Université de Liège

Faculté de Médecine

Département des sciences de la Santé publique

RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES DANS DIFFÉRENTS TYPES DE LIEUX DE RENCONTRE À LIÈGE

Mémoire présenté par Simon ENGLEBERT

en vue de l'obtention du grade de Master en sciences de la Santé publique Finalité Spécialisée en Promotion de la santé et environnement.

Année académique 2013 - 2014

RÉSUMÉ

Objectifs : Identifier et comparer le risque de transmission du VIH chez les HSH selon différents types de lieux de rencontre à Liège.

Méthodes : Approche quantitative avec un échantillonnage rectangulaire de type spatio-temporel (basé sur le lieu). Distribution d'un questionnaire anonyme autoadministré auprès d'hommes majeurs, ayant eu un contact sexuel avec un autre homme dans les douze derniers mois, dans différents types de lieux de rencontre à Liège classés selon trois strates de comparaison : les lieux gay réguliers, les lieux de cruising (avec consommation sexuelle directe possible) et les collectivités gay. Plusieurs facteurs de risque de transmission du VIH ont été comparés statistiquement entre ces trois strates.

Résultats : Dans cette étude, 90 personnes ont rendu un questionnaire valide entre avril et juin 2014 dans plusieurs lieux de rencontre à Liège (30 participants par strate). Le taux de participation était élevé (76,0 %). Les lieux de cruising se distinguaient significativement des deux autres types de lieux de rencontre par un âge plus élevé des participants, un nombre plus important de partenaires irréguliers, une consommation accrue de psychotropes à usage récréatif (seulement significatif entre les lieux de cruising et les collectivités gay) et une accessibilité aux préservatifs moindre. Auprès de tous les participants, la sérophobie est plus ressentie que l'homophobie, la proportion de personnes jamais dépistées pour le VIH est élevée (15,9 %) et une haute proportion de multipartenariat, protégé ou non, est présente. Les personnes séropositives au VIH rencontrées (2,70 %) ne se protègent pas avec leurs partenaires irréguliers. Ils risquent donc de les infecter, mais aussi de contracter d'autres IST ou de se surinfecter. Certains paramètres n'ont pu être interprétés, mais nécessiteraient une investigation tant quantitative que qualitative : les stratégies de réduction des risques et les connaissances vis-à-vis du VIH et d'autres IST, en particulier les modes de transmission, la charge virale, les traitements disponibles, les nouveaux modes de prévention (TPE, TasP et Prep) et le dépistage.

Conclusion : Le risque de transmission du VIH est plus présent significativement, pour certains paramètres, dans les lieux de rencontre avec consommation sexuelle directe possible. Certaines actions urgentes doivent y être appliquées : la prévention de l'usage de drogue lors des rapports sexuels ; l'amélioration de l'accessibilité aux préservatifs ; la promotion du TPE et du TasP. Quant aux autres facteurs de risque qui sont présents de manière analogue entre les types de lieux de rencontre à Liège, d'autres démarches doivent être réalisées : la promotion du dépistage pour le VIH, éclairé et consenti, et l'amélioration de son acceptabilité, sa confidentialité, son accessibilité (coût et lieux diversifiés) ; l'intensification d'actions de lutte contre l'homophobie et la sérophobie ; l'utilisation de tous les canaux et circuits possibles de rencontre (sites, applications et lieux publics extérieurs) ainsi que la formation des professionnels de la santé. Enfin, certaines pistes restent à explorer : l'efficience de la Prep, la fréquence de dépistage des IST et leur connaissance, les stratégies de réduction des risques mises en place et les représentations liées à l'homophobie et la sérophobie.

Mots clés : HIV infection ; venue-based study ; sexual risk behavior ; Men who have Sex with Men ; gay, homosexual, bisexual men ; sexual partners

TABLE DES MATIERES

1. Introduction 1
2. Cadre théorique 3
3. Question de recherche 8
4. Objectifs de l'étude 9
5. Démarche 9
6. Matériel et méthodes 10
   6.1. Type d'étude 10
   6.2. Population étudiée 10
      6.2.1. Population 10
      6.2.2. Échantillonnage 10
   6.3. Paramètres étudiés 12
   6.4. Outils de collecte des données 13
   6.5. Organisation et planification de la collecte des données 15
   6.6. Aspects réglementaires 16
   6.7. Traitement des données et méthode d'analyse 16
7. Biais 17
8. Prétest 18
9. Résultats 19
   9.1. Caractéristiques sociodémographiques 19
   9.2. Relations/partenaires sexuels, activité sexuelle et mode de vie 21
   9.3. Stigmatisation liée au VIH, discrimination et homophobie 22
   9.4. VIH et autres IST 23
   9.5. Autres facteurs de risque 25
   9.6. L'exposition au risque d'infection à VIH 27
10. Discussion 28
   10.1. Les caractéristiques sociodémographiques 28
   10.2. Relations/partenaires sexuels, activité sexuelle et mode de vie 29
   10.3. Stigmatisation liée au VIH, discrimination et homophobie 30
   10.4. VIH et autres IST 31

10.5. Autres facteurs de risque 33
10.6. L'exposition au risque d'infection à VIH 34
11. Conclusion 35
Bibliographie 36
Annexes 40
I. Comparaison de scénarios (présence de traitement et relation anale/vaginale) 40
II. Schématisation de l'effet "goulot d'étranglement" 41
III. Comparaison de scénarios (stade de l'infection et présence d'ist) 42
IV. établissements éligibles selon les types de lieux de rencontre 43
V. Paramètres de l'ecdpc 44
VI. Variables de l'étude 45
VII. Kipke 48
VIII. Lettre de présentation de l'étude 49
IX. Questionnaire 50
X. Calendrier 58
XI. Flow chart 59
XII. Répartition des lieux de récolte des données 60
XIII. Tables de résultats 61

REMERCIEMENTS

Pour son rôle de promotrice de ce travail, je remercie Joëlle Defourny, licenciée en sciences de Santé Publique et responsable de l'ASBL Sida Sol à Liège.

Une aide méthodologique précieuse a été apportée de la part de Wim Vanden Berghe du département de Santé Publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, de Christiane Gosset du département de Santé Publique de l'Université de Liège, ainsi qu'une aide statistique de la part de Nadia Dardenne du département de Santé Publique de l'Université de Liège.

Pour m'avoir accueilli dans leur bar ou club et ainsi permettre la réalisation de ce travail, je remercie les responsables du Relax Café, Jean-Luc Vasseur ; du Spartacus, Mickael Aubry ; du Célest'in, Conway steenebrugen ; de l'Aquari'hom, Roger Santkin ; du Codebar, David Bartoletti ; du Tea Dance, les responsables d'Alliàge ; du Sweet bar, Michael Muller ; du Moustacle club, Jean-Paul ; de l'Open bar, Fred et Vincent ainsi que tous leurs employés. Je remercie au même titre les membres et responsables des associations Alliàge, CHEL et LGS.

Enfin, je tiens à remercier ceux de mon entourage qui m'ont apporté conseils, aides et soutiens lors de la réalisation de ce travail.

ABRÉVIATIONS

ASBL : Association sans but lucratif

CHEL : Cercle Homosexuel Etudiant Liégeois

ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control

FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

HAART : Traitement antirétroviral hautement actif (pour Highly Active Antiretroviral Therapy)

ISP : Institut Scientifique de Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBTQI : Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queers et Intersexués

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

OMS : Organisation mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SM : Sadomasochiste

UNAIDS (ONUSIDA) : joint United Nations programme on HIV/AIDS (programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA)

UNGASS : The United Nations General Assembly Special Session on Drugs

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus d'hépatite B

LEXIQUE

Charge virale : quantité de virus mesuré dans le sang (et les autres liquides organiques) chez une personne séropositive.

Client : toute personne présente dans les lieux de rencontre commerciaux en tant que consommateur.

Collecteur de données : personne qui distribue les questionnaires, présente l'étude et réceptionne le questionnaire rempli.

Indétectabilité : charge virale réduite ou maintenue à un niveau indétectable (moins de 200 copies/ml de virus dans l'échantillon sanguin).

Lieux de cruising : littéralement lieux "de chasse", lieux avec consommation sexuelle directe possible, parfois avec des pratiques sadomasochistes.

Membre : toute personne actuellement affiliée à une association sans but lucratif.

PrEP : *Pre Exposure Prophylaxy* ou prophylaxie pré-exposition, est une technique de prévention pour les personnes séronégatives consistant en la prise quotidienne d'une pilule combinant deux ARV réduisant le risque d'infection à plus de 92 %, elle est depuis peu recommandée par le CDC et l'OMS pour les HSH qui sont à risque d'être contaminés (parallèlement à l'usage du préservatif).

Queer : personne voulant échapper à la rigidité de la catégorisation des comportements sexuels ou des caractéristiques attribuées aux sexes ou qui ont et revendiquent des pratiques/préférences sexuelles non exclusivement hétéronormées.

Safe : de l'anglais "sûr", "sans danger", signifie dans ce cadre une pratique sexuelle protégée.

Safer : de l'anglais "plus sûr", signifie dans ce cadre une pratique sexuelle protégée ou non et avec une ou des stratégies de réduction des risques

Sniff : prise de substance volatile ou en poudre en inspiration nasale.

TasP : *Treatment as Prevention* ou traitement comme outils de prévention, consiste à fournir un traitement ARV aux personnes séropositives pour atteindre chez elles une charge virale indétectable et ainsi éliminer (selon l'étude PARTNER, 2014) le risque de transmission du VIH de leur part. Il est à la base utilisé au sein des couples sérodiscordants.

TPE : Traitement Post-Exposition (en anglais PEP pour *Post exposure prophylaxy*), est un traitement ARV préventif administré au plus tard 72h après un risque de transmission du VIH dont la prescription est soumise à certaines conditions.

TROD : Tests Rapides à Orientation Diagnostic, sont des tests de dépistage du VIH ou d'autres IST, comme la syphilis ou l'hépatite C, qui permettent par un prélèvement de sang capillaire ou salivaire, un résultat fiable en quelques minutes à condition de respecter la période fenêtre et de confirmer un résultat positif par une prise de sang.

4 H : Désignation populaire pour "Homosexuels, Hémophiles, Héroïnomanes et Haïtiens" regroupant les quatre groupes identifiés comme "à risque" au début de l'épidémie de VIH.

1. INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus infectant l'Homme et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes et certains types de cancers. Dès 1996, cet état n'apparaît quasi plus dans les pays disposant des nouvelles trithérapies (HAART).

Le virus est actif et transmis par plusieurs fluides corporels : sang, sécrétions vaginales, sperme, liquide pré-éjaculatoire ou lait maternel ; et pénètre dans l'organisme par deux portes d'entrée : les muqueuses (anale, vaginale, buccale, ophtalmique et nasale) et les plaies. Il existe également une transmission verticale, de la mère à l'enfant, au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou de l'allaitement.

Dans un cas sur deux, des symptômes tels qu'une perte de poids, de la fièvre ou de la diarrhée peuvent apparaître lors de la phase de séroconversion, période dans laquelle la personne infectée se révèle être très contaminante. Le dépistage reste le seul moyen de connaître son statut sérologique.

Le VIH fait partie des infections sexuellement transmissibles (IST). Bien qu'il ne soit pas l'IST la plus contagieuse[1], son extraordinaire résistance aux défenses biologiques et aux traitements pharmaceutiques permet son expansion planétaire le classant au rang de pandémie. En 2012, il touchait entre 32,2 et 38,8 millions de personnes dans le monde (ONUSIDA, 2013). Entre 2001 et 2012, sa prévalence[2] n'a fait qu'augmenter proportionnellement avec l'accroissement des personnes recevant une thérapie antirétrovirale. Par contre, l'incidence et la mortalité due au sida ont, heureusement, diminué.

Dans les pays de l'Union Européenne, comme dans tous les pays du globe, quel que soit le niveau de revenu, l'épidémie tend à se concentrer disproportionnellement chez les Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH). La proportion d'infections au VIH par ce mode de transmission est la plus importante en Europe avec 40,4 % des cas reportés (ECDPC, 2013).

La Belgique accuse un des taux de diagnostic annuels au VIH le plus élevé d'Europe (11,1 cas/100 000 habitants[3]) se plaçant en troisième position derrière l'Estonie et la Lettonie (ECDPC, 2013). Le nombre de nouveaux diagnostics continue d'y augmenter pour atteindre un nouveau plafond de 1227 infections en 2012, ce qui équivaut à 3,4 nouveaux diagnostics en moyenne par jour (Sasse, Deblonde & Van Beckhoven, 2013). Le ratio hommes/femmes en Belgique est de 2,0. Le nombre de nouveaux diagnostics en province de Liège était d'environ 5/100 000 habitants en 2012. Elle était la troisième plus touchée en 2011, derrière Anvers et Bruxelles-Capitale, avec 10 % des cas totaux[4].

La contamination dans le groupe des HSH apparaît dans notre pays comme le 2e mode de transmission, stabilisé depuis quelques années à 44,2 % des patients, après la voie hétérosexuelle pour 53,8% des diagnostics (Sasse, Deblonde & Van Beckhoven, 2013). L'incidence réelle de l'épidémie ne peut qu'être

[1] Une probabilité de transmission homme-femme de 0,0005-0,0026 par acte sexuel (Dosekun, 2010)
[2] Estimée à environ 1 % des personnes âgées de 15 à 49 ans
[3] 11,2 nouveaux diagnostics/100 000 habitants en 2012 (Sasse, Deblonde & Van Beckhoven, 2013)
[4] Incidence cumulée >151,3/100 000 habitants

estimée (Martens, 2012) en comptant qu'environ 30% des infections ne seraient pas diagnostiquées en Europe (EuroHIV, 2007 cité par Marten, 2012).

Des observations d'études épidémiologiques montrent l'existence de réseaux ou *cluster* de transmission qui contiennent principalement des HSH (Yebra *et al.*, 2013) ; ces réseaux contiennent un certain nombre de personnes nouvellement contaminées provoquant une transmission rapide du virus (Ambrosioni *et al.*, 2012 ; Leigh Brown *et al.*, 2011).

En Belgique, le premier plan national VIH/SIDA a d'ailleurs vu le jour fin 2013. Approuvé par sept ministres, il met en avant le public HSH comme prioritaire, tant en prévention que dépistage.

Même si toutes ces données ne sont pas à prendre à la lettre au vu de l'importance des données incomplètes en Belgique et en Europe, ils peuvent nous donner une indication sur les priorités de recherche comme d'action. Ceux-ci sont orientés en étudiant les comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH qui sont en réalité les seuls éléments déterminant le risque réel de contamination.

L'appartenance à ce groupe hétérogène des HSH n'est ici qu'un moyen de cibler nos recherches sans les stigmatiser ni recourir à des raccourcis. Leur seul point commun étant cité dans leur dénomination, les conclusions réalisées à leur sujet doivent toujours être prises avec précaution sans généralisation, tout comme dans cette présente étude. Des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ne s'identifient pas forcément comme gays ou bisexuels. Les relations sexuelles ne devraient pas être réduites à la pénétration anale alors que c'est principalement ce mode de transmission qui est visé sous cette appellation. Les réelles causes de vulnérabilité doivent être extirpées de cette "population" pour définir réellement son ou ses sous-groupes dits à risque.

Ce travail s'est allié avec l'ASBL Sida Sol pour l'aider dans ses missions qui sont la prévention primaire et secondaire du VIH auprès des populations vulnérables principalement. La prévention devant être adaptée au niveau local, il s'est avéré nécessaire de réaliser une enquête sur les comportements sexuels à risque en vue d'évaluer les profils du public HSH selon les lieux de rencontre dans la ville de Liège. La prévention, la réduction des risques, l'accès au dépistage seraient alors plus faciles à orienter et à adapter pour l'ASBL Sida Sol.

Bien qu'il existe des traitements antirétroviraux luttant contre le VIH et retardant par conséquent l'apparition du SIDA, réduisant ainsi la mortalité et la morbidité, on ne guérit toujours pas du VIH. La prévention et le dépistage précoce restent les seules solutions pour diminuer la contamination et la mortalité dues au VIH.

2. CADRE THÉORIQUE

Les Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

D'après l'OMS (2011), « le concept d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque "communauté" ». Cette dénomination est apparue à partir de la fin des années 2000, alors que de nouvelles recherches avaient mis fin aux préjugés stigmatisant, comme l'appellation de "maladie homosexuelle" ou la désignation des "4 H" (Chartrain *et al.*, 2013). Les HSH ont été recatégorisés comme un groupe à forte vulnérabilité, car ils représentent, sans équivoque, une importante part des infections au VIH, en Belgique comme partout dans le monde (voir *supra* le point 1. Introduction). L'OMS parle d'un risque de contamination par le VIH 19 fois plus élevé que la population générale (OMS, 2014).

Des vulnérabilités dynamiques et hétérogènes

Les HSH font donc partie des "publics vulnérables" identifiés par l'Observatoire du Sida et des Sexualités en Belgique (Martens & Parent ,2005), un "sous-groupe à risque" parmi d'autres compris dans la population générale. Ce classement provient des spécificités différenciées à partir des personnes contaminées (dans le cas où les données sont disponibles). Il peut être cependant réducteur pour classer les personnes "à risque". En effet, tout individu, qu'il soit classé dans tel ou tel public (ou "sous-groupe" de la population générale), est susceptible de traverser des situations qui le rendent plus vulnérable vis-à-vis du VIH et des autres IST. Les fragilités liées à des évènements de vie (nouvelle rencontre ou rupture amoureuse, deuil, perte d'emploi, etc.), des problèmes de santé mentale (dépression, manque d'estime de soi, etc.) peuvent expliquer en partie des prises de risque en matière de santé (Delor & Hubert, 2004 ; cités par Martens, 2009).

Delor et Hubert (2004) ont décrit le concept de vulnérabilité selon trois temps :

- avant la prise de risque, les facteurs qui influencent l'exposition des personnes et des groupes au virus ;
- pendant la prise de risque, les capacités dont ces personnes et ces groupes disposent pour faire face à la situation ;
- après, les conséquences d'une infection au VIH pour les groupes ou les individus.

Les facteurs qui sont en jeu dans ce processus doivent être analysés (objectivement et subjectivement) au niveau de la trajectoire sociale (facteurs individuels), de l'interaction entre partenaires, c'est-à-dire, le croisement entre plusieurs trajectoires (facteurs relationnels) et au niveau du contexte social (Delor & Hubert, 2004 cités par Martens & Parent, 2005).

S'il était donc plus facile à l'origine de rechercher les points communs "statiques" de cette population (les HSH) pour y concentrer la prévention, force est de constater qu'une hétérogénéité interne y a été dégagée.

Ce constat est mis en évidence dans les recommandations de l'OMS à partir de 2011. Aujourd'hui, de plus en plus d'études considèrent les HSH selon leurs rapports sexuels dits "à risque"[5] et non plus uniquement par leur appartenance à une "communauté gay" (Delor & Hubert, 2004 ; Pines *et al.*, 2014).

Les explications suivantes permettent de comprendre pourquoi le VIH est autant représenté chez certains HSH et sur quels critères se baser pour évaluer les risques, indépendamment de toute orientation sexuelle ou classification épidémiologique.

Les deux premiers facteurs sont biologiques et ne peuvent pas être modifiés. Ils ne sont pas forcément présents chez tous les HSH puisqu'ils dépendent du sexe anal qui n'est pas toujours pratiqué lors de rapports sexuels entre hommes. Les autres sont comportementaux, ils peuvent être extrêmement différents entre chaque HSH et, surtout, fluctuer au cours du temps. Ils sont sensibles aux actions orientées de prévention et ont leurs spécificités locales et individuelles.

