rel. anales données protégées**	3.93	4.80	*	4.33	4.89	NS	3.33	4.67	NS

*** P≤0.001 ** P≤0.01 * P≤0.05 NS=non significatif *échelle 1=faible à 5= élevé ** échelle 1=aucune à 5=toutes

Source : Otis J et al. 1999⁶⁶

D'une manière générale, on observe que le projet 10 exerce une influence positive sur le degré d'adaptation à l'orientation sexuelle et tend à faciliter le processus de *coming out* (révélation de l'homosexualité à l'entourage). Les effets observés sont d'autant plus forts que les jeunes ont participé à plus de 5 rencontres. En effet, passé ce seuil, l'évolution des indicateurs devient significative.

S'agissant des attitudes et des normes perçues par rapport au *safer sex*, les indicateurs sélectionnés sont restés globalement stables au cours de la période d'observation. De fait, les scores sont déjà élevés dès l'entrée des jeunes dans le groupe de soutien. On note par ailleurs que les connaissances ont significativement augmenté. En revanche, on observe une légère diminution des "normes subjectives face à l'usage du préservatif", que les auteurs de l'étude attribuent à un biais de régression vers la moyenne.

Quant aux comportements sexuels, on observe que les participants ont déjà largement intégré le préservatif à leurs pratiques. C'est la raison pour laquelle les variations sont de faible ampli-

tude. D'une manière générale, on constate que quel que soit le degré d'exposition au projet, les comportements préventifs tendent à se renforcer.

L'évaluation qualitative du projet 10 confirme la plupart de ces résultats. Un an après la participation au groupe, les jeunes sont sortis de leur isolement, ont repris confiance en eux et réussi à bien accepter leur orientation sexuelle. Le groupe de soutien leur a permis de réduire leur inquiétude et de se projeter dans l'avenir de façon plus positive. Enfin, le projet les a aidé à se construire un réseau de soutien et de sociabilité, principalement composé de pairs. De plus, il a vraisemblablement permis une meilleure gestion des rapports familiaux. Les jeunes participants ont en effet retrouvé un certain équilibre, ce qui tend à réduire l'inquiétude des parents. En d'autres termes, au sein de la cellule familiale, le soulagement a succédé aux tensions. Enfin, ces acquis semblent se maintenir à plus long terme.

4.1.4 Synthèse des résultats

Cette synthèse ne tient pas compte des résultats de l'évaluation de IYAP, en raison des lacunes observées plus haut (absence d'une description détaillée de l'échantillon et des indicateurs comportementaux).

Les points forts

Les résultats des évaluations présentées ci-dessus sont globalement satisfaisants. Ils confirment l'hypothèse selon laquelle l'éducation par les pairs est une méthode efficace dans le domaine de la prévention du VIH/sida auprès des jeunes homo/bisexuels. En d'autres termes, la plupart des effets attendus sont confirmés :

- l'approche communautaire permet la production de normes collectives favorables à l'adoption et au maintien de pratiques sexuelles à moindre risque ;
- l'adoption de ces normes au niveau individuel perceptible dans l'évolution des comportements ;
- la participation aux groupes de soutien permet de consolider les connaissances par rapport au VIH/sida et d'améliorer les compétences en matière de gestion du risque.

D'une manière générale, les approches défendues par ces programmes s'inscrivent dans la continuité des actions menées dans et par la population homosexuelle des pays occidentaux depuis le début de l'épidémie⁶⁸⁻⁷². Elles sont d'autant plus pertinentes pour les jeunes homo/bisexuels. A ce titre, les groupes d'auto-support s'avèrent être des dispositifs particulièrement précieux. En effet, ces groupes permettent aux jeunes homo/bisexuels de mieux accepter leur orientation sexuelle, de se revaloriser, de rompre leur isolement, de se constituer un réseau de sociabilité et de soutien. Soit autant de ressources qui, comme on l'a vu plus haut, tendent à faire cruellement défaut au moment où ils découvrent leur attirance pour des personnes du même sexe et s'engagent dans la vie adulte. Ces effets sont d'autant plus forts que la fréquentation du groupe est consistante.

Il ne fait aucun de doute que ces résultats sont en adéquation avec les objectifs fixés par les stratégies développées dans le cadre de la prévention VIH, à savoir l'*empowerment* et l'*advocacy*. Or, il est important de réaliser que ces bénéfices ont une portée beaucoup plus générale et devraient être

pris en compte dans le cadre d'une politique de prévention du suicide chez les jeunes homo/bisexuels.

On notera enfin que le projet Mpowerment a fait l'objet d'une analyse coût-efficacité, dont les résultats montrent que le projet est particulièrement rentable, lorsque l'on considère l'épargne effectuée par infection évitée.

Les points faibles

Il n'y a pas à proprement parler de points faibles dans les programmes analysés. On soulignera cependant qu'il subsiste un doute quant à l'efficacité à long terme des interventions sur les comportements préventifs avec le partenaire stable. Ce point a notamment été relevé dans l'évaluation du projet Mpowerment qui, des trois programmes, était probablement le plus conséquent en termes d'interventions. De fait, le programme s'est montré particulièrement probant en ce qui concerne l'adoption de comportements préventifs avec les partenaires occasionnels. Il est probable que la réduction des contacts à risque avec le partenaire stable nécessite des interventions plus approfondies. Enfin, le financement à long terme reste le talon d'Achille de la plupart des programmes de prévention. Le maintien des programmes permet d'éviter que les mêmes problèmes ressurgissent à chaque nouvelle génération. En d'autres termes, le temps de l'expérimentation ne correspond pas forcément au temps que nécessite un changement social en profondeur.

En mentionnera enfin qu'une équipe de chercheurs anglais a récemment contesté l'efficacité des interventions de prévention menées par les pairs⁷³. Mais cette recherche ne remet pas fondamentalement en cause les résultats exposés ci-dessus. D'une part, les interventions ne ciblaient pas forcément un public jeune, mais les membres de clubs de gym, d'autre part les interventions n'ont pas été menées dans des conditions optimales. Dans leurs conclusions, les auteurs de l'étude ont notamment observé certains déficits au niveau de la formation des intervenants. Cet aspect mériterait d'être pris en compte dans l'élaboration de programmes futurs.

4.2 BREVE ANALYSE DES BESOINS ET DES DISPOSITIFS DE PREVENTION

Dans le cadre de cette dernière section, on a cherché à élargir le champ de l'étude par une brève description des dispositifs de prévention, tels qu'ils se présentent en Suisse et dans les pays limitrophes ainsi qu'au travers d'une succincte analyse des besoins, tels qu'ils apparaissent dans des données de monitoring (www.drgay.ch) pour la Suisse (Annexe 7.4) et Ligne AZUR (Annexe 7.3) pour la France ou dans de plus rares enquêtes.

4.2.1 Un faisceau de besoins et de demandes

Aussi bien les études passées en revue de rapport que les données de monitoring de service d'écoute et de conseil (présentées en détail en annexe 7.3 et 7.4) montrent que le risque d'infection à VIH ne fait que s'ajouter à une série de problèmes psychosociaux face auxquels les jeunes homo/bisexuels se retrouvent trop souvent démunis. Il suffit d'examiner les résultats d'une récente enquête menée auprès de 211 jeunes homo/bisexuels berlinois (filles et garçons) pour s'en convaincre. Pour 56% des garçons et 68% des filles, le suicide figure parmi les solutions envisagées

face à de grosses difficultés ; et 18% sont déjà passé à l'acte⁷⁴. Ces chiffres incitent forcément à relativiser l'idée très répandue selon laquelle, la population homosexuelle (aussi bien les hommes que les femmes) ne constitue plus aujourd'hui une minorité stigmatisée.

Si l'on considère à présent les raisons pour lesquelles les jeunes homo/bisexuels berlinois entrent en contact avec des structures d'accueil en rapport avec l'homosexualité, on observe que les problèmes relatifs à l'identité sexuelle, la solitude, l'acceptation et l'affirmation de soi figurent parmi les principaux motifs à l'origine d'une prise de contact. S'agissant des attentes, plus de deux tiers (70%) souhaitent entrer en contact avec d'autres jeunes ayant la même orientation sexuelle. Une proportion équivalente est à la recherche d'informations. Plus de la moitié souhaite intégrer un groupe de soutien et un tiers espère trouver des informations sur le VIH/sida⁷⁴.

D'une manière générale, le VIH/sida ne figure pas au premier rang des préoccupations des jeunes homo/bisexuels (qu'il s'agisse des filles ou des garçons). Pratiquement, celle-ci s'insère dans un faisceau de demandes, dont les plus importantes consistent dans la rupture de l'isolement, la construction d'un réseau de soutien et sociabilité, l'acquisition de modèles d'identifications positifs et la construction d'une identité⁷⁵.

La prévention du VIH/sida ne fait certes pas abstraction de ces besoins^a. Cependant, ce risque sanitaire ne devrait pas être le seul motif des interventions, en particulier du point de vue de leur financement.

4.2.2 Dispositif de soutien/prévention

Par manque de temps, il n'a pas été possible de mener une recherche approfondie sur les offres de prévention destinées aux jeunes homo/bisexuels dans des pays voisins de la Suisse. Aussi, sur la base de l'information disponible, cette section vise-t-elle à identifier, sur un mode idéal-type, les principaux acteurs concernés par la problématique en cause et à dégager certaines pistes pour l'amélioration de l'offre existante.

