

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires
Lausanne

Service de psychiatrie de liaison
Département universitaire de psychiatrie adulte
Lausanne

DÉVELOPPEMENT IDENTITAIRE ET RISQUE DE CONTAMINATION PAR LE VIH CHEZ LES JEUNES HOMOSEXUELS ET BISEXUELS EN SUISSE ROMANDE

Pierre Cochand, Pascal Singy

Citation suggérée :

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, 2001 (Raisons de santé 71)

Etude financée par :

Fonds national suisse de la recherche scientifique
requête no 3346-61718

Remerciements :

Nous remercions toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à notre enquête, ainsi que les associations homosexuelles de Suisse romande qui ont grandement favorisé la diffusion du questionnaire. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans le précieux concours de Pascal Moret, psychologue et chargé de recherche. Nous le remercions vivement pour le travail effectué. Que Jacques Spagnoli, statisticien au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte de Lausanne, Gilles Dennler, auteur d'un mémoire en psychologie à l'Université de Lausanne et Patrice Guex, Professeur et médecin-chef du Service de Psychiatrie de Liaison, trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Bulletin de commande en dernière page

TABLES DES MATIÈRES

1	Introduction	1
2	Méthode	5
2.1	Objectifs et hypothèse	5
2.2	Production et analyse des données	6
2.3	Diffusion du questionnaire	7
3	Description de l'échantillon	9
3.1	Age des répondants	9
3.2	Autres données socio-démographiques	10
4	Coming out	13
4.1	Définition identitaire	13
4.1.1	Etapes du processus identitaire	14
4.2	Rapports avec la communauté homosexuelle	17
4.2.1	Fréquentation des lieux homosexuels	17
4.3	Révélation de l'orientation sexuelle à l'entourage	18
4.3.1	Perception de l'acceptation de l'entourage	20
4.3.2	Perception de l'acceptation dans la population générale	21
4.3.3	Image positive de l'homosexualité ou de la bisexualité	22
4.3.4	Homophobie	22
4.4	Attitude envers son homosexualité	23
4.4.1	Attitude au moment de la passation du questionnaire	23
4.4.2	Evolution récente de l'attitude envers son homosexualité	25
4.5	Sexualité	26
4.6	Processus de coming out - Synthèse	28
5	Santé - bien-être	31
5.1	Santé psychologique	31
5.1.1	Bien-être général	31
5.1.2	Estime de soi	32
5.1.3	Idéation suicidaire et tentatives de suicide	33
5.1.4	Variables de santé psychologique et coming out	35
5.2	Consommation d'alcool et de drogues	35
5.3	Dépistage du VIH	36
6	Partenaires sexuel(le)s	37
6.1	Relation stable	37
6.2	Partenaires sexuel(le)s occasionnel(le)s	38

7	Gestion du risque en matière de VIH	41
7.1	Pratiques sexuelles non-protégées dans les six derniers mois	41
7.1.1	Relations sexuelles non-protégées avec le partenaire stable	42
7.1.2	Relations sexuelles non-protégées avec des partenaires occasionnels ..	44
7.2	Risque de transmission du VIH	45
7.2.1	Définition des classes de risque	45
7.2.2	Corrélations entre "prise de risque" et les autres variables de l'étude ..	46
8	Discussion	49
8.1	Adaptation à l'orientation sexuelle	49
8.2	Les sujets à risque	49
8.3	Tentatives de suicide	50
9	Conclusions et recommandations	51
10	Références	53
11	Annexe	54

1 INTRODUCTION

Compte tenu de l'état actuel de la recherche scientifique, la prévention et l'adaptation du comportement qu'elle suppose restent les seuls moyens d'enrayer l'infection VIH responsable du sida. Si l'on considère généralement que la population en Suisse est bien informée au sujet des pratiques sexuelles qui représentent un risque pour la transmission du VIH, il existe encore de nombreuses failles dans la mise en pratique des conduites préventives. A cet égard, Point Fixe (1995) constate que "dans certaines situations chargées émotionnellement, il semble que les individus puissent tomber en panne du réflexe sécuritaire". Il existerait en effet un décalage entre, d'une part, ce que l'individu connaît du risque de transmission du VIH et sa détermination à s'en protéger, et, d'autre part, sa capacité à adapter ses conduites et à faire les choix cohérents avec ses connaissances. Un des défis encore d'actualité de la prévention VIH en Suisse est sans doute celui du dépassement d'un tel décalage. Certains facteurs, décrits dans la littérature, sont connus pour limiter une mise en pratique efficace des connaissances en matière de prévention, facteurs parmi lesquels le sentiment de ne pas être concerné, certaines difficultés de compréhension de l'information ainsi que l'incompatibilité du discours préventif avec certains types de personnalité (Vicenzi, 1994).

Aujourd'hui, dans le monde occidental, la population homosexuelle masculine est encore particulièrement touchée par l'infection par le VIH. Ainsi, on estime que la prévalence du VIH en Suisse est d'environ 0,3% au sein de la population générale, alors qu'elle s'élève à 10% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995). Par ailleurs, plusieurs études indiquent qu'après une période où les règles du safer sex étaient largement appliquées par les hommes homosexuels et bisexuels, l'incidence des pratiques sexuelles non-protégées serait à la hausse (De Wit, 1996; Ekstrand & al., 1999).

Dans ce contexte, les jeunes hommes en période de découverte d'une orientation homosexuelle peuvent être particulièrement menacés par l'infection VIH. L'étude de Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995), réalisée auprès d'hommes homosexuels de tous âges, montre que les jeunes, d'une manière générale, ne se protègent pas moins bien que leurs aînés, mais que certains d'entre eux, dans la période de la découverte de leur orientation sexuelle, "passent par une période de révolte et de désespoir qui peut les conduire à des expositions au risque momentanées". Selon les conclusions d'une étude américaine (Herdt & Boxer, 1993), l'identité sexuelle jouerait un rôle important dans la question de la prévention : ceux parmi les jeunes homosexuels qui se sentent à l'aise avec leur orientation sexuelle et qui reçoivent un soutien consistant et positif de leur entourage seraient mieux à même de gérer de manière efficace les risques rencontrés dans leur environnement et, notamment, ceux liés à la transmission du VIH.

Ceci étant admis, l'axe principal de notre étude réside dans une mise en rapport de l'identité relative à l'orientation sexuelle avec la gestion du risque en matière de VIH. Notre propos sera donc de tenter de mettre en lien, au travers d'une enquête conduite auprès de jeunes homosexuels et bisexuels masculins de Suisse romande, les pratiques sexuelles non-protégées déclarées avec l'état du processus de développement identitaire.

La prise de conscience de sa différence identitaire n'intervient pas du jour au lendemain. Au contraire, il s'agit d'un long processus pouvant s'engager dans l'enfance, plus fréquemment dans l'adolescence et parfois même à l'âge adulte. Ce processus est communément appelé *coming out*, contraction de l'expression anglaise "*coming out of the closet*", faisant référence au lieu prototypique des relations homosexuelles anonymes dont la personne s'extrait, rendant alors visible sa différence. Le *coming out* ne désigne toutefois pas seulement le fait de dire son homosexualité aux autres, il est aussi et avant tout une prise de conscience personnelle. Par ailleurs, le processus de *coming out* peut constituer en termes anthropologiques un réel rite de passage, ce qu'a relevé, entre autres, Herdt (1992), rite de passage supposant l'existence de conditions socio-historiques dont la première serait l'existence d'une sub-culture homosexuelle tant soit peu visible.

Les différents modèles de développement identitaire élaborés à partir des années 1970 ont en commun d'intégrer les étapes de reconnaissance, puis de divulgation de l'orientation homosexuelle comme critères d'accession à une identité sexuelle positive. C'est Vivienne Cass (1979) qui est à l'origine d'un des premiers modèles de développement, lequel se découple en six étapes. Il s'agit d'un modèle interactionniste rendant compte des influences réciproques sur l'individu de facteurs psychologiques et sociaux. Dans les grandes lignes, les étapes constitutives de son modèle sont :

1. *confusion identitaire* : il s'agit d'une phase où l'individu met en balance des informations extérieures concernant l'homosexualité et une perception interne d'une attirance encore floue pour les personnes du même sexe. Il se ressent fortement comme un être singulier;
2. *comparaison identitaire* : après avoir accepté la possibilité d'une identité homosexuelle atténuant sa confusion, l'individu est amené à se confronter à la différence entre sa perception de lui-même et celle qu'il suppose que les autres ont de lui. Il considère donc la possibilité d'être homosexuel tout en apparaissant socialement, dans le même temps, comme hétérosexuel;
3. *identité tolérée* : l'individu peut envisager le fait d'être homosexuel, ce qui diminue encore son sentiment de confusion tout en risquant d'augmenter son sentiment d'être socialement stigmatisé. Il se sent encore mal à l'aise avec ses préférences sexuelles mais tend peu à peu à les admettre;
4. *identité acceptée* : cette étape est caractérisée par des contacts avec d'autres homosexuel(le)s, permettant à la personne concernée de valider et de normaliser l'homosexualité en tant qu'identité et mode de vie. Par ailleurs, elle va commencer de révéler de manière sélective son orientation sexuelle;
5. *fierté identitaire* : l'individu vit maintenant avec le sentiment d'un écart important entre l'acceptation de son identité et sa perception d'une société qui le rejette. Diverses stratégies sont élaborées pour dévaluer l'importance de l'entourage hétérosexuel, pour en accorder davantage au milieu homosexuel. Suit alors une période d'intense immersion dans la sub-culture homosexuelle (implication dans la communauté homosexuelle, cinéma, littérature, etc.);
6. *identité synthétisée* : l'individu réalise que la dichotomie radicale de la non-acceptation généralisée de l'orientation homosexuelle par les hétérosexuels et l'absence de différence avec ses pairs n'est pas avérée. Il est alors capable de relativiser sa différence.

C'est également un modèle conçu selon une certaine structure d'ordre que propose Troiden (1989), autre spécialiste de la notion de *coming out*. Toutefois, de son point de vue, les passages d'une étape à l'autre supposent une plus grande variabilité (aller-retour, chevauchement) ce qui confère à son modèle une souplesse que celui de Cass n'offre pas. Concrètement, ces quatre étapes se découpent comme suit :

1. *la sensibilisation* : elle apparaît avant la puberté et se caractérise par la perception d'une différence par rapport aux pairs du même sexe;
2. *la confusion identitaire* : elle apparaît durant l'adolescence et se caractérise par une confusion interne relative au sentiment d'être éventuellement homosexuel;
3. *l'identité supposée* : elle apparaît à la post-adolescence ou au début de l'âge adulte, lorsque la personne commence à accepter son orientation sexuelle et à s'engager dans une vie sexuelle et dans la communauté homosexuelle;
4. *l'engagement* : l'identité homosexuelle est perçue à la fois comme valide et nécessaire au bien-être du sujet.

Ces modèles, tout comme d'autres (Coleman, 1988) ont l'avantage de fournir des repères utiles à la compréhension du développement de l'identité homosexuelle. Toutefois ils comportent au moins trois limites évidentes. La première tient dans le fait qu'ils considèrent le développement identitaire dans une perspective universaliste sans prise en compte des multiples différences culturelles, sociales et individuelles qui conditionnent les modes d'expression de l'homosexualité dans le monde

et dans l'histoire (Eliason, 1996). Tout indique en vérité que ces modèles reflètent des préoccupations qui concernent essentiellement le monde occidental et plus précisément le tissu urbain nord-américain dans sa composante blanche et "middle upper class". La linéarité développementale qu'impliquent les modèles de Cass et Troiden paraît aussi discutable et constitue une deuxième limite. Plusieurs auteurs (McDonald, 1982; Rust, 1993) insistent sur le fait que la progression à travers les différentes étapes de ces modèles suppose des allers et retours, des chevauchements, voire des inversions. Par ailleurs, ces mêmes auteurs soulignent que l'entrée en *coming out*, ainsi que la durée du processus, ne dépendent pas de l'âge, compris en termes fixistes, du sujet confronté à un questionnement identitaire. Enfin, on notera que ces modèles sont avant tout compris en termes d'identité individuelle et négligent la dimension sociale du développement (Cox et Gallois, 1996).

Au vu de ces limites, nous nous sommes appuyés pour ce travail sur la conception du *coming out* développée par Schneider (1988). L'intérêt de son modèle tient dans le fait qu'il n'appréhende pas le développement de l'identité homosexuelle en termes linéaires mais le cerne d'un point de vue multi-axial, tant dans ses composantes individuelles que sociales, sans préjuger d'un ordre processuel pré-établi. Ainsi, Schneider retient cinq axes lui paraissant pertinents :

1. la définition identitaire relative à l'orientation sexuelle, soit la prise de conscience de la part du sujet de sa différence fondamentale, puisque touchant à sa sexualité;
2. la relation avec la communauté homosexuelle, autrement dit l'entrée dans une sub-culture plus ou moins structurée et l'acceptation des règles de cette dernière;
3. la révélation de l'orientation sexuelle à l'entourage, comprise comme une affirmation sociale de soi avec le risque de rejet, réel ou supposé, en particulier de la part de l'entourage familial;
4. l'attitude envers l'homosexualité, autrement dit la représentation que se fait le sujet de l'homosexualité en général, représentation n'étant pas forcément en phase avec les trois points précédents;
5. la sexualité avec des partenaires masculins, c'est-à-dire la confrontation effective de la personne avec l'objet du désir.

Cette recherche s'inscrit dans un contexte socio-historique où la visibilité de l'homosexualité est plus grande que par le passé. La société suisse est confrontée presque quotidiennement par le biais des médias (presse écrite, cinéma, littérature, débats télévisés, publicité, etc.) aux réalités homosexuelles. La mise à plat en quelque sorte de ces réalités a eu comme corollaire une meilleure tolérance, voire une acceptation, des personnes qu'elles concernent. Ainsi un certain nombre d'associations homosexuelles ont pu voir le jour et obtenir, peu à peu, un statut de partenaires légitimes de la part des pouvoirs politiques et de la société civile. Tout indique que cette reconnaissance exerce une réelle incidence sur la vie des homosexuel/les puisqu'elle a permis d'ancrer de manière incontournable le débat sur l'officialisation des relations de couple entre personnes de même sexe et, même, dans certains cas son application.

Cette plus grande visibilité et l'existence d'un milieu associatif, en particulier de groupes de jeunes homosexuels, nous ont fait supposer possible la conduite de notre recherche en ce sens que les jeunes homosexuels paraissent aujourd'hui plus accessibles, moins craintifs face à un regard interrogateur posé sur eux et surtout davantage conscients de leur identité.

Toutefois, l'expérience clinique de psychologue de certains membres de l'équipe de recherche ainsi que des données épidémiologiques récentes - mais étrangères - nous invitaient à penser que sur le plan individuel les questions se posant aux jeunes homosexuels face à leur quête identitaire restaient encore pour beaucoup problématiques et pour certains douloureuses. De plus, la banalisation de l'épidémie du sida que l'on observe depuis l'apparition des trithérapies nous est apparue comme pouvant concourir, dans cette population particulière d'adolescents à la recherche d'eux-mêmes, à un relâchement de l'attention préventive.

2 MÉTHODE

2.1 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE

Aujourd'hui encore, la prévention constitue l'unique moyen pour enrayer la propagation de l'infection par le VIH. Or, la prévention bute actuellement non plus sur la connaissance des causes de contamination, mais sur des difficultés en rapport avec des problématiques individuelles, relationnelles et sociales (Hausser, 1997). Des études récentes indiquent que les pratiques sexuelles non-protégées ne diminuent plus dans la population homosexuelle et pourraient même être en augmentation (Ekstrand & al., 1999).

Les jeunes homosexuels ou bisexuels masculins représentent un groupe social, nous semble-t-il, particulièrement concerné par le VIH et sa prévention. Ceci pour au moins trois raisons:

- 1) on observe une séroprévalence VIH élevée dans la population homosexuelle (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995);
- 2) le manque d'expérience en matière de sexualité chez les jeunes peut être mis en lien avec une probabilité réduite de communication au sujet des pratiques sexuelles (Hays et al. 1990);
- 3) les caractéristiques psycho-sociales de l'adaptation à l'orientation sexuelle peuvent favoriser une vulnérabilité particulière dans la gestion du risque (Jalbert, 1998).

Avant de définir l'objectif de cette étude, deux précisions s'imposent.

- 1/ Cette enquête s'adressait à de "jeunes hommes aimant d'autres hommes". Cette formulation, largement utilisée dans la littérature, semblait prendre ici toute sa pertinence, puisqu'elle dénomme une population encore en quête identitaire qui, par conséquent, ne s'envisage pas toujours dans les limites de catégories telles "homosexuel" et "bisexuel". Toutefois, par souci de lisibilité, nous avons utilisé dans notre questionnaire les termes précités, ce qui s'est avéré en conformité avec la définition que la très grande majorité des sujets soumis à l'enquête donnait d'eux-mêmes. En outre, nous avons considéré comme étant synonymes les termes "homosexuel" et "gay", sans prendre en compte les représentations différentes qui peuvent y être associées, même si l'on sait que "homosexuel" est une dénomination essentiellement de type out-group (Yaguello, 1987), alors que "gay" est une émanation de la communauté homosexuelle elle-même (in-group).
- 2/ Nous avons retenu comme pratiques sexuelles à risque celles définies par l'Office Fédéral de la Santé Publique, soit la pénétration (vaginale et anale) sans préservatif et la présence de sperme dans la bouche.

La présente étude a pour objectif d'explorer les caractéristiques spécifiques du développement d'une identité relative à l'orientation sexuelle et d'examiner les corrélations entre ces caractéristiques et les comportements déclarés à risque de transmission du VIH. En termes opératoires, cette étude suppose la vérification des termes d'une hypothèse libellée comme suit :

Les difficultés à reconnaître ou à accepter son orientation sexuelle, à se constituer une identité sexuelle, ainsi que les difficultés relatives à l'attitude rencontrée dans l'entourage lors de son affirmation, sont pour les jeunes hommes homosexuels et bisexuels des facteurs pouvant perturber leur santé psychologique et, par voie de conséquence, provoquer une limitation de la capacité à la mise en pratique rationnelle de conduites préventives s'agissant des pratiques sexuelles.

L'élaboration de notre plan de recherche s'appuie sur la notion de *coming out* définie par Schneider et présentée en introduction. Cette auteure, comme d'autres (Rust, 1993; Blumenstein & Schwartz, 1977) estime, rappelons-le, que le développement identitaire est un processus pluridimensionnel

sans présomption d'un ordre chronologique fixé. Les cinq axes qu'elle a définis ont été repris tels quels et sont les suivants :

- a. définition identitaire relative à l'orientation sexuelle;
- b. relations avec la communauté homosexuelle;
- c. révélation de l'orientation sexuelle à l'entourage;
- d. attitude envers l'homosexualité;
- e. sexualité avec des partenaires masculins.

2.2 PRODUCTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Au vu de la nature de l'étude, la production des données s'est opérée au travers d'un questionnaire auto-administré. En effet, un tel instrument est supposé toucher un nombre relativement important d'informateurs et, par son caractère anonyme, favorise l'obtention de réponses concernant des sujets réputés sensibles, comme ceux de la sexualité et des comportements à risque en matière de VIH.

Une première version du questionnaire, construite par l'équipe de recherche, a été soumise à une opération de pilotage destinée à évaluer son efficacité et sa validité. Dans un premier temps, le questionnaire a été testé auprès de cinq jeunes hommes faisant partie de la population concernée par l'enquête. Chacun de ces répondants a été invité à répondre au questionnaire, puis, dans le cadre d'un entretien, à paraphraser l'énoncé de chacune des questions. Le but des entretiens était de vérifier dans quelle mesure les répondants comprenaient en des termes identiques ce qui leur était demandé. La deuxième étape du pilotage a été celle de la constitution d'un groupe d'experts, comprenant des professionnels s'intéressant aux adolescents, à la santé publique, et à la prévention VIH. Ces experts étaient priés de faire part de leurs commentaires et critiques sur la forme et le contenu de notre questionnaire. La version finale du questionnaire comprend 61 questions explorant les domaines suivants:

- 1 Caractéristiques socio-démographiques.
- 2 Caractéristiques du *coming out* en fonction de ses cinq dimensions.
- 3 Santé: bien-être général actuel, idéation suicidaire, tentatives de suicide antérieures, estime de soi, résultat du dernier test VIH, consommation d'alcool et de drogues.
- 4 Recensement de pratiques sexuelles non-protégées dans les six derniers mois avec :
 - (a) le partenaire stable le plus significatif s'il existe
 - (b) les partenaires occasionnel(le)s éventuel(le)s.