Les facteurs biologiques

Selon une méta-analyse de Baggaley *et al.* (2010), le premier facteur qui peut expliquer l'augmentation du taux de nouvelles infections chez les HSH est la biologie du sexe anal. En effet, le rapport anal est répertorié comme le moyen de transmission le plus à risque pour le VIH, il serait 18 fois plus à risque que le rapport vaginal[6] selon Beyrer *et al.* (2013) (voir l'annexe I). Il est évident que le rapport anal n'est pas le seul rapport sexuel présent lors de rapports sexuels entre hommes. Les caresses et baisers ne sont pas des pratiques à risque de transmission du VIH (mais bien d'autres IST). Notons que la fellation peut l'être même si ce risque reste faible. Enfin, la pénétration anale est un mode de rapport sexuel présent chez de nombreux HSH, avec des partenaires stables ou occasionnels, avec ou sans protection, selon les chiffres de quelques études épidémiologiques référant ce paramètre (Le Vu *et al.*, 2012 ; Vanden Berghe *et al.,* 2011).

Le second facteur est la capacité des HSH de pouvoir changer de rôle sexuel, ce qui est impossible pour les hétérosexuels. Cela augmente le risque de transmission dans ce groupe (Beyrer *et al.*, 2013). Dans les groupes hétérosexuels, un effet "goulot d'étranglement" existe grâce à l'incapacité de la femme de changer de rôle sexuel et du fait qu'il y a moins de contaminations d'une femme à un homme que l'inverse lors d'une pénétration (voir l'annexe II), effet dont ne bénéficient pas les homosexuels masculins, surtout s'ils alternent les rôles actifs (à haut risque pour la transmission) et passifs (à haut risque pour l'acquisition). Cela crée chez eux des chaines de transmission sans "ralentisseurs". À titre d'exemple, Beyrer *et al.* (2013) nous apprennent que si tous les HSH choisissaient un rôle uniquement actif ou uniquement passif, on pourrait réduire l'incidence du VIH de 55 %. De plus, la forte absence de circoncision (effet protecteur pour un rapport insertif)

[5] Nous définirons le risque selon Wilton (2013) comme la possibilité que des actions spécifiques provoquent une transmission du VIH. La probabilité de transmission peut être objective (biologique) et subjective (comportementale) et perçue différemment pour chaque individu.

[6] L'anus est composé d'une monocouche cellulaire (une dizaine pour le vagin) et concentre un grand nombre de cellules immunitaires dont certaines sont des cibles faciles pour le VIH (catie, 2014).

chez les HSH favoriserait une plus haute probabilité de transmission via le sexe anal réceptif (Beyrer *et al.*, 2013).

Au final, ces deux facteurs (plus grande perméabilité de la paroi anale par rapport à celle du vagin et alternance des rôles actifs et passifs) expliqueraient 98 % de la différence de prévalence du VIH entre HSH et hétérosexuels selon Beyrer *et al.* (2013).

En sus de ces facteurs biologiques, l'augmentation constante des contaminations des HSH peut être expliquée par certains facteurs comportementaux qui se retrouvent à plus ou moins grande échelle dans cette population. Nous allons décrire les comportements sexuels les plus régulièrement identifiés comme à risque dans cette population.

La sexualité et l'épidémie

Pollak (1988) a souligné la place centrale que la sexualité tient dans l'organisation des styles de vie des hommes homosexuels. Elle a été bouleversée par les différentes phases de l'épidémie définies par les avancées médicales et pharmaceutiques[7] : un repli et une restriction de l'activité sexuelle, puis le développement d'une conscience collective de l'épidémie et l'adoption de pratiques *safe*, suivis de la création de stratégies de réduction des risques (pratiques *safer*) amenant un réengagement dans la sexualité (Pollak, 1988 ; Bochow et al., 2003 ; cités par Le Talec, 2006) jusqu'au retour du *barebacking* et du multipartenariat[8]. Cela conduit à envisager une construction sociale du risque chez les hommes gay (Le Talec, 2006).

Le *serosorting* est une stratégie de réduction des risques couramment utilisée par les HSH qui consiste à choisir ses partenaires sexuels, souvent pour pratiquer des rapports anaux non protégés, auprès de ceux qui sont "connus" comme ayant le même statut sérologique que le leur, cela dans le but de diminuer le risque d'attraper ou de transmettre le VIH (CDC, 2009). Ce choix est donc basé sur des impressions et croyances subjectives. Des études (Eaton *et al.*, 2009) affirment que les HSH séronégatifs qui utilisent cette stratégie se placent dans des situations à risque pour le VIH. En cause : la peur ou le choix de ne pas dévoiler son vrai statut ou l'ignorance de son statut (dépistage trop peu fréquent ou inexistant) et le risque d'être en primo-infection ou co-infecté par une autre IST. Toutefois, l'OMS (2011) nuance : le rapport bénéfices/risques serait positif pour les personnes qui ne se protègent pas, mais seulement si elles se dépistent régulièrement[9].

Le positionnement stratégique (ou *sero-positioning*) est aussi une stratégie de réduction des risques utilisée par les HSH. Il consiste à choisir la position sexuelle des partenaires selon leur statut sérologique lors de rapports anaux non protégés dans le but de réduire le risque de transmission du VIH (Le Talec & Jablonski,

[7] La première phase était l'absence de traitement au début de l'épidémie, la deuxième, fin des années 1980, a vu la commercialisation des premiers ARV puis, la troisième, de nouveaux ARV pour former une bithérapie et enfin, dès 1996 à nos jours, l'arrivée des antiprotéases pour une multithérapie.

[8] Démontré par des études quantitatives, comportementales et les données épidémiologiques relatives aux IST.

[9] Trois études comparant le *serosorting* avec l'utilisation systématique de préservatifs montrent un accroissement de 79 % de transmission du VIH et de 61 % des autres IST, par contre, lorsqu'il est comparé à l'absence d'utilisation de préservatif, le *serosorting* diminue les risques de transmission (VIH et IST).

2008). La personne séronégative pratique la pénétration de manière insertive tandis que le partenaire séropositif choisit la position réceptive. Cela suit la connaissance acquise par de nombreux HSH d'un risque plus faible d'attraper le VIH en tant qu'actif plutôt que passif (Parsons *et al.*, 2005).

Le coït interrompu est aussi un moyen de réduction des risques utilisé par de nombreux HSH. Il a montré des limites importantes pour la pénétration anale non protégée, mais cette pratique peut être intéressante lors de la fellation qui est un risque moindre, mais très rarement protégée.

Enfin, le *barebacking* est un mouvement qui revendique explicitement la pratique de rapports sexuels non protégés. Les HAART, le concept d'indétectabilité de la charge virale et les nouvelles armes biomédicales de prévention[10] ont contribué grandement aux changements de perception des dangers du VIH (Jablonski, Le Talec & Sidéris, 2010) permettant le succès grandissant de cette pratique.

Les discriminations

La stigmatisation, le rejet et les discriminations subies par les homosexuels et bisexuels sont des freins à un accès équitable à l'offre de dépistage et augmentent la vulnérabilité qui elle-même conduit vers une augmentation des comportements sexuels à risque (Beyrer *et al.*, 2012 ; Delor, 1997). L'homophobie, aussi connue sous l'appellation "homonégativité", est punie par la loi belge depuis 2003 (avec des sanctions qui ont été durcies depuis 2013). Le développement économique et la stabilité politique (des institutions démocratiques et un système de lois efficace) seraient les deux facteurs influençant directement l'homophobie (Štulhofer & Rimac, 2009). Quant à la sérophobie, elle fait partie des stigmatisations ancestrales liées aux maladies contagieuses et aux groupes sociaux qui leur sont associés, pas toujours de manière très justifiée (Herek & Capitanio, 1998). Elle aggrave la souffrance psychologique des personnes infectées.

L'homophobie et la sérophobie, peuvent être internalisées ou non, assumées ou non, explicites ou non, se retrouver chez les homosexuels et les personnes séropositives et donc être dirigées contre leur propre personne. Elles sont également un frein important dans l'accès aux soins et au dépistage.

Autres facteurs de risque

Il existe beaucoup d'autres facteurs qui peuvent influencer les comportements sexuels à risque. Dans ce cas, ils se retrouvent aussi facilement auprès d'autres population que les HSH, même s'ils ont parfois quelques spécificités propres à ceux-ci. Nous allons en citer quelques-uns.

[10] Le TPE, le TasP et la PrEP (cette dernière n'est pas disponible officiellement en Belgique mais est pourtant déjà pratiquée chez certains HSH)

Tout d'abord, l'utilisation de psychotropes[11], avant et pendant l'acte sexuel, a depuis longtemps été reliée aux relations sexuelles anales non protégées pour toutes les populations confondues (Purcell *et al.*, 2001)[12], seules quelques études n'ont pas trouvé d'associations significatives pour l'alcool. Même si les HSH étaient plus enclins à utiliser une plus grande variété de drogues que les hétérosexuels, la fréquence d'usage ne serait pas plus élevée (Stall & Wiley, 1998). La drogue serait liée historiquement aux bars gay et l'usage aurait une signification sexuelle forte chez les HSH, même après l'annonce de leur séropositivité (Reback, 1997 ; Stall & Purcell, 2000). De plus, chez les séropositifs, la drogue peut avoir des conséquences néfastes sur l'adhésion au traitement et sur leur santé physique comme mentale (Harrington *et al.*, 1999).

Les HSH qui s'engagent dans des comportements à risque avec des partenaires occasionnels sont plus susceptibles d'avoir pris des drogues (Purcell *et al.*, 2001). Mais les risques lors des rapports anaux non protégés sous drogue(s) ne sont pas seulement liés qu'au nombre de drogues[13], mais aussi au type de partenaire (occasionnel ou régulier) et au rôle dans le rapport sexuel (actif ou passif) (Rusch *et al.*, 2004). En effet, les rapports à risque seraient plutôt augmentés avec les partenaires occasionnels qu'avec les réguliers (Seage *et al.*, 1998 ; Paul *et al.*, 1994) et Purcell *et al.* (2001) remarquent davantage de rapports anaux insertifs non protégés auprès des personnes séropositives ayant pris de l'alcool ou du poppers, et plus de rapports anaux réceptifs non protégés auprès des HSH séropositifs ayant pris des drogues non injectables.

L'enquête de santé par interview (Gisle, 2010) en Belgique révèle une consommation des drogues illicites principalement chez les 25-34 ans[14]. Lors d'évènements festifs, en moyenne 1,6[15] drogues différentes de l'alcool et du tabac sont consommées habituellement en FWB (Hogge & Denoiseux, 2014). Si nous examinons les chiffres disponibles pour le public HSH, l'étude EMIS (2013) signale qu'un peu moins de 10 % des répondants ont utilisé des *sex-drugs* ou *party-drugs*[16] dans les quatre dernières semaines. Les drogues les plus célèbres auprès des HSH sont l'alcool, le cannabis et le poppers[17] (Purcell *et al.*, 2001).

Ensuite, Kipke, Weiss et Wong (2007) ont démontré que les jeunes HSH (de 16 à 25 ans) qui vivent une instabilité résidentielle (le fait de ne pas avoir de résidence fixe), qui ont été forcés de quitter leur domicile familial à cause de la révélation de leur homosexualité ou qui ont un domicile précarisé sont significativement plus à risque vis-à-vis de la pratique de comportements sexuels à risque pour le VIH et l'usage de drogue. À l'inverse, le fait de vivre chez leurs parents, dans un climat ouvert à l'homosexualité, constitue selon eux un facteur protecteur.

[11] Drogue qui modifie le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques (Boutillier, 2006)
[12] Une étude prospective annonce que le risque de séroconversion serait estimé à 41 % par rapport au nombre de rapports anaux réceptifs non protégés et à 33 % aux effets directs ou indirects des *sex-drugs*.
[13] Le risque de transmission du VIH augmente avec l'utilisation de stimulants[13] (OR : 2,99[13]) et encore plus avec l'alliance de poppers, viagra et stimulants (OR : 8.45[13]) (Ostrow *et al.*, 2009).
[14] Prévalence de consommation récente de drogues illicites est de 2,7 % chez les 25-34 ans en FWB
[15] n=1057, (0 – 16)
[16] Drogues récréatives stimulantes habituellement utilisées en soirée ou lors de rapports sexuels comme le poppers, viagra, GHB, kétamine, méphédrone, amphétamines (ecstasy, speed, met') et cocaïne (liste non exhaustive).
[17] 28 % des HSH en Belgique (EMIS, 2013)

Par la suite, l'accès aux préservatifs dans les lieux de rencontre et de manière générale est aussi un facteur de risque important. L'étude EMIS (2013) réalisée auprès des HSH européens rapporte que 30 % des répondants ont eu des rapports anaux non protégés les douze derniers mois uniquement parce qu'ils n'avaient pas de préservatifs à portée de main[18]. Être jeune, avoir un plus bas niveau d'éducation et être séropositif au VIH étaient associés aux rapports anaux non protégés à cause de préservatifs indisponibles. Notons également les problèmes liés aux préservatifs en lui-même : diminution du plaisir, l'allergie au latex, la taille standard des préservatifs disponibles, etc.

Enfin, le retour des IST cause une fragilisation de la population HSH sexuellement active et augmente le risque de transmission du VIH (voir l'annexe III). La syphilis y est disproportionnellement présente (incidence de 4-5/100 000 habitants dans l'arrondissement de Liège en 2012 pour un ratio hommes/femmes de 4,8 et d'un pourcentage 83 % de HSH auprès des hommes atteints (Verbrugge, Crucitti & Quoilin, 2013). Cette IST, très contagieuse, est une porte d'entrée pour le VIH. D'autres IST touchent plus ou moins fortement cette population. La gonorrhée et la chlamydia étaient bien représentées en Wallonie en 2012 (respectivement 6 et 18 cas par 100.000 habitants) et dans le groupe des HSH (respectivement 65 % et 32 % de HSH parmi les hommes infectés en 2012 en Belgique) (Verbrugge, Crucitti & Quoilin, 2013). La même année, l'hépatite B a atteint plutôt les hommes et a été surreprésentée au niveau des HSH (61 % des hommes séropositifs au VHB). L'ISP recommande une vaccination systématique contre l'hépatite B du public des HSH. L'hépatite C a été exclusivement diagnostiquée chez les HSH (tout comme le LGV), mais dans très peu de cas (moins de cinq cas en 2012 en Belgique). Quant à l'herpès, il était habituellement constaté chez les femmes (± 74 % des cas en 2012 en Belgique), mais aussi auprès des hommes et dans ce cas il était réparti équitablement entre les HSH et les hétérosexuels (moins de cinq cas chacun en 2012 en Belgique).

3. QUESTION DE RECHERCHE

Après la compulsion des données théoriques décrites ci-dessus, nous nous sommes posé la question suivante : « Quelles sont les différences de risque de transmission du VIH chez les HSH selon leurs différents types de lieux de rencontre à Liège ? ».

Cette question fait suite principalement à l'étude de W. Vanden Berghe *et al.* (2011) qui se sont eux-mêmes intéressés aux différences de comportements à risque de transmission et de la prévalence du VIH entre certains types de lieux de rencontre auprès des HSH à Anvers et Gand. Elle a permis des distinctions plus constructives vis-à-vis du risque de transmission du virus et donc de la prévention à appliquer sur les différents lieux. C'est pour cette raison que nous avons décidé de nous en inspirer.

[18] Médiane 14 % ; quartiles 8 – 33 %

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La finalité de l'étude est de diminuer l'incidence du VIH chez les HSH à Liège en améliorant la prévention et la compréhension des facteurs de risque chez les HSH. Ce paramètre n'est pas directement et entièrement mesurable, mais il exprime le dessein ultime dans lequel s'inscrit ce travail.

Le premier objectif général est d'identifier et comparer le risque de transmission du VIH, défini par les comportements sexuels à risque, les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances vis-à-vis du VIH et d'autres facteurs de risque, chez les HSH selon différents types de lieux de rencontre à Liège.

Nous formulons différents objectifs spécifiques se rapportant à ce premier objectif général :

- identifier et classer les lieux en différents types, définis comme les strates de l'étude ;
- évaluer dans les lieux identifiés les comportements sexuels à risque, les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances vis-à-vis du VIH et les autres facteurs de risque ;
- comparer les résultats entre les différents types de lieux identifiés ainsi qu'avec la littérature existante.

Le deuxième objectif général est d'identifier quelques pistes pour mieux cibler toutes les formes de prévention et de dépistage disponibles par l'ASBL Sida Sol à destination des HSH de Liège selon les différents types de lieux de rencontre à Liège.

5. DÉMARCHE

Notre étude adopte une approche déductive : nous formulons une hypothèse qui sera vérifiée ou non par l'interprétation des données récoltées.

L'hypothèse de notre étude est que le risque de transmission de l'infection à VIH diffère entre les strates identifiées. Ce risque étant défini par plusieurs facteurs :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les relations, l'activité sexuelle et le mode de vie ;
- l'exposition au risque d'infection à VIH ;
- la stigmatisation liée au VIH, la discrimination et l'homophobie ;
- la prévalence du VIH et d'autres IST et
- d'autres facteurs de risque (la consommation de drogue ou d'alcool, le statut résidentiel, les connaissances vis-à-vis du VIH).

Chacun de ces facteurs se déclinant en plusieurs paramètres (voir *infra* le point 6.3 Paramètres étudiés).

6. MATÉRIEL ET MÉTHODES

6.1. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale basée sur le lieu de rencontre. La méthode choisie est de type quantitatif, car le but de ce travail est de comparer les différents types de lieux de rencontre entre eux en fonction de plusieurs paramètres, qualitatifs ou quantitatifs, souvent d'origine rétrospective, représentant des facteurs de risque pour le VIH.

6.2. POPULATION ÉTUDIÉE

6.2.1. POPULATION

La population de cette étude comprend les HSH fréquentant différents types de lieux de rencontre à Liège. En résumé, ce sont les clients de bars/pubs/clubs ou les membres d'associations qui ont été identifiés préalablement comme lieux de rencontre entre hommes à Liège.

CRITÈRES D'INCLUSION

- être de sexe masculin,
- être âgé d'au moins 18 ans,
- avoir eu au moins un contact sexuel avec un autre homme au cours des 12 mois précédents,
- fréquenter un lieu de rencontre gay de la ville de Liège parmi ceux identifiés préalablement.

CRITÈRES D'EXCLUSION

- être physiquement ou mentalement incapable de donner un consentement éclairé ou de compléter le questionnaire,
- avoir déjà participé à l'étude,
- présenter des signes (verbaux ou moteurs) d'excès de consommation de drogue ou d'alcool,
- déclarer ne pas se sentir à l'aise vis-à-vis des thèmes du questionnaire.

6.2.2. ÉCHANTILLONNAGE

Nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage rectangulaire de type spatio-temporel selon des types de lieux de rencontre que nous nommerons "les strates". La taille d'échantillon est définie à 30 participants minimum par strate avec un nombre toujours identique de participants dans chaque strate ce qui permettra une puissance statistique suffisante. Toutefois, pour donner plus de poids à nos résultats, une analyse plus qualitative de certains profils complètera l'analyse quantitative dans le but soit de restreindre les incertitudes, soit de formuler de nouvelles hypothèses qui pourraient être étudiées ultérieurement.

La comparaison des paramètres mesurés sera effectuée entre les trois strates de même taille. Cet échantillonnage de type rectangulaire a l'avantage de permettre une comparaison équilibrée entre strates. La répartition des participants entre les strates se fera lors de la distribution des questionnaires, en fonction du type de lieu de rencontre dans lequel ils reçoivent le questionnaire.