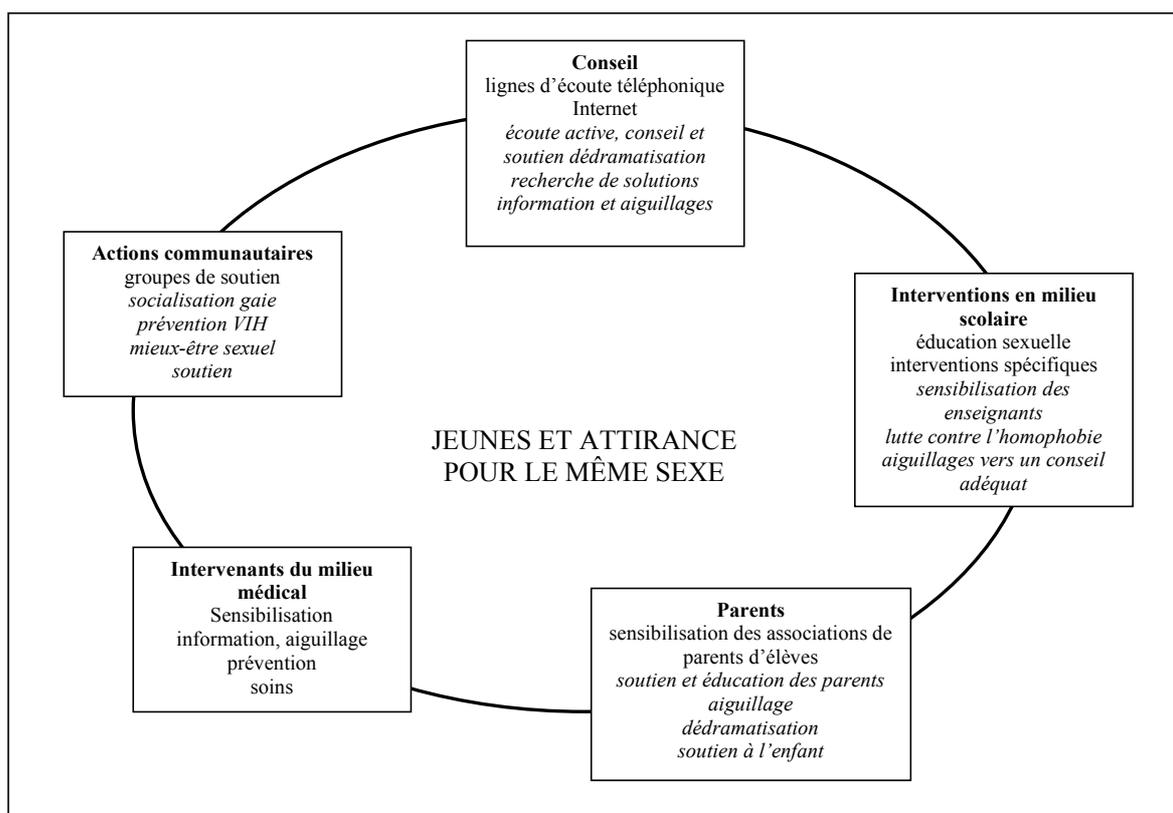
Parmi les principaux acteurs/institutions de ce qui pourrait potentiellement former un dispositif de soutien/prévention, on recense notamment :

- les milieux communautaires ;
- les services d'écoute téléphonique et Internet ;
- l'école ;
- les parents ;
- les intervenants du milieu médical.

La figure ci-dessous schématise le type d'interventions que l'on pourrait attendre dans différents *settings* et les services auxquels les jeunes homo/bisexuels, ainsi que les principaux agents de socialisation, devraient avoir accès ou pour lesquels l'accès devrait être facilité.

^a Dans de nombreux domaines, le VIH/sida a été un révélateur des inégalités sociales. C'est en particulier le cas en ce qui concerne l'homosexualité.

Figure 4.1 Vers un dispositif de soutien/prévention pour les jeunes homo/bisexuels



Si certaines des composantes de ce modèle existent dans la plupart des pays européens (écoute téléphonique et actions communautaires), d'autres sont loin d'être effectives, et ce malgré les efforts déployés en ce sens par les milieux communautaires. C'est en particulier le cas des interventions dans les écoles. Dans ce domaine, plusieurs pistes ont d'ores et déjà été tracées par les associations homosexuelles ou les collectifs d'enseignants concernés par l'homosexualité^a. Or, force est de constater que les autorités scolaires peinent à porter attention aux problèmes que rencontrent les jeunes en phase de questionnement par rapport à leur orientation sexuelle, en particulier les brimades, les insultes, les agressions dont sont victimes les jeunes au sein même de des établissements scolaires. On prendra pour exemple une récente enquête réalisée aux Pays-Bas auprès de 500 élèves et enseignants d'orientation homosexuelle, laquelle montre que la plupart d'entre eux ne sentent pas en sécurité à l'école^b. Les soupçons

^a En raison du peu de temps alloué à cette étude, il n'est pas possible de faire une revue de tout le matériel recensé. On pourra néanmoins se référer à l'ouvrage de Philippe Clauzard, *Conversation sur l'homophobie : l'éducation comme rempart contre l'exclusion*⁸³, lequel fournit une liste très détaillée des ressources documentaires à disposition des enseignants ou d'autres intervenants, ainsi qu'une liste des liens internet. S'agissant des ressources disponibles sur le réseau, voir également le site suisse <http://www.lambda-education.ch> ; le site français <http://www.homoedu.com> ; le site allemand <http://www.schwulelehrer.de> ; ainsi que d'autres sites étrangers mentionnés dans l'ouvrage de Clauzard. On pourra enfin se référer aux sources documentaires disponibles au Québec, province qui paraît très en avance dans ce domaine : <http://safespaces.org/library.html>.

^b <http://www.coc.nl/?file=artikel&id=306>.

ou la crainte du "prosélytisme homosexuel" constitue un obstacle majeur pour mener à bien des interventions dans cet environnement. L'appui des autorités sanitaires, comme on l'a souligné ailleurs¹¹, pourrait efficacement combler le possible déficit de légitimité des intervenants. A ce titre, on notera ici que le plan national français de lutte contre le VIH/sida prévoit une plus large promotion de la ligne AZUR dans les établissements scolaires, soit un service d'écoute téléphonique à destination des jeunes homo/bisexuels (voir annexe 7.3)⁷⁶.

Les parents devraient également pouvoir bénéficier d'une information et d'un soutien adéquats lorsqu'ils prennent connaissance d'une attirance homosexuelle chez leur enfant. A ce titre, les associations de parents concernés par l'homosexualité peuvent les guider et les soutenir dans la démarche d'acceptation de l'homosexualité, mais aussi apporter un conseil avisé aux jeunes homo/bisexuels en conflit avec leurs parents. Il en va de l'apaisement des tensions familiales (dédramatisation) et de la mise en place d'un soutien. On mentionnera à titre d'exemple que l'association homosexuelle du canton de Vaud, est l'une des seules associations homosexuelles en Suisse à abriter un groupe "parents" et un service d'écoute qui leur est spécifiquement destiné. Il serait utile à l'avenir de tirer des enseignements de ce service, ainsi que du rôle joué par FELS, l'Association suisse des parents d'homosexuels et de lesbiennes.

Le corps médical devrait prendre davantage conscience des difficultés des jeunes homo/bisexuels et l'impact de celles-ci sur leur santé aussi bien sexuelle que psychique. La récente étude menée par Pierre Cochand et collaborateurs montre en effet que la "prévention en milieu médical reste souvent trop lacunaire, à l'exception de celle prenant pour cadre les centres de dépistage anonyme"⁷⁷. Cette nécessité a par ailleurs également été mise au jour en Allemagne⁹.

Enfin, il est nécessaire de maintenir sur le long terme les offres développées dans les milieux communautaires – dont les évaluations présentées ci-dessus indiquent qu'elles font preuve d'efficacité – ainsi que les offres de conseil anonyme sur Internet.

La situation en Suisse

Pour conclure, il n'est pas inutile de jeter un rapide regard sur la situation en Suisse. Comme dans d'autres pays européens, la prévention du VIH/sida auprès des jeunes homo/bisexuels s'inscrit dans le cadre plus général de la prévention HSH, dont voici les composantes principales :

- **Le programme HSH de l'ASS** – Ce programme s'adresse aux hommes ayant des relations homosexuelles avec d'autres hommes, quel que soit leur degré de proximité avec les différentes composantes du "milieu homosexuel" et quelle que soit la manière dont ils conçoivent leur identité sexuelle. En 1999, le programme HSH a créé une structure d'accueil sur Internet (www.drgay.ch) qui propose un conseil anonyme spécialisé par rapport à différents thèmes pertinents pour la prévention VIH. Sur le terrain, la mise en œuvre du programme est confiée à des ORW dont le recrutement est assuré par les antennes de l'ASS ou par les associations homosexuelles. Le programme fait l'objet d'une coordination nationale.
- **Rainbow-Line** – Il s'agit d'une permanence téléphonique anonyme à l'usage des HSH et plus particulièrement des personnes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle. Créée en 1997 sur l'initiative de Pink Cross avec le soutien de l'ASS, la Rainbow-Line est le fruit de

la coordination des différentes associations homosexuelles présentes sur le territoire (permanence en alternance un soir par semaine).