Compte tenu de la nature des variables, essentiellement nominales, nous avons utilisé comme instrument statistique le test du χ^2 . Conformément à la tradition, le seuil de significativité a été fixé à .05. En règle générale, les résultats statistiquement non significatifs n'ont pas été signalés ni discutés dans le texte.

Nous avons porté une attention particulière à la forme des questions. En raison de facteurs liés au type de population et à la nature des thèmes à aborder, la plupart des questions sont des questions dites fermées. Cependant, plusieurs questions ouvertes, sur des sujets nécessitant à nos yeux une exploration plus vaste, trouvent place dans le questionnaire. A la dernière page de ce dernier, les répondants étaient, en outre, invités à s'exprimer librement sur leur attirance pour les hommes, sur l'importance de cette attirance dans leur vie et sur leurs espoirs et craintes face à l'avenir. Enfin, un espace était prévu pour leur permettre de nous faire part de leurs commentaires éventuels sur la recherche.

2.3 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été diffusé à plus de 1300 exemplaires dans toute la Suisse romande. Outre sa disponibilité sur un site Internet dont l'adresse avait été mentionnée par plusieurs médias romands, il a été diffusé par les intermédiaires suivants:

Tableau 1 : Diffusion du questionnaire

	VD	GE	FR	VS	NE	JU	BE	TOTAL
Technique "boule de neige"	260	30	15				5	310
Associations homosexuelles	85	180	30	50	15			360
Saunas	190	80	10				20	300
Services de santé et de jeunesse	170	70	40	10	20	25		335
Total	705	360	95	60	35	25	25	1305

La récolte des données s'est faite entre février et juin 1999. Durant cette période 138 questionnaires nous ont été retournés, dont 123 valables. Ont été écartés les questionnaires provenant de personnes vivant hors de Suisse romande (6 questionnaires) ou de plus de 25 ans (6 questionnaires), tout comme ceux remplis de manière trop incomplète (3 questionnaires).

Une partie notable des questionnaires reçus provient d'enquêtés déclarant l'avoir obtenu au travers d'une association (29%) ou par le truchement d'une connaissance (23%). Il semble en effet que les groupes de jeunes homosexuels de Suisse romande aient été particulièrement actifs dans la diffusion du questionnaire. La proportion des répondants qui disent l'avoir obtenu dans des saunas gays ou par l'intermédiaire des services de santé est plus faible. Pour sa part, Internet a représenté une source non négligeable de retour, et ce malgré l'absence de possibilité de répondre *on line* au questionnaire. En effet, pour des raisons techniques, les répondants devaient le télécharger, y répondre, et le renvoyer par courrier postal ou électronique.

Tableau 2 : Mode d'obtention du questionnaire

<i>Par quel moyen avez-vous obtenu ce questionnaire?</i>	n=123
Association homosexuelle / bisexuelle	29.3%
Ami ou connaissance ("boule de neige")	22.8%
Internet	14.6%
Saunas	14.6%
Professionnel-le de la santé	12.2%
Autres ou inconnu	6.5%

3 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

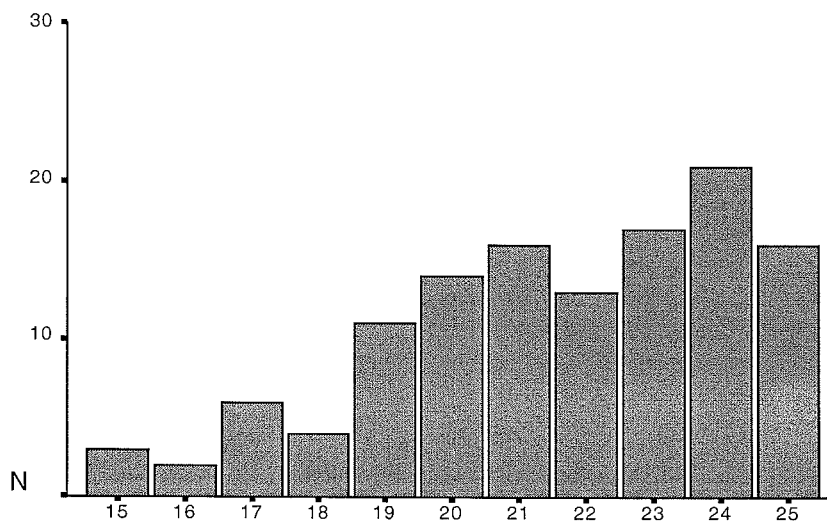
Les variables retenues pour décrire l'échantillon sont supposées toutes en lien avec la problématique de l'étude. Ainsi celle de l'âge dont on ne peut faire l'économie dans une recherche sur l'émergence identitaire. Le rapport avec les parents (mode de vie et dépendance financière), ainsi que le niveau de formation ont également toutes chances d'influer sur la définition de soi. Quant au lieu de résidence, tout donne à penser que l'anonymat favorisé par le milieu urbain devrait donner davantage de latitudes que le milieu rural pour s'affirmer dans une identité minoritaire.

3.1 AGE DES RÉPONDANTS

Le questionnaire ciblait explicitement des jeunes hommes de 16 à 25 ans. Lors du dépouillement, ceux émanant de répondants plus âgés ont été éliminés. Les questionnaires provenant d'enquêtés âgés de moins de 16 ans ont par contre été jugés recevables dans la mesure où ils émanaient de sujets proches, du point de vue de la problématique, de la population que nous désirions soumettre à enquête.

La moyenne d'âge des répondants est de 21.6 ans (médiane: 22 ans). Comme le montre le tableau ci-dessous, la tranche d'âge des 15-18 ans a été la plus difficile à atteindre. Un tel état de fait peut s'expliquer, avant tout, par le mode de diffusion des questionnaires, ceux-ci étant accessibles essentiellement dans des lieux fréquentés par des individus ayant déjà intégré une part de leur différence identitaire.

Graphique 1 : Age des répondants



3.2 AUTRES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les données concernant le lieu d'habitation montrent une répartition diversifiée, comme on peut le voir dans le tableau ci-après :

Tableau 3 : Lieu d'habitation

commune rurale	13.8%
commune ou ville de moins de 20'000 habitants	22.8%
ville ou agglomération de 20'000 à 100'000 habitants	13.8%
ville ou agglomération de plus de 100'000 habitants	45.5%

Selon l'Office Fédéral de la Statistique (1999), seuls 18 % des 15-25 ans vivent dans des communes de plus de 100'000 habitants, alors que dans notre échantillon, plus de 45% déclarent y habiter. Une telle disparité peut s'expliquer de plusieurs manières : un attrait particulier de la population concernée pour les villes, une possible non-concordance entre lieu de résidence et lieu d'habitation, la sur-représentation des universitaires dans notre échantillon, sans compter une possible difficulté à atteindre les jeunes homosexuels installés en milieu rural.

Il est à relever que si la plupart des répondants vivent avec leurs parents (42%) ou seuls (29%), une minorité (15%) d'entre eux a déjà adopté une vie de couple. La moitié du collectif, pour la plupart les jeunes vivant chez leurs parents ou encore aux études, déclare recevoir un soutien financier de leurs parents. La majorité des répondants, dans une estimation subjective, pense que leurs parents ont des revenus moyens.

Tableau 4 : Mode de vie

avec les parents	42.3%
seul	29.3%
en couple avec un homme	13.8%
avec des amis / colocataires	11.4%
en couple avec une femme	0.8%
autres	1.6%

Tableau 5 : Soutien financier des parents et estimation de leurs revenus

oui	49.6%
non	49.6%
revenus plutôt importants	26.0%
revenus moyens	57.7%
revenus plutôt bas	15.4%

Plus de la moitié des répondants (54%) se trouvait en période de formation au moment de répondre au questionnaire, alors que 41% travaillaient et 4% étaient sans emploi. Toujours au chapitre de la formation, on constate, en comparant ces données à la population générale du même âge, une représentation plus élevée des répondants dans la filière universitaire (51%) par rapport à celle de la formation professionnelle et l'apprentissage (32%). Cette sur-représentation des universitaires et pré-universitaires parmi les répondants homosexuels se retrouve dans d'autres études suisses et françaises (Cochand, 1998; Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995; Pollack, 1988). Cet état de fait suscite deux hypothèses. La première veut que notre protocole d'enquête (technique boule de neige, questionnaire écrit) aurait favorisé le recrutement de personnes en filière universitaire. La seconde hypothèse se résume dans l'idée que les homosexuels, comme d'autres minorités, tendraient plus que d'autres à échapper à leur condition au travers d'une reconnaissance sociale, sanctionnée ici par des diplômes universitaires.

Tableau 6 : Activité et formation actuelles

Activité :	
apprentissage / école professionnelle	8.1%
études	45.5%
travail	40.7%
chômage / RMR	4.1%

Dernière formation terminée :	
école obligatoire	13.8%
apprentissage ou école professionnelle	32.5%
gymnase ou équivalent	38.2%
université ou équivalent	13.0%

4 COMING OUT

Conformément à notre référence théorique (cf *supra*), cinq dimensions du *coming out* ont été retenues pour l'exploration des caractéristiques du processus de développement identitaire relatif à l'orientation sexuelle. A la suite de la présentation des résultats concernant les questions liées à chacune de ces dimensions, nous établirons une synthèse dans laquelle une typologie des répondants sera proposée, typologie établie en fonction de certaines caractéristiques du *coming out*.

4.1 DÉFINITION IDENTITAIRE

Alors que l'étude s'adressait à de "jeunes hommes aimant d'autres hommes", nous avons demandé aux répondants de se définir en termes d'orientation sexuelle. Pour ce faire, nous leur avons proposé une liste de termes semi-fermée. La grande majorité (83%) des répondants portent leur choix sur le terme "homosexuel" pour décrire leur orientation sexuelle. 11%, pour leur part, préfèrent le terme "bisexuel", alors que 4 répondants se définissent autrement ("gay" ou "queer", par exemple). Il est à relever qu'on ne constate pas de différence d'âge entre les répondants qui se déclarent "homosexuel" ou "bisexuel", cette variable étant particulièrement pertinente si l'on s'intéresse, comme nous, à un processus développemental. Le lieu d'habitation et le mode de vie (seul, avec parents, en couple, etc.) n'apparaissent pas non plus comme des sources de variabilité des réponses.

Tableau 7 : Définition identitaire

Homosexuel	82.9%
Bisexuel	11.4%
Hétérosexuel	0%
Je ne sais pas	2.4%
Aucune de ces réponses	3.3%

Définition identitaire et attirance sexuelle vont-elles de pair? C'est à cette question que tentent de répondre les éléments du tableau suivant. Comme on peut le lire, plus de 90% des répondants se déclarent plutôt ou uniquement attirés par les hommes, cinq d'entre eux semblent être attirés également par les hommes et les femmes. Par ailleurs quatre répondants livrent une autre réponse. A priori, ces résultats ne concordent que partiellement avec les données relatives à la définition identitaire où les répondants qui se définissent comme "homosexuel" ne sont que 82% et ceux affirmant une bisexualité sont plus de 10%. Un examen des résultats croisés avec les variables *attirance sexuelle actuelle* et *auto-définition* confirme une congruence entre la définition de soi et la réalité déclarée de l'attirance.

Tableau 8 : Attirance sexuelle préférentielle

<i>Actuellement, je me sens attiré...</i>	
uniquement par les femmes	0%
plutôt par les femmes	0%
autant par les femmes que par les hommes	4.1%
plutôt par les hommes	19.5%
uniquement par les hommes	73.2%
je ne suis pas sûr de savoir par qui je suis attiré sexuellement	0%
autre	3.3%

4.1.1 Etapes du processus identitaire

Tel que nous l'avons conçu, le questionnaire avait pour but de recenser de manière rétrospective l'âge atteint par les répondants au moment de trois étapes du processus de *coming out*, à savoir la première attirance homosexuelle, la première relation sexuelle avec un partenaire masculin et la première identification comme "homosexuel" ou "bisexuel".

L'âge moyen de la première attirance pour les hommes est de 13 ans, celui de la première identification homosexuelle de 16.6 ans et celui du premier rapport sexuel de 17.1 ans.

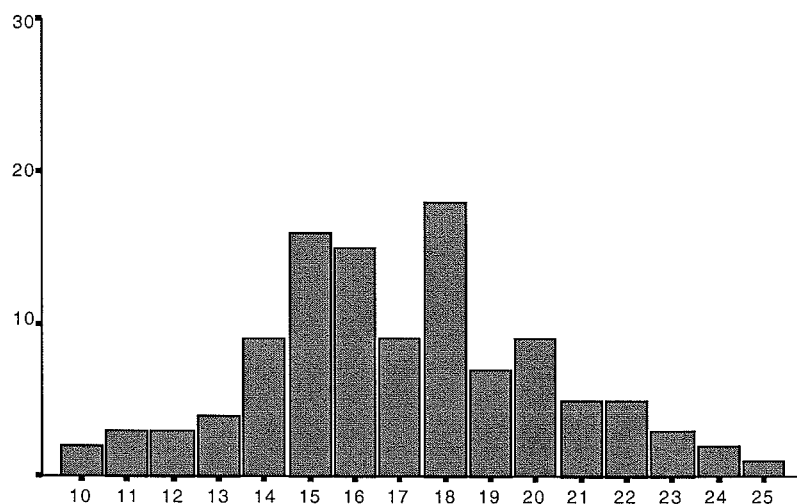
Tableau 9 : Ages moyens des étapes du processus identitaire

Age de la première attirance homosexuelle	12.9 ans
Age d'identification homosexuelle	16.6 ans
Age du premier rapport homosexuel	17.1 ans

A titre de comparaison, nous avons confronté nos données à celles issues de cinq études abordant la problématique de l'identité dans des termes semblables. Celles-ci avaient toutefois pour terrain d'enquête l'Amérique de Nord. Quatre d'entre elles ont été conduites dans les années 70 et 80 (Mc Donald, 1982; Kooden, 1979; Troiden, 1979; Dank, 1971). La plus récente date de 1998 (Kryzan & Walsh, 1998). Dans ces études, les répondants déclarent avoir ressenti la première attirance homosexuelle à un âge moyen qui oscille entre 12.2 et 13 ans. Ces résultats sont donc en concordance avec les nôtres.

En ce qui concerne l'âge du premier rapport homosexuel, nous souhaitions obtenir une réponse relative à la notion de *première fois* plutôt qu'à la nature des pratiques. La définition de "rapport sexuel" a donc été laissée à la libre interprétation des répondants. La plupart d'entre eux indiquent un premier rapport homosexuel dans la période de 15 à 18 ans. On peut en outre observer que 30% des répondants sexuellement actifs déclarent un premier rapport sexuel avant l'âge de la majorité sexuelle, fixé en Suisse à 16 ans.

Graphique 2 : Age du premier rapport homosexuel



Dans les études américaines susmentionnées, l'âge du premier rapport sexuel varie entre 13 et 15 ans, âge de 2 à 4 ans inférieur à celui mis en évidence pour notre population. Sur la foi des déclarations des répondants, leur identification homosexuelle ou bisexuelle se fait le plus fréquemment entre les âges de 15 à 18 ans (graphique 3). On observe donc une certaine contemporanéité entre l'identification homosexuelle et l'âge du premier rapport sexuel.

Les études nord américaines des années 70 et 80 montrent que l'identification homosexuelle avait lieu en moyenne entre 19 et 21.3 ans, c'est-à-dire plusieurs années après le premier rapport sexuel déclaré. Or, dans notre étude, l'identification et le premier rapport sexuel apparaissent contemporains. Les résultats de l'étude américaine la plus récente en la matière montrent également une contemporanéité entre l'âge moyen de l'identification homosexuelle (15.6 ans) et celui du premier rapport homosexuel (14.7 ans). Cette similarité observée dans ces deux études plus récentes nous invite à émettre l'hypothèse selon laquelle cette contemporanéité entre l'âge moyen de l'identification homosexuelle et celui du premier rapport homosexuel est la résultante de l'évolution favorable du contexte socioculturel à l'endroit des homosexuels. L'évolution sur ces trente dernières années, aux Etats-Unis tout au moins, semble donc aller dans le sens d'une stabilité de l'âge du premier rapport homosexuel et d'un abaissement de celui de la prise de conscience de son orientation sexuelle, laquelle paraît actuellement en phase avec les pratiques sexuelles.

Graphique 3 : Age de l'identification comme homosexuel ou bisexuel

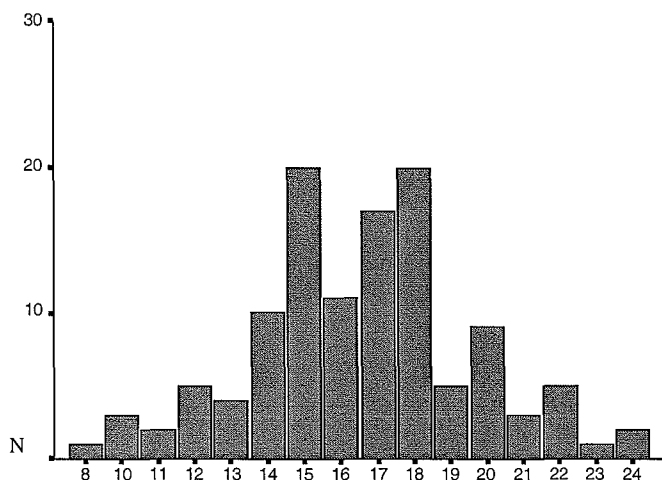


Tableau 10 : Comparaison entre études

	Notre étude	Etudes américaines 71-82	Etude américaine 98
Premier rapport sexuel	17.1 ans	13-15 ans	14.7 ans
Première identification	16.6 ans	19-21.3 ans	15.6 ans
Différence entre les moyennes d'âge	moins d'un an	environ 6 ans	moins d'un an

Pour conclure avec la question du processus identitaire, on relèvera que dans notre échantillon, plus de 8% des répondants se considèrent comme étant "homosexuel" ou "bisexuel" sans avoir jamais eu de rapports sexuels avec un partenaire masculin. Ainsi, tout se passe comme si, pour notre population, la constitution d'une identité homosexuelle ne semblait pas devoir impliquer nécessairement une activité sexuelle, ce que Berger (1983) avait déjà noté. Un tel constat n'est par ailleurs pas le fait des seuls homosexuels, puisque nombre d'hétérosexuels se définissent comme tels sans pour autant avoir eu de relations sexuelles avec des partenaires de l'autre sexe (Dank, 1971).

Enfin, on relèvera que si, comme on l'a vu plus haut, l'âge du premier émoi homosexuel survient lors de la prime adolescence (12.9 ans), celui de l'identification apparaît plus tardif (16.6 ans). Un tel décalage donne à penser que ces années-là sont d'une extrême importance pour la constitution d'une identité intégrant une homosexualité acceptable et acceptée par le sujet.

4.2 RAPPORTS AVEC LA COMMUNAUTÉ HOMOSEXUELLE

Pour cerner une des dimensions liées à l'aspect relationnel du processus de *coming out*, nous avons évalué quels rapports nos répondants entretenaient avec la communauté homosexuelle. Ensemble d'espaces plus ou moins unifiés d'échanges symboliques et matériels, cette dernière rassemble diverses structures comme les lieux associatifs (associations homosexuelles, associations de lutte contre le sida, groupes de jeunes gays), les lieux de convivialité (bars, restaurants, night clubs, etc.) et les lieux de drague (saunas, parcs, toilettes publiques, etc.).