Nous avons identifié quatre strates, inspirées de différentes études : en fonction des contacts sexuels permis dans le lieu de drague (*cruising* ou non), du caractère de l'établissement (festif ou associatif) et de la situation (intérieure ou extérieure). Elles reprennent une vingtaine de lieux de drague sur base des indications de l'ASBL Arc-en-ciel Wallonie[19] et de renseignements obtenus auprès de bars gay et de leurs clients.

Les deux premières strates sont inspirées de l'étude de Vanden Berghe *et al.* (2011)[20]. Tout d'abord, la première strate, les "lieux gay réguliers", sont les bars, pubs et nightclubs sans salle permettant explicitement une consommation sexuelle (ni *backrooms*, ni cabines) sans toutefois garantir l'absence de contact sexuel dans l'établissement (par ex. dans les toilettes).

La deuxième, les "lieux de consommation sexuelle directe intérieure" (lieux de *cruising*), sont des lieux de rencontre où les contacts sexuels sont possibles, dans tout l'établissement ou seulement dans une partie (appelée *backroom* ou *Darkroom*) comme les saunas ou les *sex-clubs*.

La troisième strate, regroupant les "collectivités gay", a été ajoutée, car il nous a paru important de différencier les lieux réguliers, commerces à caractère festif, des lieux associatifs sans but lucratif réunissant des membres périodiquement lors d'évènements culturels, éducatifs, sportifs ou autres. Ces derniers s'identifient plus facilement comme "communauté" LGBTQI avec généralement une tendance à l'activisme (EMIS, 2013), au militantisme (lutte pour des droits égaux) et aussi à la prévention de certains problèmes touchant le milieu LGBTQI (violence homophobe, homoparentalité…) dont fait partie la lutte contre l'épidémie de VIH et des autres IST auprès des HSH.

La quatrième strate, les "lieux publics extérieurs", a été également identifiée au début de l'étude car il nous paraissait important de la prendre en compte surtout dans la ville de Liège. En effet, ceux-ci comprennent des parcs, des parkings ou d'autres lieux publics reconnus comme lieux de consommation sexuelle extérieurs. Ces lieux ne sont pas toujours fixes et ont été identifiés grâce à un groupe d'internautes amateurs de sexe *outdoor* et aux recommandations de sources diverses (clients, gérants, associations…). Cette strate ne sera pourtant pas investiguée directement auprès de ses adeptes pour des raisons de sécurité et de difficultés pratiques, mais sa fréquentation indirecte sera quand même évaluée auprès des clients des autres strates.

Nous avons choisi de ne pas prendre en compte les évènements ponctuels ou soirées occasionnelles, mais seulement les lieux fixes. Les lieux doivent annoncer clairement la possibilité de rencontres entre hommes, explicitement (drapeau, publicité…) ou implicitement (bouche-à-oreille, dans les réseaux sociaux…). Une liste des lieux de rencontre identifiés et classés selon leur strate a donc été dressée (voir l'annexe IV).

[19] Répertoire des lieux LGBTQI de Wallonie, 2014
[20] "*cruising venue*" et "*regular gay/club venue*"

6.3. PARAMÈTRES ÉTUDIÉS

La plupart des paramètres choisis pour cette étude proviennent de la liste de Centre Européen pour la Prévention et le Contrôle des Maladies reprenant les plus fréquemment évalués dans la population HSH (voir à l'annexe V). Les autres sont inspirés de l'enquête EMIS (2013), de celle de Kipke, Weiss et Wong (2007) et de SIALON II (voir *infra* le point 6.4. Outils de collecte des données).

Nous avons décrit toutes les variables dépendantes qui seront analysées statistiquement par rapport à la variable indépendante, les strates. Elles ont été résumées pour faciliter la lecture (Table 1). Les codes, valeurs et unités se rapportant à chacune d'elles sont consultables en annexes (voir l'annexe VI).

Table 1 : Variables de l'étude selon leur type

Qualitatives	
Nominales	**Ordinales**
Statut résidentiel	Diplôme scolaire le plus élevé
Orientation sexuelle	Fréquentation des sites de rencontre en ligne
Présence de préservatifs dans le lieu d'observation	Attitude envers les homosexuels dans le milieu professionnel ou scolaire
Statut sérologique des partenaires sexuels avec rapports anaux non protégés dans les 6 derniers mois	Attitude envers les homosexuels dans le milieu familial
Statut sérologique lors du dernier test	Attitude envers les homosexuels des amis/connaissances
Traitement du VIH en cours	Attitude envers les homosexuels des professionnels de santé
Dernière charge virale	Attitude envers les séropositifs dans le milieu professionnel ou scolaire
Catégorisées	Attitude envers les séropositifs dans le milieu familial
Originaire d'un pays endémique	Attitude envers les séropositifs des amis/connaissances
Originaire de l'étranger	Attitude envers les séropositifs des professionnels de santé
Coming-out à l'entourage	Accessibilité aux préservatifs dans le lieu d'observation
Lieu de résidence	
Date du dernier dépistage	
Quantitatives	
Âge (années)	Nombre d'IST diagnostiquée(s) les 12 derniers mois
Fréquentation des lieux de rencontre I (3 derniers mois)	Nombre de partenaires réguliers (6 derniers mois)
Fréquentation des lieux de rencontre II (3 derniers mois)	Nombre de partenaires irréguliers (6 derniers mois)

Fréquentation des lieux de rencontre III (3 derniers mois)	Nombre de partenaires réguliers avec rapport anal non protégé (6 derniers mois)
Fréquentation des lieux de rencontre IV (3 derniers mois)	Nombre de partenaires irréguliers avec rapport anal non protégé (6 derniers mois)
Proportion de fréquentations du lieu d'observation par rapport à la strate (%)	Nombre de drogues utilisées avant ou pendant les derniers rapports anaux
Accessibilité aux préservatifs (%)	Date du dernier dépistage VIH (années)
Proportion d'affirmations connues à propos du VIH (%)	

6.4. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Nous avons créé un questionnaire s'inspirant de trois grandes études portant sur le groupe spécifique des HSH. Ensemble, ils réunissent les paramètres que nous avons choisi d'étudier.

SIALON II

Ce questionnaire a été développé par le projet SIALON. Un projet financé par l'Union Européenne dans le cadre du programme d'action européen en matière de santé publique. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies est chargé de la surveillance, de la collecte et de la publication des résultats de cette étude.

Ce projet s'inscrit dans le système de surveillance de seconde génération (SGSS) de l'UNAIDS et de l'OMS (Sialon II, 2014). Il vise à implémenter des méthodologies de surveillance innovantes au niveau du groupe cible des HSH dans le but d'aider les pays à monitorer l'épidémie du VIH et de se pourvoir d'informations utiles à l'amélioration de la santé sexuelle et des actions de prévention destinées à la population des HSH. Cette population étant difficile à atteindre, il était nécessaire de créer une méthodologie commune, solide et appropriée. Chaque pays choisissait entre un échantillonnage de type *Time-Location Sampling* (TLS) ou *Respondant-Driven Sampling* (RDS).

Ce questionnaire a l'avantage de reprendre tous les principaux indicateurs de l'ECDC, OMS, UNAIDS. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré, d'environ dix minutes, qui convient à une méthode spatio-temporelle. C'est pour cette raison que nous nous en sommes inspiré pour la mise en page et les questions (avec leurs explications) : la fréquentation des différentes strates, la consommation de drogue, le nombre de partenaires irréguliers/réguliers/sans protection, l'homophobie ressentie, le nombre d'IST, la date du dernier dépistage, le résultat de ce dépistage et si nécessaire la dernière charge virale et la prise d'un traitement.

Le projet SIALON a débuté en 2011 et est toujours en cours. Il en est maintenant à sa deuxième phase et les résultats devraient être publiés en novembre 2014. Étant donné les délais qui nous sont impartis, nous ne pourrons malheureusement pas comparer nos résultats aux leurs.

EMIS

L'*European Men-Who-Have-Sex-With-Mem Internet Survey* est une étude qui a été implémentée dans trente-huit pays durant l'année 2010 (EMIS, 2013). Cette enquête en ligne a réussi à toucher 180.000 participants HSH. Elle a pour but d'améliorer l'étude des comportements et la prévention parmi cette population.

Les résultats publiés en 2011 montrent des disparités entre les pays européens, catégorisés en deux grands groupes et neuf sous-groupes. Ces disparités ne sont pas liées seulement aux différences démographiques et épidémiologiques entre pays, mais aussi au contexte socioculturel notamment au niveau de l'homophobie.

Nous nous sommes inspiré de ce questionnaire pour certains paramètres qui n'étaient pas présents dans l'étude SIALON II : l'orientation sexuelle déclarée, les connaissances à propos du VIH et du dépistage, le coming-out à l'entourage, la fréquentation des sites et applications de rencontre en ligne.

Kikpke

Lors de son étude, M Kipke, Weiss et Wong (2007) ont démontré un lien significatif entre une "instabilité résidentielle" et l'exposition au VIH ainsi que l'usage de drogues chez les jeunes HSH de Los Angeles. Les données provenaient de l'étude *Healthy Young Men's study* qui a suivi une cohorte de 526 jeunes HSH du le comté de Los Angeles, de 2005 à 2008. Le statut résidentiel était évalué par une question à choix multiple (voir l'annexe VII) qui a été reprise pour être intégrée dans notre questionnaire. Cette question permet de connaître le type de résidence actuel (le plus courant) que nous avons nommé selon la traduction : le "statut résidentiel".

Questionnaire de l'étude

Nous avons réalisé un questionnaire papier autoadministré avec des questions fermées, la plupart à choix multiple (voir l'annexe IX) qui est précédé d'une page de présentation de l'étude (voir l'annexe VIII).

Le préambule reprend l'explication de l'étude et en décrit le cadre (mémoire de santé publique en collaboration avec Sida Sol), le titre de l'étude, son objectif général et sa finalité, les critères d'inclusion, il précise son caractère anonyme et confidentiel ainsi que l'importance de le remplir seul au vu de certaines questions portant sur l'intimité sexuelle et la santé. Un contact est proposé pour des questions ultérieures.

Les questions fermées sont numérotées (24 au total) et se distinguent entre elles grâce à un encadré. Des encadrés grisés reprennent des explications ou précisions nécessaires à la bonne compréhension des questions qui suivent (changement de période de référence, définition de termes spécifiques…).

Lorsqu'il y a plusieurs choix possibles, une zone grisée apparaît en alternance pour une meilleure distinction entre les items. Les cases à cocher sont numérotées pour faciliter l'encodage.

6.5. ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Procédure d'investigation

Tout d'abord, un contact direct, téléphonique ou informatique (courriel et Facebook®) a été pris auprès de tous les responsables ou gérants des lieux de rencontre éligibles. Un accord était indispensable pour permettre aux lieux d'être inscrits dans le calendrier. Celui-ci pouvait être obtenu après explication de l'étude et de ses modalités pratiques. Sur les seize lieux éligibles des trois strates d'investigation, trois ont refusé (le 139, le Midi-Minuit et le Majestix).

Un calendrier de récolte des données (voir l'annexe X) a donc été établi à l'avance. Il reprenait différentes dates de sorties dans les lieux éligibles qui ont donné leur accord. Le choix des sorties était défini en fonction d'une alternance entre les strates, entre les semaines (début et fin de mois), les jours de la semaine et les heures (si plusieurs fois le même jour) pour ne pas induire de biais de recrutement (voir *infra* le point 7. Biais). Les sorties étaient toutefois choisies dans les périodes propices à l'affluence pour avoir assez de participants potentiels et pouvoir ainsi réaliser une distribution aléatoire des questionnaires.

Lors des sorties, le collecteur de données se munissait de questionnaires, de portes-bloc à pince, de stylos et d'une boîte en carton scellée (réceptacle pour garantir l'anonymat). Il prévenait le responsable ou le serveur de sa venue et abordait les hommes de manière aléatoire sans discrimination. Si moins de cinq personnes étaient présentes, le collecteur ne distribuait pas de questionnaire et se rendait dans un autre lieu. Si plus de trois lieux ne permettaient pas la distribution, la sortie était annulée et reportée à une date ultérieure.

Lorsque le collecteur de données abordait un client ou membre il se présentait et expliquait le sujet, le public cible et les critères d'inclusion, l'intérêt de l'étude, l'anonymat garanti (réceptacle scellé), la durée (± 10min), quelques conditions (remplir seul, être le plus précis possible) et la possibilité de questionner sur la procédure de réponse même si celle-ci était clairement expliquée par écrit à chaque étape. Ensuite, il fournissait le questionnaire sur un porte bloc avec un stylo. Enfin, il réceptionnait le questionnaire à la fin de la complétion pour le placer dans la boîte scellée, de préférence à vue du répondant, et lui donnait quelques pochettes contenant un préservatif et un lubrifiant et un flyers avec quelques lieux de dépistage à Liège.

Pour aider à la compréhension, un *flow chart* résume la procédure (voir l'annexe XI).

Contrôle de qualité

Afin de contrôler la qualité des données recueillies et le traitement de celle-ci, nous avons mis en place plusieurs manœuvres de vérification :

1. les critères d'inclusion, en plus du contrôle par le collecteur de données avant la distribution du questionnaire, ont été vérifiés grâce à l'âge et au nombre de partenaires sexuels masculins lors de l'encodage. S'il le répondant indiquait un âge sous la majorité ou n'annonçait aucun partenaire masculin sexuel ces 6 derniers mois, son questionnaire était immédiatement retiré de l'étude ;

2. la date et le lieu du remplissage du questionnaire ont été indiqués avant la distribution du questionnaire par le collecteur ;
3. en plus du contrôle des critères d'exclusion par le collecteur de données lors de l'explication de l'étude, les doublons sont traqués lors de l'encodage.

6.6. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Notre étude n'a pas été soumise au comité d'éthique puisque nous avons choisi de ne pas réaliser de prélèvement, mais seulement un questionnaire anonyme dont les données étaient confidentielles.

Le consentement éclairé était confirmé implicitement lorsque la personne acceptait d'y répondre après la présentation et la lecture de la feuille de présentation. Comme précisé sur cette feuille, le répondant pouvait arrêter le remplissage du questionnaire à tout moment. Dans ce cas, la procédure appliquée auprès des non-répondants devait être réalisée.

Comme précisé ci-dessus, une autorisation avait été récoltée préalablement auprès des propriétaires ou gérants des bars et collectivités dans lesquels nous nous sommes rendu. Les informations sur l'étude étaient également communiquées pour assurer un accord en toute connaissance de cause.

6.7. TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODE D'ANALYSE

Les différentes données recueillies ont été encodées de façon confidentielle dans un tableau Excel. L'analyse des données a été réalisée à l'aide de la version 10 du logiciel Statistica®. Divers tests statistiques ont été réalisés sur base des données recensées afin de pouvoir les interpréter.

Nous considérerons que les résultats sont statistiquement significatifs au niveau d'incertitude de 5 %. Certaines données quantitatives seront catégorisées pour une facilité d'interprétation. Dans le cas de catégories trop peu représentées (catégories avec moins de 5 effectifs par strate), celles-ci seront aussi recatégorisées ou binarisées.

La normalité a été vérifiée pour chacune des variables quantitatives par un test W de Shapiro-Wilk. Les variables quantitatives ne suivant pas la normalité ont été analysées par un test non paramétrique de Kruskal-Wallis portant sur les médianes. Les tables décrivant la répartition des variables entre les strates reprennent également les médianes et le 1^{er} et 3^{e} quartile. Lorsque l'analyse débouche sur une indépendance entre les strates, un test de comparaison multiple est effectué pour visualiser quelles strates diffèrent entre elles.

Quant aux variables qualitatives, elles ont été analysées selon un χ^2 (test d'homogénéité). Lorsqu'il y avait hétérogénéité, la distribution des effectifs entre strates (grâce aux pourcentages en colonne) a été analysée pour visualiser quelles strates diffèrent entre elles.

7. BIAIS

Préalablement à l'étude, plusieurs biais ont été identifiés.

Certains sont liés au mode de recueil des données, c'est-à-dire au contexte (questionnement dans le lieu de rencontre), à la forme (questionnaire autoadministré en format papier), au fond (sujet sensible, questions personnelles sur la vie sexuelle et la santé) et au temps nécessaire pour le remplissage (jusqu'à 10 minutes).

Nous sommes conscient que nous pouvons rencontrer un bais de mémoire (positif ou négatif) relativement systématique dans les études portant sur des questions rétrospectives, un télescopage de certaines questions qui renverraient à des éléments qui ne sont pas dans la période demandée, de faux souvenirs, un effet de halo, un biais de désirabilité sociale au vu des nombreuses questions portant sur des sujets tabous ou sensibles socialement, enfin un biais d'engagement, car les personnes acceptant de participer à l'étude sont peut-être des personnes plus sensibilisées par la problématique du VIH.

Pour ces raisons, nous avons décidé de grouper au maximum les questions reprenant la même période de référence et de placer les questions de manière croissante au niveau de la sensibilité.

Pour rappel, la collecte des données a été répartie entre les lieux en fonction de différentes dates aléatoires et changeantes (voir l'annexe X et XII) pour limiter le biais de recrutement. Nous savons aussi qu'en fonction des heures ou des jours, les mêmes personnes peuvent fréquenter plusieurs strates différentes ou que certaines personnes ne sortent qu'à certains moments précis. Les participants ont été choisis aléatoirement.

Une seule personne a distribué et récolté les questionnaires. Cette même personne a introduit l'étude d'une manière identique chez tous les répondants. Cette organisation n'a pas été possible pour quelques participants : au Tea Dance (Strate I) et au CHEL (strate III). Cependant, pour limiter le biais intercollecteur et d'information, une personne et deux bénévoles ont été formés préalablement à répéter exactement la même procédure que le collecteur initial. Par ailleurs, l'étude est définie de manière précise sur la première page du questionnaire (voir l'annexe VIII).

Par rapport à la population étudiée, le biais de confusion a été limité par le choix d'évaluation de nombreuses variables, dont celles préconisées par l'ECDC, l'UNAIDS et l'OMS. D'autres variables ont été ajoutées : le statut résidentiel et les connaissances sur le VIH. Nous savons que l'âge, le niveau éducatif et le niveau socio-économique risquent d'influencer les associations entre variables. Nous en avons tenu compte lors de l'interprétation.

Lors d'un refus de participation à l'étude, le collecteur de données a chaque fois demandé la raison à la personne. L'explication, s'il y en avait une clairement énoncée, a été reprise sous forme écrite par le collecteur dans un carnet. Les réponses ont été numérotées et parfois annotées pour éviter les doublons. Le biais de non-réponse a été évalué (voir *infra* le point 9. Résultats).

Une des limites de notre étude est que certains lieux, trois lieux sur seize au total, tous les trois provenant de la strate II, ont refusé de participer à l'étude. Ils n'ont pas donné d'explication. Cela a évidemment diminué la puissance de notre échantillonnage spatio-temporel, du moins pour cette strate. Le refus de participation à l'étude de la part des cinémas pornographiques nous a empêché d'avoir accès aux informations sur un public particulier qu'il aurait été intéressant d'investiguer.

8. PRÉTEST

Le prétest a été réalisé auprès de 10 personnes prises au hasard au Tea Dance (strate I), un client du Chap's (strate II) et un membre d'Arc-en-ciel Wallonie. Les répondants du prétest rentraient évidemment dans les critères d'inclusion et ne présentaient pas les critères d'exclusion.