- **Groupes de soutien "jeunes gays"** – Ces groupes de soutien sont le plus souvent mis en place par et au sein des associations homosexuelles. Il en existe actuellement une vingtaine en Suisse urbaine (voir la liste dans l'annexe 7.5). La plupart de ces groupes sont en lien avec les ORW du programme HSH. Mais ils conservent une entière autonomie. Depuis peu, les groupes établis dans les villes de Suisse alémanique collaborent ponctuellement sur des actions spécifiques (*coming out Tag*). La situation de ces groupes constitue actuellement une offre relativement stable. A la fin de l'année 2002, les groupes de Suisse alémanique se d'ailleurs sont rassemblés dans le cadre d'une association faîtière du nom de *Diagonal*. Les objectifs de cette organisation faîtière sont présentés dans l'annexe 7.4.
- **Intervenants en milieu scolaire** – En Suisse romande, un groupe d'enseignants et de psychologues intéressés à la problématique de l'homosexualité chez les jeunes propose d'intervenir auprès de différents professionnels du milieu scolaire qui souhaitent obtenir des outils et des pistes pour parler d'homosexualité avec leurs élèves. Des actions similaires sont menées dans différents cantons de Suisse alémanique. En Suisse italienne, les intervenants de l'antenne sida oeuvrent également dans ce sens. On dispose de peu d'informations sur ce travail de sensibilisation, notamment en ce qui concerne l'acceptation de cette offre par les établissements scolaires. D'une manière générale, les contacts avec les institutions scolaires sont fragiles.

Ces différentes composantes ont fait l'objet d'un chapitre spécifique dans le rapport "Mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003"¹¹, c'est la raison pour laquelle elles ne seront pas abordées dans le détail ici. On trouvera néanmoins, dans l'annexe 7.4, une présentation des premiers résultats de l'évaluation de www.drgay.ch réalisée par l'ASS et l'Institut universitaire de psychologie de l'Université de Zurich⁷⁸. Cette étude consiste dans une analyse des questions posées sur ce site ainsi que du profil socio-démographique des utilisateurs. Elle complète utilement le rapport "mise en œuvre" et présente un intérêt non négligeable pour cette étude. Nous remercions ici l'ASS de nous avoir permis d'utiliser ces données.

5 CONCLUSIONS GENERALES

Cette étude a été mandatée sous le terme générique : "populations particulières pour la prévention du sida". Lors du protocole plusieurs populations-cibles étaient candidates. Le choix a été porté d'une part sur les travailleuses et les travailleurs du sexe et, d'autre part sur les jeunes de la population générale, auxquels il était question d'adjoindre un segment de population tout à fait particulier : les jeunes homo/bisexuels. Or, ce segment ne fait généralement l'objet que de quelques lignes dans les études consacrées aux jeunes en général. Sans doute est-il plus logique ou peut-être plus commode de les évoquer dans les études spécifiquement consacrées à la population homosexuelle. Cependant, avant de se joindre – au moins conceptuellement – à cette minorité sociale, les jeunes homo/bisexuels appartiennent d'abord à la population générale jeune. La présente étude est une bonne occasion de le rappeler.

Un angle mort dans le recueil des données

Il n'en demeure pas moins que quelle que soit la population de référence, les homo/bisexuels se caractérisent avant tout par leur discrétion statistique, voire leur invisibilité. Ce phénomène est particulièrement frappant lorsque l'on considère les principaux dispositifs de recueil de données utiles à la prévention du VIH/sida. Si cette discrétion statistique est compréhensible dans le cadre des enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population générale, elle devrait inciter à la prudence lorsque l'on interprète les résultats issus des enquêtes réalisées via les milieux communautaires ou la presse homosexuelle. Dans le cadre de ces enquêtes, la proportion de jeunes de moins de 20 ans est extrêmement réduite, voire quasiment nulle. De plus, dans la plupart des pays européens, on constate depuis plusieurs années un vieillissement de la population répondante.

Le phénomène est connu, mais il ne semble pas avoir été suffisamment pris en compte. La plupart des enquêtes parlent des jeunes homo/bisexuels en se fondant sur des catégories d'âge tronquées. En d'autres termes, les jeunes en cause sont souvent compris dans une classe d'âge allant de 20 à 30 ans. Il faut en prendre acte lorsque l'on parle des moins 30 ans ou des moins de 25 ans. Ces raccourcis peuvent en effet conduire à des erreurs d'appréciation. Ces limites n'hypothèquent néanmoins pas l'ensemble des analyses.

Prévalence du VIH et comportements à risque selon l'âge

Dans la plupart des pays européens, la prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est inégalement distribuée selon l'âge. Dans la majorité des pays européens, les valeurs observées parmi les moins de 30 ans sont inférieures à la moyenne générale observée pour l'ensemble des répondants. De plus, l'augmentation tendancielle des taux de prévalence VIH dans la deuxième moitié des années 1990 ne se traduit pas par une extension de la transmission dans les classes d'âge inférieures (moins de trente ans).

Si l'âge est un facteur relativement discriminant dans l'analyse de la prévalence du VIH, il ne l'est pas forcément en ce qui concerne les contacts à risques, en particulier avec les partenaires occasionnels. La revue des données comportementales (centrée sur cet indicateur) montre en effet que les jeunes homo/bisexuels sont tout autant concernés que leurs aînés par le relâche-

ment des comportements préventifs observé dans la plupart des pays occidentaux à la fin des années 1990.

Vulnérabilité des jeunes homo/bisexuels : un regard nécessaire sur la trajectoire sociale, sexuelle et affective

Au cours de la dernière décennie, on a beaucoup débattu sur la question de savoir si les jeunes homo/bisexuels de moins de 30 ans se caractérisent par une vulnérabilité plus élevée que leurs aînés par rapport au VIH/sida. Or, les termes du débat sont forcément biaisés par la structure par âge des échantillons analysés. En effet, les rares enquêtes disposant d'effectifs suffisamment grands dans les classes d'âge inférieures montrent qu'il est nécessaire de placer ce questionnaire dans une perspective diachronique, de tenir davantage compte du mode d'entrée dans une sexualité "homosexuelle" et du parcours de vie de ces jeunes. Plus spécifiquement, l'analyse de la vulnérabilité des jeunes homo/bisexuels par rapport au VIH/sida nécessite une approche qui tienne compte de leur **trajectoire**, du **contexte épidémiologique et social** dans lequel celle-ci s'insère **et des aspects relationnels**³².

La brève analyse des premières étapes de la trajectoire des jeunes homo/bisexuels suggère que la majorité d'entre eux débutent leur vie sexuelle active dans des conditions qui peuvent se révéler extrêmement difficiles. En effet, la plupart du temps ces jeunes s'engagent dans la sexualité dans un contexte marqué par une transformation éminemment problématique des rapports familiaux. D'une part l'environnement familial n'est pas forcément en mesure de jouer son rôle traditionnel de soutien et peut, dans le pire des cas, se transformer en environnement hostile (vécu ou perçu comme tel) ; d'autre part cette absence de soutien n'est pas forcément compensée par les autres agents traditionnels de socialisation, que représentent les pairs et les intervenants des milieux de l'éducation, en raison de l'homophobie plus ou moins explicite ou latente qui subsiste dans la société globale. En conséquence, le début de la carrière sexuelle des jeunes homo/bisexuels s'inscrit en rupture avec les modes traditionnels d'entrée dans la sexualité.

On observe en effet une génitalisation très rapide des relations sexuelles, alors que chez les jeunes de la population générale celle-ci est précédée par le flirt et des pratiques d'attente. De plus, les premiers rapports homosexuels (ceux qui comptent du point de vue des répondants) ont fréquemment un caractère initiatique qui tient au fait que l'écart d'âge entre les partenaires est généralement élevé. Cet écart est aisément compréhensible dès lors que l'on tient compte de l'isolement et le mutisme dans lequel vivent la plupart de ces jeunes et par conséquent de leur chance très réduite de trouver des partenaires dans leur entourage. La recherche de partenaires se fait fréquemment en dehors des réseaux traditionnels de sociabilité. Cela n'empêche pas une activité sexuelle d'emblée très importante et comparable à celle de leurs aînés.

Les modalités d'insertion de ces jeunes sur le marché des échanges sexuels n'est pas sans soulever un certain nombre de questions du point de vue de la prévention du VIH/sida. Plus concrètement on constate que les jeunes de 16 à 20 ans tendent à déclarer davantage de contacts à risques que leurs aînés. Cet écart se réduit néanmoins très rapidement, puisque passé 20 ans, les comportements préventifs se stabilisent à un niveau élevé. On constate également que les plus jeunes ont un peu plus de difficultés à utiliser le préservatif de façon adé-

quate. Ces observations suggèrent que l'adoption des comportements préventifs n'est pas immédiate mais nécessite un temps d'apprentissage. Il s'agit dès lors de savoir dans quelle mesure, les hésitations observées chez les plus jeunes représentent un danger d'infection par le VIH. Pour ce faire, il est nécessaire de tenir compte de différents paramètres :

- la distribution de la prévalence du VIH dans les différentes classes d'âge et dans les différents segments de la population homosexuelle ;
- l'écart d'âge entre les partenaires sexuels ;
- la fréquence de contacts sexuels avec des partenaires différents ;
- la propension des homo/bisexuels à maintenir des comportements préventifs.

En d'autres termes, ce qui fonde véritablement la vulnérabilité des jeunes homo/bisexuels n'est pas le fait qu'ils soient jeunes, mais le fait qu'ils évoluent dans un système de contextes dont la configuration est elle-même porteuse d'un risque d'infection par le VIH. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de tenir compte des premières étapes de la carrière sexuelle des jeunes (entrée dans la sexualité, premières relations, multiplication de rencontres facilitée par un départ précoce du foyer familial).

D'une manière générale, les jeunes homo/bisexuels tendent à privilégier les relations électives et la fidélité au sein du couple. Or, à l'instar de leurs pairs hétérosexuels, les jeunes homo/bisexuels ont tendance à s'engager dans des relations monogames successives. Cette instabilité relative, ajoutée au manque d'expérience et la propension plus affirmée chez les jeunes à idéaliser la relation de couple peut faire obstacle à la mise en place d'une communication adéquate entre les partenaires en ce qui concerne le statut sérologique pour le VIH et la conduite à adopter avec d'éventuels partenaires occasionnels. De fait, plusieurs études montrent que les jeunes ne disposent pas toujours de compétences suffisantes en matière de négociation de la protection (*negotiated safety*). De plus, une étude de cohorte à récemment montré que le partenaire stable constituerait désormais la source principale d'infection à VIH parmi les homo-sexuels de moins de 30 ans.