On précisera que les commentaires formulés par les enquêtés et livrés ci-après rendent compte de certaines des représentations qu'ils ont développées à propos de cette communauté.

4.2.1 Fréquentation des lieux homosexuels

Nos résultats tendent à montrer que les jeunes homosexuels fréquentent plutôt les lieux de convivialité (café, bars, restaurants, discothèques) que les lieux favorisant la promiscuité sexuelle. Ainsi, près de 70% d'entre eux disent se rendre dans les premiers en tous cas une fois par mois contre 27% qui déclarent fréquenter les seconds. Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus par Moreau-Gruet & Dubois Arber (1995). Par ailleurs on notera la sur-représentation des répondants qui fréquentent une association homosexuelle, puisque 70% des répondants affirment s'y rendre au moins une fois par mois.

Tableau 11 : Fréquentation du milieu homosexuel

<i>A quelle fréquence vous rendez-vous...</i>	chaque semaine	chaque mois	moins souvent	jamais
dans des associations ou organisations homosexuelles ou bisexuelles?	40.7%	31.7%	20.3%	6.5%
dans des cafés, bars, restaurants, discothèques gays?	35.8%	33.3%	17.9%	12.2%
dans des saunas ou darkrooms gays?	4.9%	12.2%	29.3%	52.8%
dans des lieux de "drague", tels que parcs publics, aires d'autoroutes, etc.?	0.8%	8.9%	22.0%	67.5%
consultation de médias gays	40.7%	31.7%	20.3%	6.5%

Même si notre étude n'était pas centrée sur les représentations que peut développer la population des jeunes homosexuels et bisexuels à propos de la communauté homosexuelle, il nous a paru intéressant de relever ici certaines opinions contrastées relatives à cette dernière, et que mettent en perspective les commentaires suivants:

Je pense et je désire vivre comme n'importe qui. J'aimerais pouvoir vivre ma relation au grand jour sans que cela ne choque personne. Si je « m'enferme » dans le milieu, c'est pour pouvoir me sentir plus libre.

Parfois, j'ai besoin de sortir dans des lieux gays pour "vivre" avec des gens qui partagent les mêmes attirances que moi.

J'ai été surpris au départ de découvrir les backrooms, les saunas, les boîtes gaies typiques, tout ce qui en fait entoure ce mystérieux milieu fait de mensonges, de superficialité, de transparence, d'hypocrisie et de plastique.

Nous nous sommes par ailleurs intéressés à connaître la nature de l'entourage relationnel des membres de notre collectif, afin d'évaluer leur implication amicale et sociale dans l'univers homosexuel, questionnement d'autant plus pertinent, nous semble-t-il, que le milieu homosexuel en Suisse romande est moins développé et cloisonné qu'il peut l'être dans une grande ville américaine par exemple. Il est intéressant de relever que globalement notre échantillon se divise en deux. C'est ainsi qu'une moitié des répondants entretient un réseau de connaissances et d'amis homosexuels de faible importance, alors que l'autre moitié semble être nettement plus engagée dans des relations impliquant des personnes homosexuelles ou bisexuelles. Reste à savoir si cette répartition repose sur des choix personnels ou si elle ne fait que révéler une internalisation de l'oppression sociale. A cet égard, il convient de signaler qu'au plan de l'incidence des variables sociologiques, aucune d'entre elles ne conduit à des disparités statistiquement significatives.

Tableau 12 : Entourage

<i>Quelle proportion de personnes homosexuelles ou bisexuelles y a-t-il parmi...</i>	nulle ou très faible	plutôt faible	plutôt importante	très importante
vos connaissances?	12.2%	35%	43.1%	9.8%
vos ami(e)s?	18.7%	30.9%	36.6%	13.8%

4.3 RÉVÉLATION DE L'ORIENTATION SEXUELLE À L'ENTOURAGE

Relevant de la troisième dimension du modèle développé par Schneider, la révélation de son orientation sexuelle à l'entourage familial, amical, professionnel constitue un des points majeurs du *coming out*. Nous avons donc posé aux répondants la question suivante :

Avez-vous parlé de votre attirance pour les hommes avec les personnes de la liste ci-dessous ?

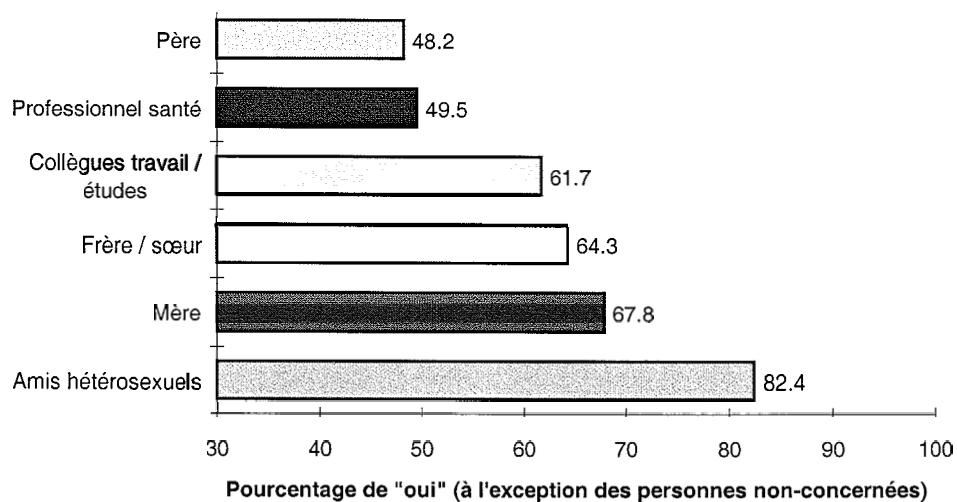
- un de vos frères et sœurs
- votre père
- votre mère
- vos amis hétérosexuels
- des collègues de travail ou d'études
- un-e professionnel-le de la santé (médecin, psychologue, infirmière scolaire, etc.)

Le cumul des réponses montre que la quasi totalité des répondants (93%) a parlé de son orientation sexuelle à au moins une des personnes proposées dans notre liste. Comme l'illustre le graphique ci-après, c'est de loin les amis à qui l'on révèle le plus fréquemment son attirance sexuelle. En effet, plus de 82% des réponses vont dans ce sens. Au sein de la famille, la mère est celle à qui l'on s'ouvre le plus souvent, puisque près de 68% des personnes interrogées déclarent lui en avoir parlé, contre un peu plus de 64% aux frères et sœurs et seulement 48% au père.

S'agissant d'une révélation au sein de cercles plus éloignés, on notera que plus de six répondants sur dix disent avoir parlé de leur orientation sexuelle à leurs collègues de travail ou d'études. Pour leur part, les professionnels de la santé n'en sont informés qu'à 49%. Concernant ce dernier résultat, rien ne semble avoir changé durant ces dernières années, puisque l'étude de Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995) montrait que seuls 42% des jeunes homosexuels de 25 ans et moins avaient informé un médecin de leur orientation sexuelle.

Dans le calcul de ces pourcentages, les répondants non-concernés par un item particulier n'ont pas été retenus. A notre surprise, 8% des participants répondent "non-concerné" à l'item "père", résultat impossible à interpréter compte tenu de la formulation de la question. On est en droit de se poser tout de même la question de savoir s'il s'agit d'une réelle absence ou de l'expression d'une relation peu ou mal investie.

Graphique 4 : Révélation de l'orientation sexuelle à l'entourage



Plusieurs des commentaires livrés dans l'espace laissé en fin de questionnaire aux répondants évoquent la problématique de la révélation. Très peu de ces commentaires font part des bénéfices que leurs auteurs ont pu en retirer. Certains signalent l'espoir de mieux-être qu'entraînerait cette révélation. Cependant, il est à noter que l'essentiel de ces quelques commentaires porte sur les craintes relatives à cette ouverture. Si, parmi ces dernières, celle du rejet est évoquée, ce n'est pas à l'exclusion de craintes liées à des conséquences néfastes sur l'équilibre familial. A preuve, les quelques citations données ci-après :

Les gens peuvent être cruels. C'est pour cela que personne n'est au courant. Je viens d'avoir 18 ans et je ne pense pas qu'il serait bon que tout le monde soit informé de mes préférences sexuelles.

Pour l'instant, j'ai choisi de vivre avec mon secret [...]. Aujourd'hui, mon père est heureux car marié depuis 30 ans, une maison, un travail qu'il aime beaucoup et des connaissances avec qui il a de très bons contacts. On est une famille unie avec ma sœur aînée. Alors je ne veux pas le faire souffrir avec mes attirances. Actuellement, je pense que le fait que mes parents ignorent mon attirance est préférable.

Je pense que certains copains, copines, collègues, cousins, cousines, etc. doivent avoir des doutes sur mon attirance mais tant que personne n'en cause, je ne dis rien. Parfois, c'est dur de mentir car l'on vit avec un secret qui vous habite! Notre entourage nous dit "Alors, pas encore de chérie" et vous êtes obligés de mentir. Vos parents se réjouissent que vous vous mariez un jour, vous ayez des enfants qui pourront venir jouer dans le jardin des grands-parents... L'image d'Epinal en somme!

Je tiens à relever que je vis dans une petite commune de la Côte, que c'est le village d'enfance de ma mère. Mes oncles et mes tantes, cousins, cousines du même âge vivent dans ce village et que vous êtes connu et vous connaissez la moitié du village! Vous êtes attaché à votre village, à votre famille, alors ceci est un élément qui vous "aide" à vous dire "je garde le secret, cela vaut mieux!".

4.3.1 Perception de l'acceptation de l'entourage

Il a été demandé à tous les répondants ayant déclaré avoir révélé leur orientation sexuelle à des personnes de leur entourage quelle était l'attitude qu'ils prêtaient à ces personnes au sujet de ladite orientation. L'instrument de mesure résidait ici dans une échelle à six degrés, dont les extrémités étaient respectivement "très défavorable" et "très favorable".

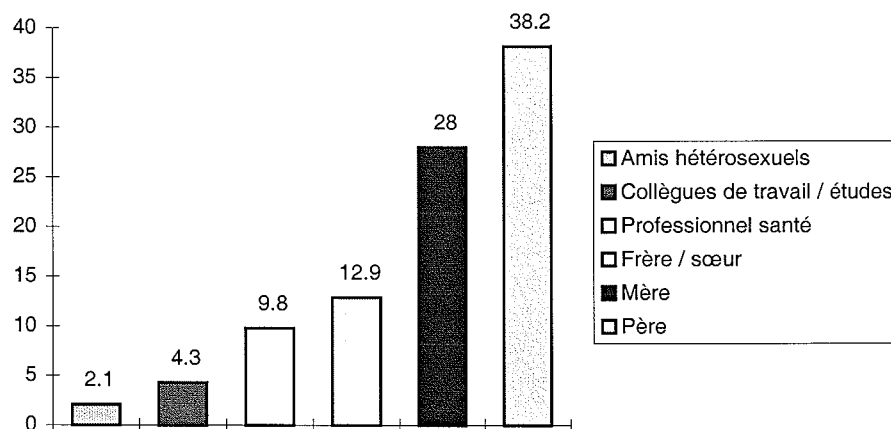
Tableau 13 : Perception de l'acceptation de l'homosexualité

	n	moyenne	médiane
Amis hétérosexuels	97	5.4	6
Frère ou sœur	70	5.1	6
Collègues de travail ou d'études	70	5.0	5
Professionnels de la santé	51	4.9	5
Mère	82	4.3	5
Père	54	3.8	4

C'est de la part des amis hétérosexuels et des frères et sœurs que les répondants perçoivent l'attitude la plus favorable face à leur orientation sexuelle. Ces éléments de l'entourage représentent probablement ceux qui sont le plus proches en âge de nos répondants. Les collègues de travail et les professionnels de la santé viennent ensuite. On notera ici que les professionnels de la santé, malgré leur formation et leur fonction, ne sont pas perçus comme présentant une plus grande ouverture d'esprit que les représentants du corps social constitué ici par les collègues de travail ou d'études. L'attitude des parents reste perçue comme étant la moins favorable, et ce plus particulièrement en ce qui concerne le père.

Les valeurs très élevées des médianes, mises en rapport avec celles de leur moyenne respective, traduisent une large dispersion des réponses. Il nous a dès lors paru intéressant de cerner plus attentivement la perception déclarée d'une attitude défavorable (inférieure ou égale à 3) de l'homosexualité, ce qu'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique 5 : Perception d'une attitude défavorable (en %)



Comme le montre le graphique ci-dessus, seuls 2% des membres du collectif ont perçu une attitude clairement défavorable parmi leurs amis et 4% chez leurs collègues de travail ou d'études. Il est à relever que tout de même près de 10% des répondants qui ont parlé de leur préférence sexuelle à un professionnel de la santé ont senti une attitude clairement défavorable de sa part à ce sujet.

S'agissant des frères et sœurs, il est intéressant de noter que si leur attitude avait été perçue globalement comme positive, il reste que pour près de 13% des répondants, frères et sœurs sont ressentis comme ayant un regard défavorable envers leur orientation sexuelle. Ce score peut être mis en contraste avec celui concernant les amis, envers qui la révélation est moins sujette à mauvaise surprise. Un tel contraste montre que la proximité des âges ne saurait constituer à elle seule un facteur conditionnant une attitude plus ou moins favorable envers l'homosexualité. On peut ici poser que les liens familiaux ont leur part à jouer en ces matières, puisque, par ailleurs, les fréquences les plus élevées de rejet se retrouvent chez le père et la mère. En effet, l'attitude des parents face à l'orientation sexuelle de leur enfant est vécue comme la moins favorable, chez la mère pour 28% et particulièrement chez le père, chez qui 38% des répondants perçoivent une attitude défavorable face à celle-là. A cet égard, on précisera que la perception d'une moins bonne acceptation de l'homosexualité chez les pères se retrouve tant dans des études suisses (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995) qu'étrangères (Pollak, 1988).

En résumé, on retiendra des données exposées ci-dessus que les jeunes hommes homosexuels et bisexuels sont clairement moins nombreux à percevoir une attitude défavorable face à leur orientation sexuelle auprès de personnes extérieures à la famille.

4.3.2 Perception de l'acceptation dans la population générale

Mis en contraste avec ceux liés à la perception de l'attitude de l'entourage, les résultats d'une question centrée sur la perception de l'acceptation de l'homosexualité dans la population générale en Suisse romande apparaissent nettement plus nuancés. En effet cette question, fondée sur le même type d'échelle analogique allant de 1 à 6, donne un résultat moyen inférieur à celui établi pour

les personnes de l'entourage, puisqu'il se fixe à 3.5. On relèvera, par ailleurs, l'important pourcentage de réponses en-dessous de la moyenne.

Tableau 14 : Acceptation sociale de l'homosexualité

	moyenne	médiane	pourcentage défavorable
Perception de l'acceptation de l'homosexualité en Suisse romande	3.5	4	41.5%

4.3.3 Image positive de l'homosexualité ou de la bisexualité

La perception d'images positives de l'homosexualité ou de la bisexualité constitue un des éléments qui a toute chance de conditionner le processus de *coming out* de jeunes hommes aimant d'autres hommes. C'est la raison pour laquelle nous avons interrogé notre échantillon sur ce point. Trois cercles ont été investigués : la famille, l'entourage et les personnalités publiques. On relèvera, en premier lieu, que pas loin de 18% des répondants disent connaître une ou des personnes qui représentent une image positive de l'homosexualité ou de la bisexualité au sein de leur famille. Plus de huit enquêtés sur dix répondent dans le même sens s'agissant de l'entourage et près des trois quarts pour ce qui concerne des personnalités publiques.

Tableau 15 : Figures positives de l'homosexualité

<i>Connaissez-vous des personnes qui représentent une image positive de l'homosexualité ou de la bisexualité...</i>	oui	non
dans votre famille	17.9%	82.1%
dans votre entourage	83.7%	15.4%
parmi des célébrités ou personnalités publiques	74.8%	24.4%

En relation avec la perception positive d'une image de l'homosexualité ou la bisexualité, on peut préciser que 60% des membres du collectif déclarent en avoir trouvé une dans une fiction (film, roman, BD, etc.). Tout indique que c'est avec l'évolution des mentalités qu'il faut mettre en rapport le fait qu'une très large majorité de nos répondants trouve, tant dans son entourage qu'auprès de célébrités ou au travers d'une fiction, une ou des images de l'homosexualité à leurs yeux positives. A cet égard, il suffit de se rappeler l'invisibilité presque totale - hormis dans une conception caricaturale - des homosexuel(le)s sur les écrans il y a encore 20 ans.

4.3.4 Homophobie

Le développement de l'identité risque indéniablement d'être perturbé par la perception d'un climat hostile à une orientation sexuelle qui reste marginale. Nous avons donc interrogé notre collectif sur la question de l'homophobie, comprise comme un rejet plus ou moins marqué du corps social à

l'endroit de l'homosexualité et, partant, des homosexuel(le)s. Paradoxalement, une plus grande visibilité de l'homosexualité et un *coming out* précoce peuvent conduire à des manifestations négatives envers la population homosexuelle et particulièrement sa composante la plus jeune (Herdt & Boxer, 1993). Comme le montre le tableau ci-dessous, plus de 25% des répondants disent avoir subi des injures relatives à leur orientation sexuelle dans les six derniers mois. En comparaison, seuls 6% des enquêtés déclarent avoir subi une agression durant la même période. Dégagées de toute limite temporelle, les données concernant les injures se fixent à près de 57% et celles relatives aux agressions à plus de 16%.

Tableau 16 : Manifestations de l'homophobie

	oui	non
Injures dans les six derniers mois	26%	74%
Agressions dans les six derniers mois	5.7%	91.9%
Injures par le passé	56.9%	42.3%
Agressions par le passé	16.3%	81.3%

Sans qu'on puisse véritablement les interpréter, ces résultats apparaissent très élevés comparés à ceux de l'étude conduite par Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995). Ces auteures révèlent en effet que seuls 19% des homosexuels de 18 à 29 ans qu'elles ont interrogés ont été victimes d'injures ou d'agressions dans les douze derniers mois. On avancera tout de même que la différence d'âge entre les deux populations en question peut exercer une influence dans le sens que les plus jeunes sont davantage susceptibles d'être malmenés de quelque manière ou alors qu'ils sont plus sensibles à des comportements rejetants.

4.4 ATTITUDE ENVERS SON HOMOSEXUALITÉ

Conformément à notre option théorique, nous avons sondé l'attitude des répondants face à leur homosexualité, laquelle constitue une des dimensions du processus de *coming out* selon Schneider. Nous avons tenté de cerner cette dimension en termes ponctuels, puis évolutifs.

4.4.1 Attitude au moment de la passation du questionnaire

L'attitude actuelle envers l'homosexualité a été mesurée au travers de la moyenne des notes données aux quatre affirmations suivantes, construites pour les besoins de cette étude :

- 1) *Ca me dérange (ou dérangerait) que les gens pensent que je suis homosexuel.*
- 2) *Je pense qu'on peut être heureux en étant homosexuel.*
- 3) *L'homosexualité va à l'encontre de ma morale.*
- 4) *Je me sens à l'aise par rapport à mon attirance sexuelle pour les hommes.*

Les enquêtés pouvaient répondre en entourant un chiffre sur une échelle allant de 1 à 6, 1 signifiant "pas du tout d'accord" et 6 "tout à fait d'accord". Sur la foi de leurs réponses, ils ont été classés en

trois groupes, déterminés par le degré d'accord ou de désaccord relatif aux quatre affirmations ci-dessus. La plus grande partie des répondants, soit 63% de l'échantillon, présente selon cette évaluation une attitude très favorable envers l'homosexualité (premier groupe), 28% une attitude plutôt favorable (deuxième groupe) et 10% une attitude défavorable (troisième groupe).