Le questionnaire leur a été introduit par le même collecteur que pour l'étude. En plus de l'explication de l'étude, le collecteur invitait le répondant à indiquer n'importe quelle remarque à propos de la clarté, de la lisibilité, de la compréhension ou toute autre remarque pertinente. Les suggestions étaient indiquées à côté de l'encart des questions. Si des explications complémentaires étaient nécessaires, elles ont été marquées directement en présence du répondant.

Après réception des questionnaires du prétest, nous avons identifié certaines modifications nécessaires réalisables ou non selon plusieurs contraintes :

- L'approximation du temps de complétion à dix minutes nous a paru raisonnable.
- La question évaluant la fréquentation des quatre strates a montré une difficulté. La première était le classement des lieux fréquentés selon les strates, la seconde était le calcul approximatif de nombre de fréquentations. Pour la première difficulté, nous avons eu l'idée de placer sous cette question un tableau de classement des lieux liégeois selon les strates (liste exhaustive). Pour la deuxième, la précision dans l'intitulé du caractère approximatif de l'évaluation de la fréquentation a été ajoutée.
- La présentation a été modifiée dans son fond et sa forme pour une meilleure compréhension.

9. RÉSULTATS

Nous proposons d'analyser les données de participation et de non-réponse dans un premier temps puis d'examiner les statistiques descriptives pour les variables de la population totale (les trois strates confondues) et enfin comparer statistiquement chaque variable entre les trois strates.

Pour rappel, la strate I comprend les lieux de rencontre réguliers, la strate II regroupe les lieux de rencontre avec consommation sexuelle directe possible et la strate III est constituée des collectivités gay.

Environ 121 hommes de plus de 18 ans ont été invités à prendre part à l'étude dans 12 lieux de rencontre différents dans la ville de Liège (voir l'annexe XII) donnant **un taux de participation de 76,0 %** et, en détail, de 81,1 % dans la strate I (n=37), 63,8 % dans la strate II (n=47) et 85,7 % dans la strate III (n=35). En tout, 92 questionnaires ont été distribués et 90 ont été analysés (2 étaient non valides).

Les raisons principales de refus évoquées par les participants étaient un manque de temps, de motivation ou d'intérêt liés à la longueur du questionnaire ou au sujet ; un manque de lisibilité liée à la taille de la police trop petite, au surlignage grisé masquant le texte, à la faible luminosité dans certains bars et à l'absence de lunettes correctrices sur soi ; et, enfin, une mauvaise compréhension de la langue française.

Des 33 variables prévues, certaines n'ont pu être analysées (à cause d'une trop faible dispersion[21] ou d'incohérences ou d'erreurs répétées[22]).

Les variables ont été analysées dans l'ordre de la classification de l'ECDPC comme expliqué dans la présentation des paramètres (voir *supra* le point 6.3. Paramètres étudiés). Puisqu'aucune des variables quantitatives n'était en faveur de la normalité, nous nous sommes basés pour chacune d'elles sur la médiane et les 1ers - 3es quartiles. Certaines tables de résultats ont été placées en annexe, car elles présentaient peu d'intérêt par rapport à l'analyse textuelle. Seules celles qui représentaient un réel avantage pour la compréhension ont été gardées. Pour une vision d'ensemble de toutes les statistiques descriptives et analytiques pour chacune des variables, les tables complètes sont en annexe (voir l'annexe XIII, Table 2). Aucun graphique n'a été réalisé, car ils ne comportaient pas d'intérêt supplémentaire à la compréhension par rapport aux tables des fréquences.

9.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'âge médian de la population était de 33,5 ans (voir l'Annexe XIII, Table 2). D'après l'analyse statistique, nous remarquons que la variable n'est pas répartie de manière identique entre les strates (Table 3). La strate

[21] Les variables "originaires d'un pays endémique" et "fréquentation de la strate IV et du lieu actuel".
[22] Les variables "fréquentation de la strate I, II et III", "statut sérologique des partenaires avec rapports anaux sans protection" et "connaissance vis-à-vis du VIH".

II diffère de la strate I (p=0,005) et de la strate III (p<0,001), mais la I et la III sont identiques. **La strate II montrait un public plus âgé (43,0 années) par rapport aux deux autres (28,5 et 24,0 ans).**

Table 3 : Comparaison de l'âge en fonction des strates

	n	Strates I (n=30)	II (n=28)	III (n=30)	p-value
		Médiane (1er quartile – 3e quartile)			
Âge (années)	88	28,5 (23,0 – 43,0)	43,0 (37,5 – 49,0)	24,0 (21,0 – 46,0)	<0,0001

Nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative entre les strates par rapport au nombre de personnes provenant d'un autre pays que la Belgique (voir l'Annexe XIII, Table 4). Dans l'ensemble, 88,9 % (n=80) des répondants étaient d'origine belge, le reste (n=10) se composait de cinq hommes d'origine française, un homme d'origine arménienne, un d'origine polonaise, un d'origine indienne, un d'origine italienne et un d'origine allemande. Parmi les non belges, seuls trois sont nés en Belgique, mais les autres sont dans notre pays depuis plus de 15 ans à l'exception d'un seul.

Nous n'avons pas analysé la variable "Originaire d'un pays endémique" puisqu'aucune personne n'a répondu provenir d'un pays avec une prévalence du VIH supérieure à 1 %.

Nous avons préféré binariser la variable "Lieu de résidence" qui, à la base, était catégorisée selon la province. Nous remarquons que les répondants habitent principalement dans la province de Liège (90,9 %, n=80) sans distinction significative entre les strates. Le reste habite dans des provinces voisines, un seul est résident français.

Il y avait une différence entre les strates par rapport au diplôme scolaire obtenu (voir l'annexe XIII, Table 6). Nous remarquons une plus importante concentration de personnes n'ayant pas de diplôme supérieur dans les strates I et III. Pour cette dernière, la majorité a toutefois un diplôme secondaire supérieur. Il y a plus de diplômés universitaires ou d'études supérieures dans la strate II (53,3 %, n=30) où l'âge est plus élevé. Mais pour toutes strates confondues, la grande majorité avait au moins le diplôme secondaire supérieur (76,7 %, n=78), pour ceux qui ne l'avaient pas (n=12), ils avaient en moyenne 36,9 ans (deux avaient moins de 20 ans) et aucun ne provenait du CHEL.

Toutefois, si nous binarisons la variable dépendante en "Diplôme supérieur ou universitaire" et "Diplôme secondaire ou primaire" la différence entre les strates n'est plus significative (p=0,223).

9.2. RELATIONS/PARTENAIRES SEXUELS, ACTIVITÉ SEXUELLE ET MODE DE VIE

Le nombre de partenaires irréguliers déclarés dans les six derniers mois était significativement supérieur dans la strate II par rapport aux deux autres strates (Table 7). La comparaison multiple dévoile un écart hautement significatif entre la strate II et la III (p=0,002). La différence est significative aussi entre la strate I et II (p=0,017). Par contre, la strate I et III ne diffèrent pas significativement (p=0,990). Si nous comparons les médianes, elle est de 3 dans les lieux gay "réguliers", de 8 dans les lieux de cruising et d'un seul dans les collectivités gay.

Table 7 : Comparaison du nombre de partenaires masculins irréguliers en fonction des strates

	n	Strates			p-value
		I (n=29)	II (n=29)	III (n=28)	
		Médiane (1er quartile – 3e quartile)			
Nombre de partenaires masculins irréguliers les six derniers mois	86	3 (0 – 6)	8 (3 – 15)	1 (0 – 5)	<0,001

Le nombre de partenaires réguliers ne diffère pas entre les strates (voir l'Annexe XII, Table 8). La médiane est d'un partenaire régulier les six derniers mois pour chaque strate (voir l'annexe XIII, Table 2).

Les plus hauts nombres relevés étaient de trois partenaires réguliers et de cent irréguliers les six derniers mois. Ceux qui ont ou ont eu un ou plusieurs partenaires réguliers (70,2 %, n=84) déclarent souvent d'autres partenaires irréguliers (en dehors ou non de leur relation stable) (68,4 %, n=57). Les célibataires, ceux qui n'ont eu aucun partenaire régulier les six derniers mois (29,8 %, n=84), ont eu pour la plupart (80 %, n=25) un ou plusieurs partenaires irréguliers. Consécutivement, seuls cinq participants (6,00 %, n=84) n'ont eu aucun partenaire (fixe ou occasionnel) lors de la période demandée.

L'orientation sexuelle déclarée est en grande majorité homosexuelle (90,0 %, n=90), et cela pour chacune des strates (voir l'Annexe XIII, Table 9), seuls neuf ont déclaré être bisexuels.

Comme dit précédemment, les variables "fréquentation des lieux de rencontre de type I, II et III n'ont pas été analysées statistiquement. Toutefois, en utilisant les statistiques descriptives, nous pouvons remarquer que **les lieux de rencontre de la strate I sont fréquentés environ cinq fois plus** (Table 10) **et elle est fréquentée par les participants de chacune des strates** (voir l'annexe XIII, Table 11) ; ce qui n'est pas le cas pour les lieux de la strate II et III qui sont principalement fréquentés par les participants de leur strate.

Table 10 : Caractéristiques des sujets sur la fréquentation des trois strates

	n	M ±SD	Médiane (1er & 3e quartile)
Fréquentation des lieux de rencontre "réguliers"	87	16,7 ± 37,6	5 (2 – 12)

Fréquentation des lieux de rencontre avec consommation sexuelle directe possible	87	2,45 ± 4,12	1 (0 – 3)
Fréquentation des collectivités gay	85	5,91 ± 9,86	1 (0 – 10)

Enfin, pour la fréquentation des interfaces de rencontre en ligne, il n'y a pas de différence significative entre les strates (voir l'annexe 13, Table 12). Dans l'ensemble (Table 13), 54,5 % des participants s'y connectent plus d'une fois par semaine, 30,0 % n'ont pas de compte et le reste se connecte rarement.

Table 13 : Caractéristiques des sujets sur la fréquentation des sites/applications de rencontre gay en ligne

Variable	n		Effectif (%)
Fréquentation des sites/applications de rencontre gay en ligne	90	Une à plusieurs fois par jour	24 (26,7 %)
		Une à plusieurs fois par semaine	25 (27,8 %)
		Une à plusieurs fois par mois	7 (7,78 %)
		Pas de connexion ces trois derniers mois	7 (7,78 %)
		Aucun compte	27 (30,0 %)

9.3. STIGMATISATION LIÉE AU VIH, DISCRIMINATION ET HOMOPHOBIE

Il n'y a pas de différence significative entre les strates au niveau de la proportion de coming-out à l'entourage (voir l'Annexe XIII, Table 14). **La majorité des répondants (67,8 %, n=90) ont fait leur coming-out à la plupart de leur entourage** (Table 15). Les 32,2 % restants ont une moyenne d'âge de 33 ans, un cinquième se définit comme bisexuel et la plupart évaluent l'attitude de leurs amis/connaissances et des professionnels de santé comme positive et celle du milieu familial et professionnel/scolaire comme neutre. Ils ont tous au moins un partenaire sexuel (régulier ou irrégulier). Parmi eux, un taux plus élevé que la moyenne totale n'a jamais fait de dépistage (27,6 %, n=29).

Table 15 : Caractéristiques des sujets sur le coming-out à leur entourage

Variable	n		Effectif (%)
Coming-out à l'entourage	90	Aucun	2 (2,22 %)
		Quelques-uns	10 (11,1 %)
		Moins de la moitié	7 (7,78 %)
		Plus de la moitié	10 (11,1 %)
		Tous ou presque tous	61 (67,8 %)

L'attitude envers les homosexuels dans le milieu professionnel et scolaire, familial, des amis et connaissances et des professionnels de santé ne démontre aucune hétérogénéité entre les strates (voir l'Annexe XIII, Table 16, 17, 18 & 19). **Elle est plus souvent évaluée négativement dans le milieu professionnel/scolaire et**

familial qu'auprès des professionnels de la santé et des amis (voir l'annexe XIII, Table 2). Les profils qui ont évalué négativement ces variables ne présentent pas d'autre point commun.

L'attitude envers les personnes séropositives est généralement évaluée plus négativement que celle envers les homosexuels. Elle est distribuée de manière analogue entre les strates (voir l'Annexe XIII, Table 20, 21, 22) sauf en ce qui concerne les amis et connaissances (Table 23). Elle est jugée négative par presque la moitié des participants pour le milieu professionnel (voir l'annexe XIII, Table 2). Ce score est suivi de près pour le milieu familial (toutes strates confondues). Les professionnels de la santé sont ceux qui récoltent le plus d'évaluations positives. Les amis et connaissances se démarquent par peu d'évaluation négative dans la strate II et aucune évaluation positive dans la strate III (Table 23).

Table 23 : Comparaison de l'attitude envers les séropositifs des amis et connaissances en fonction des strates

		Strate			
	n	**I**	**II**	**III**	**p-value**
Variable		(n=28)	(n=28)	(n=30)	
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les séropositifs des amis et connaissances	86				
Négative		9 (32,1 %)	4 (14,3 %)	6 (20,0 %)	
Ni négative ni positive		12 (42,9 %)	13 (46,4 %)	14 (46,7 %)	0,03846
Positive		5 (17,9 %)	6 (21,4 %)	0	
Sans avis		2 (7,14 %)	5 (17,9 %)	10 (33,3 %)	

9.4. VIH ET AUTRES IST

Dans le cas de la présence d'IST les douze derniers mois, il y a homogénéité entre les strates (voir l'annexe XIII, Table 24). Nous proposons d'analyser le profil de ceux présentant une IST : dans la strate I, une personne de 53 ans a eu un herpès génital et une autre de 52 ans une hépatite B, dans la strate II, une hépatite C a été diagnostiquée chez une personne de 43 ans. Un seul se distingue des autres par une consommation forte de drogues (5 lors des derniers rapports anaux) et beaucoup de partenaires irréguliers (± 60 les six derniers mois, dont la moitié sans protection).

Le dernier test VIH est la plupart du temps réalisé dans l'année en cours ou écoulée (2013 – 2014) même si cette démarche semble dans l'ensemble moins récente auprès des hommes interrogés dans la strate II, mais cette différence n'est pas significative (voir l'annexe XIII, Table 25). **La proportion des personnes qui ne se sont jamais dépistées est de 15,9 %** (Table 26). La moyenne d'âge de ces derniers est d'environ 28 ans (n=14), plus d'un tiers d'entre eux ne s'est pas protégé au moins une fois avec ses partenaires irréguliers les six derniers mois.

Table 26 : Caractéristiques des sujets à propos de leur dernier test de dépistage VIH

	n		Effectif (%)
Dernier test de dépistage VIH	88	2013 – 2014	57 (64,8 %)
		Avant 2013	15 (17,0 %)
		Jamais	14 (15,9 %)
		Préfère ne pas répondre	2 (2,27 %)

Deux personnes (n=74) ont déclaré être séropositives au VIH. Ils provenaient tous deux de la strate II. La prévalence du VIH dans cette strate était de 8 % (Table 27). Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les strates pour le statut sérologique. Nous avons réalisé une analyse plus qualitative de ces deux profils.

Table 27 : Comparaison du statut sérologique du dernier dépistage VIH en fonction des strates

		Strate			
Variable	**n**	I (n=23)	II (n=25)	III (n=26)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Statut sérologique du dernier dépistage VIH	74				
Séropositif		0	2 (8,00 %)	0	
Séronégatif		23 (100 %)	22 (88,0 %)	24 (92,3 %)	
Indéfini		0	0	0	
Pas reçu le résultat		0	1 (4,00 %)	1 (3,85 %)	0,33418
Préfère ne pas répondre		0	0	1 (3,85 %)	

Leur diagnostic a été posé en 2014. Ils sont belges et déclarent habiter dans leur propre appartement/maison en province de Liège. Ils ont un diplôme de l'enseignement supérieur non universitaire et se définissent comme homosexuels. Ils fréquentent souvent les réseaux en ligne (plus d'une fois par semaine). Ils ont correctement répondu aux questions à propos de leurs fréquentations des types de lieux de rencontre, nous les avons donc analysées : tous deux semblent fréquenter approximativement 20 fois les lieux réguliers (strate I) et au moins 10 fois les lieux à consommation sexuelle directe possible. Nous identifions d'autres points communs : leur coming-out est réalisé auprès de presque tout leur entourage, l'attitude des différents publics envers les homosexuels leur paraît plutôt neutre et ils connaissent tous deux l'existence des préservatifs dans le lieu d'interrogation. Par contre, d'autres aspects divergent, nous allons donc analyser les profils un à un.

Le premier a 33 ans. Il ne prend pas de traitement ARV et déclare avoir une charge virale indétectable. Il a été un grand consommateur de drogues avant ou pendant ces derniers rapports anaux (alcool, poppers, viagra, ecstasy, cannabis, cocaïne et GHB). Il déclare se protéger, mais uniquement avec son partenaire régulier. Avec ses partenaires irréguliers (n=50), il ne se protège jamais. Il déclare n'avoir eu aucune IST ces douze derniers mois. Il évalue l'attitude envers les séropositifs de manière neutre de la part du milieu professionnel,

des amis et connaissances et des professionnels de santé et de manière négative de la part du milieu familial. L'accessibilité aux préservatifs est évaluée de manière neutre.

L'autre a 47 ans. Il a préféré ne pas répondre aux questions sur un potentiel traitement ARV et sur sa charge virale. Il ne déclare qu'une consommation d'alcool et de poppers. Il se protège toujours avec ses partenaires irréguliers (n=30), mais n'a pas répondu aux questions à propos des partenaires réguliers. Il ne sait pas s'il a eu des IST ces douze derniers mois, sauf dans le cas de la syphilis et des hépatites B & C pour lesquelles ils déclarent ne pas les avoir eues. Il évalue l'attitude envers les séropositifs de manière positive de la part du milieu familial et des professionnels de santé, neutre de la part des amis et connaissances et négative de la part du milieu professionnel. Il évalue l'accessibilité aux préservatifs au Spartacus comme "très facile".

9.5. AUTRES FACTEURS DE RISQUE

Sept des huit drogues proposées dans le questionnaire ont été utilisées par plusieurs participants. Notons que les drogues telles que les amphétamines, la kétamine, la méphédrone et l'héroïne n'ont pas été signalées du tout lors de l'étude. Si l'on regarde le minimum et le maximum par strate, les participants ont consommé lors des derniers rapports anaux entre une et trois substances dans la strate I (alcool, poppers ou cannabis), entre une et sept pour la strate II (alcool, poppers, cannabis, ecstasy, viagra, cocaïne et GHB) et entre une et deux pour la strate III (alcool et/ou poppers). Le maximum de sept drogues n'est présent que chez une personne, séropositive, pour laquelle le profil a déjà été décrit.

Le nombre de drogues utilisées n'est pas réparti de manière identique entre les strates (Table 26). La comparaison multiple révèle que la strate II et III sont légèrement différentes (p=0,046), mais la I est similaire aux deux autres. **La strate II a donc une médiane deux fois supérieure à celle de la strate III.**

Table 28 : Comparaison du nombre de drogues utilisées avant ou pendant les derniers rapports sexuels anaux en fonction des strates

	n	**Strates** I (n=29)	II (n=30)	III (n=28)	**p-value**
		Médiane (1er quartile – 3^{e} quartile)			
Nombre de drogues utilisées avant ou pendant les derniers rapports sexuels anaux	88	1 (0 – 1)	2 (0 – 2)	1 (0 – 1)	0,018

Le statut résidentiel ne diffère pas entre les trois strates (voir l'Annexe XIII, Table 29). Environ les trois quarts (70,0 %) des participants habitent dans leur propre appartement (Table 30). Seuls les plus jeunes et les étudiants vivent chez leur parent(s) ou en résidence étudiante. Les 18 – 25 ans habitant chez leurs parents ou

d'autres membres de leur famille ont tous été interrogés dans la strate I et III, ils fréquentent très peu les lieux de cruising, un cinquième d'entre eux a eu un ou deux partenaires irréguliers sans protection, un tiers ne s'est pas fait dépister et la même proportion a consommé des drogues lors des derniers rapports anaux.