Les difficultés inhérentes au processus de *coming out*, les tensions familiales, la confrontation à l'homophobie des pairs et l'homophobie intériorisée sont en outre autant de facteurs qui conduisent à une forte dégradation de l'estime de soi. Aussi, les périodes de désespoir que traversent la plupart des jeunes homo/bisexuels peuvent-elles conduire à des prises de risques momentanées. L'absence de lien significatif entre le processus de *coming out* et les comportements à risques ne doit en aucun cas conduire à négliger la souffrance psychologique des jeunes homo/bisexuels.

Tentatives de suicide chez les jeunes homo/bisexuels: un problème de fond

De fait, aussi bien la crainte ou l'expérience du rejet de la part de la famille que la confrontation avec l'homophobie sociale à l'extérieur de la cellule familiale, exercent une influence extrêmement négative sur l'estime de soi. Qui plus est, ces facteurs sont à l'origine d'une prévalence particulièrement élevée des tentatives de suicide (au cours de la vie) dans ce segment de population, un problème de fond dont la société ne semble pas avoir pris la juste mesure. Selon plusieurs études, les taux atteindraient leur maximum avant l'âge de 20 ans et

concernerait un quart des jeunes homo/bisexuels. Les revues de littérature montrent que cette prévalence varie entre 20% et 40% chez les adolescents éprouvant une attirance physique pour le même sexe. Selon une étude américaine, le risque de mettre fin à ses jours serait 5 fois supérieur chez les homo/bisexuels que chez les hétérosexuels. Il est en outre inquiétant de constater à quel point les homo/bisexuels peuvent se trouver démunis face à leurs difficultés. Comme l'a montré une étude berlinoise le suicide est considéré par de nombreux jeunes comme une solution possible à leurs problèmes.

En conclusion, lorsque l'on considère la trajectoire des jeunes homo/bisexuels (filles et garçons), il apparaît clairement que le risque d'infection à VIH ne fait que s'ajouter à une série de problèmes psychosociaux directement liés à leur environnement social et familial. La prévention du VIH/sida ne fait certes pas abstraction de ces problèmes. Cependant, ce risque sanitaire ne devrait pas être le seul motif des interventions de prévention.

L'éducation par les pairs : une méthode efficace

La revue des programmes évalués en termes d'impacts, montre que l'éducation par les pairs, méthode privilégiée par les projets évalués serait efficace :

- l'approche communautaire permet en effet la production de normes collectives favorables à l'adoption et au maintien de pratiques sexuelles à moindre risques ;
- l'adoption de ces normes au niveau individuel est perceptible dans l'évolution des comportements ;
- la participation aux groupes de soutien permet de consolider les connaissances par rapport au VIH/sida et d'améliorer les compétences en matière de gestion du risque.

Dans cette optique, les groupes d'auto-soutien s'avèrent être des dispositifs particulièrement précieux. En effet, ces groupes permettent aux jeunes homo/bisexuels de mieux accepter leur identité sexuelle, de se revaloriser, de rompre leur isolement, mais encore de se constituer un réseau de sociabilité et de soutien. Soit autant de ressources qui, comme on l'a vu plus haut, tendent à faire cruellement défaut au moment où ils découvrent leur attirance pour des personnes de même sexe et s'engagent dans la vie adulte. Ces effets sont d'autant plus forts que la participation au groupe est consistante. Il n'y a pas à proprement parler de points faibles dans les programmes analysés. On notera cependant qu'il subsiste un doute quant à l'efficacité à long terme des interventions concernant les comportements préventifs avec le partenaire stable. Il est probable que la réduction des risques avec le partenaire stable nécessite des interventions plus approfondies. Enfin, il est important de souligner que le financement reste le talon d'Achille de la plupart des programmes de prévention. S'agissant des groupes d'auto-soutien ainsi que d'autres offres apparentées, l'expérience montre que l'engagement sur le long terme est non seulement nécessaire à la couverture des besoins, mais est également un facteur d'efficacité et d'efficience.

La nécessité d'une approche compréhensive

En matière de prévention VIH, l'action communautaire a une importance capitale dans la population homosexuelle. Néanmoins, s'agissant des jeunes homo/bisexuels, celle-ci n'est pro-

blement pas suffisante. De la même manière que les jeunes de moins de 20 ans échappent aux systèmes de recueil des données, il est probable qu'ils n'entrent en contact avec les structures d'accueil communautaires qu'après une période d'indétermination, voire de détresse psychologique, susceptible d'aboutir à des prises de risque momentanées. En conséquence, le principal enjeu consiste à les mettre le plus tôt possible en relation avec des ressources leur permettant de surmonter les difficultés auxquelles ils sont amenés à faire face. En d'autres termes, une approche de type "promotion de la santé" s'avère nécessaire, soit une approche axée sur les facteurs protecteurs de la santé et visant à l'amélioration des aptitudes de vie (*life skills*) des jeunes homo/bisexuels. Concrètement, il s'agirait d'établir une stratégie et un dispositif de soutien/prévention impliquant les milieux communautaires, les services d'écoute téléphonique, Internet, l'école, les parents et les intervenants du milieu médical.

En Suisse, les principales composantes de ce dispositif semblent être présentes, bien que diversement développées. L'information sur les services d'écoute et de conseil (www.drgay.ch et Rainbowline) ainsi que leur promotion devraient être renforcées et surtout étendues aux écoles (par exemple, par le biais d'un affichage permanent). De même, il faudrait que, à l'école, l'orientation sexuelle soit davantage thématiquée et systématiquement abordée dans les cours d'éducation sexuelle (dans une perspective respectueuse de la diversité sexuelle). Au niveau des interventions communautaires, le travail effectué dans le cadre des groupes "jeunes gays" devrait être mieux reconnu et soutenu en conséquence par les autorités sanitaires. Certaines pistes restent encore à explorer, notamment en ce qui concerne le conseil que les parents sensibilisés à la thématique de l'homosexualité peuvent apporter à d'autres parents afin de les guider et de les soutenir dans la démarche d'acceptation de l'orientation homo/bisexuelle de leur enfant.

5.1 CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Constats	Recommandations
<p>Le début de la carrière sexuelle des jeunes homo/bisexuels s'inscrit en rupture avec les modes traditionnels d'entrée dans la sexualité. La plupart d'entre eux évoluent dans un contexte où la prévalence du VIH est élevée (parmi les HSH) et sans avoir pu forcément bénéficier d'une prévention spécifique. De plus, chez les jeunes homo/bisexuels, le risque d'infection par le VIH s'ajoute à des problèmes psychosociaux en lien avec leur l'environnement social et familial. Ces problèmes peuvent mener à l'adoption de conduites dommageables pour la santé et être la source d'un risque important de suicide.</p>	<p>Il faut veiller à ce que ces jeunes soient en relation le plus tôt possible avec des ressources qui leur permettent de gérer efficacement le risque d'infection par le VIH et de surmonter les difficultés familiales et sociales auxquelles ils sont confrontés. L'école à un rôle fondamental à jouer dans ce domaine.</p> <p>En l'occurrence, il faut veiller à ce que du matériel d'information pertinent soit mis à disposition de façon visible et permanente au sein des établissements scolaires et viser une meilleure promotion des services d'écoute et de conseil destinés à ce segment de population.</p> <p>Il faut que la question de l'orientation sexuelle soit davantage thématifiée, voire systématiquement intégrée au cours d'éducation sexuelle, de manière à ce que l'homosexualité soit acceptée comme un mode d'expression sexuelle à part entière.</p>
<p>L'éducation par les pairs est une méthode dont l'efficacité est confirmée :</p> <ul style="list-style-type: none">- elle permet l'émergence de normes collectives favorisant l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risques ;- l'adoption des ces normes au niveau individuel est perceptible dans l'évolution des comportements ;- elle s'inscrit dans une perspective d'<i>empowerment</i> particulièrement nécessaire chez les plus jeunes.	<p>Il faut reconnaître, soutenir et promouvoir le travail effectué dans les groupes de soutien destinés aux jeunes homo/bisexuels.</p> <p>Il faut susciter et accompagner la création de tels groupes dans les régions où ils manquent.</p>

Les jeunes homo/bisexuels de moins de 20 ans échappent presque totalement au système de recueil des données utiles pour la prévention du VIH/sida. Dans les enquêtes concernées, on observe en outre un déclin de la proportion des répondants âgés de 25 ans ou moins.