Tableau 17 : Attitude envers son homosexualité

	moyenne obtenue (sur échelle de 1 à 6)	nombre de répondants	pourcentage de l'échantillon
défavorable	inférieure à 4	12	9.8%
plutôt favorable	entre 4 et 5	34	27.6%
très favorable	supérieure à 5	78	63.4%

L'attitude généralement ouverte et favorable face à leur homosexualité est corroborée par le contenu de nombreux témoignages exprimés dans la partie réservée à l'expression libre. A preuve, parmi ceux-ci, les éléments suivants:

Je porte un regard sans ambiguïté sur ma façon de vivre et mon attirance pour les hommes. Je vis ma vie de façon épanouie. [...] Je suis heureux!

Depuis que j'ai découvert mon homosexualité, je la vis très bien, je l'accepte depuis le début et j'espère pour toujours. [...] Je suis simplement un être humain et ce sujet fait partie de moi et de ma vie au quotidien.

Mon attirance pour les hommes me semble aussi naturelle que mon goût pour le chocolat. Je n'en suis ni fier et ni honteux dans le sens qu'il s'agit d'un patrimoine de ma personnalité que je n'ai pas choisi. Je suis heureux de ma situation puisque je vis ce que je suis. [...] L'importance de ce sujet dans ma vie réside dans la recherche d'un épanouissement personnel.

Je pense que c'est une qualité que j'ai la chance d'avoir. Dans la vie on est tous différents, personne n'a les mêmes pensées et personne ne se ressemble moralement. Moi je suis fier d'être gay, je suis fier d'avoir une grande différence par rapport à un hétéro.

Comme on l'a vu, une minorité (10%) de l'échantillon se distingue par une acceptation beaucoup plus difficile de son homosexualité. Les propos rapportés ci-dessous viennent souligner les difficultés rencontrées par ces répondants:

Mon homosexualité est très difficile à vivre, je me sens affreusement seul car personne n'est au courant. [...] On est ou pas homosexuel, on ne m'a pas laissé le choix et, comme moi, beaucoup de gens en souffrent à mourir. Il y a tant de jeunes qui n'osent pas en parler par crainte de moqueries ou autre, c'est une situation dramatique et très douloureuse que je vis tous les jours, jusqu'à ce que je n'aurais plus de force à supporter cette vie. Aidez-nous SVP.

Mon attirance pour les hommes me surdéfinit. Parfois, je me sens plus homo que moi-même. Je pense intimement être devenu homo pour ne pas ressembler à mon père, pour pouvoir définir et assumer seul ma sexualité, ce qui est tour à tour une immense liberté et terriblement déstabilisant.

Si le but de la vie est d'être heureux, je pense qu'être homosexuel n'arrange pas les choses.

Passablement de problèmes d'acceptation. Je me pose beaucoup de questions, de remises en doutes. [...] Pourrais-je un jour changer, avoir un autre regard, différent sur ma sexualité?

4.4.2 Evolution récente de l'attitude envers son homosexualité

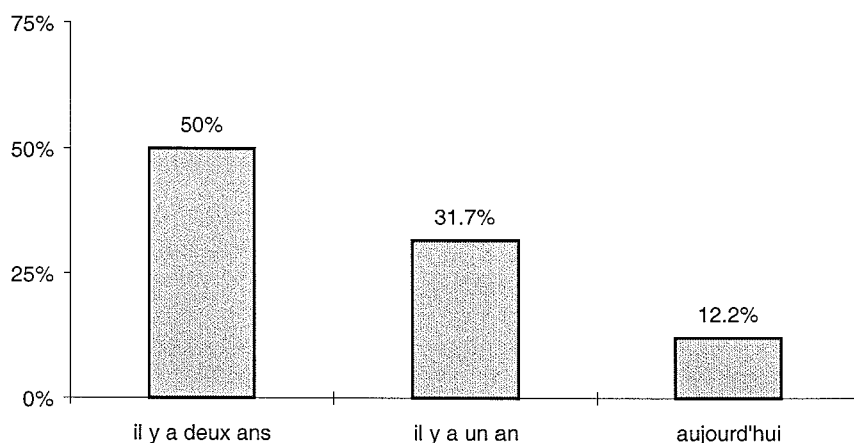
L'objectif du questionnaire n'était pas seulement d'établir un profil de l'état du processus identitaire au moment même de la passation du questionnaire, mais également d'obtenir un profil de l'évolution récente de ce même processus. En effet, l'évaluation de l'aisance des répondants envers leur attirance sexuelle à trois moments de leur parcours récent - actuellement, un an et deux ans auparavant - peut faire apparaître de manière plus claire les difficultés d'adaptation à l'orientation sexuelle.

Tableau 18 : Evolution de l'attitude envers son homosexualité

Je me sens à l'aise par rapport à mon attirance sexuelle pour les hommes. (réponse sur une échelle de 1 à 6)	moyenne
Il y a deux ans	3.5
Il y a un an	4.2
Aujourd'hui	5.2

Comme on le voit, la moyenne de l'aisance déclarée envers sa propre homosexualité passe de 5.2 pour le présent à 4.2 l'année précédente et 3.5 il y a deux ans. La proportion de répondants mal à l'aise avec leur orientation sexuelle (soit 1, 2 ou 3 sur une échelle à six modalités) passe de 12% pour l'expérience présente à près de 32% si l'on se réfère à l'année précédente et à 50% il y a deux ans. Il persiste bien évidemment un doute quant à savoir si cette diminution relative du malaise face à l'orientation sexuelle est le signe exclusif d'un réel changement ou si elle n'est pas, en partie tout au moins, révélatrice d'une plus grande difficulté à faire part de problèmes actuels plutôt que de problèmes anciens.

Graphique 6 : Evolution des répondants mal à l'aise avec leur attirance sexuelle (en%)



Dans la partie d'expression libre, là aussi, les difficultés antérieures d'adaptation à l'orientation sexuelle sont plus abondamment abordées que les difficultés actuelles. Beaucoup parmi elles ont trait au regard des autres, et en particulier aux copains et camarades de classe.

Au départ, à 14 ans, il est dur de se sentir de l'attraction pour les hommes, on a un sentiment de honte, de culpabilité. On n'en cause pas, l'on est "obligé" de faire semblant de s'intéresser aux filles autrement les copains d'école sont intraitables à votre égard. De 14 ans à 17 ans, ce fut difficile, il faut l'accepter soi-même; personnellement, je me suis renfermé sur moi-même, étonnant pour quelqu'un qui aime la vie en société!

Eh bien, depuis que je suis sorti de l'école, je me sens beaucoup mieux par rapport à mon homosexualité car avant à l'école, tout le monde me mettait à part (surtout les garçons) parce que j'étais plus affiné qu'eux. Maintenant que je suis en apprentissage, je me sens libre aussi bien dans ma tête que dans mon corps. [...] Je me sens extrêmement bien dans ma peau et que ceux qui ne m'acceptent pas eh bien tant pis pour eux.

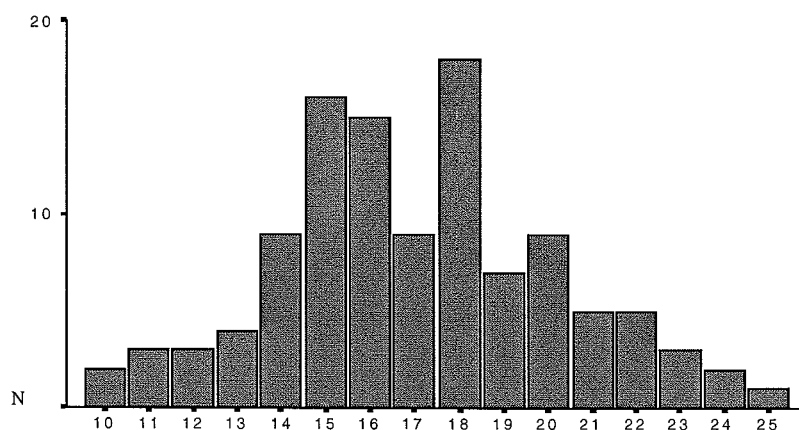
Après avoir vécu des années très douloureuses surtout à la période du cycle à cause des injures. [...] Je crois que j'ai perdu une immense confiance en moi à cause du cycle. [...] Mais aujourd'hui j'ai retrouvé l'amour et je vais de mieux en mieux...

J'ai eu très longtemps l'impression d'être quelqu'un de défectueux; d'avoir été fait pour aimer mais d'en être fondamentalement incapable du fait de mon homosexualité. [...] Ces pensées m'ont torturé l'esprit durant 6 ans: je n'arrivais plus à dormir. [...] Depuis que j'en ai parlé à ma mère et à mon frère et que j'ai rencontré des gens qui sont aussi passés par là, je vais nettement mieux, je dors enfin!! sans me réveiller 3-4 fois par nuit.

4.5 SEXUALITÉ

Compte tenu de la nature de l'étude, des questions centrées sur la pratique sexuelle effective s'imposaient. Premier constat : dans notre échantillon, 90.1% des répondants déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire masculin. 8.3% n'en ont jamais eu et 1.6% ne répondent pas à la question. La médiane de l'âge du premier rapport sexuel avec un partenaire masculin se fixe à 17 ans (moyenne: 17.1). Conformément à notre intérêt pour le *coming out*, nous avons laissé une libre interprétation du schème syntaxique "rapport sexuel". L'important pour nous était effectivement de savoir à quel âge nos répondants considéraient être entrés dans le monde de l'homosexualité sexuellement active.

Graphique 7 : Age du premier rapport sexuel avec un partenaire masculin



En termes de fréquence, cette activité sexuelle déclarée présente un profil étonnamment similaire à celui du collectif d'homosexuels adultes interrogés en 1994 par Moreau-Gruet et Dubois-Arber, comme le confirme le tableau comparatif ci-après.

Tableau 19 : Fréquence des rapports sexuels

<i>En moyenne, vous avez des rapports sexuels avec un ou des partenaires masculins:</i>	Notre étude (n=113)	Etude 1994 : Gays en Suisse (n=1195)
Plusieurs fois par semaine	40.7%	34.6%
Plusieurs fois par mois	28.3%	32.6%
Occasionnellement	13.3%	17.1%
Irrégulièrement, avec des périodes intenses	16.8%	15.3%
Jamais	0.9%	0.3%

A la question "*Depuis vos premiers rapports sexuels, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle avec des partenaires masculins?*", dont les modalités de réponse couraient sur une échelle analogique allant de 1 (très insatisfait) à 7 (très satisfait), la grande majorité des répondants disent être satisfaits, voire très satisfaits, de leur vie sexuelle. En moyenne, ils donnent un score de 5.3 (médiane 6). A relever toutefois que 13% du collectif déclarent une insatisfaction sexuelle.

La finalité de l'enquête restant la prévention, il nous a paru intéressant de savoir quel type de relation les répondants déclarent entretenir avec leurs partenaires sexuels. Plusieurs réponses étaient possibles. Plus des trois quarts des répondants indiquent qu'il s'agit de relations sentimentales ou amoureuses, 40% de relations uniquement sexuelles, alors que moins d'un tiers du collectif répond entretenir des relations d'amitié avec leurs partenaires sexuels masculins. A noter qu'aucun répondant n'a utilisé la modalité de réponse "autre".

Tableau 20 : Type de relation avec les partenaires masculins

sentimentale/amoureuse	76.6%
amitié	29.7%
uniquement sexuelle	40.0%

On le voit, même si les relations de type romantique semblent être les plus fréquentes, il convient de ne pas sous-estimer l'importance de la diversité de relations possibles avec des partenaires sexuels, ce qui doit rester en mémoire dès lors que l'on raisonne en termes de prévention.

4.6 PROCESSUS DE COMING OUT - SYNTHÈSE

Nous avons jusqu'ici évalué indépendamment les cinq axes du *coming out* définis par Schneider. Dans le but de pouvoir procéder à une analyse à portée générale, nous avons tenté de regrouper nos répondants en trois classes établies selon le degré d'adaptation - plutôt faible, moyen ou bon - à leur orientation sexuelle. Par hypothèse et expérience à l'appui, il nous est apparu que la révélation de son homosexualité au père était un facteur très discriminant du processus de *coming out*. De plus, nous avons souhaité pondérer cette bipartition de l'échantillon (révélation ou non au père) par la perception des sujets de leur attitude vis à vis de leur attirance sexuelle (cf. question 21). Les réponses à cette question ont été rangées en trois catégories, soit :

- attitude défavorable : score inférieur à 4,
- attitude plutôt favorable : score entre 4 et 5,
- attitude très favorable : score égal à 6

Concrètement, relèvent d'une première classe, les répondants qui présentent une attitude défavorable face à leur homosexualité et ne l'ayant pas révélé à leur père. La deuxième classe comprend, d'une part, les répondants n'ayant pas révélé leur orientation sexuelle au père et qui ont un score à la question 21 supérieur à 4 et, d'autre part, les répondants s'étant ouvert à leur père mais offrant un score à la question 21 inférieur à 6. Enfin, la troisième classe inclut les enquêtés ayant un score de 6 à la question 21 et ayant révélé leur homosexualité au père.

Tableau 21 : Typologie selon l'adaptation à l'orientation sexuelle (N=112)

Faible (classe 1)	Moyenne (classe 2)	Bonne (classe 3)
10.7% n=12	52.6% n=59	36.6% n=41

Comme le montre le tableau 21, la première classe comprend un peu plus de 10% des répondants, la deuxième 52% et la troisième près de 37%. De manière peut-être un peu réductrice, nous constatons donc qu'approximativement un répondant sur dix semble être en proie à d'importantes difficultés sur le plan identificatoire.

Dans un second temps, nous nous sommes attachés à vérifier le bien-fondé de l'établissement de ces classes en confrontant les résultats obtenus pour chacune d'elles, au plan global, à certains indicateurs spécifiques des différents axes constitutifs du *coming out*. Ont été retenus pour la définition identitaire : une auto-définition autre que "homosexuel" (question 4); pour l'implication homosexuelle : la fréquentation régulière de cafés, bars, etc., la proportion importante d'homosexuels dans l'entourage et parmi les amis; pour la révélation à l'entourage hormis la révélation au père, celle opérée devant la plupart des personnes de la liste proposée (question 11); pour la sexualité avec les partenaires masculins : la satisfaction sexuelle et l'absence d'expérience sexuelle.

Tableau 22 : Adaptation à l'orientation sexuelle (N=112)

	Adaptation à l'orientation sexuelle		
	Faible	Moyenne	Bonne
Révélation au père	0%	21.9%	100%
Attitude envers l'homosexualité: Moyenne sur une échelle de 1 à 6	3.4	5.2	6.0
Définition identitaire: Identité différente de "homosexuel"	50%	18.8%	4.4%
Implication dans la communauté homosexuelle :			
Fréquentation de cafés, bars, restaurants, discothèques	30.8%	65.6%	86.7%
Prop. importante d'homosexuels dans l'entourage	7.1%	51.6%	68.9%
Prop. importante d'homosexuels parmi les amis	21.4%	53.1%	55.6%
Révélation à l'entourage: Révélation à la plupart des personnes de la liste proposée	14.3%	31.2%	100%
Sexualité avec partenaires masculins:			
Satisfaction sexuelle (moyenne)	3.8	5.5	5.3
Sans expérience homosexuelle	21.4%	11.3%	0%

En préambule, il est important de relever que les répondants des trois classes ne se distinguent pas par leurs caractéristiques sociologiques, âge compris, ni par le nombre d'années de prise de conscience de leur orientation sexuelle. De plus, l'âge de la première attirance homosexuelle est similaire dans les trois classes (environ 13 ans), tout comme celui de la première identification homosexuelle ou bisexuelle (17 ans).

Par ailleurs, pour presque tous les items retenus, on note une distribution des réponses qui présente la même structure d'ordre. C'est ainsi par exemple que moins de 31% des éléments de la première classe disent fréquenter au moins chaque mois les cafés ou les bars homosexuels, réponse que

livrent près de 66% des membres de la deuxième classe et près de 86% des membres de la troisième classe. S'agissant de la proportion d'homosexuels parmi les amis des répondants, ceux qui appartiennent à la première classe ne sont que 21.4% à déclarer précisément avoir des amis homosexuels contre 53% des répondants de la deuxième classe et près de 56% des répondants de la troisième. Enfin, en termes de définition de soi, il est frappant de constater que la moitié des répondants de la classe 1 se définissent autrement que par le substantif "homosexuel" contre à peine plus de 4% de ceux de la classe 3. Enfin, mentionnons que c'est parmi les membres de la classe 1 que l'on recense le plus grand nombre de sujets sans expérience sexuelle.

L'ensemble de ces résultats nous laisse à penser que notre typologie fondée sur la révélation au père et sur l'auto-évaluation de leur attitude face à leur orientation sexuelle s'avère être pertinente.

En résumé, contrairement aux deux autres, la première classe, définie par une faible adaptation à l'orientation sexuelle, semble globalement moins s'identifier comme "homosexuel", avoir une satisfaction sexuelle moins marquée que les deux autres groupes, avoir moins de liens avec la communauté homosexuelle, avoir une attitude plutôt défavorable face à l'homosexualité et surtout n'avoir jamais révélé son orientation sexuelle au père. A ce sujet, on relèvera ici qu'une part importante des répondants de cette classe, soit plus de 42%, ne se signalent pas seulement par un score plus faible, mais présentent une régression ou une stagnation de ce dernier sur les deux dernières années.

Toutefois, dès lors qu'il s'agirait de généraliser les résultats exposés ci-dessus, il convient de garder à l'esprit que le poids de chacune de ces classes doit être relativiser en tenant compte des trois éléments suivants :

- 1/ La composition de l'échantillon présente certaines caractéristiques susceptibles d'influer sur le résultat de l'évaluation de l'attitude envers l'homosexualité (sur-représentation des répondants âgés de plus de 20 ans, des universitaires et des sujets impliqués dans le milieu associatif). La taille des classes aurait peut-être été différente si l'on avait pu interroger des individus peu clairement auto-identifiés comme homosexuels ou bisexuels, pour quelque motif que ce soit (âge, parcours personnel) ou des personnes se refusant à répondre au questionnaire portant la mention "destiné à des hommes attirés par d'autres hommes".
- 2/ L'instrument d'évaluation peut être sujet à critique dans la mesure où il apparaît toujours réducteur de saisir une représentation ou une attitude au travers d'indicateurs se contentant de possibilités de réponses limitées.
- 3/ Il est possible que la conscience d'appartenir à un groupe minoritaire puisse induire une volonté de donner une image positive de cette minorité et d'une certaine manière de minimiser les problèmes auxquels les personnes concernées par l'étude sont confrontées. Les propos qui suivent peuvent mettre en évidence une telle volonté:

Je me sens assez «révolutionnaire » et [...] je ne veux pas me laisser marcher dessus. Je me fais un point d'honneur à montrer aux autres que je suis heureux, car on oublie souvent de dire, quand on en parle, que l'homosexualité est une forme de bonheur.

5 SANTÉ - BIEN-ÊTRE

Pour tenter de vérifier les termes de notre hypothèse, divers aspects de la santé psychologique des répondants ont été évalués à l'aide d'instruments créés pour cette étude. Ces aspects sont respectivement :

- (a) le bien-être général
- (b) l'estime de soi
- (c) l'idéation suicidaire récente et les tentatives de suicide antérieures

Deux autres domaines, en lien avec la santé des répondants, ont également été investigués, à savoir :

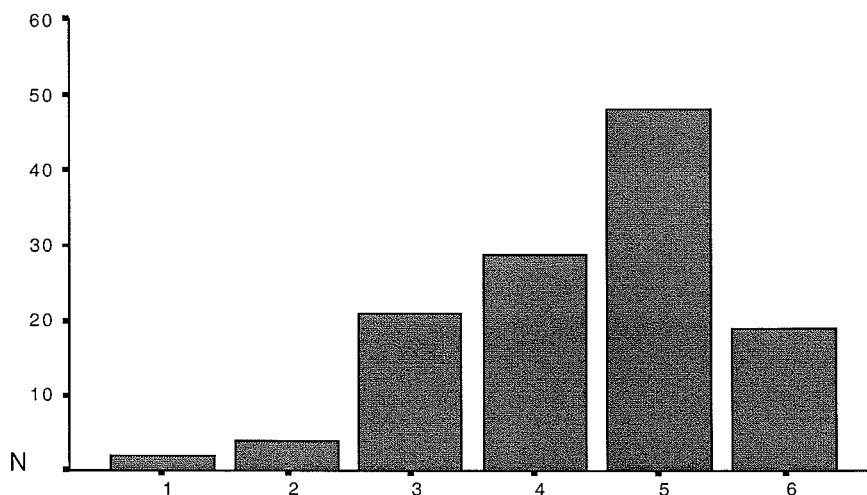
- (d) le statut sérologique
- (e) la consommation d'alcool et de drogues

5.1 SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

5.1.1 Bien-être général

Le bien-être général a été évalué au travers de deux items. Le premier avait pour visée de savoir comment les répondants se sentaient dans leur vie d'une manière générale. Les réponses proposées allaient en termes digitaux de "très malheureux" (1) à "très heureux" (6). La plus grande modalité de réponse livrée est 5, la moyenne se fixant à 4.4 et la médiane à 5. Au vu de la nature des réponses, tout semble indiquer que notre collectif se compose de sujets se vivant comme heureux à très heureux.