Table 30 : Caractéristiques des sujets sur leur statut résidentiel

	n		**Effectif (%)**
Statut résidentiel	90	Parent(s)	17 (18,9 %)
		Autre(s) membre(s) de leur famille	2 (2,22 %)
		En résidence étudiante	4 (4,44 %)
		Dans leur propre maison/appart.	63 (70,0 %)
		Chez un ami	0
		Chez leur partenaire	4 (4,44 %)
		Sans maison	0

La connaissance de la présence des préservatifs dans le lieu d'interrogation n'est pas distribuée de la même façon entre les strates (Table 31). En effet, la strate III semble se distinguer avec la totalité de ses membres qui savent où se trouvent les préservatifs. La strate I affiche un taux important (26,7 %) de personnes ne sachant pas s'il existe ou non des préservatifs disponibles dans le lieu d'interrogation.

Table 31 : Comparaison présence de préservatifs dans le lieu actuel en fonction des strates

		Strate			
Variable	n	I (n=30)	II (n=30)	III (n=30)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Présence de préservatifs dans le lieu actuel	90				
Oui		21 (70,0 %)	24 (80,0 %)	30 (100 %)	
Ne sais pas		8 (26,7 %)	2 (6,67 %)	0	0,00171
Non		1 (3,33 %)	4 (13,3 %)	0	

Quant à l'accessibilité de ces préservatifs (uniquement évaluée chez les personnes connaissant la présence des préservatifs dans le lieu d'interrogation, n=75), **elle n'est pas non plus équivalente entre les strates** (Table 32). **La strate II se distingue particulièrement avec plus de la moitié (54,2 %) de répondants indiquant un score neutre ou inférieur contre 14,3 % pour la strate I et 3,33 % pour la strate III.**

Table 32 : Comparaison de l'accessibilité aux préservatifs du lieu actuel en fonction des strates

	n	**Strate**			**p-value**
Variable		I	II	III	

		(n=21)	(n=24)	(n=30)	
		Pourcentage (effectif)			
Accessibilité aux préservatifs du lieu actuel	75				
Pas du tout facile		0	0	0	
Peu facile		0	1 (4,17 %)	0	
Neutre		3 (14,3 %)	12 (50,0 %)	1 (3,33 %)	0,00164
Assez facile		3 (14,3 %)	2 (8,33 %)	6 (20,0 %)	
Tout à fait facile		15 (71,4 %)	9 (37,5 %)	23 (76,7 %)	

En examinant plus attentivement la partie de la strate II évaluant faiblement l'accessibilité aux préservatifs, nous remarquons que la moitié de ceux-ci ont des partenaires irréguliers sans protection (entre 1 et 50), 75 % déclarent au moins une drogue avant ou lors des rapports anaux, un a eu une hépatite C et un autre est la personne séropositive dont nous avons déjà décrit le profil.

9.6. L'EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION À VIH

Si nous observons le nombre total de partenaires avec rapports anaux non protégés dans les six derniers mois il diffère légèrement entre les strates pour les partenaires irréguliers (Table 33), mais non pour les réguliers (voir l'Annexe XIII, Table 34). La strate II semble faiblement se détacher des deux autres avec un nombre plus élevé de rapports non protégés avec les partenaires irréguliers. Cependant, la comparaison multiple entre les strates ne montre aucune différence significative entre elles (p=0,080 avec la strate III et p=0,576 avec la strate I).

Table 33 : Comparaison du nombre de partenaires masculins irréguliers avec rapports anaux non protégés en fonction des strates

	n	**Strates** I (n=30)	II (n=29)	III (n=29)	**p-value**
		Médiane (1er quartile – 3^{e} quartile)			
Nombre de partenaires masculins irréguliers avec rapports anaux non protégés	88	0 (0 – 1)	0 (0 – 3)	0 (0 – 0)	0,023

La médiane pour chaque strate est d'un partenaire sans protection les six derniers mois (voir l'annexe XIII, Table 35). Au total, 42,9 % (n=63) ne se protégeaient pas avec au moins un de leurs partenaires irréguliers (voir l'annexe XIII, Table 36). Quant aux partenaires réguliers, l'absence de protection grimpe à 61,4% (n=57) sans différence entre les strates (voir l'annexe XIII, Table 37).

Notons le taux important de lacunes pour la totalité des réponses des partenaires sexuels.

10. DISCUSSION

Nous allons tenter d'expliquer ou d'émettre des hypothèses par rapport aux résultats de cette étude. Quelques réflexions ou pistes d'action seront formulées.

Le taux important de participation à l'étude démontre un vrai intérêt pour le sujet de recherche. Plusieurs personnes ont demandé à avoir un retour des résultats par courriel. Qu'ils soient séropositifs ou non, les HSH rencontrés se souciaient de l'épidémie du VIH et voulaient contribuer à l'amélioration des actions de prévention à Liège. Ceci se confirme par une moyenne générale élevée de réponses aux questions (96,5 %) et une complétion totale.

Pour améliorer la participation à cette étude, sans perdre en qualité ni quantité, nous avons formulé quelques pistes que nous aurions dû suivre : augmenter la taille de la police du texte, proposer une lampe frontale si nécessaire et augmenter l'attrait en proposant une récompense (par ex. une boisson gratuite ou un gadget).

Pour expliquer la mauvaise compréhension de certaines questions, nous avons formulé quelques hypothèses : les zones grisées ont diminué la lisibilité, surtout dans les lieux sombres ; la musique forte a altéré la concentration ; des compagnons de fête ont parfois interrompu ou essayé de regarder les réponses fragilisant la confidentialité ; la question sur la fréquentation des strates était peut-être trop longue (cinq fréquentations de lieux à quantifier) ; la question sur la connaissance du statut sérologique des partenaires sans protection n'était peut-être pas claire ou intrusive et la question sur les connaissances aurait dû mettre plus en avant le sens de la question pour éviter l'interprétation en "vrai ou faux".

10.1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les résultats concernant l'âge sont en accord avec l'étude de Vanden Berghe *et al.* (2011)[23] et montrent une fréquentation significativement plus tardive au cours de la vie des lieux avec consommation sexuelle directe possible (médiane de 43,0 ans).

La création de la strate III était une nouveauté par rapport à cette étude. Il faut noter qu'elle est scindée en deux extrêmes : les plus jeunes d'un côté et les plus âgés de l'autre. Cela peut s'expliquer par l'âge des membres du CHEL qui n'acceptent que les moins de trente ans en leur sein alors que certains membres d'Alliàge et du LGS sont ouverts à un public de tout âge (chez Alliàge nous avons remarqué une majorité de membres de plus de quarante ans). Cela est un facteur de confusion qui aurait pu être évité en partageant cette strate en fonction de l'âge.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger de HSH provenant de pays endémiques lors de l'étude. Il y a en conséquence un manque de données épidémiologiques prenant en compte le cumul de ces vulnérabilités.

[23] Moyenne d'âge pour les lieux de cruising de 38,5 ans

Les résidents belges d'origines étrangères (11,1 %) étaient en partie représentatifs des immigrés, ou de leurs descendants, de ce pays (français, arméniens, polonais, allemands, italiens et indiens). Tous sauf un sont en Belgique depuis plus de quinze ans.

Quant au diplôme scolaire le plus élevé, la différence significative entre les strates peut être expliquée par le nombre important, dans la troisième strate, d'étudiants du CHEL en cours de réalisation de leurs études supérieures.

Il aurait été intéressant de connaître l'emploi et les revenus pour pouvoir en tenir compte en tant que facteurs confondants.

10.2. RELATIONS/PARTENAIRES SEXUELS, ACTIVITÉ SEXUELLE ET MODE DE VIE

Sans catégoriser, la strate II se distingue déjà des deux autres au niveau du nombre de partenaires irréguliers dans les six derniers mois.

Le fait que le nombre de partenaires réguliers soit homogène entre les strates et d'une médiane de 1 partenaire régulier est témoin du fait que ces personnes sont ou ont été en couple stable dans les six derniers mois.

Le multipartenariat, avoir eu plus de cinq partenaires les six derniers mois[24], varie donc en fonction du type de partenaires : plus courant pour les irréguliers (37,2 %, n=86). En fait, plus de 50 % des participants de la strate II ont plus de cinq partenaires irréguliers, alors que ce taux descend aux environs de 25 % pour les deux autres strates.

Nous savons que le nombre de partenaires influence directement la propagation des IST. Par simple caresse ou fellation non protégée, la chlamydia, la syphilis et la gonorrhée peuvent se transmettre rapidement. La strate II serait donc plus à risque pour la transmission de ces IST.

Comme nous l'avons vu, une majorité de personnes d'orientation homosexuelle ont pris part à cette étude (90,0 %, n=90), un résultat concordant avec l'étude de Vanden Berghe *et al.* (2011) (94,1 %, n=611) (2011), mais un peu plus élevée que celui des répondants belges de l'étude EMIS (85 %, n=4 140) (2013).

Nous aurions pu demander le sexe de leurs partenaires, car il est possible que ce paramètre diverge de l'orientation sexuelle déclarée. Néanmoins, l'étude EMIS (2013) démontre une faible différence entre ces deux variables ce qui nous a amené à n'en prendre qu'une seule en compte.

Les fréquentations des strates n'ont malheureusement pas pu être comparées statistiquement. Toutefois, une partie de chaque strate fréquente les autres, attestant d'une circulation entre les lieux. Il n'est pas

[24] Valeur reprise par de nombreuses études sur le même sujet

étonnant que la strate I regroupe plus de clients au total, cette strate contient une plus grande diversité de lieux et peut répondre à plus d'attentes.

Quant à la fréquentation des sites et applications de rencontre gay en ligne, il aurait été intéressant de considérer Internet comme une cinquième strate, cette possibilité a malheureusement été écartée au début de l'étude par plusieurs difficultés méthodologiques (insertion de biais de sélection, d'information, risque de doublons, etc.).

Nos résultats indiquent que plus de la moitié des participants s'y connectent au moins une fois par semaine. L'étude EMIS (2013) sur les internautes obtient un taux beaucoup plus élevé (94,1 %, n=4 140). Par contre, une partie de leurs internautes (plus spécifiquement ceux s'identifiant comme bisexuels ou hétérosexuels) ne fréquentent pas beaucoup les lieux de rencontre non virtuels (particulièrement les lieux de la strate III). De plus, leurs résultats nous montrent qu'il est probable que les hommes fréquentant des lieux ouvertement gay s'identifient plus comme gay[25] alors que ceux s'identifiant comme bisexuels ou hétérosexuels se retrouvent préférentiellement sur des sites de rencontre.

Nous pouvons faire le postulat que la moitié des HSH des trois strates confondues utilisent régulièrement Internet pour faire des rencontres et que l'autre moitié ne fréquente que les lieux de rencontre non virtuels (50 %, n=90). Cette différence pourrait être liée à son orientation sexuelle ou pour certains à l'acceptation de celle-ci.

En définitive, Internet apparaît comme un canal incontournable pour toucher une population non présente dans les lieux de rencontre gay tant dans le champ de la prévention du VIH que de la lutte contre l'homophobie et la sérophobie. Sida Sol utilise déjà ce canal via un site de rencontre en ligne, Gayromeo®, depuis début 2013. Un site du même style, Grindr®, demande un paiement pour chaque annonce de promotion de la santé sur son application. Ils travaillent d'ailleurs avec le NHS au Royaume-Uni, ceux-ci proposent aux HSH en ligne de commander un pack de dépistage VIH de type auto-test.

10.3. STIGMATISATION LIÉE AU VIH, DISCRIMINATION ET HOMOPHOBIE

Tout comme l'étude EMIS l'indique pour la Belgique, plus de deux tiers des participants de notre étude ont fait leur coming out (67,8 %, n=90)[26]. Un taux plus bas de personnes dépistées auprès de ceux qui n'ont pas fait leur coming out à la plupart de leur entourage est peut-être lié au manque d'adhésion d'une partie des HSH au message de prévention secondaire actuel.

[25] L'étude EMIS montre en effet peu de différence entre gay, bisexuels et autres au niveau de la fréquentation des sites web de rencontre alors que le pourcentage de fréquentation de la strate I, II et III est réduit de moitié pour les bisexuels et autres par rapport aux gay (EMIS, 2013).
[26] La moyenne européenne était de 39 % (EMIS, 2013)

Nous pouvons constater que, selon la perception des répondants, la sérophobie semble une attitude globalement plus présente que l'homophobie. L'attitude est évaluée en majorité négative du le milieu familial et professionnel/scolaire envers les homosexuels et les personnes séropositives. Les amis et professionnels de la santé seraient par contre plus ouverts dans les deux cas. Pour le premier, il se compose de personnes choisies pour leurs affinités. Le second est peut-être plus rassurant grâce au secret professionnel obligatoire et estimé plus ouvert par sa dimension sociale.

Cela va à l'encontre de la théorie selon laquelle la stigmatisation de la part du milieu de la santé freine l'accès au dépistage. Il faut cependant nuancer, car nous disposons de peu d'informations à ce sujet.

Les deux personnes qui se sont déclarées séropositives dans l'étude ont des avis divergents à propos de la sérophobie. Il aurait été intéressant d'avoir plus d'avis à ce niveau de personnes séropositives, car toutes les autres ont évalué une discrimination qu'ils ne vivent pas, à priori, personnellement contrairement à l'homophobie. Cela a surement influencé les scores. Il faudrait davantage investiguer ce point pour comprendre les représentations qui jouent un rôle à ce niveau.

Nous avions décidé de réduire l'échelle de Likert pour ces deux questions, mais cela semble avoir été une erreur puisqu'en moyenne, 20 à 45 % des répondants indiquaient l'option neutre, ce qui a empêché une prise de position nette.

Même si, des lois et des campagnes de prévention existent dans notre pays pour empêcher ces comportements, elles ne sont pas assez efficaces ou connues pour que l'homophobie et la sérophobie se dissipent totalement. Il faut aussi admettre qu'agir sur des attitudes et des comportements pour les modifier, prend du temps et qu'il faut agir à différents niveaux (social, scolaire, familial, professionnel…).

10.4. VIH ET AUTRES IST

Il y a un haut taux de personnes non dépistées pour le VIH, 15,9 % (n=88) sans distinction significative entre les strates. Pour une population fortement ciblée par la prévention ce résultat est interpelant. Il se rapproche du résultat obtenu par l'étude de Vanden Berghe *et al.* (2011)[27]. De nombreux participants n'ont jamais fait de test de dépistage ou l'ont fait il y a plus de 18 mois. Un tiers d'entre eux ont des partenaires sans protection. Et même si les autres se sont protégés ou n'ont pas eu de partenaire les six derniers mois, ils en ont peut-être eu avant.

Au vu de la théorie (voir *supra* le point 2. Cadre théorique), nous nous serions attendu à avoir des participants diagnostiqués positifs à la syphilis. La population rencontrée est peut-être sous-dépistée ou sous-diagnostiquée ou ne connaît ni l'existence de cette infection ré-émergente ni les signes ou symptômes.

[27] Dans laquelle ils avaient obtenu un taux de 12,0 % (n=531)

Il aurait été intéressant de savoir combien de personnes dans notre étude étaient vaccinées contre l'hépatite B et si elles connaissaient l'existence d'un vaccin contre l'hépatite B. Ce champ serait intéressant à investiguer, également auprès des médecins traitants qui ont reçu les recommandations de l'ISP pour autant qu'ils connaissent l'homosexualité de leurs patients encore trop souvent ignorée.

Le seul cas d'hépatite C est répertorié dans la strate II qui est, peut-être, plus favorable à sa transmission au vu de la possibilité de pratique SM ou du sniff avec partage possible de la paille.

Nous ne connaissons pas le taux de dépistage des IST, cette question n'a pas été demandée pour limiter la longueur du questionnaire.

Les sites de cruising affichent donc une prévalence "déclarée" au VIH de 8 % (n=25) ce qui est inférieur aux données d'autres études dans de grandes villes européennes[28]. Nous pouvons donc supposer qu'une partie de nos répondants étaient contaminés sans le savoir (ces études ont montré un taux important de personnes contaminées qui n'étaient pas au courant de leur statut sérologique[29]) ou ont souhaité ne pas répondre.

Nous avons rencontré un profil qui est potentiellement très contaminant pour ses partenaires puisqu'il déclare une absence de traitement ARV. Sa charge virale est indétectable, mais elle peut augmenter à tout moment, surtout lors d'une co-infection ou par d'autres facteurs affaiblissant l'organisme. Comme nous l'avons vu, il a de nombreux rapports non protégés et fréquente toutes les strates. Cet exemple illustre bien la théorie des réseaux de transmission. Son diagnostic récent n'est peut-être pas encore bien accepté, ce qui n'a pas dû être facilité par la sérophobie de la part de sa famille ; sa charge virale basse l'a peut-être faussement rassurée ou sa consommation de nombreuses drogues lors des rapports anaux lui fait oublier la nécessité du port du préservatif (puisqu'il sait où ils se trouvent). Il a pourtant rencontré un professionnel de la santé récemment lors de la remise de son diagnostic. Nous voyons ici l'intérêt énorme que peut avoir le TasP afin de garantir une charge virale indétectable et stable.

Le deuxième participant déclarant un statut séropositif est lui aussi potentiellement contaminant bien que nous ne savons pas s'il prend un traitement ARV et sa charge virale ce qui peut grandement modifier la probabilité de transmission.

Pour aucun des deux, nous ne savons s'ils pratiquaient le *positionning* pour diminuer le risque de contamination. Cela aurait été intéressant vu le nombre important de rapports anaux non protégés qu'ils déclarent.

[28] 14,5 % dans l'étude de Vanden Berghe *et al.* (2011), de 9 à 14 % dans certaines villes du Royaume-Uni (Dodds *et al.*, 2007), 11 % en 2005 à Genève (Häusermann *et al.*, 2003), 17 % à Barcelone et 11,8 % à Vérone (Mirandola *et al.*, 2009).

[29] Environ un tiers des infections pour l'étude de Dodds *et al.* (2007) et 14,3 % dans l'étude de Vanden Berghe *et al.* (2011), bien que le taux s'élevait jusqu'à 30,0 % spécifiquement dans les sites de cruising.

10.5. AUTRES FACTEURS DE RISQUE

L'âge des consommateurs de drogues varie de 19 à 58 ans, même s'ils sont souvent plus âgés dans la strate II. Cela peut d'ailleurs expliquer la consommation de drogues plus "dures" dans cette strate (Hogge & Denoiseaux, 2014). Les drogues préférées lors de rapports anaux restent l'alcool et le poppers.

Si l'on se réfère à l'étude EMIS (2013), les résultats peuvent s'expliquer par le fait que les clients de la strate I et II, en raison de leur caractère festif, voient circuler plus de drogues récréatives (ceux qui fréquentent ces lieux ont environ deux fois plus de chance d'avoir pris des *sex-drugs* les quatre semaines précédentes que ceux qui ne les fréquentent pas). Ensuite, dans la strate II, une moyenne d'âge plus élevée et donc plus de drogues consommées peuvent expliquer la consommation de viagra. De plus, le poppers est en vente dans les lieux de la strate II. Ces trois raisons peuvent expliquer fortement la différence significative que nous retrouvons entre la strate II et III.