Il faut intégrer cette préoccupation dans la réflexion concernant l'avenir du système de surveillance de l'épidémie VIH/sida et mettre en œuvre des méthodes de recueil de données susceptibles d'augmenter la participation des homo/bisexuels de moins de 25 ans, voire de moins de 20 ans.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Duret P. Les jeunes et l'identité masculine. Paris: PUF; 1999. (Sociologie d'aujourd'hui).
- 2 Verdier E, Firidon J-M. Homosexualité et suicide: études, témoignages et analyse. Montblanc: H & O Editions; 2003.
- 3 Dorais M. Mort ou fif: la face cachée du suicide chez les garçons. Montréal: VLB Editeur; 2001.
- 4 Anonymous. Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide: état de la question et pistes de prévention; synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001 (à paraître).
- 5 Pollak M. Les homosexuels et le sida: sociologie d'une épidémie. Paris: A.M. Métailié; 1988.
- 6 Schiltz M-A. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH: la conquête de modes de vie. *Population* 1997;52(6):1485-538.
- 7 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2002. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2002. (No.67).
- 8 Savin-Williams RC, Lenhart RE. Aids prevention among gay and lesbian youth: psychosocial stress and health care intervention guidelines. In: Ostrow DG, editor. Behavioral aspect of aids. New York: Plenum Publishing Corporation; 1990. p. 75-99.
- 9 Vollmann J. HIV-Prävention bei jungen schwulen Männern: eine medizinische Herausforderung. *Gesundheitswesen* 2001;63:392-7.
- 10 Delor F. Risques identitaires et sida: la vulnérabilité des jeunes gays. *Le Journal du Sida* 1999;117 (juillet/août):23-6.
- 11 Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 81).
- 12 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 13 Spencer B. Défis et besoins futurs de la recherche VIH/sida dans le domaine des sciences sociales et de la santé publique en Suisse. *Suisse-Sida-Recherche* 2003;Novembre 2003:5-12.
- 14 Bochow M, Chiarotti F, Davies P, Dubois-Arber F, Dür W, Fouchard J, et al. Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries. *AIDS Care* 1994;6(5):533-49.
- 15 Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000 sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. Paris: Institut de Veille sanitaire (InVS); 2001.
- 16 Bochow M. Schwule Männer, Aids und safer Sex: Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.; 2001.
- 17 Men having sex with men and HIV/AIDS prevention in Switzerland: 1987-2000. *Euro surveillance* 2002; 7(2):16-8.
- 18 Wright MT. Junge Männer, Homosexualität und HIV - Was sind die Risiken? Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.; 1997.
- 19 Davies PM, Weatherburn P, Hunt AJ, Hickson FCI, McManus TJ, Coxon APM. The sexual behaviour of young gay men in England and Wales. *AIDS Care* 1992;4:259-72.

- 20 Cochand P, Singy P. Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne: Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA); 2001. (Raisons de santé, 71).
- 21 Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, Rosen DH, McFarland W, Shehan DA, et al. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. Young Men's Survey Study Group. JAMA 2000;284(2):198-204.
- 22 Bochow M. Schwule Männer, AIDS und safer Sex. Berlin: AIDS-Forum DAH; 2001.
- 23 Mansergh G, Marks G. Age and risk of HIV infection in men who have sex with men. AIDS 1998;12(10):1119-28.
- 24 Koblin BA, Torian LV, Guilin V, Ren L, MacKellar DA, Valleroy LA. High prevalence of HIV infection among young men who have sex with men in New York City. AIDS 2000;14(12):1793-800.
- 25 Stall RD, Hays RB, Waldo CR, Ekstrand M, McFarland W. The Gay '90s: a review of research in the 1990s on sexual behavior and HIV risk among men who have sex with men. AIDS 2000;14 Suppl 3:S101-S114.
- 26 Ekstrand ML, Stall RD, Paul JP, Osmond DH, Coates TJ. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. AIDS 1999;13(12):1525-33.
- 27 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. HIV/AIDS-related prevention behaviors among men having sex with other men in Switzerland, 1992-2000: a recent downturn? 2003 (in submission).
- 28 Bochow M. Are younger German gay men more at risk from HIV? Results of a national survey in the gay press in Germany. Cult Health Sex 2000;2(2):183-95.
- 29 Vincke J, Bolton R, Miller M. Younger versus older gay men: risks, pleasures and dangers of anal sex. AIDS Care 1997;9(2):217-25.
- 30 Adam P. Baromètre gay 2000: résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. BEH 2002;(18):77-9.
- 31 Wolitski RJ, Valdiserri RO, Denning PH, Levine WC. Are we headed for a resurgence of the HIV epidemic among men who have sex with men? Am J Public Health 2001;91(6):883-8.
- 32 Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. Soc Sci Med 2000;50(11):1557-70.
- 33 Pollak M, Schiltz M-A. Identité sociale et gestion d'un risque de santé: les homosexuels et le sida. Actes de la recherche en sciences sociales 1987;68:77-102.
- 34 Pollak M, Schiltz M. Six années d'enquêtes sur les homo- et bisexuels masculins face au sida. Livre de données. Paris: Groupe de Sociologie Politique et Morale, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 1991.
- 35 Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In: Lagrange H, Lhomond B, editors. L'entrée dans la sexualité: le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris: La Découverte; 1997. p. 183-226.
- 36 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.
- 37 Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. JAMA 1999;282(13):1291-2.
- 38 Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. In: Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis), editor. Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risques de suicide: état de la question et pistes de prévention (Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001). Bruxelles: Facultés universitaires de Saint-Louis; 2001. p. 9-21.
- 39 Lagrange H, Lhomond B. L'entrée dans la sexualité. Paris: La Découverte; 1997.

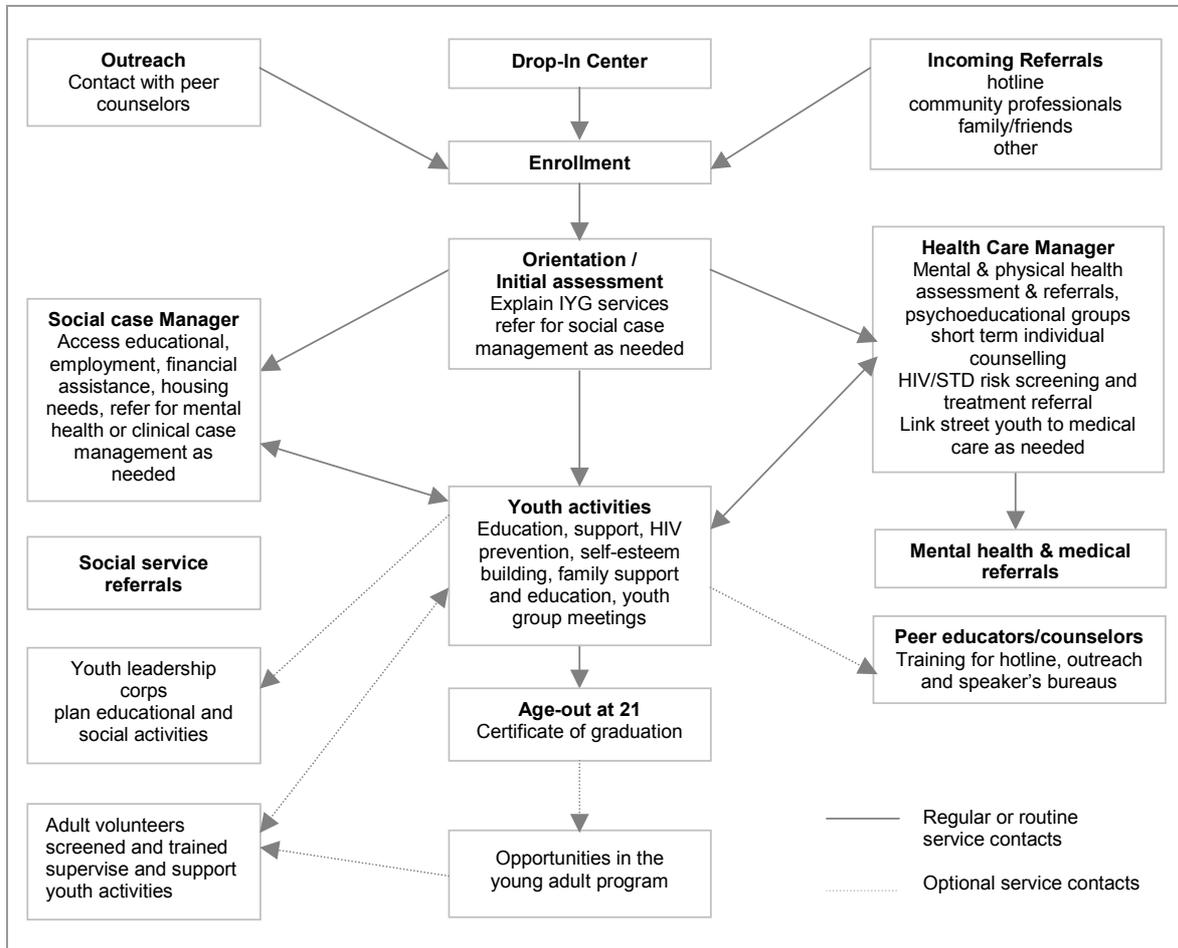
- 40 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).
- 41 Morris M, Zavisca J, Dean L. Social and sexual networks: their role in the spread of HIV/AIDS among young gay men. *AIDS Educ Prev* 1995;7(5 Suppl):24-35.
- 42 Dufour A, Alary M, Otis J, Noel R, Remis RS, Masse B, et al. Correlates of risky behaviors among young and older men having sexual relations with men in Montreal, Quebec, Canada. Omega Study Group. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;23(3):272-8.
- 43 Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F. L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels: version abrégée. Lausanne: IUMSP; 1998. (Raisons de santé, 13).
- 44 Schiltz M-A. Les homosexuels face au sida; enquête 1995: regards sur une décennie d'enquêtes. Paris: Centre national de la recherche scientifique; Ecole des hautes études en sciences sociales; 1998.
- 45 Bochow M. The response of gay german men to HIV: the national gay press surveys, 1987-96. In: Rosenbrock R, Wright MT, editors. *Partnership and Pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care*. London: Routledge; 2001. p. 129-42.
- 46 Kippax S, Noble J, Prestage G, Crawford JM, Campbell D, Baxter D, Cooper D. Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. *AIDS* 1997;11(2):191-7.
- 47 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.
- 48 Davidovich U, de Wit J, Albrecht N, Geskus R, Stroebe W, Coutinho R. Increase in the share of steady partners as a source of HIV infection: a 17-year study of seroconversion among gay men. *AIDS* 2001;15(10):1303-8.
- 49 Crepaz N, Marks G, Mansergh G, Murphy S, Miller LC, Appleby PR. Age-related risk for HIV infection in men who have sex with men: examination of behavioral, relationship, and serostatus variables. *AIDS Educ Prev* 2000;12(5):405-15.
- 50 Davidovich U, de Wit JB, Stroebe W. Assessing sexual risk behaviour of young gay men in primary relationships: the incorporation of negotiated safety and negotiated safety compliance. *AIDS* 2000;14(6):701-6.
- 51 Hays RB, Kegeles SM, Coates TJ. Unprotected sex and HIV risk taking among young gay men within boyfriend relationships. *AIDS Educ Prev* 1997;9(4):314-29.
- 52 Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Gay men, risk and relationships. *AIDS* 2001;15(8):1053-5.
- 53 Hubert M. Nouvelles relations et prises de risque : éléments méthodologiques. In: *Congrès européens : risques identitaires et Sida : la vulnérabilité des jeunes gays en Europe (Congress minutes)*. Bruxelles: Ex Aequo; 1999.
- 54 Vincke J, Bolton R, Mak R, Blank S. Coming out and AIDS-related high-risk sexual behavior. *Arch Sex Behav* 1993;22(6):559-86.
- 55 Le Breton D. *Conduites à risques: des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris: PUF; 2001. (Quadrige).
- 56 Fassin E. "Out": la métaphore paradoxale. In: Tin L-G, Pastre G, editors. *Homosexualités: expression/répression*. Paris: Stock; 2000. p. 180-94.
- 57 Balthasar H. *L'autre sexuel : aspects historiques et sociaux de l'identité homosexuelle et des identités de genre*. Université de Genève: Faculté des sciences économiques et sociales; 2001. (Mémoire de licence).
- 58 Eribon D. *Réflexions sur la question gay*. Paris: Fayard; 1999.
- 59 Borillo D. *L'homophobie*. Paris: PUF; 2000. (Que sais-je).