Graphique 8 : Indicateur du bien être général



Le deuxième question centrée sur le bien-être général était libellée en ces termes : "*Durant ces six derniers mois, vous êtes-vous senti malheureux ou déprimé?*"; question présentant comme choix de réponse : "oui, toujours ou presque", "oui, souvent", "oui, parfois", "non, jamais".

Plus de la moitié des répondants (54%) indique que de tels sentiments sont survenus "parfois" au cours des six derniers mois. On note cependant que plus de trois répondants sur dix ont porté leur choix sur les modalités "oui, toujours ou presque" ou "souvent". De tels résultats tempèrent quelque peu l'impression livrée précédemment donnant à voir une population en grande partie épanouie.

Tableau 23 : Evaluation subjective de l'état dépressif

	oui, toujours ou presque	oui, souvent	oui, parfois	non, jamais
S'est senti malheureux ou déprimé dans les six derniers mois	3.3%	29.3%	54.5%	13.0%

5.1.2 Estime de soi

L'évaluation de l'estime de soi a été construite au travers d'un indicateur fondé sur quatre items pondérés, indicateur emprunté à Kryzan & Walsh (1998) et modifié pour des raisons d'ordre socio-linguistique. Concrètement, cet indicateur se présentait comme suit :

"D'une manière générale je suis satisfait de la personne que je suis."

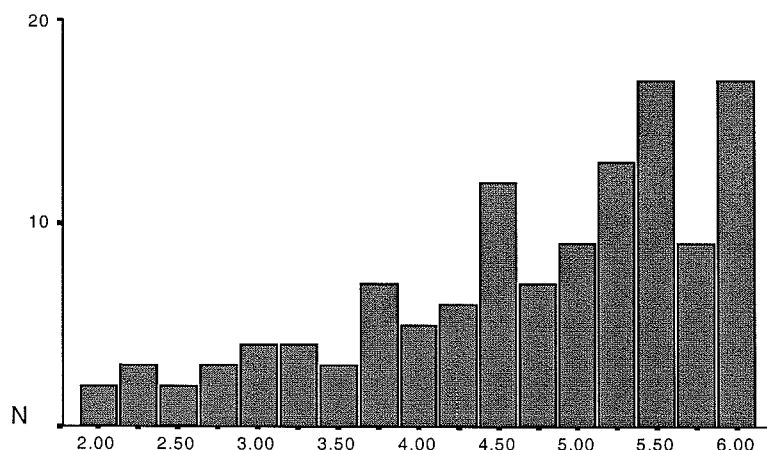
"Il n'y a pas grand chose de moi-même dont je sois fier."

"J'ai une attitude positive envers moi-même."

"Il m'arrive de penser qu'il n'y a rien de bien en moi."

Pour chacun de ces items, les réponses étaient données sur une échelle de 1 à 6, 1 signifiant "pas du tout d'accord" et 6 "tout à fait d'accord". Globalement, l'estime de soi du collectif paraît plutôt bonne, puisque la moyenne de notre indicateur (moyenne pour les quatre items réunis) est égale à 4.7 et la médiane à 5. En termes de fréquences, les membres du collectif se ventilent de telle sorte que 8% d'entre eux offrent une moyenne inférieure à 3, 15% entre 3 et 3.75, alors que plus des trois quarts obtiennent une moyenne égale ou supérieure à 4. Il reste que, au vu de ces résultats, près d'un quart de nos enquêtés semble présenter une mauvaise estime de soi.

Graphique 9 : Indicateur de l'estime de soi



5.1.3 Idéation suicidaire et tentatives de suicide

De nombreuses études, conduites dans plusieurs pays, ont montré la fréquence élevée des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire chez les homosexuels, et en particulier chez les jeunes (Garofalo & al., 1999; Cochand, 1998; Remafedi & al., 1991). L'estimation de ce phénomène parmi nos répondants s'est faite au travers de questions portant sur l'idéation suicidaire au cours des six mois précédant l'enquête et sur les tentatives de suicide antérieures. Comme le montre le tableau ci-dessous, la majorité des répondants (68%) n'a pas eu d'idéation suicidaire durant ce laps de temps. En revanche, une importante minorité, soit plus de 30% de l'échantillon, déclare en avoir eu durant la période investiguée.

Tableau 24 : Idéation suicidaire

	non, jamais	oui, rarement	oui, parfois	oui, souvent
<i>Durant ces six derniers mois, avez-vous eu des idées de suicide?</i>	68.3%	16.3%	9.8%	5.7%

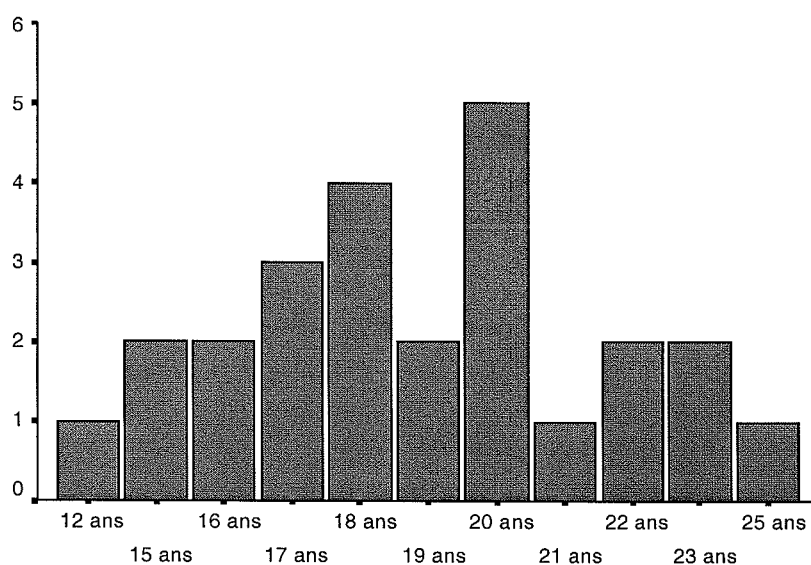
Conformément aux résultats de nombreuses études conduites tant en Suisse qu'à l'étranger et mentionnées plus haut, notre échantillon se signale par le fait que près du quart des répondants déclare avoir déjà par le passé tenté de se suicider.

Tableau 25 : Tentatives de suicide antérieures

	oui	non	ne répond pas
<i>Avez-vous par le passé tenté de vous suicider?</i>	24.4%	70.4%	1.6%

Par ailleurs, nous avons voulu savoir à quel âge ces tentatives de suicide avaient été commises. L'analyse des réponses révèle à cet égard un âge médian de 19 ans.

Graphique 10 : Age lors de la tentative de suicide (n=25)



Il nous a paru intéressant de tenter de mettre en lien cet âge avec celui de l'émergence de la prise de conscience de sa différence identitaire. Si les tentatives de suicide surviennent en moyenne deux ans et demi après l'identification comme "homosexuel" ou "bisexuel", la moitié de ces dernières ont lieu entre l'année qui précède et celle qui suit cette identification. Pour aller dans le même sens, les deux tiers des répondants qui ont commis une tentative de suicide, soit dix-neuf d'entre eux, déclarent que leur geste était en rapport avec leur orientation sexuelle. L'analyse des commentaires liés à la question qui nous intéresse ici nous fait distinguer trois catégories de liens établis entre l'orientation sexuelle et la tentative de suicide.

Certains répondants signalent un mal être face à leur orientation sexuelle qu'ils disent avoir considérée comme anormale, malade ou immorale. Un deuxième groupe semble davantage mettre en relation son mal de vivre avec la crainte d'un rejet de la famille ou de l'entourage proche, notamment des camarades d'école. La citation ci-dessous est éclairante à cet égard :

Il y a une année, j'ai dit à un copain dans ma classe de 9ème que j'étais gay et il a été le dire à d'autres personnes qui l'ont dit au reste du collège. Depuis tout a foiré, les injures très homophobes sont arrivées dans ma vie et je ne les ai pas vraiment acceptées. C'est alors que j'ai eu des tentatives de suicide mais grâce aux filles qui m'ont beaucoup aidé j'ai pu reprendre confiance en moi.

Pour un troisième groupe de répondants, la tentative de suicide paraît plus en relation avec des *a priori* relatifs au monde homosexuel. C'est ainsi que certains d'entre eux évoquent l'impossibilité de fonder une relation stable dans ce milieu.

En résumé, il nous semble important de relever ici que la déclaration d'un sentiment de bien-être doit être relativisée par la fréquence élevée des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire, ainsi que par le pourcentage malgré tout notable de répondants ayant une faible estime d'eux-mêmes. Cependant, ces disparités peuvent trouver une part d'explication dans la méthode adoptée. En effet, on est en droit de se demander dans quelle mesure un questionnaire peut rendre compte dans sa complexité des notions telles l'estime de soi ou le bien-être. Reste que l'on ne peut exclure l'hypothèse du souci des répondants de témoigner d'un épanouissement excessif par volonté, probablement inconsciente, de donner la meilleure image d'eux-mêmes à l'égard de tiers vécus comme représentants d'un certain ordre établi (Goffman, 1975).

5.1.4 Variables de santé psychologique et coming out

Les variables de santé psychologique ont été analysées pour chacune des trois classes de *coming out* établies plus haut (cf. *supra*). On note que les variables "bien-être général" ($p=0.018$) et "estime de soi" ($p=0.050$) apparaissent comme deux sources significatives de variabilité des réponses. Ainsi les répondants de la classe 1 (faible adaptation à l'orientation sexuelle) disent se sentir plus malheureux que ceux des classes 2 et 3 (adaptation moyenne et bonne). S'agissant de l'estime de soi, on relève que les membres de la première classe obtiennent une moyenne inférieure à celles, plus ou moins comparables, établies pour les deux autres classes.

Ces résultats indiquent que la santé psychologique est en lien direct avec l'attitude face à l'orientation sexuelle. Toutefois il serait faux de les comprendre en termes de causalité exclusive. En effet, une part des répondants présentant une bonne adaptation à leur orientation sexuelle offrent de faibles scores relatifs à l'estime de soi et au bien-être général, ce que soulignent les deux citations suivantes :

Si je prends mon cas, la mauvais estime de moi ne vient en aucun cas de mon homosexualité, au contraire; elle serait plutôt la seule partie de ma personnalité que je ne changerais pour rien au monde. L'amalgame homosexualité/mal être n'est pas une vérité première, même chez les jeunes gays, et même si elle est répandue.

Je pense que le fait d'être déprimé et pas bien, souvent, n'a aucun rapport pour moi avec mon attirance pour les hommes.

A l'inverse, les tests statistiques ne révèlent aucune différence significative entre ces trois classes concernant les variables relatives à l'état dépressif, à l'idéation suicidaire et aux tentatives de suicide.

5.2 CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Etant admis la co-morbidité associant dépendances, dépression et/ou tentative de suicide et le lien entre prise de risque en matière de VIH et consommation de drogues légales ou illégales (Woody & al., 1999), il nous a paru important d'interroger notre population sur ce point.

Nos résultats concernant la consommation d'alcool correspondent à ceux disponibles en Suisse pour la population générale masculine qui veulent qu'environ 10% de cette population est abstinente (Gmel, 1996). Les résultats donnés ci-dessous révèlent, en outre, que près de 45% des

répondants affirment avoir consommé de l'herbe ou du haschich dans les six derniers mois, 23% du poppers, et près de 20% des médicaments psychotropes. A noter encore qu'environ un répondant sur dix dit avoir consommé de la cocaïne et/ou de l'héroïne.

Tableau 26 : Consommation d'alcool et de drogues

	Régulièrement	Parfois	Jamais
Alcool	40.7%	50.4%	8.1%
Tranquillisants, antidépresseurs	7.3%	11.4%	78%
Ecstasy	0.8%	8.1%	87.8%
Herbe ou haschich	7.3%	37.4%	53.7%
Poppers	2.4%	21.1%	74.0%
Cocaïne	0.8%	9.8%	87.0%
Héroïne	0.8%	1.6%	95.1%
Autres	0%	3.3%	-

La consommation de ces différentes drogues pour chacune des classes de *coming out* n'est à la source d'aucune différence, hormis pour la consommation de poppers. Les répondants de la classe 1 se distinguent par l'absence d'usage de cette substance, contrairement aux classes 2 et 3, qui en assurent l'essentiel de la consommation. Il est à relever que le poppers est connu pour être utilisé durant les rapports sexuels, moins fréquents chez les éléments de la classe 1.

5.3 DÉPISTAGE DU VIH

Près des deux tiers des répondants (65%) ont passé un test VIH au moins une fois au cours de leur vie. Ce pourcentage concorde avec celui trouvé par Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995), et établi parmi leurs enquêtés âgés de 18 à 29 ans.

Alors que cette même étude dénombrait près de 7% de séropositifs parmi la population des 18-29 ans, aucun de nos répondants n'a déclaré avoir obtenu un résultat positif au test de dépistage VIH. A noter qu'un répondant testé dit ignorer son statut sérologique.

Au moins deux éléments d'explication peuvent être avancés pour rendre compte de cette absence de séropositifs dans la population interrogée. Le premier est à mettre en rapport avec la composition de l'échantillon, lequel comprend des gens jeunes - étant admis que la séoprévalence augmente avec l'âge - et de bon niveau d'éducation, alors que l'on sait qu'il existe une vulnérabilité augmentée face à la contamination par le VIH pour les homosexuels de statut social défavorisé ayant peu de contact avec le milieu homosexuel (Bochow, 1999; Hope, 1998). Le deuxième élément d'explication tient dans le fait que la déclaration du résultat au dernier test peut différer de manière significative du statut sérologique (Hays & al., 1997a).

6 PARTENAIRES SEXUEL(LE)S

Contrairement à certaines études centrées strictement sur le comportement sexuel, nous avons pris l'option ici de distinguer les pratiques sexuelles au sein d'une relation stable de celles pouvant se jouer avec des partenaires sexuels occasionnels, puisque plusieurs études, dont celle de Hays & al. (1997b), montrent que les pratiques sexuelles non-protégées au sein d'une relation stable peuvent être interprétées de manière différente en termes de risque pour la transmission du VIH que celles se déroulant avec des partenaires occasionnels.

6.1 RELATION STABLE

Compte tenu de la variabilité du sens qui peut être attribué à l'expression "relation stable" (Singy, 1999), nous n'en avons pas donné de définition dans le questionnaire. Nous avons demandé aux répondants s'ils avaient eu une relation stable et quelle en était la durée. Dans notre échantillon, les deux tiers des répondants déclarent avoir eu une relation stable dans les six derniers mois. Pour la quasi totalité d'entre eux, le partenaire est de sexe masculin. Seuls trois répondants signalent un partenaire stable de sexe féminin. La durée de la relation varie de deux semaines à trois ans et demi (durée moyenne: 12 mois). 62% des relations stables ont eu une durée supérieure à six mois.

Tableau 27 : Relation stable durant les six derniers mois

oui	67%
non	33%

On notera ici que les répondants étant le moins engagés dans le processus de *coming out* (classe 1) sont moins nombreux à avoir entretenu une relation stable (28.6%) que ceux appartenant aux classes 2 (70.3%) et 3 (73.3%). Cette différence est statistiquement significative ($p=0.005$).

Il est classiquement décrit dans les études sur les couples homosexuels une différence d'âge importante entre partenaires (McWhirter & Mattison, 1984). Toutefois, dans une étude suisse (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995), on constate que pour la tranche d'âge des 20-29 ans, la différence d'âge entre partenaires est de trois ans, ce qui correspond à nos résultats, puisque la médiane de cette différence d'âge s'élève, pour nos enquêtés, à 3.5 ans.

Dans notre échantillon, 56% des répondants qui ont eu une relation stable dans les six derniers mois déclarent aussi avoir eu dans le même temps des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. Notre questionnaire ne nous permet cependant pas de déterminer si la relation stable et les relations occasionnelles sont contemporaines ou successives. Ce résultat est à mettre en lien avec celui de l'étude "Les hommes aimant d'autres hommes 1994", qui montre que les relations de couples homosexuels sont basées environ pour moitié (53%) sur une relation non exclusive du point de vue sexuel (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995).

Tant dans la partie d'expression libre du questionnaire que dans une question ouverte relative à la gestion du risque au sein de la relation stable, nous constatons différentes conceptions de cette dernière parmi les répondants. Plusieurs d'entre eux sont clairement attachés à la fidélité, alors que d'autres mentionnent avoir négocié un accord au sein du couple au sujet de partenaires sexuels

extérieurs. Certains indiquent vivre une relation stable généralement exclusive avec des écarts possibles. Quelques enquêtés, enfin, engagés dans une relation stable jusque là exclusive, n'écartent pas la possibilité d'avoir dans le futur des partenaires sexuels extérieurs.

Dans la partie d'expression libre du questionnaire, rien n'incitait à aborder le thème de la relation stable. Cependant, elle a été un des sujets les plus souvent commentés. Cet état de fait peut se comprendre quand on tient compte de la nature de l'échantillon, composé de personnes en âge de s'engager dans une relation amoureuse, et du contexte socio-historique, qui laisse pour la première fois une place à une possible reconnaissance officielle du couple homosexuel. Concrètement, les répondants insistent ici sur les difficultés à rencontrer un véritable partenaire, difficultés s'expliquant, pour certains, par la condition d'homosexuel elle-même, incompatible avec un engagement durable, par le milieu homosexuel qui empêcherait de rencontrer un partenaire stable et, enfin, plus généralement, par la société qui laisse peu de place à l'expression d'une vie de couple homosexuelle. A preuve, les quelques commentaires donnés ci-dessous :

En connaissant le milieu gay, j'ai peur de n'avoir jamais une relation stable qui dure plus de trois mois.

En effet, une relation sincère et stable (surtout) me paraît très difficile à trouver. Je n'en connais pas les causes exactes, peut-être la mentalité du milieu gay...

Je suis obsédé par la volonté de rencontrer quelqu'un avec qui construire une relation stable. [...] J'ai l'impression de rencontrer que des gens qui ne pensent qu'au cul. Je veux garder espoir mais ça devient de plus en plus dur.

Est-ce que la vie en couple stable c'est possible entre les hommes?

Je me pose beaucoup de questions [au sujet de] la réalité vis-à-vis de l'existence d'un couple homosexuel dans la vie de tous les jours.

Je sais qu'en ayant une éventuelle relation, je vais devoir affronter des situations jusque là inconnues. Il me faudra assumer socialement (en tous cas en partie) cette relation qui concrétisera mon homosexualité

Je pense que l'intolérance sociale vis-à-vis de l'homosexualité contribue trop souvent à détruire les relations de longue durée et à favoriser la multiplication des partenaires occasionnels. Luttons pour que la société nous tolère et nous permette de vivre en couple sans complexe.