L'alliance de poppers, viagra et stimulants ne s'est rencontrée qu'auprès de deux personnes de la strate II, l'un déclare être séropositif et l'autre n'a pas reçu le résultat de son dernier test. Le profil de cette personne séropositive coïncide avec la conclusion de l'étude de Purcell *et al.* (2001) et celle de Harrington *et al.* (1999) (voir *supra* le point 2. Cadre théorique) puisqu'il déclare une forte consommation de drogues diverses avec un nombre très élevé de partenaires irréguliers (et non réguliers) sans protection et sans prise de traitement.

Quant aux drogues qui n'ont pas été signalées dans cette étude, leur utilisation a pu se faire en dehors de relations sexuelles ou dans le passé. Cette question n'avait pas été limitée dans le temps, ce qui a pu amener des interprétations différentes.

Pour le statut résidentiel, nous remarquons que pour les HSH de 18 à 25 ans de cette étude (n=30) les chiffres se rapprochent de la littérature (Kipke, Weiss & Wong, 2007) : les personnes vivant chez leurs parents semblent bénéficier d'un effet protecteur envers la drogue et l'exposition au risque de transmission du VIH. Nous n'avons pas exploré le fait que les jeunes qui vivent dans leur propre appartement y sont par choix ou non.

La prostitution n'a pas non plus été évoquée dans le questionnaire. Elle peut prendre de nombreuses formes et amener à prendre des risques. L'étude de Kipke, Weiss & Wong (2007) sur 526 jeunes HSH entre 18 et 25 ans indiquait un taux de 16 % de participants déclarant avoir déjà échangé des faveurs sexuelles pour de l'argent ou autre chose.

Dans le cas du manque de connaissance vis-à-vis de la présence de préservatifs dans la strate I nous pouvons imaginer que les clients ne s'y rendent pas pour avoir des relations sexuelles sur place et que l'importance de connaître l'emplacement du distributeur de préservatifs y est donc diminuée. Quant à la strate III, ce sont des membres qui fréquentent très régulièrement le même lieu de rencontre (local de l'association). Il est donc logique qu'ils sachent parfaitement bien où se trouvent les préservatifs. De plus, les différentes associations organisent régulièrement des actions de sensibilisation ou relayent des messages de prévention.

L'accessibilité aux préservatifs n'est pas optimale dans la strate II alors qu'elle est essentielle pour ce type de lieux. Certains systèmes ont pourtant été mis en place récemment (*pipelife*) mais ne sont peut-être pas encore assez connu. De plus, lorsqu'ils sont vides, le seul moyen d'en obtenir est d'en demander au bar, ce qui est un frein évident pour le client.

10.6. L'EXPOSITION AU RISQUE D'INFECTION À VIH

La différence est faiblement significative au niveau du nombre de partenaires irréguliers sans protection entre la strate II et les autres et cette différence tombe lors de la comparaison multiple. Dans ce cas-ci, cette variable est liée directement au risque de transmission de toutes les IST et donc du VIH. Un échantillon plus large nous aurait peut-être permis de visualiser une différence plus nette.

La protection est plus présente auprès des partenaires irréguliers que réguliers. Une relation supposée plus stable (partenaire officiellement défini comme petit copain ou mari) permet une confiance envers le partenaire et l'arrêt du préservatif. Cependant, cela n'est pas forcément la seule raison possible de l'arrêt de la protection (coût, plaisir, accessibilité, allergie, taille…). Deux sur cinq (n=57) continuent malgré tout à se protéger avec leur(s) partenaire(s) régulier(s).

Il y a sans doute là l'intention de protéger son partenaire régulier, car ils ont quasi tous (90,9 %, n=22) eu des partenaires irréguliers (avant, après ou pendant leurs relations avec un ou des partenaires réguliers). De plus, la majorité a réalisé un dépistage VIH récent (80 %, n=20) qui pourrait leur permettre de ne plus utiliser le préservatif avec leur partenaire régulier.

Au vu d'un taux de réponse bas pour les questions portant sur les partenaires, ce sujet semble être un sujet sensible.

Même si l'exposition directe au VIH n'est pas significativement différente entre les strates, la présence de quelques profils cumulant de nombreux facteurs de risque (voir supra le point 10.4. VIH et autres IST) engendre un risque certain de transmission du virus. Nous voyons ici l'intérêt du TPE et de la PrEP pour les personnes séronégatives qui ne se protègent pas, particulièrement dans la strate II, puisqu'elles risquent de croiser ces profils à risque.

Le *serosorting* (voir *supra* le point 2. Cadre théorique) n'a pas pu être évalué, la question a été mal comprise. Il aurait pourtant été intéressant de corréler cette variable avec les connaissances sur la charge virale (autre variable qui n'a pu être évaluée) puisque celle-ci va influencer directement le risque de transmission du VIH. La stigmatisation liée au VIH est aussi un paramètre important dont il faut tenir compte à ce niveau.

Le positionnement stratégique (*positioning*) n'a pu être évalué, car la longueur de notre questionnaire était limitée.

11. CONCLUSION

En comparant, chez les HSH, des facteurs comportementaux à risque de transmission du VIH entre différents types de lieux de rencontre à Liège, nous voulions mieux orienter les actions de prévention et de dépistage de cette infection auprès de ce public particulièrement vulnérable sur le plan épidémiologique belge.

Entre les 3 lieux de rencontre investigués, ce sont les lieux de consommation sexuelle qui se distinguaient significativement par : l'âge des participants, le nombre de partenaires irréguliers, la consommation de drogue et l'accessibilité aux préservatifs.

Pour l'ensemble de l'échantillon (tous les types de lieux confondus), une proportion importante (15,9 %) des participants n'a jamais fait de dépistage du VIH et plus d'un tiers de ceux-ci ont des rapports anaux non protégés alors qu'ils ne connaissent pas leur propre statut sérologique.

L'homophobie et la sérophobie restent ressenties par une partie des participants, surtout en ce qui concerne le milieu professionnel ou scolaire ou familial.

De plus, 25 à 50 % des participants ont déclaré avoir plus de cinq partenaires irréguliers ces six derniers mois. Le multipartenariat élevé fait craindre une transmission de certaines IST. Celles-ci paraissent d'ailleurs sous-déclarées ou sous-diagnostiquées.

D'autre part, quelques profils accumulent de nombreux facteurs de risque. C'est le cas des deux hommes séropositifs au VIH qui ont participé à l'étude. Ils ont de nombreux partenaires irréguliers (avec ou sans protection) et fréquentent tous les types de lieux. Ils draguent sur les sites de rencontre gay. Ils ont pris plusieurs drogues lors des derniers rapports anaux.

L'intérêt de la prévention primaire et secondaire vis-à-vis du VIH et des autres IST auprès de ce public n'est plus à démontrer, toutefois certaines actions semblent prioritaires :

- la promotion du TPE et du TasP ;
- la promotion du dépistage pour le VIH éclairé et consenti et l'amélioration de son acceptabilité, sa confidentialité, son accessibilité (coût et lieux diversifiés) ;
- l'intensification d'actions de lutte contre l'homophobie et la sérophobie ;
- la prévention de l'usage de drogue lors des rapports sexuels ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux préservatifs ;
- l'utilisation de tous les canaux et circuits possibles de rencontre (sites et applications et lieux publics extérieurs) et
- la formation des professionnels de la santé.

D'autres pistes restent à explorer telles que des études sur l'efficience de la Prep, la fréquence de dépistage et la connaissance des IST ré-émergentes, les stratégies de réduction des risques mises en place comme le *positionning* et le *serosorting* et les représentations liées à l'homophobie et la sérophobie.

BIBLIOGRAPHIE

Ambrosioni, J, Junier, T, Delhumeau, C, Calmy, A, Hirschel, B, Zdobnov, E 2012, 'Impact of HAART on the molecular epidemiology of newly diagnosed HIV infections in Geneva', *AIDS*.

Baggaley, R, White, R, Boily, M 2010, 'HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention', *International Journal of Epidemiology*, pp. 1–16.

Beyrer, C, Sullivan, P, Sanchez, J, Dowdy, D, Altman, D, Trapence, G, Collins, C, Katabira, E, Kazatchkine, M, Sidibe, M, Mayer, K 2012, 'A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men', *Lancet*, no. 380, pp. 424–438.

Beyrer C, Sullivan, P, Sanchez, J, Millet, G, Baral, S, Collins, C, Wirtz, A, Altman, D, Trapence, G, Mayer, K 2013, 'The global HIV epidemics in men who have sex with men (MSM): time to act ', *AIDS*, no. 27.

Bochow, M, Jauffret-Roustide, M, Michel, A & Schiltz, M 2003, 'Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000)', ANRS et CRIPS, Paris.

CDC 2009, 'Consultation on serosorting practices among men who have sex with men', CDC, consulté le 27/07/2014, <http://www.cdc.gov/msmhealth/serosorting.htm>.

Chartrain, C, Douris, V, Girard, G, Marsicano, E et Noseda, V 2013, 'VIH/sida : anciennes approches, nouveaux regards', *Genre, sexualité & société*, consulté le 5 juin 2014, <http://gss.revues.org/2891>.

Delor, F 1997, 'Séropositifs, Trajectoires identitaires et rencontres du risque', *L'Harmattan, Logiques sociales*, Paris, pp. 40-50.

Delor, F, Hubert, M 2004, 'Un réexamen du concept de «vulnérabilité» pour la recherche et la prévention du VIH/Sida.', *Observatoire du sida et des Sexualités*, Bruxelles.

Dosekun, O, Fox, J 2010, 'An overview of the relative risks of different sexual behaviours on HIV transmission', *Curr Opin HIV AIDS*, no. 5, pp. 291-7.

Eaton, L, Kalichman, S, O'Connell, D, Karchner, W 2009, 'A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: Serosorting and its implications for HIV transmission', AIDS Care, no. 21, pp. 1279-1288.

ECDPC (European Centre for Disease Prevention and Control) 2013, 'HIV/AIDS surveillance in Europe 2012', European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, consulté le 21/03/2014, <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-2012-20131127.pdf>.

EMIS 2013, 'EMIS 2010. The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries.', *EMIS*, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDPC).

Harrington, R, Woodward, J, Hooton, T, Horn, J 1999, 'Life threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and illicit MDMA and gamma-hydroxybutyrate'. *Archives of Internal Medicine*, no. 159, pp. 221.

Herek, G 1998, 'Stigma and sexual orientation. Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals', *Thousand Oaks*, CA.

Gisle, L 2010, 'L'usage de drogues illicites. Enquête de santé par interview, Belgique 2008', Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles.

Herek, G, Capitanio, J 1998, 'AIDS stigma and HIV-related beliefs in the United States : results form a national telephone survey', consulté le 10/07/14, < http://glbpsychology.net/html/geneva98.pdf>.

Hogge, M & Denoiseux, D 2014, 'L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles Rapport 2013-2014', Eurotox & FWB, Bruxelles.

Jablonski, O, Le Talec, J & Sidéris, G 2010, 'Santé gaie', *L'Harmattan, Edition Pepper*, Paris.

Kikpke, M, Weiss, G, Wong, C 2007, 'Residential status as a risk factor for drug use and HIV risk among young men who have sex with men', AIDS Behav, no. 11, pp. 56-69.

Leigh Brown, A, Lycett, S, Weinert L, Hughes, G, Fearnhill E, Dunn, D 2011, 'Transmission network parameters estimated from HIV sequences for a nationwide epidemic', *The Journal of Infectious Diseases*, no. 204, pp. 1463–1469.

Le Talec, J 2006, 'Homosexualité masculine et sida : Effets de genre et questions de santé', *Colloque international : " Les études genre" : enjeux scientifiques et effets sociaux*, Toulouse.

Le Talec, J, Jablonski, O 2008, 'Seroadaptation instead of serosorting: a broader concept and a more precise process model', XVII International AIDS Conference, Mexico City.

Le Vu, S, Velter, A, Meyer, L, Peytavin, G, Guinard, J, et al. 2012, 'Biomarker-Based HIV Incidence in a Community Sample of Men Who Have Sex with Men in Paris', *PLoS ONE*, France, no. 7.

Martens, V 2009, 'Une analyse commune pour l'action Décembre 2009', *Stratégies concertées*, Observatoire du Sida et des sexualités, Bruxelles, consulté le 17/07/2014, <http://www.strategiesconcertees.be/publications/SC-ISTsida2009_cahier1.pdf>.

Martens, V, Parent, F 2005, 'Stratégies concertées du secteur de la prévention du Sida et des IST en Communauté française', *Observatoire du Sida et des Sexualités & ULB*, Bruxelles, consluté en ligne le 26/07/2014, <http://www.observatoire-sidasexualites.be/documents/pub/2005-Brochure_SCSS.pdf>.

Martens, V 2012, 'La surveillance épidémiologique du VIH/SIDA : un outil d'évaluation de la prévention ?', *Observatoire du sida et des sexualités (FUSL)*, Bruxelles.

Millett, G 2012, 'HIV Prevention among Men Who Have Sex With Men', CDC IAC Sympsoium (AIDS 2012), Whashington.

OMS 2011, 'Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les homes ayant des rapports sexuels avec d'autres homes et chez les personnes transgenres', OMS, pp. 17,34-36.

OMS 2014, 'People most at risk of HIV are not getting the health services they need', OMS, Genève, consulté le 11/07/2014, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/en/>.

ONUSIDA 2006, 'Policy brief: HIV and sex between men', ONUSIDA, consulté le 16/03/2014, <http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf>.

ONUSIDA 2013, 'Fiche d'information mondiale 2013', ONUSIDA, consulté le 25/03/2014, <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20130923_FactSheet_Global_fr.pdf>.

Ostrow, D, Plankey, M, Cox, C, Shoptaw, S, Jacobson, L, Stall, R 2009, Specific Sex-Drug Combinations Contribute to the Majority of Recent HIV Seroconversions Among MSM in the MACS', *J Acquir Immune Defic Syndr*, no. 51, pp. 349–355.

Paul, J, Stall, R, Crosby, G, Barrett, D & Midanik, L 1994, 'Correlates of sexual risk-taking among gay male substance abusers', *Addiction*, no. 89, pp. 971–983.

Parsons, J, Schrimshaw, E, Wolitski, R, Hakitis, P, Purcell, D, Hoff, C, Gomez, C 2005, 'Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation', *AIDS*, no. 19, pp. 13-25.

Pines, H, Gorbach, P, Weiss, R, Shoptaw, S, Landovitz, R, Javanbakht, M, Ostrow, D, Stall, R, Plankey, M 2014, 'Sexual risk trajectories among MSM in the United States: implications for pre-exposure prophylaxis delivery', *JAIDS*, no. 65, pp. 579-586.

Pollak, M 1988, 'Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie', *Métailié*, Paris.

Purcell, D, Parsons, J, Halkitis, P, Mizuno, Y, Woods, W 2001, 'Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men', *Journal of Substance Abuse*, no. 13, pp. 185-200.

Reback, C 1997, 'The social construction of a gay drug: methamphetamine use among gay and bisexual males in Los Angeles', *Report to the AIDS Coordinator*, Los Angeles.

Rusch, M, Lampinen, T, Schilder, A, Hogg, R, 2004, 'Unprotected Anal Intercourse Associated With Recreational Drug Use Among Young Men Who Have Sex With Men Depends on Partner Type and Intercourse Role', Sexually Transmitted Diseases, no. 24, pp. 492-498.

Sasse, A, Verbrugge, R, Van Bechoven, D 2012, 'Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique Situation au 31 décembre 2011', Institut de Santé Publique, Bruxelles.

Sasse A., Deblonde J., Van Beckhoven D. 2013, 'Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique Situation au 31 décembre 2012', Institut de Santé Publique, Bruxelles.

Schrager, S, , M, Wong, C, Weiss, G, Kipke, M 2011, 'HIV Testing and Risk Behaviors Among Young Men Who Have Sex With Men in Los Angeles County', *Am J Health Promot*., no. 25, pp. 244–247.

Seage, G, Mayer, K, Wold, G, Lenderking, W, Goldstein, R, Cai, B, Gross, M, Heeren, T & Hingson, R 1998, 'The social context of drinking, drug use, and unsafe sex in the Boston Young Men Study.', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, no. 17, pp. 368–375.

Stall, R, & Purcell, D 2000, 'Intertwining epidemics : a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic', *AIDS Behavior*, no. 4, pp. 181–192.

Stall, R, & Wiley, J 1998, 'A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: the San Francisco Men's Health Study', *Journal of Drug Issues*, no. 19, pp. 57–75.

Štulhofer, A, Rimac, I 2009, 'Determinants of homonegativity in Europe', *Journal of Sex Research*, no. 46, pp. 1-9.

UNESCO 2002, 'L'approche culturelle de la prevention et du traitement du VIH/SIDA', UNESCO, pp.7., consulté le 8/7/2014, < http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125586f.pdf>.

Vanden Berghe, W, Nöstlinger, C, Buvé, A, Beelaert, G, Fransen, K, Laga, M 2011, 'A venue-based HIV prevalence and behavioural study among men who have sex with men in Antwerp and Ghent, Flanders, Belgium, October 2009 to march 2010', *Euro Surveill*., no. 16, pp.19914.

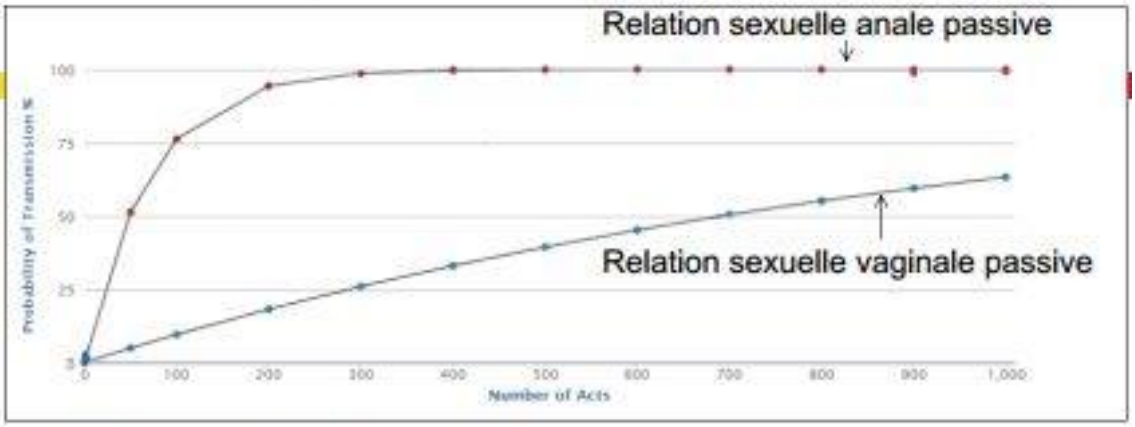
Verbrugge, R, Crucitti, T, Quoilin, S 2013, 'Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale en Belgique et dans les régions Données de 2012', Institut de Santé Publique, Service Maladies infectieuses dans la population générale, Bruxelles.

Yebra, G, Holguin, A, Pillay, D, Hue, S 2013, 'Phylogenetic and demographic characterization of HIV-1 transmission in Madrid, Spain.', *Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics in Infectious Diseases*, no. 14, pp. 232–239.