- 60 Bochow M. Das kürzere Ende des Regenbogens: HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern. Berlin: Edition Sigma; 2000.
- 61 Silenzio V. Anthropological assessment for culturally appropriate interventions targeting men who have sex with men. *Am J Pub Health* 2003;93:867-71.
- 62 Kegeles SM, Hays RB, Pollack LM, Coates TJ. Mobilizing young gay and bisexual men for HIV prevention: a two- community study. *AIDS* 1999;13(13):1753-62.
- 63 Kahn JG, Kegeles SM, Hays R, Beltzer N. Cost-effectiveness of the Mpowerment Project, a community-level intervention for young gay men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;27(5):482-91.
- 64 Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. The Mpowerment Project: a community-level HIV prevention intervention for young gay men. *Am J Public Health* 1996;86(8 Pt 1):1129-36.
- 65 Wright ER, Gonzalez C, Werner JN, Laughner ST, Wallace M. Indiana Youth Access Project: a model for responding to the HIV risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youth in the heartland. *J Adolesc Health* 1998;23(2 Suppl):83-95.
- 66 Otis, J, Ryan, B., and Chouinard, N. Prévention du VIH: impact du "projet 10" sur le mieux-être sexuel de jeunes gais et bisexuels (rapport exécutif) Available from:
URL:<http://safespaces.org/library.html>.
- 67 Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 1983.
- 68 Herzlich C, Adam P. Urgence sanitaire et liens sociaux: l'exceptionnalité du sida? *Cahiers internationaux de sociologie* 1997;102:5-28.
- 69 Mutchler MG. Making space for safer sex. *AIDS Educ Prev* 2000;12(1):1-14.
- 70 Coates TJ, Aggleton P, Gutzwiller F, Des JD, Kihara M, Kippax S, Schechter M, van den Hoek JA. HIV prevention in developed countries. *Lancet* 1996;348(9035):1143-8.
- 71 Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France 1981-1996. Pinell,P (sous la direction de). Paris: PUF; 2002.
- 72 Schilling R. The German AIDS self-help movement: the history and ongoing role of AIDS-Hilfe. In: Wright M, Rosenbrock R, editors. Partnership and pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care. New York: Routledge; 2000. p. 82-90.
- 73 Elford J, Sherr L, Bolding G, Serle F, Maguire M. Peer-led HIV prevention among gay men in London: process evaluation. *AIDS Care* 2002;14(3):351-60.
- 74 Schupp KLL, Hofsäss T. Sie liebt sie, er liebt ihn: Eine Studie zur psychosozialen Lage junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport - Fchbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen; 1999. Available at:
URL: http://www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/thema_veroeffentlichungen.asp.
- 75 Seal DW, Kelly JA, Bloom FR, Stevenson LY, Coley BI, Broyles LA. HIV prevention with young men who have sex with men: what young men themselves say is needed. Medical College of Wisconsin CITY Project Research Team. *AIDS Care* 2000;12(1):5-26.
- 76 Direction Générale de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001/2004. Available from:
URL:<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida02/planat.pdf>.
- 77 Cochand P., Singy P, Weber O, Dennler G. Prise de risque VIH et discours médico-préventif: étude qualitative auprès de jeunes homosexuels en Suisse romande. *Med Hyg* 2003;61(2423):305-9.
- 78 Bucher T, Wittwer U. Wo tut es denn www? Evaluation der Klientendaten von www.drgay.ch. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz, Universität Zürich, Psychologisches Institut; 2003.
- 79 Leraton J-Peal. Azur 2000: bilan d'écoute annuel de Ligne Azur 2001. Available at:
URL:<http://www.ligneazur.fr>.

- 80 Dodds JP, Nardone A, Mercey DE, Johnson AM. Increase in high risk sexual behaviour among homosexual men, London 1996-8: cross sectional, questionnaire study. *Br Med J* 2000;320(7248):1510-1.
- 81 Goffman E. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les éditions de Minuit; 1975. (Le sens commun).
- 82 Leonetti-Taboada I. Stratégies identitaires et minorité : le point de vue du sociologue. In: Camilleri C, Kastersztein J, Lipiansky EM, Malewska-Peyre H, Taboada-leonetti I, Vasquez A, editors. *Stratégies identitaires*. Paris: PUF; 1990. p. 43-84.
- 83 Cluzard P. *Conversations sur l'homophobie: l'éducation comme rampart contre l'exclusion*. Paris: L'Harmattan; 2002.

7 ANNEXES

7.1 IYAP SERVICE MODEL



Source : Wright ER, Gonzalez C, Werner JN, Laughner ST, Wallace M. Indiana Youth Access Project: a model for responding to the HIV risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youth in the heartland. *J Adolesc Health* 1998;23(2 Suppl):83-95.

7.2 MODELE D'INTERVENTION DEVELOPEE PAR DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE DE QUEBEC (GROUPE DE SOUTIEN)

Postulat de base	Principes d'action	Stratégie globale	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Thèmes
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le problème réside dans la stigmatisation sociale de l'homosexualité ❖ L'homosexualité ne résulte pas d'un choix rationnel délibéré ❖ L'homosexualité, quand un adolescent s'en réclame, n'est pas qu'une étape transitoire avant l'hétérosexualité ❖ L'homosexualité n'est pas une identité ❖ L'homosexualité est compatible avec l'épanouissement d'une personne 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La découverte de son homosexualité peut être un obstacle majeur au développement psychosocial harmonieux d'un adolescent ❖ L'intervention doit viser à ce que le jeune accepte son orientation sexuelle ❖ On doit prêter foi aux propos d'un jeune qui s'identifie comme homosexuel ❖ L'intervention doit viser l'intégration harmonieuse de l'orientation sexuelle du jeune aux autres composantes de son identité ❖ L'intervention s'adresse à un jeune comme les autres ayant à acquérir des habiletés pour composer avec une orientation sexuelle stigmatisée 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le problème réside dans la stigmatisation sociale de l'homosexualité - Déprogrammation - Etablissement d'un lien intime avec son corps et ses émotions - Développement d'un réseau social spécifique - Révélation aux autres 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que le participant développe des habiletés sociales pour composer avec une orientation sexuelle stigmatisée ❖ Que le participant remette en question la conception selon laquelle l'homosexualité constitue un défaut de masculinité ou de féminité ❖ Que le participant fasse la distinction entre orientation sexuelle et son identité ❖ Que le participant ait une image favorable de lui-même ❖ Que le participant ait accès à des modèles de personnes ayant actualisé leur homosexualité 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que le jeune identifie les obstacles extérieurs au développement harmonieux de son orientation sexuelle ❖ Que le participant reconnaisse dans ses pensées et comportements les traces des perceptions négatives de l'homosexualité qu'il a intégrées ❖ Que le participant exprime ses émotions et idées auprès d'autres jeunes vivant aussi l'homosexualité ❖ Que le jeune dispose de l'information adéquate sur les orientations sexuelles afin de faire contre partie aux données biaisées qu'il a pu recevoir dans son environnement social ❖ Que le participant connaisse les ressources communautaires et les lieux de rencontre de personnes homosexuelles, afin de faciliter la démarche d'acceptation complète de son orientation sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les préjugés face à l'homosexualité ❖ Les relations avec les parents ❖ La révélation de son orientation sexuelle aux parents ❖ L'homophobie ❖ Les relations amoureuses ❖ Les relations sexuelles ❖ Les personnalités que j'admire ❖ L'amitié ❖ Les projets de vie ❖ Le sida et les MST ❖ Les substances psychotropes ❖ L'estime de soi ❖ La différence ❖ Les lieux de rencontre ❖ Les valeurs ❖ La maternité et la paternité ❖ La visite chez le médecin

7.3 LA LIGNE AZUR (FRANCE)

Projet français, principalement financé par les pouvoirs publics, la Ligne AZUR est un service d'écoute téléphonique anonyme pour les "jeunes en difficultés d'orientation sexuelle". Elle fait partie intégrante de la structure d'accueil de Sida Info Service (fonctionnement : 6 jours sur 7 de 17h00 à 21h00). En 2000, la ligne a fait l'objet de 52200 sollicitations, traité 12532 appels et conduit 4785 entretiens.