6.2 PARTENAIRES SEXUEL(LE)S OCCASIONNEL(LE)S

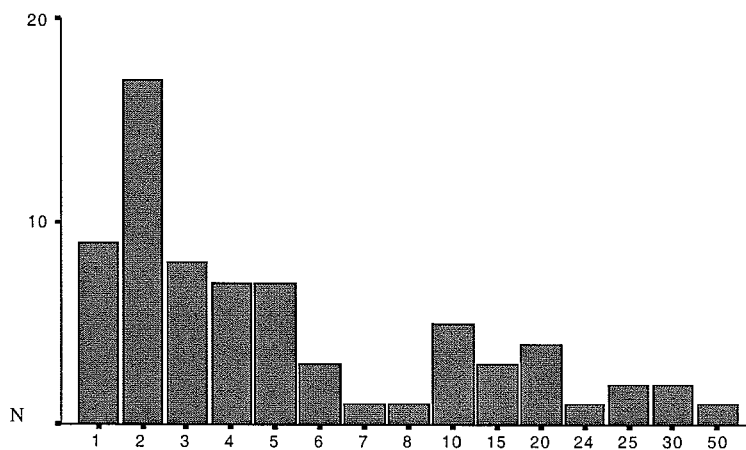
Si les répondants parlent beaucoup de la relation stable dans la partie d'expression libre du questionnaire, deux d'entre eux seulement évoquent leurs relations avec des partenaires sexuels occasionnels. Pourtant, près des deux tiers des répondants disent avoir eu des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires occasionnels dans les six derniers mois. Cette discrétion mériterait une investigation plus approfondie que seuls des entretiens semi-directifs permettraient de mener.

Tableau 28 : Partenaire(s) occasionnel(s) durant les six derniers mois

oui	64.2%
non	35.8%

Parmi les répondants qui déclarent avoir eu des partenaires sexuels occasionnels, la très grande majorité, soit plus de 91%, ont eu des rapports sexuels exclusivement avec des hommes. Cinq répondants ont eu des partenaires des deux sexes, et deux répondants uniquement des partenaires féminines. Le nombre de partenaires masculins varie de un à cinquante. 37% des répondants disent en avoir eu un ou deux, 35% trois à six et 28% plus de six. La médiane du nombre de partenaires s'élève à 4.

Graphique 11 : Nombre de partenaires sexuels occasionnels masculins (n=79)



Pour sa part, le nombre de partenaires occasionnelles féminines est beaucoup plus réduit, puisque parmi les sept répondants qui signalent des partenaires femmes, un seul en déclare deux, alors que les six autres n'en déclarent qu'une seule.

A l'inverse de ce que l'on a vu s'agissant des partenaires stables, la prise en compte de la typologie fondée sur le degré d'adaptation à l'orientation sexuelle ne donne pas lieu ici à des résultats qui témoignent de différences statistiquement significatives.

7 GESTION DU RISQUE EN MATIÈRE DE VIH

Dans un premier temps, ont été recensées ici les pratiques sexuelles non-protégées des répondants lors des six derniers mois. Nous avons ensuite construit une typologie fondée sur les prises de risque en matière de transmission du VIH. Enfin, nous avons établi des liens entre les comportements à risque et certaines variables de l'étude.

7.1 PRATIQUES SEXUELLES NON-PROTÉGÉES DANS LES SIX DERNIERS MOIS

Nous avons repris à notre compte le concept de pratique sexuelle non-protégée de l'Office Fédéral de la Santé Publique et de l'Aide Suisse contre le Sida, soit:

- 1) la pénétration (anale ou vaginale) sans préservatif,
- 2) le contact de sperme avec la bouche.

Notre questionnaire distinguait les pratiques sexuelles non-protégées, tant avec des hommes qu'avec des femmes, au sein d'un partenariat stable de celles s'étant déroulées avec d'éventuels partenaires occasionnels. A cet égard, les résultats montrent que près de 57% des jeunes interrogés ont eu des pratiques sexuelles non-protégées dans les six derniers mois.

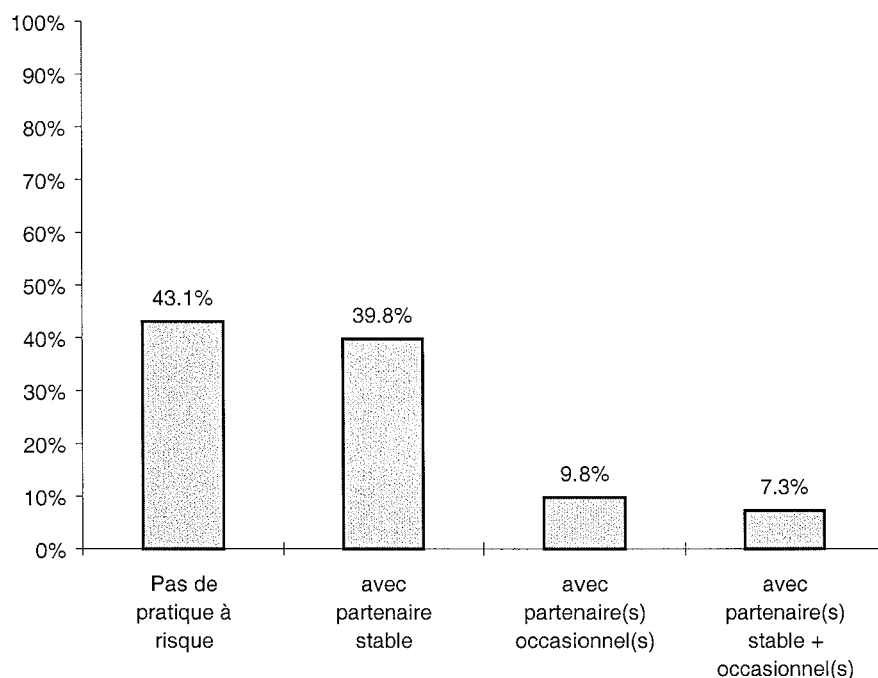
Tableau 29 : Relations non-protégées durant les six derniers mois

	oui	non
avec partenaires stable ou occasionnel	56.9%	43.1%

Par ailleurs, 45 % des membres du collectif disent avoir pratiqué au moins une fois la pénétration anale sans préservatif avec un partenaire stable ou occasionnel. L'étude de Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995), qui a entre autre l'intérêt d'être antérieure à l'introduction des trithérapies en Suisse, rapporte que, sur une période de 12 mois, 46% des homosexuels interrogés déclarent ne pas avoir toujours utilisé de préservatif lors de la pénétration anale. Ce résultat, donné ici à titre indicatif, ne peut être mis en comparaison avec le nôtre, la formulation des questions d'une étude à l'autre étant trop différente.

Nous avons voulu affiner le contexte des différentes prises de risque relatées par nos répondants en distinguant celles survenues dans le cadre d'une relation stable de celles qui se sont jouées avec des partenaires occasionnels. La lecture plus détaillée des chiffres concernant les pratiques sexuelles non-protégées montre que, pour 40% des répondants, ces dernières ont eu lieu exclusivement au sein de leur relation stable, pour près de 10% uniquement avec des partenaires occasionnels et pour un peu plus de 7% tant au sein d'une relation stable qu'avec des partenaires occasionnels.

Graphique 12 : Pratiques sexuelles non-protégées durant les six derniers mois selon le type de partenaire (n=123)



Au total, 17.1% des répondants déclarent donc des pratiques sexuelles non-protégées dans les six derniers mois avec un ou des partenaires occasionnels. A noter que les sept répondants déclarant des relations sexuelles occasionnelles avec des femmes disent s'être toujours protégés.

7.1.1 Relations sexuelles non-protégées avec le partenaire stable

Parmi les répondants engagés dans une relation stable, une large majorité, soit plus de 70%, déclarent avoir eu durant les six derniers mois des relations sexuelles non-protégées.

Tableau 30 : Relations sexuelles non-protégées durant les six derniers mois avec le partenaire stable

oui	70.7%
non	29.3%

Plus précisément, près de 62% de ce sous-groupe disent ou pensent avoir eu du sperme dans la bouche à une ou plusieurs reprises durant les six derniers mois.

Tableau 31 : Sexualité orale avec le partenaire stable

<i>Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir eu du sperme de votre partenaire stable dans la bouche?</i> (n=80 répondants avec partenaire stable masculin)	
Oui, une fois	13.9%
Oui, plusieurs fois	45.6%
Pas sûr	2.5%
Non	38.0%

En ce qui concerne la pénétration, 57% de nos répondants disent l'avoir pratiquée une ou plusieurs fois sans préservatif, 30% disent l'avoir toujours pratiquée avec. Enfin, 12% affirment ne pas l'avoir pratiquée.

Tableau 32 : Pénétration anale avec le partenaire stable

<i>Vous est-il arrivé, dans les six derniers mois, de pratiquer la pénétration sans préservatif avec votre partenaire stable?</i> (n= 82 répondants avec partenaire stable masculin ou féminin)	
Oui, une fois	6.1%
Oui, plusieurs fois	51.2%
Non, pas de pénétration sans préservatif	30.5%
Non, pas pratiqué la pénétration	12.2%
Pas sûr	0%

Nous avons par ailleurs demandé à ceux entretenant une relation stable si leur partenaire était à leur connaissance séropositif. Trois répondants disent vivre avec un séropositif. Huit autres semblent ignorer le statut sérologique de leur partenaire. Sur ces huit répondants, cinq ont, selon leur dires, eu des pratiques sexuelles non-protégées avec leur partenaire séropositif durant les six derniers mois.

A la question: "*Avec votre partenaire stable, avez-vous parlé du risque d'infection par le virus du sida lors de relations sexuelles?*", 92% disent l'avoir fait. Parmi ceux qui en ont parlé, 84% disent avoir pris une décision en termes de protection suite à cette discussion. Les mesures prises et, relatées par soixante répondants dans une question ouverte, se répartissent comme suit :

- 27 disent ne plus se protéger au sein de leur relation stable après avoir fait un test HIV en commun;
- 6 font mention du respect strict des deux règles de prévention de l'Aide Suisse contre le Sida;
- 11 n'évoquent que l'usage du préservatif lors de la pénétration;
- 2 disent avoir une forme de sexualité n'impliquant aucun risque de transmission du VIH;
- 17 ont mis en place des mesures peu claires ou insuffisantes.

7.1.2 Relations sexuelles non-protégées avec des partenaires occasionnels

Pour les répondants qui ont eu dans les six derniers mois des partenaires occasionnels, qu'il soient engagés ou non dans une relation stable, les pratiques sexuelles non-protégées déclarées sont nettement moins fréquentes. En effet, 21.5% de ce sous-groupe disent ou pensent avoir eu, à une ou plusieurs reprises, du sperme dans la bouche et près de 14% déclarent avoir pratiqué la pénétration, à une ou plusieurs reprises, sans préservatif.

Tableau 33 : Sexualité orale avec partenaire(s) occasionnel(s)

<i>Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir eu du sperme d'un partenaire occasionnel dans la bouche?</i> (n=79 répondants avec partenaires occasionnels masculins)	
Oui, une fois	11.4%
Oui, plusieurs fois	5.1%
Non	75.9%
Pas sûr	5.1%
Sans réponse	2.5%

Tableau 34 : Pénétration anale avec partenaire(s) occasionnel(s)

<p><i>Vous est-il arrivé, dans les six derniers mois, de pratiquer la pénétration anale (active ou passive) sans préservatif avec un partenaire occasionnel masculin?</i></p> <p>(n=79 répondants avec partenaires occasionnels masculins)</p>	
Oui, une fois	10.1%
Oui, plusieurs fois	3.8%
Non, pas de pénétration sans préservatif	53.1%
Non, pas pratiqué la pénétration	31.6%
Pas sûr	0%
Sans réponse	1.3%

7.2 RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

7.2.1 Définition des classes de risque

Nous avons jusqu'à maintenant mis en évidence l'importante fréquence des pratiques sexuelles non-protégées tant au sein d'une relation stable qu'avec des partenaires occasionnels. Sur la base de ce constat, nous avons constitué deux groupes de répondants en fonction du degré de risque qu'ils nous semblaient courir de par leurs pratiques sexuelles non-protégées.

Le premier groupe (n=102, soit 83% de l'échantillon) dit à "risque faible" est constitué des répondants ne déclarant aucune pratique à risque ou uniquement des pratiques à risque au sein de la relation avec leur partenaire stable. Le deuxième groupe (n=21, soit 17% de l'échantillon) dit à "risque élevé", est constitué, pour sa part, des répondants déclarant au moins une pratique à risque avec un partenaire occasionnel, qu'il soit ou non engagé par ailleurs dans une relation stable.

Cette classification repose sur l'hypothèse que les pratiques sexuelles non-protégées sont plus risquées en termes de transmission du VIH entre partenaires occasionnels qu'au sein d'une relation stable. Cependant, des limites à cette hypothèse existent: 1) le statut sérologique du partenaire stable ne peut pas être constamment vérifié, même au sein d'un partenariat où la négociation serait privilégiée; 2) la définition du type de relation - stable ou occasionnelle - est soumise à une variabilité individuelle; 3) notre étude n'explore pas la manière dont la négociation en matière de gestion du risque peut intervenir entre les partenaires occasionnels.

Cependant, les éléments suivants vont dans le sens, nous semble-t-il, d'un moindre risque de transmission VIH au sein d'une relation stable : nos répondants engagés dans une relation avec des séropositifs indiquent n'avoir pris aucun risque dans les six derniers mois, la grande majorité de

ceux engagés dans une relation stable disent avoir non seulement parlé du risque de contamination, mais avoir négocié ce risque potentiel et pris des mesures préventives. De plus, la lecture des commentaires relatifs aux mesures prises laisse à penser que ces mesures sont pertinentes pour plus de la moitié d'entre eux.

7.2.2 Corrélations entre "prise de risque" et les autres variables de l'étude

Nous souhaitons ici mettre en évidence les différences pouvant apparaître entre les répondants ayant pris un faible risque de se contaminer par le VIH (groupe A) et ceux pour qui le risque est défini comme élevé (groupe B).

L'analyse statistique n'indique aucune différence entre les deux groupes pour les variables socio-démographiques telles que âge, éducation, activité actuelle, lieu d'habitation.

En ce qui concerne le processus de *coming out*, force est de constater que nous n'observons que peu de différences entre nos deux groupes à ce sujet. Les membres du groupe B sont plus nombreux à indiquer une proportion élevée d'homosexuels parmi leurs amis, mais sont toutefois moins enclins à trouver des images positives de l'homosexualité dans leur entourage. De plus, dans ce groupe la déclaration d'agressions homophobes par le passé est plus fréquente. Aucune différence n'apparaît cependant dans l'évaluation de l'attitude des répondants envers l'homosexualité ni dans le degré de révélation de son orientation sexuelle à l'entourage, en particulier au père. Tant l'âge de la première identification homosexuelle ou bisexuelle que celui du premier rapport sexuel sont semblables dans les deux groupes.

La distinction en trois classes de répondants, selon le degré d'adaptation à l'orientation sexuelle, ne s'avère, par ailleurs, pas être un élément discriminant pour les prises de risque. En effet, la proportion de répondants de la classe 1 (faible adaptation) ayant eu des pratiques à risque s'élève à 17.8%, contre 15.6% dans la classe 2 (adaptation moyenne) et 21.4% dans la classe 3 (bonne adaptation). La différence de pourcentage d'abstinence sexuelle entre les trois classes étant d'importance (classe 1 : 21%, classe 2 : 11%, classe 3 : 0%), nous avons jugé bon de pondérer ces résultats, opération qui n'a pas conduit à la mise en évidence de disparités significatives.

Les répondants du groupe B se distinguent par contre dans leurs comportements sexuels. Relevons comme différences statistiquement significatives le nombre de partenaires occasionnels qui s'élève à 10.5 dans le groupe B contre 3.3 dans le groupe A, la plus grande fréquence de ceux déclarant plus de six partenaires occasionnels au cours des six derniers mois (45% versus 11.6%), une plus grande proportions d'individus fréquentant des endroits à forte promiscuité sexuelle, tels que saunas, darkrooms (66.7% versus 42.6%), parcs ou toilettes publics (61.9% versus 25.7%).

On relèvera des différences significatives entre les deux groupes dans un autre champ, celui de la santé psychologique. Si aucune différence n'apparaît dans l'idéation suicidaire actuelle, ni dans la fréquence des tentatives de suicide antérieures, l'évaluation de l'estime de soi et du bien-être montre une tendance du groupe B à une vulnérabilité accrue. C'est ainsi que les deux tiers du groupe B présentent une estime de soi inférieure à la médiane ce qui n'est le fait que de 43.1% des membres du groupe A. De plus, la consommation de toutes les drogues illégales est très nettement supérieure dans le groupe B. A titre d'exemple, le poppers et le cannabis sont consommés par, respectivement, 47.6% et 66.7% des sujets du groupe B contre 19.2% et 41% des sujets du groupe A.

De manière synthétique, il apparaît à la lecture du tableau ci-après que les répondants du groupe B (risque élevé), en comparaison avec l'autre groupe, ont plus de partenaires sexuels, sont plus nombreux à fréquenter les lieux favorisant les contacts sexuels et consomment davantage de drogues illégales. Dans le même temps, ils relatent une souffrance psychologique (estime de soi - bien-être) plus marquée que l'autre groupe.

Tableau 35 : Profil des groupes risque faible - risque élevé

	GROUPE A risque faible	GROUPE B risque élevé	
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES			
Age moyen	21.7 ans	21.1 ans	NS
Formation universitaire ou pré-universitaire	52.9%	45%	NS
Reçoit une aide financière des parents	51.0%	45%	NS
Actuellement en formation (études ou apprentissage)	54.9%	50%	NS
Vit dans agglomération de + de 100'000 hab.	51%	30%	NS
IDENTITE			
Etapes du processus identitaire: (âge moyen)			
Première attirance pour les hommes	13.0 ans	12.2 ans	NS
Identification homosexuelle	16.8 ans	15.7 ans	NS
Premier rapport sexuel avec un partenaire masculin	17.3 ans	16.0 ans	NS
FRÉQUENTATION DU MILIEU HOMOSEXUEL			
Cafés, bars, restaurants ou discothèques	87.1%	90.5%	NS
Associations ou organisations homosexuelles	55.4%	55.0%	NS
Lieux de drague tels que parcs ou toilettes publics	25.7%	61.9%	p=.003
Saunas ou darkrooms gays	42.6%	66.7%	p=.028
Proportion importante de gays/bisexuels parmi les amis	46.1%	71.4%	p=.034
ENTOURAGE			
Révélation de l'orientation sexuelle au père	44.1%	42.9%	NS
Personnes à qui l'orientation sexuelle a été révélée	3.5	3.6	NS
Images positives de l'homosexualité dans l'entourage	88.2%	65%	p=.009
Victime d'agression homophobe par le passé	13.1%	33.3%	p=.024

	GROUPE A risque faible	GROUPE B risque élevé	
ATTITUDE ENVERS L'HOMOSEXUALITÉ			
Attitude envers l'homosexualité (sur échelle de 1 à 6)	5.2	5.0	NS
SANTÉ PSYCHOLOGIQUE			
Estime de soi inférieure à la médiane	43.1%	66.7%	p=.049
Bien-être inférieur à la médiane	40.2%	71.4%	p=.009
Idéation suicidaire dans les six derniers mois	31.4%	33.3%	NS
Tentative de suicide par le passé	26.0%	19.0%	NS
Consommation dans les six derniers mois:			
Alcool	91.1%	95.2%	NS
Médicaments tranquillisants ou antidépresseurs	17.3%	28.6%	NS
Herbe ou haschisch	41.0%	66.7%	p=.032
Poppers	19.2%	47.6%	p=.006
Toutes drogues illégales confondues	48.0%	76.2%	p=.019
PARTENAIRES DANS LES SIX DERNIERS MOIS			
Partenaire stable	69.6%	52.4%	NS
Nombre moyen de partenaires occasionnels	3.3	10.5	p>.001
Proportion avec plus de 6 partenaires occasionnels	11.6%	45%	p=.001

8 DISCUSSION

8.1 ADAPTATION À L'ORIENTATION SEXUELLE

À la lumière de nos résultats, force est de constater, lorsqu'on s'intéresse au processus de *coming out*, qu'il semble exister dans notre collectif deux groupes de jeunes homosexuels et bisexuels. Un groupe, largement majoritaire, près de neuf répondants sur dix, semble avoir intégré son orientation sexuelle dans sa vie sociale et personnelle, alors que l'autre groupe, un peu plus de 10%, présente des caractéristiques dans les cinq dimensions explorées, que nous interprétons comme étant des indices d'un moins bon engagement dans le processus de *coming out*. On insistera ici sur le fait que l'âge n'exerce pas d'incidence sur cette bipartition, puisque ce dernier groupe n'est pas composé d'éléments plus jeunes ou ayant découvert plus récemment leur homosexualité. Par ailleurs, ce groupe, lorsqu'on s'intéresse à sa santé psychologique, montre des signes d'une plus grande souffrance pour les variables de bien-être général et d'estime de soi.