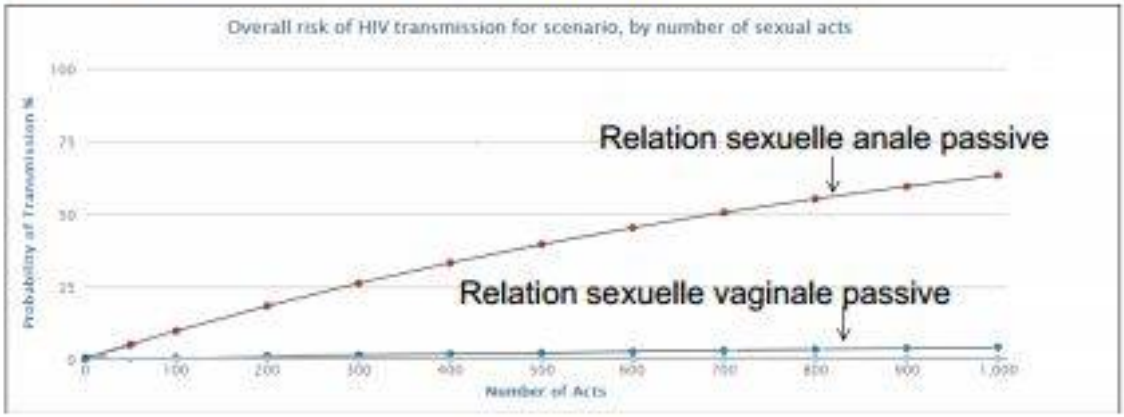
ANNEXES

I. COMPARAISON DE SCÉNARIOS (PRÉSENCE DE TRAITEMENT ET RELATION ANALE/VAGINALE)

Scénario 1 : Partenaire séropositif ne suivant **pas de traitement** (risque de base)

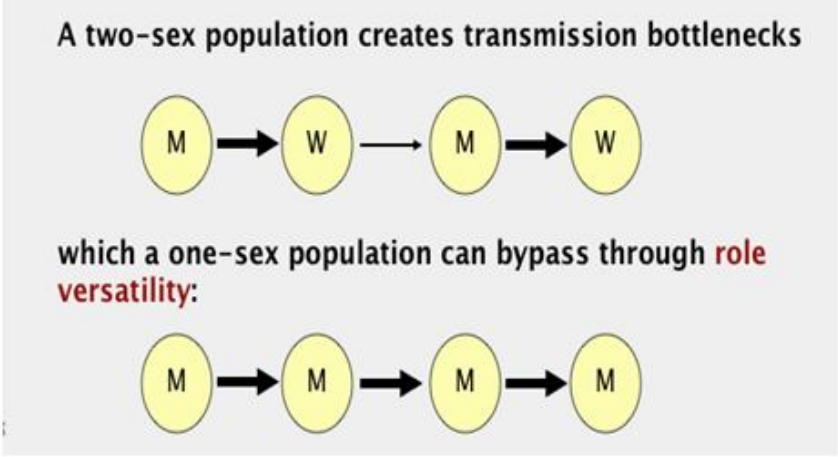


Scénario 2 : Partenaire séropositif **sous traitement** (risque réduit)



Source : James Wilton, CATIE 2013

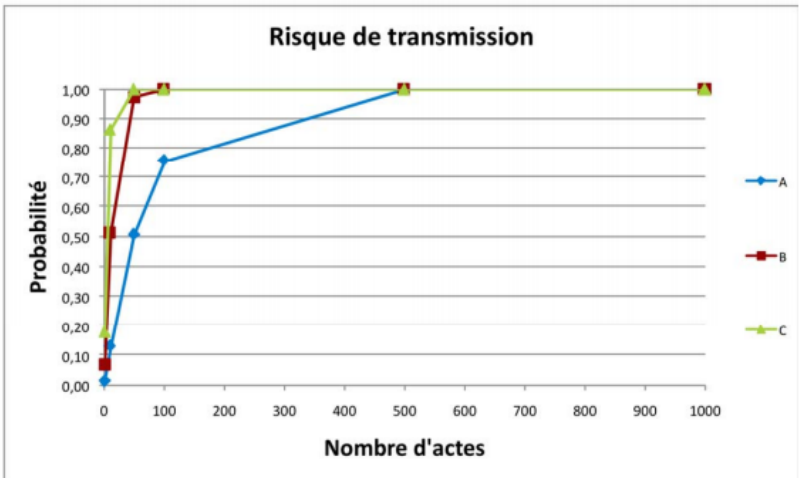
II. SCHÉMATISATION DE L'EFFET "GOULOT D'ÉTRANGLEMENT"



Source : Millet 2012 cité par Pietquin 2013

III. COMPARAISON DE SCÉNARIOS (STADE DE L'INFECTION ET PRÉSENCE D'IST)

- Couple d'hommes, l'homme séronégatif reçoit pénétration anale sans condom
- A : Stade chronique de l'infection au VIH, sans traitement
- B : Stade aigu de l'infection au VIH, sans traitement
- C : Aigu, sans traitement; en présence d'ITS ulcératives chez l'homme séronégatif



Source : James Wilton, CATIE 2013

IV. ÉTABLISSEMENTS ÉLIGIBLES SELON LES TYPES DE LIEUX DE RENCONTRE

Types de lieux	Noms des établissements éligibles
I. Lieux gays réguliers bar/pub/nightclub	L'Openbar, le Sweetbar, le Codebar, le Relax café, le TeaDance, le Célest'in et le Moustache club
II. Lieux de consommation sexuelle directe intérieure	The Chap's, l'Aquari'hom, le Spartacus, le 139, le Midi-Minuit et le Majestix
III. Collectivités gay, associations LGBTQI	Alliàge, le CHEL et LGS
IV. Lieux de cruising extérieur	Parkings, parc d'Avroy, l'île Monsin, les aires d'autoroute de Crisnée, Visé, Hozémont, Boirs

V. PARAMÈTRES DE L'ECDPC

Thèmes les plus fréquemment couverts lors de surveillance comportementale chez les HSH :

Topic area Topics	Number of countries reporting use (total 17)
Knowledge and attitudes	
Knowledge about HIV/AIDS infection and/or treatments	14
Knowledge of Post Exposure Prophylaxis (PEP)	10
Awareness of prevention activities	14
Sexual relationships and sexual partners	
Types of partners/relationships, such as regular partner, casual partners	15
Sexual activity and lifestyle	
Sexual activity, such as number of partners, frequency of sexual contacts	16
Sexual orientation	16
Sexual practices	15
How and where partners are met	12
Exposure to risk of infection	
Condom use at last intercourse	14
Condom use with different types of partners	16
Condom use in different types of sexual practice (e.g. vaginal, anal, oral sex)	12
Risk reduction strategies (such as negotiated safety, serosorting, positioning)	11
HIV and other STI	
HIV testing	15
Current or past STI other than HIV and hepatitis	14
Result of last HIV test (self-reported)	15
Result of last HIV test (measured)	7
Drugs and substance use	
Types of drugs consumed	12
Use of psychoactive substances (including alcohol) and intercourse	10
Injecting drug use	7
Socio-demographic characteristics	
Education	15
Employment	12
Nationality and/or ethnic origin	10

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe, ECDC (2009)

VI. VARIABLES DE L'ÉTUDE

Variables de l'étude selon leur type, le code employé pour l'encodage et leurs valeurs ou options de réponse

Variables	Codes	Valeurs
Qualitatives		
Nominales		
Statut résidentiel	1	Chez leur(s) parent(s)
	2	Chez d'autre(s) membre(s) de leur famille
	3	En résidence étudiante sur le campus de l'école
	4	Dans leur propre maison/appartement
	5	Chez un ami
	6	Chez leur partenaire/petit copain
	7	Sans maison ou place régulière pour dormir
	8	Autre
	9	Préfère ne pas répondre
Orientation sexuelle	1	Gay/homosexuelle
	2	Bisexuelle
	3	Hétérosexuelle
	4	N'importe lequel de ces termes
	5	Pas l'habitude d'utiliser un terme spécifique
Présence de préservatifs dans le lieu d'observation	1	Non
	2	Ne sais pas
	3	Oui
Statut sérologique des partenaires sexuels avec rapports anaux non protégés dans les 6 derniers mois	1	Séropositifs
	2	Contaminés sans le savoir
	3	Séronégatifs
	4	Statut sérologique inconnu
Statut sérologique lors du dernier test	1	Séropositif
	2	Séronégatif
	3	Indéfini
	4	N'a pas reçu le résultat du test
	9	Préfère ne pas répondre
Traitement du VIH en cours	1	Oui
	2	Non
	3	Préfère ne pas répondre
Dernière charge virale	1	Indétectable
	2	Détectable
	3	Se souvient pas/ne sais pas/n'a pas reçu le résultat
	9	Préfère ne pas répondre
Ordinales		
Diplôme scolaire le plus élevé	1	Aucun diplôme
	2	Ecole primaire
	3	Ecole secondaire inférieure
	4	Ecole secondaire supérieure
	5	Enseignement supérieur (non universitaire)
	6	Diplôme universitaire
	9	Préfère ne pas répondre

Fréquentation des sites de rencontre en ligne	1	Une à plusieurs fois par jour
	2	Une à plusieurs fois par semaine
	3	Une à plusieurs fois par mois
	4	Pas connecté ces 3 derniers mois
	5	Pas de compte pour l'instant
	9	Préfère ne pas répondre
Proportion de coming-out à l'entourage	1	Aucun
	2	Quelques-uns
	3	Moins de la moitié
	4	Plus de la moitié
	5	Tous ou presque tous
	9	Préfère ne pas répondre
Attitude envers les homosexuels dans le milieu professionnel ou scolaire	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
Attitude envers les homosexuels dans le milieu familial	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
Attitude envers les homosexuels des amis/connaissances	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
Attitude envers les homosexuels des professionnels de santé	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
Accessibilité aux préservatifs dans le lieu d'observation	1	Pas du tout facile
	2	Peu facile
	3	Neutre
	4	Assez facile
	5	Très facile
Attitude envers les séropositifs dans le milieu professionnel ou scolaire	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
	4	Sans avis
Attitude envers les séropositifs dans le milieu familial	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
	4	Sans avis
Attitude envers les séropositifs des amis/connaissances	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
	4	Sans avis
Attitude envers les séropositifs des professionnels de santé	1	Négative
	2	Ni négative ni positive
	3	Positive
	4	Sans avis

Catégorisées	
Originaire d'un pays endémique	Non
	Oui
Originaire de l'étranger	Oui
	Non

Lieu de résidence	Province de Liège Province de Namur Province du Luxembourg Province du Brabant Flamand Hors Belgique
Date du dernier dépistage	Récent (2013-2014) <2013 Jamais Préfère ne pas répondre

Quantitatives

Âge (années)

Fréquentation des lieux de rencontre I (3 derniers mois)

Fréquentation des lieux de rencontre II (3 derniers mois)

Fréquentation des lieux de rencontre III (3 derniers mois)

Fréquentation des lieux de rencontre IV (3 derniers mois)

Proportion de fréquentation du lieu d'observation par rapport à la strate (%)

Accessibilité aux préservatifs (%)

Nombre d'IST diagnostiquée(s) les 12 derniers mois

Nombre de partenaires réguliers (6 derniers mois)

Nombre de partenaires irréguliers (6 derniers mois)

Nombre de partenaires réguliers avec rapport anal non protégé (6 derniers mois)

Nombre de partenaires irréguliers avec rapport anal non protégé (6 derniers mois)

Nombre de drogues utilisées avant ou pendant les derniers rapports anaux

Date du dernier dépistage VIH (années)

Proportion d'affirmations connues à propos du VIH (%)

VII. KIPKE

Where do you live now, or where do you sleep most nights of the week?

a. Parent's home
b. Other family member's home (specify):_____
c. Dormitory/campus housing
d. Own home/apartment
e. Friend's home/apartment
f. Boyfriend/girlfriend/partner's home/apartment
g. Don't have a home or regular place to stay
h. Other:_____

Don't Know

Refused

VIII. LETTRE DE PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de Master en Santé Publique à l'université de Liège et en partenariat avec Sida Sol (ASBL de lutte contre le VIH/SIDA et ses discriminations), nous réalisons une enquête comportementale dont le titre est : *Les comportements à risque d'infection au VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans différents lieux de rencontre à Liège.*

L'objectif général de ce travail est de comparer les comportements sexuels à risque pour le VIH selon différents types de lieux de rencontre à Liège et uniquement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Il est prévu que les résultats de cette étude aideront à améliorer les programmes de prévention et de dépistage de Sida Sol à Liège auprès de cette population.

Si vous êtes un homme, vous avez plus de 18 ans, vous avez déjà eu au moins un contact sexuel avec un autre homme ces 12 derniers mois et vous n'avez pas encore participé à ce projet auparavant, vous êtes invité à prendre part à cette étude. Quels que soient votre vécu et votre expérience avec le VIH, votre participation nous intéresse.

Le questionnaire est entièrement **anonyme** (aucun nom ou prénom n'est nécessaire) et la **confidentialité** des informations récoltées est assurée. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré que vous devez remplir **seul**. Il comporte des questions sur votre vie sexuelle et votre santé. Si vous constatez un manque d'intimité pour répondre au questionnaire, n'hésitez pas à interpeller l'étudiant afin de trouver un endroit plus propice. Le questionnaire complété doit être remis directement à l'étudiant qui le placera devant vous dans une boîte scellée.

Pour d'éventuelles questions ou pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à consulter l'étudiant présent sur place ou contacter l'ASBL Sida Sol (04/366.96.10).

D'avance, nous vous remercions de pouvoir compter sur votre précieuse collaboration !

Englebert Simon
Étudiant en Santé Publique à l'ULg
Chargé de projets à l'ASBL Sida Sol

IX. QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est totalement anonyme. Veuillez répondre à toutes les questions.

Pour répondre, cochez la case correspondante d'une croix ☒

Si vous voulez changer votre réponse, noircissez complètement la mauvaise case et cochez la bonne d'une croix.

Lorsqu'un nombre est demandé, mettez un chiffre dans chaque espace : |_9_|_9_|

Dans les champs de texte libre, utilisez de préférence des caractères imprimés.

1. Quel âge avez-vous ? |__|__|

2. Dans quel pays êtes-vous né ?

Belgique ☐ 1

Autre

→ Précisez le pays _____

→ Depuis combien d'années êtes-vous en Belgique ? |__|__| ans

3. Où habitez-vous actuellement ?

Indiquez les deux premiers chiffres de votre code postal : |__|__|

4. Où vivez-vous actuellement, où dormez-vous la plupart de vos nuits ?

Chez vos parents	☐ 1
Chez d'autre(s) membre(s) de votre famille (spécifiez) : _____	☐ 2
En résidence étudiante sur le campus de l'école	☐ 3
Dans votre propre maison/appartement	☐ 4
Chez un ami	☐ 5
Chez votre partenaire/petit copain	☐ 6
Vous n'avez pas de maison ou de place régulière pour dormir	☐ 7
Autre : _____	
Je préfère ne pas répondre	☐ 9

5. Quel est votre diplôme le plus élevé ?

Aucun diplôme	☐ 1
Ecole primaire	☐ 2
Ecole secondaire inférieure	☐ 3
Ecole secondaire supérieure	☐ 4
Enseignement supérieur (non universitaire)	☐ 5
Diplôme universitaire	☐ 6
Je préfère ne pas répondre	☐ 9

6. Laquelle des options suivantes vous décrit le mieux ?

Gay/homosexuel	☐ 1
Bisexuel	☐ 2
Hétérosexuel	☐ 3
N'importe lequel	☐ 4
Je n'ai pas l'habitude d'utiliser un terme spécifique	☐ 5

7. Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence vous connectez-vous un site web ou une application de rencontre gay ? *(Cochez la fréquence se rapprochant le plus de votre situation)*

Une à plusieurs fois par jour	☐ 1
Une à plusieurs fois par semaine	☐ 2
Une à plusieurs fois par mois	☐ 3
Je ne me suis pas connecté ces trois derniers mois	☐ 4
Je n'ai aucun compte pour l'instant	☐ 5
Je préfère ne pas répondre	☐ 9

8. Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous fréquenté les types de lieux suivants ? (*Veuillez-vous référer à la liste fournie ci-dessous pour savoir quels lieux sont inclus sous chaque type*.

Veuillez répondre à chaque élément. Si vous n'êtes pas sûr, donnez une estimation.)

a. Discothèque/café/bar gay (sans consommation sexuelle) |__|__|__| fois

b. Sauna, cinéma & sex club gay (avec consommation sexuelle possible) |__|__|__| fois

c. Parking/parc public extérieur |__|__|__| fois

d. Centre communautaire, organisation ou groupe social gay |__|__|__| fois

e. Le lieu spécifique où nous nous trouvons actuellement |__|__|__| fois

Discothèque/café/bar gay (sans consommation sexuelle)	L'Openbar, le Sweetbar, le Bôbar, le Codebar, le Relaxcafé, le TeaDance d'Alliàge, la Cupcake party, le Célest'in, l'Amusoir, le Moustache, le Disparate et le Petit Paris.
Sauna, cinéma & sex club gay (avec consommation sexuelle)	Le Chap's, le Spartacus, l'Aquari'hom, le 139, le Midi-Minuit et le Majestix.
Parking/parc public extérieur pour rencontres gays (liste non exhaustive)	Le parc d'Avroy, l'île Monsin, les parkings de Crisnée, Visé, Barchon, Boirs,…
Centre communautaire, organisation ou groupe social gay	Le CHEL, Alliàge (ballade, Imago, souper, vernissage), LGS

9. En pensant à tous ceux qui vous connaissent (famille, amis et collègues de travail ou d'étude), combien d'entre eux savent que vous êtes attiré par les hommes ?

Aucun ☐ 1

Quelques-uns ☐ 2

Moins que la moitié ☐ 3

Plus que la moitié ☐ 4

Tous ou presque tous ☐ 5

Je préfère ne pas répondre ☐ 9

10. Selon votre expérience, quelle est l'attitude adoptée par la plupart des gens envers les homosexuels ou bisexuels dans les contextes suivants ? *(Veuillez répondre à chaque élément)*

		Négative	Ni négative ni positive	Positive
a.	Travail/École	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b.	Parents	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c.	Amis/Connaissances	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d.	Médecins/professionnels de la santé	☐ 1	☐ 2	☐ 3

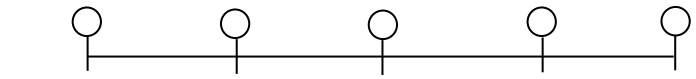
11. Y-a-t-il des préservatifs gratuits disponibles facilement dans le lieu où nous nous trouvons actuellement ?

Non ☐ 1

Je ne sais pas ☐ 2

Oui ☐ 3

→ Evaluez la facilité d'accès :



12. Au cours des 12 derniers mois, a-t-on diagnostiqué chez vous l'une des infections suivantes: *(Veuillez répondre à chaque élément)*

		Oui	Non	Je ne sais pas	Je préfère ne pas répondre
a.	Syphilis	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
b.	Gonorrhée/blennorragie	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
c.	Chlamydia	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
d.	Verrues ano-génitales/condylomes	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
e.	Herpès génital	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
f.	Limphogranuloma venereum (LGV)	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
g.	Démangeaisons/écoulement urétrals	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
h.	Hépatite B	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9
i.	Hépatite C	☐ 1	☐ 2	☐ 8	☐ 9

À partir d'ici, veuillez-vous concentrer sur les 6 derniers mois et vos partenaires masculins irréguliers.