Les appelants sont majoritairement de sexe masculin (77%), mais la proportion de femmes a continuellement augmenté depuis 1998, date à laquelle le service leur a été proposé. Le tableau ci-dessous donne la répartition par âge de la clientèle.

Tableau 7.1 Répartition par âge des appelants de la ligne AZUR

Classe d'âge	Femme	Homme
Moins de 20 ans	44.7%	23.6%
20 à 24 ans	20.5%	25.5%
25 à 29 ans	11.3%	21.0%
30 à 39 ans	11.9%	20.0%
40 ans et plus	8.6%	9.8%

Source : ligne azur 2000⁷⁹

La répartition par âge montre que les femmes sont, en termes relatifs, presque deux fois plus représentées dans la classe des moins de 20 ans. Près de 70% des appelantes ont moins de 25 ans, contre un peu moins de 50% chez les hommes. Ce déséquilibre n'étonne pas les responsables de la ligne, qui reçoivent fréquemment des appels relatifs à la sexualité dans une optique plus générale, notamment en ce qui concerne la contraception^a. La mise en relation des données sur les pratiques sexuelles déclarées avec les données relatives aux déclarations d'orientation sexuelle montre une grande variabilité des constructions identitaires, contrairement à ce que l'on observe généralement dans les enquêtes "presse gaie" où la majorité des répondants s'auto-définissent comme homosexuels.

La classification hiérarchique des thématiques abordées montre que le sentiment de mal-être, les questions relatives à l'identité sexuelle et à la sexualité en général figurent parmi les thèmes les plus fréquemment évoqués par les appelants (de 30 à 40% chacun). Ensemble, les questions relatives au *coming out*, la peur du rejet et les problèmes de "pression psychologique" sont également largement représentés. Les questions relatives au VIH (5.3%) et à la bisexualité sont relativement moins fréquentes (13%). Ces données devraient néanmoins faire l'objet d'une interprétation prudente, compte tenu du fait que le mode de classification des demandes n'est

^a On notera néanmoins que l'enquête de Brigitte Lhomond parmi les jeunes scolarisés de 15 à 18 ans montrait que les filles ont tendance à s'interroger plus tôt que les garçons sur leur orientation sexuelle³⁵.

pas connu et que l'on ne sait pas exactement quels phénomènes sont compris sous certains items. D'une manière générale, les jeunes appelants sont désorientés, ne savent pas à qui parler, ni comment en entrer contact avec leurs pairs. La ligne Azur, à l'instar d'autres services d'écoute téléphonique de ce genre, constitue en quelque sorte une première étape vers la recherche de solutions^a.

7.4 WWW.DRGAY.CH

Description de l'offre

Géré par le programme HSH de l'ASS, ce site a pour fonction de faciliter l'accès des HSH au conseil de prévention à la fois spécialisé et personnalisé, donnant lieu, le cas échéant à des aiguillages (voir Chapitre 4.2). Il constitue une source potentielle d'informations pour les hommes (les femmes, mais dans une moindre mesure) pour des réputés difficiles à atteindre et/ou qui sont en phase de questionnement sur leur orientation sexuelle, notamment les jeunes. L'offre est disponible dans les trois langues nationales. L'utilisation du site (poser une question) a continuellement augmenté depuis son ouverture, ce qui atteste le fait que la demande existe et qu'elle est appelée à s'accroître au fur et à mesure que le site gagne en notoriété.

De par sa nature, drgay.ch permet de récolter une masse importante d'informations relatives aux utilisateurs du programme. L'ASS a de ce fait effectué une analyse d'un échantillon de 4000 questions, dont les résultats détaillés sont disponibles auprès de l'association faîtière (voir référence ci-dessous).

On présentera ici uniquement les données relatives au profil socio-démographique des utilisateurs et la distribution des thématiques abordées selon l'âge et le lieu d'habitation.

Profil socio-démographique des utilisateurs

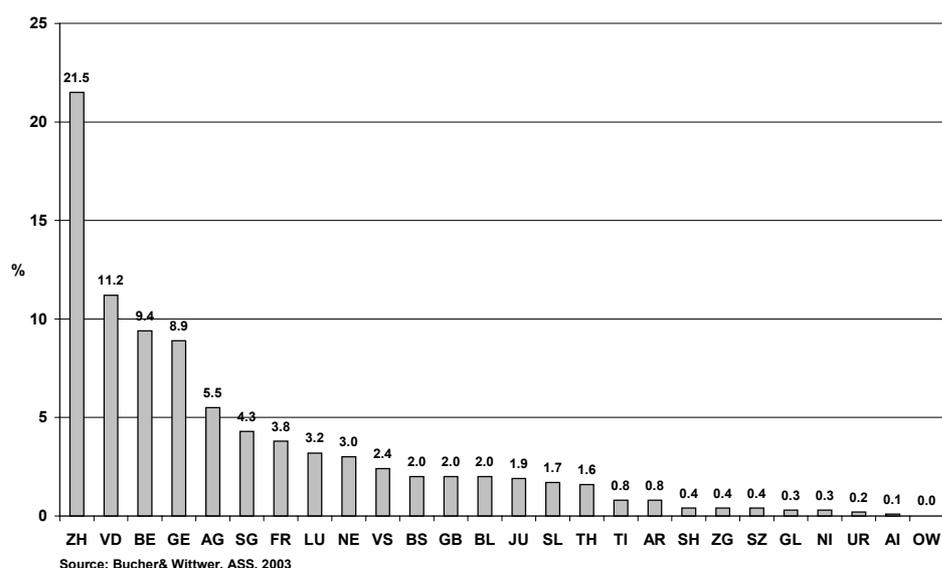
L'analyse porte sur un échantillon de 2139 utilisateurs, dont 82.8% sont de sexe masculin. De fait, drgay.ch s'adresse prioritairement aux HSH, mais les femmes ont également la possibilité de trouver réponses à leurs questions.

La distribution des utilisateurs selon le canton d'habitation laisse apparaître un déséquilibre très marqué entre les cantons fortement urbanisés et les cantons plus ruraux (n=1887 ; non-réponses : 12%). Le canton de Zurich est le plus largement représenté avec 21.5% d'utilisateurs. Viennent ensuite les cantons de Vaud (11.2%), Berne (9.4%), Genève (8.9%), et Argovie (5.5%). Ailleurs, les valeurs observées sont en dessous du seuil de 5%. Elles sont très proches de zéro en Suisse centrale. Il apparaît que les utilisateurs de Zurich, Vaud, Genève, Fribourg et Neuchâtel sont sur-représentés par rapport à la taille de leur population résidente.

^a Le bilan 2000 de la Ligne Azure est disponible sur Internet à l'adresse : <http://www.sida-info-service.org>.

Cette forte concentration des utilisateurs dans les grandes villes tient principalement aux canaux utilisés pour la promotion du site. En effet, la presse identitaire (gratuits et autres titres) constitue les principaux vecteurs de promotion de l'offre. Or, ces titres sont beaucoup plus facilement accessibles dans les villes abritant une scène gaie commerciale développée. On relèvera à ce titre que la demande réagit positivement aux efforts publicitaires. C'est par ailleurs également le cas des services d'écoute téléphonique¹¹.

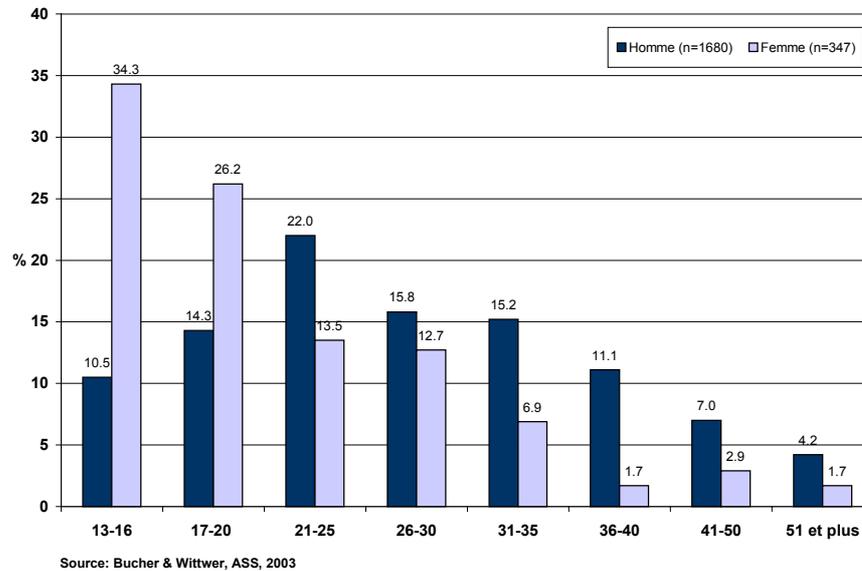
Figure 7.1 Distribution des utilisateurs (%) selon le canton d'habitation (n=1887)



S'agissant de l'âge des utilisateurs, on constate que drgay.ch touche un public relativement jeune (en majorité les moins de 30 ans). La distribution par âge laisse cependant apparaître d'importants contrastes entre les hommes et les femmes (Figure 7.2). En effet, deux tiers des utilisatrices (60.5%) ont moins de 21 ans, contre seulement un quart des utilisateurs (24.8%). La répartition par âge montre de fait une concentration très importante des femmes dans les classes d'âge inférieures (classe modale : 13-16 ans), alors que chez les hommes cette répartition est plus diluée (classe modale : 21-25 ans). En France, un phénomène relativement similaire a été observé dans les données de la ligne AZUR (cf. Annexe 7.3).