Contrairement à nos attentes, les sujets ayant une faible adaptation à leur orientation sexuelle (classe1) ne tendent pas à avoir davantage que les autres de pratiques sexuelles à risque élevé. À cet égard, il faut toutefois préciser que ce groupe se signale par des rapports sexuels relativement moins fréquents. Une nuance s'impose tout de même, puisque les membres de cette classe partagent avec les sujets dits à risque le même type de souffrance psychologique, soit un sentiment de bien-être et une estime de soi inférieurs aux autres membres de l'échantillon. Malheureusement la taille réduite de ce dernier ne nous a pas permis d'opérer des croisements susceptibles d'affiner nos résultats.

8.2 LES SUJETS À RISQUE

Comme on l'a vu, les caractéristiques socio-démographiques, tout comme le degré d'adaptation à l'orientation sexuelle, ne sont pas à la source de disparités entre les sujets à faible ou à haut risque en matière de transmission du VIH. Conformément à ce que révèle la littérature, nous retrouvons au sein de la population des jeunes homosexuels interrogés ici les mêmes variables en lien statistique avec la prise de risque. C'est ainsi que les répondants qui ont pris davantage de risques dans les six derniers mois sont ceux qui déclarent un nombre moyen de partenaires occasionnels plus élevé, qui disent plus souvent fréquenter les lieux favorisant les contacts sexuels, et qui déclarent consommer davantage de drogues illégales. La nature de la production de nos données, fondée sur un questionnaire auto-administré, ne nous autorise pas à aller au-delà de la mise en évidence d'une co-variation entre variables. Seule une approche qualitative pourrait peut-être permettre d'établir d'éventuels liens de causalité entre elles.

Deux domaines d'investigation génèrent des différences entre sujets à haut et à faible risque. Le premier concerne la santé psychologique, les sujets du groupe B étant plus nombreux que ceux du groupe A à présenter une estime de soi et un bien-être inférieurs à la médiane. Le second concerne les relations avec le monde extérieur. Ainsi, les sujets du groupe B ont davantage été l'objet d'agressions homophobes, phénomène que nous ne pouvons expliquer si ce n'est peut-être par une visibilité particulière due à une fréquentation plus régulière des lieux de drague publics. De plus, ces mêmes sujets semblent avoir moins d'images positives de l'homosexualité dans leur entourage. Cet élément, certes discret, peut nous conduire à l'hypothèse d'un certain déni, dans ce groupe, des difficultés relatives à l'orientation sexuelle. Cette hypothèse peut être alimentée par le fait que ce

groupe se caractérise, comme on l'a vu, par une tendance à l'action (relations sexuelles occasionnelles fréquentes), une estime de soi problématique et l'usage de stupéfiants, caractéristiques qu'on retrouve couramment chez les personnalités borderline classiquement décrites pour faire usage du déni (CIM-10, 1992).

Au vu de ce qui précède, il nous semble émerger dans notre collectif trois catégories de jeunes homosexuels. Premièrement un petit groupe (un peu plus de 10%) qui reconnaît avoir des difficultés à assumer son homosexualité et qui présente une souffrance psychologique que, par hypothèse, nous mettons en lien de causalité. Ce groupe n'apparaît pas se mettre en danger par ses comportements en termes de contamination par le VIH. Le deuxième groupe est formé d'individus qui laissent entrevoir une souffrance psychologique tout en disant accepter leur homosexualité et qui ont des comportements sexuels à risque. Reste à savoir s'il y a dans ce groupe un déni des difficultés qu'ils rencontrent à assumer cette orientation sexuelle ou si leur souffrance reconnue s'inscrit dans un cadre autre, sans lien avec leur différence identitaire. Enfin, un troisième groupe de répondants est composé des éléments de notre collectif qui présentent le moins de souffrance psychologique et qui, dans le même temps, déclarent prendre moins de risques relatifs au VIH.

8.3 TENTATIVES DE SUICIDE

Les résultats de cette étude confirment ceux de recherches étrangères s'intéressant aux jeunes homosexuels et d'autres menées en Suisse auprès d'homosexuels de tous âges. Près d'un quart de notre collectif dit avoir commis par le passé une tentative de suicide, tentative, dans la plupart des cas, en relation avec la découverte de son orientation sexuelle. Ce chiffre, en soi préoccupant en termes de santé publique, l'est d'autant plus qu'il touche des adolescents, pour la plupart encore scolarisés, dans notre étude tout au moins, adolescents censés avoir reçu dans le cadre scolaire des cours d'éducation sexuelle. Il est important de noter que nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien direct entre comportement suicidaire et prise de risque relative à la contamination VIH. L'assertion voulant que les comportements sexuels à risque seraient des équivalents suicidaires mériterait donc une investigation plus approfondie, puisque le comportement suicidaire, bien que ne cohabitant pas avec les comportements à risque, pourrait avoir été remplacé par ces derniers.

Il est intéressant de relever que ceux de nos répondants ayant fait une tentative de suicide ne se distinguent pas de ceux n'en ayant pas commis sur les items s'intéressant à la santé psychologique (bien-être, état dépressif, estime de soi). Comme si en moyenne deux ans après avoir commis ce geste, il n'en restait aucune séquelle, contrairement à ce qu'on a pu observer dans un collectif d'homosexuels plus âgés (moyenne d'âge 36 ans) ayant commis des tentatives là aussi à un âge plus avancé (moyenne : 26 ans) mais surtout il y a une quinzaine d'années (Cochand, 1998). A cet égard, on peut faire l'hypothèse, renforcée par le fait que notre collectif compte une sur-représentation de membres d'associations homosexuelles, que ces dernières ont entre autres pu avoir un effet favorisant une résolution positive de la crise existentielle majeure pouvant survenir lors de la prise de conscience de sa différence.

9 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1 Notre étude a conduit à un certain nombre de résultats qu'il s'agit maintenant de mettre en rapport avec notre hypothèse de recherche. Cette dernière mettait en lien le processus de *coming out* et les comportements sexuels à risque pour la transmission du VIH. Force est de constater que nos données ne nous permettent pas d'établir de lien direct entre le processus de *coming out* et les comportements à risque. A cet égard, on rappellera que, malgré nos efforts pour tenter de rendre compte de la population ciblée dans toute sa diversité, notre collectif se compose majoritairement de jeunes homosexuels et bisexuels avec un bon niveau d'éducation, et de surcroît, pour une partie notable, impliqués dans le milieu associatif homosexuel.

Toutefois, nos résultats montrent qu'en dépit des efforts de sensibilisation à la prévention réalisés au sein de cette population, près de deux répondants sur dix déclarent avoir eu des pratiques sexuelles non-protégées avec des partenaires occasionnels - pour ne parler que de ceux-là - lors des six mois précédant la passation du questionnaire. Ces répondants, définis comme preneurs de risque, se distinguent des autres membres du collectif par une certaine vulnérabilité psychologique, un plus grand nombre de partenaires sexuels occasionnels, une fréquentation plus marquée des lieux favorisant une promiscuité sexuelle, ainsi qu'une consommation plus importante de drogues illégales.

En ce qui concerne le processus de *coming out*, on retiendra de cette enquête que, même dans un contexte où l'acceptation sociale et la visibilité de l'homosexualité ont augmenté au cours des dernières années, certains signes indiquent que la découverte de sa différence en matière d'orientation sexuelle reste un parcours qui présente un certain nombre de difficultés plus ou moins importantes pour les jeunes Romands concernés. C'est ainsi que près d'un quart des membres de notre collectif dit avoir commis une tentative de suicide, pour la majorité d'entre eux, lors de la prise de conscience de son orientation sexuelle. En outre, un répondant sur dix, et pas forcément parmi les plus jeunes, cumule des facteurs révélant une adaptation plutôt difficile à l'orientation sexuelle et une vulnérabilité psychologique. Enfin, il faut souligner que les enquêtés, lorsqu'on les interroge sur l'acceptation de leur homosexualité, relèvent à quel point cette acceptation est un long processus dont la phase initiale reste, pour la plupart, douloureuse.

Une telle recherche invite évidemment à la prudence dans la généralisation de ses résultats, puisqu'elle présente un certain nombre de limites, au premier rang desquelles figurent, comme on l'a vu, la question de la représentativité de l'échantillon soumis à l'enquête. Un deuxième aspect tient dans le fait qu'il s'agissait d'une étude pour partie rétrospective comportant toutes les limites inhérentes à ce type de recherche (problèmes mémoriels, incidence sur les réponses de la coloration émotionnelle lors de la passation, etc.). De plus, l'outil utilisé (questionnaire auto-administré), à côté de ses avantages, présente un certain nombre d'inconvénients évidents lorsqu'il s'agit d'aborder des variables aussi complexes et intimes que celles que nous avons souhaité investiguer.

Toujours s'agissant de la généralisation des résultats, et peut-être plus encore en regard des recommandations que nous pouvons formuler, rappelons ici que nous ne nous sommes intéressés qu'à certains des aspects pouvant influencer sur la prise de risque en matière de transmission du VIH. Nous avons ainsi délibérément écarté, par exemple, ce qui se joue au sein même de l'interaction sexuelle ou lors des premiers pas dans la vie sexuelle active, période appelée par Jalbert (1998) "phase d'euphorie".

2 Contrairement à nos attentes, nos données ne nous conduisent pas à formuler des recommandations aux autorités compétentes qui infléchiraient leur politique actuelle de prévention en matière de VIH. Il reste que nos résultats ont mis en évidence un lien entre une certaine vulnérabilité psychologique et les comportements sexuels à risque, lien qui incite à poursuivre cette même politique qui allie la prise en compte des facteurs psychosociaux individuels à une

information objectivante. Au delà de ce constat, la diffusion de cette étude pourrait avoir le mérite de mieux informer les responsables de la prévention des spécificités d'une population qui reste très concernée par la problématique du VIH.

Toutefois, un intérêt non négligeable de cette étude est d'avoir confirmé et mis en évidence deux éléments majeurs : un fort taux de tentatives de suicide chez les adolescents en quête identitaire ainsi qu'un pourcentage significatif d'homosexuels et bisexuels souffrant de leur condition. S'il est illusoire de penser que les problématiques individuelles peuvent se résoudre par des recommandations à portée générale, il nous paraît évident que la modification du regard porté sur l'homosexualité et les homosexuels par l'ensemble du corps social aurait toute chance de réduire les souffrances individuelles, qui s'expriment dramatiquement dans certains cas. Nous serions fondés à recommander aux autorités compétentes de prendre en compte l'importance de cette question et de faire en sorte, par des moyens appropriés, qu'aux yeux de tous, l'homosexualité constitue un mode de vie acceptable et accepté. Nous renvoyons ceux qui craignent qu'une telle politique favorise une augmentation des comportements homosexuels à l'étude de Schmidt (1994), qui rend compte d'une chute importante des contacts homosexuels chez les adolescents masculins entre 1970 et 1990 en Allemagne, et ce malgré l'indéniable accroissement de la visibilité des homosexuels dans ce pays durant cette même période. Pour l'auteur, cette chute importante est en relation, entre autres, avec cet accroissement de la visibilité de l'homosexualité, tout adolescent s'engageant dans des contacts homosexuels étant aujourd'hui davantage confronté à un questionnement identitaire qu'il ne pouvait l'être par le passé.

Pour ne parler que des jeunes, dont on a vu par exemple qu'ils présentaient une certaine réticence à s'ouvrir devant le personnel de santé, ces recommandations impliqueraient donc une sensibilisation à l'âge de la scolarité obligatoire, l'essentiel de notre collectif se questionnant sur son orientation sexuelle entre treize et dix-sept ans. Ce point nous paraît d'autant plus important que, comme on l'a vu, les jeunes homosexuels et bisexuels de notre collectif disent percevoir le plus d'attitude défavorable à l'endroit de leur orientation sexuelle de la part des membres de leur famille, famille qui ne semble ici pas pouvoir assurer son rôle traditionnel de soutien et de construction identitaire. Pour aboutir, cette sensibilisation, qui concerne au premier chef le corps enseignant et le corps médical, devrait impliquer les autorités compétentes en matière sanitaire tout comme les autorités politiques.

10 RÉFÉRENCES

- Berger R.M. (1983). What is a homosexual? Definitional model social work; 28:132-141.
- Blumenstein P, Schwartz P. (1977). Bisexuality: some social psychological issues. *Journal of Social Issues*; 33:30-45.
- Bochow M. (1999). Statut socio-économique et prévalence du VIH chez les homosexuels masculins en Allemagne. Congress Minutes. European congress identity risks and AIDS - Study days 26th and 27th March 1999. Brussels: European Parliament.
- Cass VC. (1979). Homosexual identity formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality*; 4(3):219-235.
- CIM-10 (1992). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris: Masson.
- Cochand P, Bovet P. (1998). HIV infection and suicide risk: an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 33 (5):230-234.
- Coleman E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality*; 7(1):31-43.
- Cox S, Gallois C. (1996). Gay and lesbian identity development: social identity perspective. *Journal of Homosexuality*; 30 (4):1-30.
- Dank BM. (1971). Coming out in the gay world. *Psychiatry*; 34:180-197.
- De Monteflores C, Schultz S.J. (1978). Coming out: similarities and differences for lesbians and gay men. *Journal of Social Issues*; 34(3):59-72.
- De Wit JBF. (1996). The epidemic of HIV among young homosexual men. *AIDS*; 10(suppl.3):S21-S25.
- Ekstrand ML, Stall RD, Paul JP, Osmond DH, Dennis HO, Coates TJ. (1999). Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS*; 13:1525-1533.
- Eliason MJ. (1996). Identity formation for lesbian, bisexual and gay persons: beyond a "minoritizing" view. *Journal of Homosexuality*; 30 (3):31-58.
- Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 153:487-493.
- Gmel G. (1996). Soziodemographie des Alkoholkonsums, in: *Alkoholkonsum in der Schweiz*, Hamburg: Verlag Dr Kovak.
- Goffman E. (1975). *Les rites d'interaction*. Paris: Editions de Minuit.
- Hausser D. (1997). New conceptual perspectives and prevention, in: L. Van Campenhoudt et al. (Eds.). *Sexual Interactions and HIV risk*. London: Taylor and Francis, p. 234-245.
- Hays RB, Kegeles SM, Coates TJ. (1990). High HIV risk-taking among young gay men. *AIDS*; 4(9):901-907.
- Hays RB, Paul J, Ekstrand M, Kegeles SM, Stall R, Coates TJ. (1997a). Actual versus perceived HIV status, sexual behaviors and predictors of unprotected sex among young gay and bisexual men who identify as HIV-negative, HIV-positive and untested. *AIDS*; 11:1495-1502.
- Hays RB, Kegeles SM, Coates TJ. (1997b). Unprotected sex and HIV risk taking among gay men within boyfriend relationships. *AIDS Education and Prevention*; 9(4):314-329.
- Herdt G. (1992). Coming out as a rite of passage: a Chicago study. in *Gay Culture in America-Essays from the Field*. G. Herdt (ed). Boston: Beacon Press, p.29-67.
- Herdt G, Boxer A. (1993). *Children of Horizons: how gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*, Boston: Beacon Press.
- Hope VD, McArthur C. (1998). Safer sex and social class: findings from a study of men using the "gay scene" in the West Midlands region of the United Kingdom. *AIDS Care*; 10(1):81-88.

- Jalbert Y. (1998), Processus de sortie, perception du risque face au sida et utilisation des services de santé chez de jeunes homosexuels âgés de 16 à 20 ans de Montréal. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal.
- Kooden HD, Morin SF, Riddle DI, Rogers M, Sang BE, Strassburger F. (1979). Removing the stigma: final report on the board of social and ethical responsibility for psychology's task force on the status of lesbian and gay male psychologists. New York: American Psychological Association.
- Kryzan C, Walsh J. (1998). The !OutProud!/Oasis internet survey of queer and questioning youth.
- McDonald GJ. (1982). Individual differences in the coming out process for gay men: implications for theoretical models. *Journal of Homosexuality*; 8(1):47-60.
- McWhirter D, Mattison AM. (1984). *The male couple: how relationships develop*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. (1995). Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Etude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Point Fixe (1995). Rapport d'activité 1994. Lausanne
- Pollak M. (1988). *Les homosexuels et le sida: sociologie d'une épidémie*. Paris: Métailié.
- Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*; 87(6):869-875.
- Rust PC. (1993). "Coming out" in the age of social constructionism: sexual identity formation among lesbian and bisexual women. *Gender & Society*; 7(1):50-77.
- Schmidt G, Klusmann D, Zeitzschel U, Lange C. (1994). Changes in adolescents' sexuality between 1970 and 1990 in West Germany. *Archives of Sexual Behavior*; 23(5):489-513.
- Schneider M. (1988). Sappho was a right-on adolescent: growing up lesbian. *Journal of Homosexuality*; 17(1/2):111-130.
- Singy P. (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient: le partage en jeu. *La linguistique*; 35:181-192.
- Troiden R. (1979). Becoming homosexual: a model of gay identity acquisition. *Psychiatry*; 42(4):362-373.
- Vicenzi (de) I. (1994). Longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*; 331:341-346.
- Woody GE, Donell G, Seage GR, Metzger D, Marmor M, Koblin BA, Buchbinder S, Gross M, Judson FN. (1999). Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men: data from HIVNET. *Drug and Alcohol Dependence*; 53:197-205.
- Yaguello M. (1987). *Les mots et les femmes*. Paris : Payot.

11 ANNEXE

Questionnaire

**Jeunes hommes (16-25 ans) aimant d'autres hommes,
cette enquête s'adresse à vous.**

L'Office Fédéral de la Santé Publique nous a mandatés pour réaliser la première grande étude en Suisse romande visant à connaître ce que vivent et ressentent les jeunes hommes (16 à 25 ans) aimant d'autres hommes au temps du sida. En remplissant ce questionnaire totalement anonyme vous nous permettez :

- de mieux comprendre ce que vous vivez au quotidien;
- d'améliorer les services destinés aux jeunes hommes qui se posent des questions sur leur sexualité, ou qui souhaitent parler d'homosexualité ou de bisexualité;
- de rendre plus efficaces encore les campagnes de prévention du sida.

Comme vous le voyez, votre participation à cette étude est de la plus grande importance. D'avance merci.

Il faut compter environ 20 minutes pour répondre au questionnaire. Si vous ne voulez pas répondre à une question, vous pouvez la laisser en blanc.

Prière de renvoyer le questionnaire rempli le plus rapidement possible - sans aucun frais - à l'aide de l'enveloppe annexée affranchie à forfait.

Aidez-nous en demandant à vos amis et connaissances de remplir ce questionnaire! On peut obtenir des exemplaires supplémentaires par courrier, téléphone, ou e-mail (coordonnées ci-dessous), ou sur Internet, à l'adresse www.hospvd.ch/spl .

Pour tout renseignement, ou pour recevoir le résultat de l'enquête (disponible au printemps 2000):

courrier:

P. Moret
PLiA - AL04
CHUV
1011-Lausanne

téléphone:

21/314 10 90

e-mail:

pascal.moret@inst.hospvd.ch

Important: si vous êtes intéressé à participer à une prochaine étude sur le thème des jeunes hommes aimant d'autres hommes, veuillez nous contacter pour des informations complémentaires. Nous vous garantissons le respect de votre anonymat.