Concernant drgay.ch, on notera néanmoins, qu'en termes absolus, les femmes sont beaucoup moins nombreuses que les hommes, et qu'un certain nombre d'entre elles (proportion ici inconnue) sollicitent drgay.ch uniquement pour des travaux scolaires (demande de documentation). Il n'en demeure pas moins que les hommes de moins de 20 ans sont sous-représentés parmi les utilisateurs. Le fait que la promotion du site passe principalement par la presse identitaire peut expliquer ce constat. Il est vraisemblable qu'une promotion à l'extérieur des réseaux de diffusion communautaires soit plus adéquate pour les adolescents et les jeunes adultes (école et médias jeunes).

Figure 7.2 Distribution des utilisateurs (%) selon l'âge et le sexe



Répartition des demandes

Les questions des utilisateurs sont réparties selon quatre catégories : a) identité gaie, b) sentiments, c) *safer sex*, d) bien être corporel. Bien qu'elles ne soient pas totalement mutuellement exclusives, ces catégories sont plus ou moins discriminantes. Il n'est vraisemblablement difficile de distinguer les questions relatives aux sentiments de celles portant sur l'identité gaie.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le *safer sex* génère proportionnellement autant de questions chez les hommes que chez les femmes (plus de 35% chez les deux sexes). Les hommes posent en revanche plus fréquemment des questions relatives au bien-être corporel que les femmes. Celles-ci sont en revanche davantage représentées dans la catégorie identité gaie. La distribution par âge selon le sexe introduit un biais dont il faut cependant tenir compte.

En effet, chez les hommes, **la distribution des questions par thématique est dépendante de l'âge**. Les plus jeunes posent plus fréquemment des questions sur leur identité sexuelle et sur les sentiments que leurs aînés. En revanche, ces derniers s'interrogent davantage sur leur bien être corporel et sur le *safer sex*. Chez les femmes les différences observées ne sont pas significatives selon l'âge.

Tableau 7.2 Distribution des utilisateurs (%) par thématique et par sexe

Catégorie	Homme n=1718	Femme n=359
Identité gaie	19.4	36.8
Sentiments	11.8	10.9
<i>Safer sex</i>	36.1	35.7
Bien-être corporel	32.7	16.7

Source : Bucher & Wittwer, ASS, 2003⁷⁸.

Chez les hommes, la distribution des thématiques abordées dépend également du fait d'habiter en zone urbaine ou rurale. En effet, on constate que les utilisateurs établis en zone rurale sont proportionnellement plus nombreux à poser des questions sur l'identité gaie, alors que les utilisateurs des villes prêtent davantage attention aux questions de bien être corporel. Ces écarts confirment l'hypothèse – qui n'est probablement plus à démontrer – selon laquelle il est plus facile d'exprimer une préférence homosexuelle en milieu urbain qu'en milieu rural. En revanche, l'écart entre zone rurale et zone urbaine disparaît dans la catégorie *safer sex*. C'est d'ailleurs l'un des thèmes les mieux représentés parmi l'ensemble des utilisateurs.

Tableau 7.3 Distribution des utilisateurs (%) par thématique et par habitat

Catégorie	Homme		Femme		Ensemble	
	Ville n=1193	Campagne n=525	Ville n=225	Campagne n=134	Ville n=1418	Campagne n=659
Identité gaie <i>Schwule Identität</i>	16.8	25.1	36.0	38.1	19.9	27.8
Sentiments <i>Gefühle</i>	12.2	11.0	11.1	10.4	12.0	10.9
<i>Safer sex</i> <i>Safer sex</i>	36.7	34.9	36.9	33.6	36.7	34.6
Bien-être <i>Körperliches Wohlbefinden</i>	34.3	29.0	16.0	17.9	31.4	26.7

Source : Bucher & Wittwer, ASS, 2003.

Synthèse

L'augmentation continue du nombre d'utilisateurs montre clairement que ce site Internet correspond à une demande dont on sait qu'elle peut encore s'accroître. Actuellement, la promotion du site passe principalement par des encarts publicitaires dans la presse identitaire. Or, ce canal de communication n'est pas forcément le plus efficace pour atteindre les jeunes

homo/bisexuels de moins de 20 ans et qui plus est, ceux qui vivent à l'écart des grands centres urbains. Ces jeunes tendent en effet à être sous-représentés parmi les utilisateurs du site. La diversification des supports de communication (médias ciblés jeunes, école) augmenterait les chances d'atteindre ce segment de population plus difficile d'accès (ce constat est aussi vrai pour les lignes d'écoute téléphonique). Une telle démarche implique que le site soit en mesure de répondre de façon adéquate à l'augmentation de la demande et puisse pour ce faire disposer de ressources suffisantes.

Référence : Bucher T, Wittwer U. 2003: Wo tut es denn www ? Evaluation der Klientendaten von www.drgay.ch. Herausgeber: Aids-Hilfe Schweiz und Universität Zürich, Psychologisches Institut, Zürich.

7.5 LES GROUPES 'JEUNES GAYS' ACTIFS EN SUISSE

Canton	Ville	Nom de l'organisation et/ou du groupe	Fréquence rencontres (mois)	Limite d'âge
AG	Olten	Jugendgruppe Easy	4 fois	
AG	Aarau	Elledorado	2 fois	
BE	Berne	Coming inn	2 fois	16-27 ans
BE	Berne	otherside - les-bi jugendgruppe bern	2 fois	14-26 ans
BE	Berne	SchLUB-Nachtessen	1 fois	
BE	Thun	GAYthun	pas régulièrement	26 ans
BE	Berne	SchLUB AprèsUni	1 fois	
BS et BL	Basel	Jugendgruppe Rose	4 fois	
FR	Fribourg	Sarigai Groupe Jeunes	1 fois	25 ans
GE	Genève	Dialogai Groupe Jeunes	2 fois	25 ans
GR	Chur	Capricorn	2 fois	
LU	Luzern	whynot, lesbischwule Jugendgruppe	4 fois	14-25 ans
NE	Neuchâtel	Homologay Groupe Jeunes	2 fois	
SG	Wil	Freelife Ostschweiz	pas régulièrement	
SH	Schaffhausen	Jugendgruppe Jumpln	4 fois	16-25 ans
SO	Olten	Jugendgruppe Easy	4 fois	
UR	Schattdorf	"Na und?" - LesBiSchwule Gruppe Uri	1 fois	
VD	Lausanne	Vogay Groupe Jeunes	2 fois	25 ans
VS	Brig	Anersoberwallis	2 fois	
ZG	Zug	Young LesBiSchwul Zug	4 fois	
ZH	Zürich	Spot25	4 fois	14-25 ans
ZH	Zürich	Jugendtreff artemisia	1 fois	
ZH	Winterthur	Jugendtreff Caméléon	3 fois	

Source: <http://www.purplemoon.ch>

Note : Les données ont été saisies à partir des informations diffusées sur ce site. On ignore si ces informations sont régulièrement mises à jour. Il semblerait néanmoins que cela soit le cas.

7.6 PROTOKOLL DER „DIAGONAL-DELEGIERTENVERSAMMLUNG“ (EXTRAIT)

Olten, 16. November 2002

Anwesende:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| - Easy Olten | - LesBiSchwul Zug |
| - Whynot Luzern | - Coming-Inn Bern |
| - Purplemoon | - LOS |
| - Na und? Uri | - Elledorado Aarau |
| - Freelifelife Wil | - Spot 25 |

Konzept:

- Die Jugendorganisation „Diagonal“ ist eine Schnittstelle, welche zwischen den lesbischswulen Jugendorganisationen vermitteln wird.
- Bei der Gründung einer neuen Gruppierung, wird „Diagonal“ Anlaufstelle sein, um die aufkommende Organisation zu unterstützen, Auskünfte zu erteilen und als Schnittstelle zu fungieren, um einen möglichst guten Start zu ermöglichen.
- Informationsaustausch und die Kommunikation zwischen den Gruppierungen – regional und national – soll durch Diagonal gefördert werden.
- Diagonal bietet Unterstützung für Projekte an und koordiniert auf Wunsch die Organisation von lesbischswulen Jugendprojekten.
- Die Jugendlichen sollen durch Publicity/Werbung auf nationaler Ebene direkt angesprochen werden.
- Diagonal kann als nationale Organisation die finanzielle Grundlage für lesbischswule Jugendförderung bereit- und sicherstellen.
- Diagonal fungiert als nationale Stimme in Politik und Medien, stellvertretend für die lesbischswule Jugend in der Schweiz.

Politik:

- Durch „Diagonal“ sollen die homo- und bisexuellen Jugendlichen eine Stimme in der Politik gewinnen, um ihre Anliegen zu vertreten.
- Diagonal zeigt Präsenz am CSD / Pride / anderen Veranstaltungen (Start im 2003).
- Politische Informationen gehen an den Vorstand von „Diagonal“.
- Diagonal bietet Medienkontakt bzw. vernetzt die Medienkontakte auch ein wenig besser (durch Mailingliste wird der Kontakt in den Regionen gefunden).

- „Diagonal“ hat die volle Unterstützung von „LOS“ und „Pink Cross“ und ist Fachgruppe für Jugend und Schule bei den Dachorganisationen.

Das Jugendnetzwerk „Lambda“ (D) unterstützt uns ebenso. Teil der angehenden Projekte wird sein, eine Annäherung zwischen „Diagonal“ und „Lambda“ zu erzielen um die Zusammenarbeit zu fördern und bereits vorhandene Synergien zu nutzen.