1. Pour des raisons d'ordre statistique, nous aimerions connaître votre année de naissance.

19.....

2. Vivez-vous en Suisse romande?

1 oui

2 non Si non, où?

S'agissant de vos préférences...

3. Laquelle de ces affirmations décrit le mieux votre attirance sexuelle actuelle?

Actuellement, je me sens attiré sexuellement... *(une seule réponse)*

1 uniquement par les femmes.

2 plutôt par les femmes.

3 autant par les femmes que par les hommes.

4 plutôt par les hommes.

5 uniquement par les hommes.

6 Je ne suis pas sûr de savoir par qui je suis attiré sexuellement.

7 Autre (précisez):

4. Lequel de ces termes vous décrit le mieux dans votre orientation sexuelle?

(Une seule réponse)

1 Homosexuel

2 Bisexuel

3 Hétérosexuel

4 Je ne sais pas.

5 Aucune de ces réponses (précisez):

5. A quel âge avez-vous ressenti pour la première fois de l'attirance physique pour les hommes? *(Si vous ne pouvez répondre de manière exacte, donnez une estimation.)*

Aans

6. Depuis quel âge vous considérez-vous comme homosexuel ou bisexuel?

1 Je me considère comme homosexuel ou bisexuel depuis l'âge de ans.

(Si vous ne pouvez répondre de manière exacte, donnez une estimation.)

2 Je ne me considère ni comme homosexuel, ni comme bisexuel.

Qu'en est-il de vos fréquentations?

7. A quelle fréquence vous rendez-vous...

(Une réponse par ligne)

	chaque semaine	chaque mois	moins souvent	jamais
- dans des cafés, bars, restaurants ou discothèques gays?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- dans des lieux de « drague » tels que parcs ou toilettes publics, aires d'autoroute, etc?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- dans des saunas ou darkrooms gays?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- dans des associations ou organisations homosexuelles ou bisexuelles?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

8. A quelle fréquence consultez-vous les médias gays ou bisexuels (magazines, sites internet, etc.)?

1 2 3 4

9. Quelle proportion de personnes homosexuelles ou bisexuelles y a-t-il parmi:

- a) vos connaissances?** 1 proportion nulle ou très faible
2 proportion plutôt faible
3 proportion plutôt importante
4 proportion très importante

- b) vos ami-e-s?** 1 proportion nulle ou très faible
2 proportion plutôt faible
3 proportion plutôt importante
4 proportion très importante

Vos relations avec l'entourage:

10. Connaissez-vous des personnes qui représentent une image positive de l'homosexualité ou de la bisexualité...

- dans votre famille?** 1 oui 2 non **- dans votre entourage?** 1 oui 2 non
- parmi des célébrités ou des personnalités publiques?
1 oui
2 non

11a) Avez-vous parlé de votre attirance pour les hommes avec les personnes de la liste ci-dessous?

11b) Aujourd'hui, quelle est l'attitude de ces personnes face à votre attirance pour les hommes?

Répondez en entourant un chiffre sur l'échelle de 1 à 6.

1----2----3----4----5----6
 très défavorable très favorable

Si vous n'êtes pas concerné par une de ces questions (par exemple si vous n'avez ni frère ni soeur), cochez uniquement la case non-concerné.

	non-concerné	11a) En avez-vous parlé?		11b) Leur attitude
		oui	non	
- un de vos frères et soeurs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1----2----3----4----5----6
- votre père	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1----2----3----4----5----6
- votre mère	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1----2----3----4----5----6
- vos amis hétérosexuels	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1----2----3----4----5----6
- des collègues de travail ou d'études	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1----2----3----4----5----6
- un/e professionnel/le de la santé (médecin, psy, infirmier scolaire, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	1----2----3----4----5----6

12. Y a-t-il une fiction (film, roman, BD, etc.) qui vous a donné une vision positive de l'homosexualité ou de la bisexualité?

- 1 oui Laquelle?
2 non

Santé et bien-être:

24. D'une manière générale, comment vous sentez-vous dans votre vie?

1----2----3----4----5----6
très malheureux très heureux

25. Durant ces 6 derniers mois, vous êtes-vous senti malheureux ou déprimé?

- 1 oui, toujours ou presque
- 2 oui, souvent
- 3 oui, parfois
- 4 non, jamais

26. Durant ces 6 derniers mois, avez-vous eu des idées de suicide?

- 1 non, jamais
- 2 oui, rarement
- 3 oui, parfois
- 4 oui, souvent

27. Avez-vous par le passé tenté de vous suicider?

- 1 oui Quand?
- 2 non ⇒ **prenez directement le numéro 29**

28. Votre tentative de suicide avait-elle un rapport avec vos préférences sexuelles?

- 1 oui
- 2 non

Si oui, quel rapport?

.....
.....
.....

Estime de soi:

(Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes en entourant un chiffre de 1 à 6.)

29. D'une manière générale, je suis satisfait de la personne que je suis.

1----2----3----4----5----6
pas du tout d'accord tout à fait d'accord

30. Il n'y a pas grand chose de moi-même dont je sois fier.

1----2----3----4----5----6
pas du tout d'accord tout à fait d'accord

31. J'ai une attitude positive envers moi-même.

1----2----3----4----5----6
pas du tout d'accord tout à fait d'accord

32. Il m'arrive de penser qu'il n'y a rien de bien en moi.

1----2----3----4----5----6
pas du tout d'accord tout à fait d'accord

Tout autre chose...

33. Avez-vous déjà passé un test de dépistage du virus du sida?

- 1 oui
2 non ⇒ **prenez directement le numéro 35**

34. Étiez-vous au dernier test: 1 séronégatif (non contaminé par le virus)
2 séropositif
3 Je ne sais pas.
4 Je ne veux pas le dire.

35. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consommé les produits suivants?

(une réponse par ligne)

	régulièrement	parfois	jamais
alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
médicaments tranquillisants ou antidépresseurs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ecstasy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
herbe ou haschich (shit)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
poppers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
cocaïne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
héroïne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
autres drogues Lesquelles?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

36. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été victime d'injures ou d'agressions en raison de vos préférences sexuelles? (une réponse par ligne)

- a) d'injures 1 oui 2 non
b) d'agressions 1 oui 2 non

37. Et au cours de votre vie, avez-vous été victime d'injures ou d'agressions en raison de vos préférences sexuelles? (une réponse par ligne)

- a) d'injures 1 oui 2 non
b) d'agressions 1 oui 2 non

Votre sexualité avec un ou une partenaire stable:

38. Considérez-vous avoir ou avoir eu une relation stable durant les 6 derniers mois?

(Si vous considérez en avoir eu plusieurs, répondez uniquement en fonction de la plus importante.)

- 1 non ⇒ **prenez directement le numéro 47**
2 oui

39. Quel est l'âge de ce/cette partenaire stable?

40. Depuis combien de temps cette relation stable dure-t-elle ou pendant combien de temps a-t-elle duré?

.....

Certaines pratiques sexuelles sont connues pour être particulièrement à risque dans la transmission du virus du sida. Veuillez répondre le plus précisément possible aux questions portant sur ces pratiques.

41. Votre partenaire stable est de sexe...

- 1 féminin ⇒ **passez directement au numéro 43**
- 2 masculin

42. Au cours des 6 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir du sperme de votre partenaire stable dans la bouche ?

Dans les 6 derniers mois,

- 1 oui, il m'est arrivé une fois d'avoir du sperme de mon partenaire stable dans la bouche.
- 2 oui, il m'est arrivé plusieurs fois d'en avoir dans la bouche.
- 3 non, je n'en ai pas eu dans la bouche.
- 4 Je ne suis pas sûr.

43. Vous est-il arrivé, dans les 6 derniers mois, de pratiquer la pénétration sans préservatif avec votre partenaire stable?

Par « pénétration » on entend soit la pénétration anale (active ou passive), soit la pénétration vaginale. Répondez « oui » même si la pénétration a eu lieu sans éjaculation.

Durant les 6 derniers mois, avec mon/ma partenaire stable,

- 1 oui, il m'est arrivé une fois de ne pas utiliser de préservatif lors de la pénétration.
- 2 oui, il m'est arrivé plusieurs fois de ne pas utiliser de préservatif lors de la pénétration.
- 3 non, je n'ai pas pratiqué de pénétration sans préservatif.
- 4 non, je n'ai pas pratiqué la pénétration.
- 5 Je ne suis pas sûr.

44. Ce/cette partenaire stable est-il/elle à votre connaissance séropositif/ve?

- 1 oui
- 2 non
- 3 Je ne sais pas.
- 4 Je ne veux pas le dire.

45. Avec votre partenaire stable, avez-vous parlé du risque d'infection par le virus du sida lors de relations sexuelles entre vous?

- 1 Oui, nous en avons parlé.
- 2 Non, nous n'en avons pas parlé. ⇒ **Passez directement au numéro 47**

46. Après en avoir parlé, avez-vous pris ensemble une décision en terme de protection ?

- 1 oui
- 2 non

Si oui, laquelle? (répondez en quelques lignes)

.....

.....

.....

.....

.....

Votre sexualité avec des partenaires occasionnel-le-s:

47. Avez-vous eu dans les 6 derniers mois des rapports sexuels avec un (ou des) partenaire(s) occasionnel(s) masculin(s)?

- 1 oui Avec combien de partenaires masculins?.....
- 2 non ⇒ **passez directement au numéro 50**

Certaines pratiques sexuelles sont connues pour être particulièrement à risque dans la transmission du virus du sida. Veuillez répondre le plus précisément possible aux questions portant sur ces pratiques.

48. Au cours des 6 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir du sperme d'un partenaire occasionnel dans la bouche?

Dans les 6 derniers mois,

- 1 oui, il m'est arrivé une fois d'avoir du sperme de mon partenaire occasionnel dans la bouche.
- 2 oui, il m'est arrivé plusieurs fois d'en avoir dans la bouche.
- 3 non, je n'en ai pas eu dans la bouche.
- 4 Je ne suis pas sûr.

49. Vous est-il arrivé, dans les 6 derniers mois, de pratiquer la pénétration anale (active ou passive) sans préservatif avec un partenaire occasionnel masculin ?

Répondez « oui » même si la pénétration a eu lieu sans éjaculation.

Durant les 6 derniers mois, avec un partenaire occasionnel masculin,

- 1 oui, il m'est arrivé une fois de ne pas utiliser de préservatif lors de la pénétration.
- 2 oui, il m'est arrivé plusieurs fois de ne pas utiliser de préservatif lors de la pénétration.
- 3 non, je n'ai pas pratiqué de pénétration sans préservatif.
- 4 non, je n'ai pas pratiqué la pénétration.
- 5 Je ne suis pas sûr.

50. Avez-vous eu, dans les 6 derniers mois, des rapports sexuels avec une (ou des) _____ partenaire(s) occasionnelle(s) féminine(s)?

- 1 oui Avec combien de partenaires féminines?
- 2 non ⇒ **passez directement au numéro 52**

Certaines pratiques sexuelles sont connues pour être particulièrement à risque dans la transmission du virus du sida. Veuillez répondre le plus précisément possible à la question suivante, portant sur ces pratiques.

51. Vous est-il arrivé dans les 6 derniers mois de pratiquer la pénétration sans préservatif avec une partenaire occasionnelle féminine?

Par « pénétration » on entend soit la pénétration anale, soit la pénétration vaginale. Répondez « oui » même si la pénétration a eu lieu sans éjaculation.

Durant les 6 derniers mois, avec une partenaire occasionnelle féminine,

- 1 oui, il m'est arrivé une fois de ne pas utiliser de préservatif lors de la pénétration.
- 2 oui, il m'est arrivé plusieurs fois de ne pas utiliser de préservatif lors de la pénétration.
- 3 non, je n'ai pas pratiqué de pénétration sans préservatif.
- 4 non, je n'ai pas pratiqué la pénétration.
- 5 Je ne suis pas sûr.

Quelques données sociologiques:

54. Où habitez-vous actuellement?

- 1 commune rurale
- 2 commune ou ville de moins de 20'000 habitants
- 3 ville ou agglomération de 20'000 à 100'000 habitants
- 4 ville ou agglomération de plus de 100'000 habitants

55. Vivez-vous?

- 1 seul
- 2 avec vos parents (ou l'un d'entre eux)
- 3 en couple avec un homme
- 4 en couple avec une femme
- 5 avec un-e ou des ami-e-s / colocataire-s
- 6 dans un foyer / centre d'accueil
- 7 autre (précisez): _____

56. Considérez-vous que vous venez d'une famille avec des

- 1 revenus plutôt importants?
- 2 revenus moyens?
- 3 revenus plutôt bas?

57. Recevez-vous une aide financière de vos parents?

- 1 oui
- 2 non

58. Quelle est la dernière formation que vous avez terminée (avec certificat ou diplôme)?

- 1 école obligatoire
- 2 apprentissage ou école professionnelle
- 3 gymnase ou équivalent
- 4 université ou équivalent
- 5 autre (précisez): _____

59. Quelle est votre activité principale actuellement?

- 1 apprentissage ou école professionnelle
- 2 études
- 3 travail
- 4 chômage / RMR
- 5 autre (précisez): _____

60. Enfin, nous aimerions savoir par quel moyen vous avez obtenu ce questionnaire.

- 1 Au travers d'une association homosexuelle / bisexuelle.
- 2 Par un-e professionnel-le de la santé (médecin, psy, infirmier, etc.).
- 3 Par un ami ou une connaissance.
- 4 Par la fréquentation d'un établissement public (bar, boîte, sauna, etc.).
- 5 Autre. (précisez)

Exprimez-vous!

Vous pouvez répondre à ces dernières questions et nous faire part d'autres commentaires en utilisant l'espace ci-dessous ou une feuille séparée.

61. Quel regard portez-vous sur votre attirance pour les hommes? Quelle est l'importance de ce sujet dans votre vie et vos pensées quotidiennes? Quels sont vos espoirs et vos craintes pour l'avenir?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Un grand merci de votre participation.

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L.* Prévision budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbios Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud PA.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 13 *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. CHF 12.-

- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktions-programmes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécoud A, Paccaud F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en œuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-

- N° 27 *Bouzourène K, Burnand B, Gallant S, Ricciardi P, Richard JL, Sudre P, Iten A.* Evaluation de la qualité de vie chez les personnes infectées par le VIH. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 28 *Richard JL, Bouzourène K, Gallant S, Ricciardi P, Sudre P, Iten A, Burnand B.* Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 29 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 30 *Beroud C, Eggli Y, Fossati M, Perret A.* Satisfaction du personnel des Hospices cantonaux en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 31 *Beroud C, Eggli Y, Perret A.* Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 32 *Blanc JY, Chavaz N, Dubois A, Pegda JE, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD) : Rapport sur la première année d'activité. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 33 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 4 ans dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 3). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 34 *Meystre-Agustoni G, Cornuz J.* Carrières de fumeurs : Facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 35 *Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogousslavsky J.* Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 36 *Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M.* Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 37a *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 37b *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 38 *Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P.* Evaluation du bus de l'Association « Fleur de Pavé » : structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 39 *Santos-Eggimann B, Dubois A, Chavaz Cirilli N, Blanc J-Y, Peer L, Najda A.* Evaluation médicale du programme vaudois d'hospitalisation à domicile : rapport final. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 22.-

- N° 40 *Hausser D.* Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 41 *Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler D, avec la collaboration de Delbos Piot I.* 'Médiateurs' et prévention du VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 17.-
- N° 42 *Kellerhals C, Gervasoni J-P.* Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 43 *Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A.* Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 44 *Marty-Tschumi E.* Etude sur le suicide en Valais. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 45 *Thomas R, Dubois-Arber F.* Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le sida : 2ème phase : 1998-1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 46 *Geense R, Kellerhals C.* Evaluation de l'impact de l'Opération Nez rouge pendant la Fête des vigneronns 1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 47 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T, Bachmann N, Cloetta B, Chamot E, Bauer G, Faisst K.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Document de synthèse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 48 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Meystre-Agustoni G.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Etude 1 : évaluation de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national (évaluation globale). Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 49 *Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T.* Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes, Phase I, 1999. Studie 2: Inventar der vorhandenen Datenquellen und Indikatoren. Basel: ISPM der Universität Basel, 2000. CHF 18.-
- N° 50 *Bachmann N, Haerter A, Cloetta B.* Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase I, 1999. Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern : ISPM der Universität Bern, 2000. CHF 20.-
- N° 51 *Treina L, Burnand B, Paccaud F.* Analyse économique du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique par hormonothérapie substitutive chez la femme. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-

- N° 52 *Célis-Gennart M, Vannotti M.* L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies qui tiennent une famille en haleine
Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 25.-
- N° 53 *Jeannin A, Schmid M, Huynh Do P.* Mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2000. Etat des activités en 1999 dans les différents domaines sous les angles de la couverture et de la durabilité.
Lausanne : IUMSP, 2000, CHF 20.-
- N° 54 *Raynault MF, Paccaud F.* Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 55 *Meystre-Agustoni G, Wietlisbach V, Paccaud F.* Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé dans l'entreprise : évaluation des besoins et de l'intérêt des collaborateurs pour le renforcement de la politique sanitaire développée par l'entreprise Nestlé sur son site de Vevey-Bergère. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 56 *Peer L, Santos-Eggimann B.* En collaboration avec : *Cotting J, Droz R, Hutmacher A, Long N, Müller-Nix C, Vibert M.* Parents d'enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs : une étude exploratoire de leur vécu. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 57 *Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP.* Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 58 *Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B.* Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale : le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 48.-
- N° 59 *Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F.* Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 60 *Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D.* Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Résumé et recommandations. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 61 *Cathieni F, Di Florio V, Picard-Kossofsky M, Perneger T, Burnand B.* Projet qualité hôpitaux universitaires de Genève - Hospices cantonaux. Evaluation comparative de quatre questionnaires de satisfaction des patients hospitalisés. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 20.-
- N° 62 *Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 63 *Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis-dit-Neveu V, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud : deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 25.-

- N° 64 *Renard D, Chérif C, Santos-Eggimann B.* Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud : rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud et à la Direction du Service des hospices cantonaux. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 32.-
- N° 65 *Cornuz J, Seematter-Bagnoud L, Sidoti Pinto C.* Bilan de santé à 50 ans. Formation des médecins praticiens en prévention clinique. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 12.-
- N° 66 *Spencer B, So-Barazetti B, Glardon M-J, avec la collaboration de Scott S.* Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 35.-
- N° 67 *Marguerat I, Halfon P, Stoll B, Lambert H, von Overbeck J, Alberti M, Burnand B.* Qualité des soins ambulatoires : opinion des patients infectés par le VIH. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 35.-
- N° 68 *Cornuz J, Abelin Th, El Fehri V, Gafner C, Gutzwiller F, Hirsch A, Rielle J-Ch, Zellweger J-P.* Désaccoutumance au tabac : recommandations d'un panel d'experts. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 69 *Cornuz J, Auguste R, Wietlisbach V, Paccaud F.* Survey on tobacco use and attitudes towards a smoke-free policy in WHO, Geneva. Lausanne : IUMSP, 2001 - à paraître
- N° 70 *Faisst K, Ricka-Heidelberger R.* Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung. Lausanne : IUMSP, 2001 CHF 15.-
- N° 71 *Cochand P, Singy P.* Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne : DUPA, 2001 CHF 10.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED

Hospices cantonaux

Département universitaire de médecine et santé communautaires DUMSC
21, rue du Bugnon, CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 70 07

Téléfax ■ ■ 41 21 314 70 11

e-mail claude.muhlemann@hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteur/s	
.....	
Titre	
.....	
.....	
Nombre d'exemplaires _____	
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s	
.....	
Titre	
.....	
.....	
Nombre d'exemplaires _____	
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s	
.....	
Titre	
.....	
.....	
Nombre d'exemplaires _____	
<hr/>	
La liste complète de nos titres <input type="checkbox"/>	

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