*La notion de **« partenaire irrégulier »** renvoie à des hommes avec qui vous avez eu des rapports sexuels une seule fois, et des hommes avec qui vous avez eu des rapports sexuels plusieurs fois, mais que vous ne considérez pas comme partenaire régulier (y compris des aventures d'un soir, des partenaires anonymes et occasionnels, 'sex-friend').*

*Par **« sexe »**, nous entendons toute forme de sexe impliquant le contact physique avec une autre personne, y compris le sexe oral et la masturbation mutuelle.*

13. Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires masculins *irréguliers* avez-vous eu des rapports sexuels ? *(Si vous n'êtes pas sûr, donnez une estimation.)*

Nombre de partenaires masculins irréguliers (0 si aucun) |__|__|__|

Je préfère ne pas répondre ☐ 999

14. Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires masculins *irréguliers* avez-vous eu des rapports sexuels anaux (donneur et/ou receveur) non protégés (sans préservatif) *(Si vous n'êtes pas sûr, donnez une estimation.)*

Nombre de partenaires masculins irréguliers (0 si aucun) |__|__|__|

Je préfère ne pas répondre ☐ 999

À partir d'ici, veuillez-vous concentrer sur vos partenaires masculins réguliers.

*La notion de **« partenaire régulier »** correspond à un petit ami ou un époux qui font que vous n'êtes pas célibataire, et non à des partenaires plus occasionnels ou 'sex-friends'.*

15. Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires masculins *réguliers* avez-vous eu des rapports sexuels ? *(Si vous n'êtes pas sûr, donnez une estimation)*

Nombre de partenaires masculins réguliers (0 si aucun) |__|__|__|

Je préfère ne pas répondre ☐ 999

16. Au cours des 6 derniers mois, avec combien de partenaires masculins *réguliers* avez-vous eu des rapports sexuels anaux (donneur et/ou receveur) non protégés (sans préservatif) *(Si vous n'êtes pas sûr, donnez une estimation)*

Nombre de partenaires masculins réguliers (0 si aucun) |__|__|__|

Je préfère ne pas répondre ☐ 999

17. Au cours des 6 derniers mois, parmi tous ceux avec qui vous avez eu des rapports sexuels anaux non protégés (sans préservatif), combien : *(Si vous n'êtes pas sûr, donnez une estimation)*

étaient séropositifs (0 si aucun) |__|__|__|

étaient contaminés par le VIH sans le savoir (0 si aucun) |__|__|__|

étaient séronégatifs (0 si aucun) |__|__|__|

je ne connaissais pas leur statut sérologique |__|__|__|

18. Avant ou pendant vos derniers rapports sexuels anaux, avez-vous utilisé les produits suivants ? *(Veuillez répondre à chaque élément.)*

		Oui	Non	Je préfère ne pas répondre
a.	Alcool	☐ 1	☐ 2	☐ 9
b.	Poppers	☐ 1	☐ 2	☐ 9
c.	Ecstasy	☐ 1	☐ 2	☐ 9
d.	Viagra/Camagra/Ciallis	☐ 1	☐ 2	☐ 9
e.	Hash/marijuana (cannabis)	☐ 1	☐ 2	☐ 9
f.	Cocaïne	☐ 1	☐ 2	☐ 9
g.	Amphétamines	☐ 1	☐ 2	☐ 9
h.	GHB	☐ 1	☐ 2	☐ 9
i.	Autres (précisez) : _____	☐ 1	☐ 2	☐ 9

19. En quelle année avez-vous passé votre dernier test de dépistage du VIH en vue de déterminer votre statut VIH ? ***(Veuillez mentionner une année approximative si vous ne vous souvenez pas de l'année exacte.)***

Année |__|__|__|__|

Je n'ai jamais été testé ☐ 8 ➡ *Passez à la question 23*

Je préfère ne pas répondre ☐ 9 ➡ *Passez à la question 23*

20. Quel était le résultat de votre dernier test VIH ?

séropositif (je suis porteur du VIH) ☐ 1

séronégatif (je n'ai pas le virus VIH) ☐ 2

Indéfini ☐ 3

Je n'ai pas reçu le résultat du test ☐ 4

➡ *Passez à la question 23*

Je préfère ne pas répondre ☐ 9

21. Si vous vivez avec le virus VIH : prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter le VIH ?

Oui ☐ 1

Non ☐ 2

Je préfère ne pas répondre ☐ 9

22. Si vous vivez avec le virus VIH : quelle était votre dernière charge virale ?

Indétectable ☐ 1

Détectable ☐ 2

Je ne me souviens pas / Je ne sais pas / Je n'ai pas reçu le résultat du test ☐ 3

Je préfère ne pas répondre ☐ 9

23. Selon votre expérience, quelle est l'attitude adoptée par la plupart des gens envers les personnes séropositives dans les contextes suivants ? *(Veuillez répondre à chaque élément)*

		Négative	Ni négative ni positive	Positive	Sans avis
a.	Travail/École	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b.	Parents	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c.	Amis/Connaissances	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d.	Médecins/professionnels de la santé	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

24. Ces affirmations <u>sont vraies</u>, étiez-vous déjà au courant ?

		Oui	Non
a.	Le SIDA est causé par un virus appelé VIH.	☐ 1	☐ 2
b.	Vous ne pouvez pas remarquer que quelqu'un a le VIH à partir de son apparence.	☐ 1	☐ 2
c.	Le seul moyen de savoir si vous avez ou non le VIH est de faire un test de dépistage.	☐ 1	☐ 2
d.	Si quelqu'un est infecté par le VIH cela peut prendre plusieurs semaines avant qu'il puisse être détecté par un test de dépistage.	☐ 1	☐ 2
e.	Il existe des tests de dépistage rapides permettant d'avoir un résultat en 1 minute.	☐ 1	☐ 2
f.	La période d'attente après un risque pour pouvoir détecter le VIH est de 6 semaines pour une prise de sang et de 3 mois pour un test rapide.	☐ 1	☐ 2
g.	Il n'existe actuellement aucune guérison possible pour l'infection au VIH.	☐ 1	☐ 2
h.	La charge virale est la quantité de virus mesuré chez une personne séropositive.	☐ 1	☐ 2
i.	La charge virale peut être contrôlée par des médicaments : un traitement anti-rétroviral.	☐ 1	☐ 2
j.	Une charge virale indétectable (très basse) améliore la qualité de vie de la personne séropositive et diminue les risques de transmission.	☐ 1	☐ 2
k.	Le Traitement Post Exposition (TPE) permet de réduire les risques de transmission du VIH s'il est pris au maximum 72h après un risque.	☐ 1	☐ 2
l.	La Prophylaxie pré-exposition (Prep) est une méthode qui consiste à donner un traitement anti-VIH à une personne séronégative dans un but préventif (pas encore disponible en Belgique).	☐ 1	☐ 2
m.	La charge virale communautaire est la quantité de virus en circulation dans une population donnée. Plus elle est élevée, plus les risques de contamination par le VIH dans ce groupe sont importants.	☐ 1	☐ 2

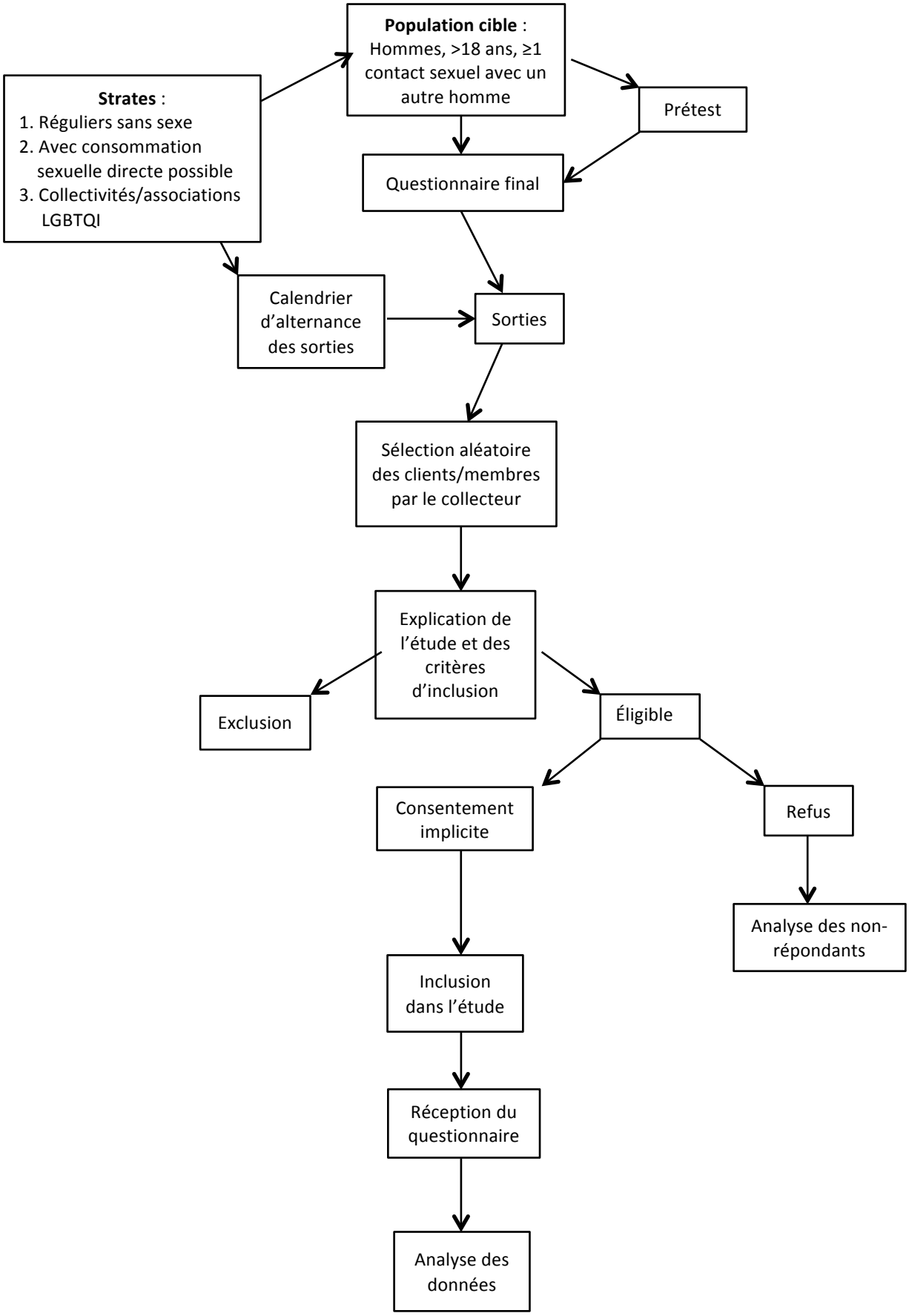
MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !

Si vous avez des questions, adressez-vous au responsable du projet ou contacter Sida Sol (04/366.96.10 ou info@sidasol.be)

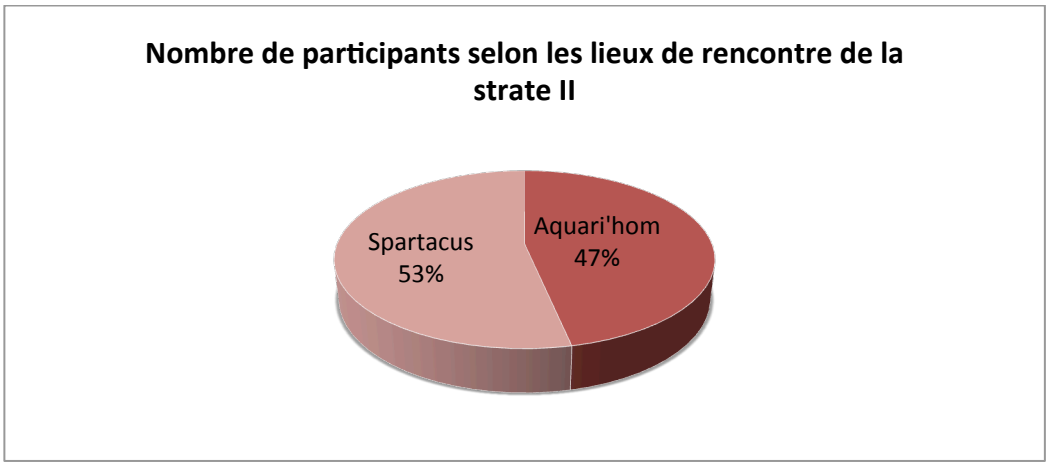
X. CALENDRIER

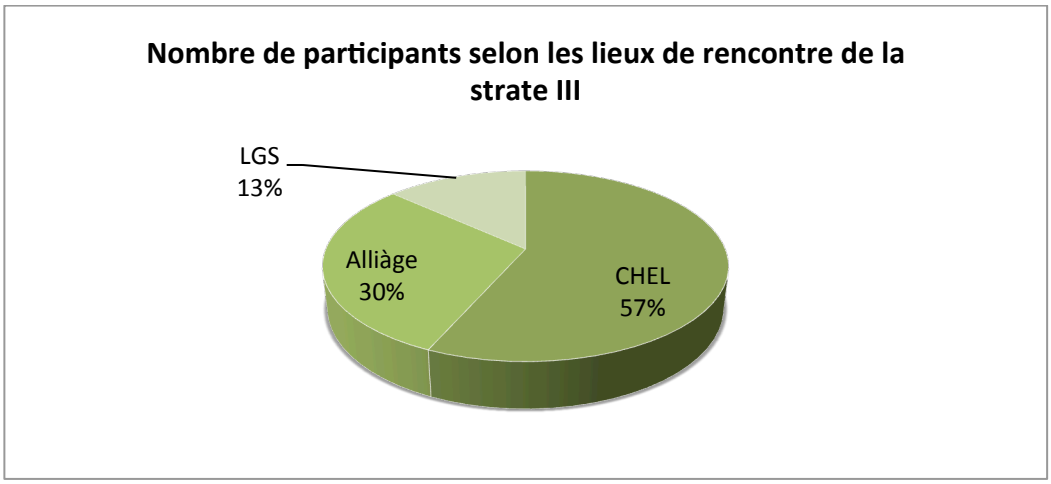
Date		Lieu	Strate	Nombre de questionnaires distribués
Samedi	**26/04/2014**	Relax Célest'in Openbar	I	
Dimanche	**27/04/2014**	Codebar	I	
Vendredi	**01/05/2014**	CHEL	III	
Dimanche	**04/05/2014**	Tea Dance	I	
Jeudi	**08/05/2014**	CHEL	III	
Vendredi	**09/05/2014**	Alliàge	III	
Vendredi	**23/05/2014**	Aquari'hom Alliàge	II III	
Lundi	**02/06/2014**	Aquari'hom	II	
Samedi	**07/06/2014**	Spartacus	II	
Dimanche	**15/06/2014**	Tea Dance LGS	I III	
Jeudi	**19/05/2014**	CHEL	III	
Vendredi	**20/06/2014**	Sortie reportée (trop peu de clients)		
Samedi	**28/06/2014**	Sweet bar Codebar Relax Moustache club Spartacus	I II	

XI. FLOW CHART



XII. RÉPARTITION DES LIEUX DE RÉCOLTE DES DONNÉES





XIII. TABLES DE RÉSULTATS

Statistiques descriptives

Table 2 : Caractéristiques des 90 sujets ayant participé à l'étude épidémiologique sur les comportements à risque vis-à-vis du VIH à Liège en 2014

Variable	n		Effectif (%)	M ±SD	Médiane (1er & 3e quartile)
Age (année)	90			35,3 ± 12,6	33,5 (23,5 – 47,0)
Originaires d'un pays endémique	90	Oui	0		
		Non	0		
Originaires d'un pays étranger	90	Oui	10 (11,1 %)		
		Non	80 (88,9 %)		
Lieu de résidence	88	Province de Liège	80 (90,9 %)		
		Province de Namur	3 (3,41 %)		
		Province du Luxembourg	3 (3,41 %)		
		Province du Brabant Flamand	1 (1,14 %)		
		Hors Belgique	1 (1,14 %)		
Statut résidentiel	90	Parent(s)	17 (18,9 %)		
		Autre(s) membre(s) de leur famille	2 (2,22 %)		
		En résidence étudiante	4 (4,44 %)		
		Dans leur propre maison/appart.	63 (70,0 %)		
		Chez un ami	0		
		Chez leur partenaire	4 (4,44 %)		
		Sans maison	0		
		Autre	0		
		Préfère ne pas répondre	0		
Diplôme scolaire le plus élevé	90	Aucun diplôme	0		
		Ecole primaire	3 (3,33 %)		
		Ecole secondaire inférieure	9 (10,0 %)		
		Ecole secondaire supérieure	39 (43,3 %)		
		Enseignement supérieur (non univ.)	24 (26,7 %)		
		Diplôme universitaire	14 (15,6 %)		
		Préfère ne pas répondre	1 (1,11 %)		

Orientation sexuelle	90	Gay/homosexuel Bisexuel Hétérosexuel N'importe lequel Pas l'habitude d'utiliser un terme	81 (90,0 %) 9 (10,0 %) 0 0 0		
Fréquentation des lieux de rencontre "réguliers"	87			16,7 ± 37,6	5 (2 – 12)
Fréquentation des lieux de rencontre avec consommation sexuelle directe possible	87			2,45 ± 4,12	1 (0 – 3)
Fréquentation des collectivités gays	85			5,91 ± 9,86	1 (0 – 10)
Fréquentation des lieux publics extérieurs	81			2,01 ± 9,64	0 (0 – 0)
Fréquentation des sites/applications de rencontre gay en ligne	90	Une à plusieurs fois par jour Une à plusieurs fois par semaine Une à plusieurs fois par mois Pas de connexion ces trois derniers mois Aucun compte Préfère ne pas répondre	24 (26,7 %) 25 (27,8 %) 7 (7,78 %) 7 (7,78 %) 27 (30,0 %) 0		
Coming-out à l'entourage	90	Aucun Quelques-uns Moins de la moitié Plus de la moitié Tous ou presque tous Préfère ne pas répondre	2 (2,22 %) 10 (11,1 %) 7 (7,78 %) 10 (11,1 %) 61 (67,8 %) 0		
Attitude envers les homosexuels dans le milieu professionnel ou scolaire	89	Négative Neutre Positive	10 (11,2 %) 35 (39,3 %) 44 (49,4 %)		
Attitude envers les homosexuels dans le milieu familial	88	Négative Neutre Positive	7 (7,95 %) 34 (38,6 %) 47 (53,4 %)		
Attitude envers les homosexuels des amis et connaissances	88	Négative Neutre Positive	0 20 (22,7%) 68 (77,3%)		
Attitude envers les homosexuels des professionnels de la santé	87	Négative Neutre Positive	1 (1,15 %) 33 (37,9 %) 53 (60,9 %)		

Présence de préservatifs dans le lieu actuel	90	Oui Ne sais pas Non	75 (83,3 %) 10 (11,1 %) 5 (5,56 %)		
Accessibilité aux préservatifs dans le lieu actuel	75	Pas du tout facile Peu facile Neutre Assez facile Tout à fait facile	0 1 (1,33 %) 16 (21,3 %) 11 (14,7 %) 47 (62,7 %)		
Nombre d'IST diagnostiquées les 12 derniers mois	85			0,03 ± 0,186	0 (0 – 0)
Nombre de partenaires masculins irréguliers	86			7,17 ± 13,2	3,00 (0 – 10,0)
Nombre de partenaires masculins irréguliers avec rapports anaux non protégés	88			2,00 ± 7,15	0 (0 – 1)
Nombre de partenaires masculins réguliers	84			2,40 ± 10,9	1 (0 – 1)
Nombre de partenaires masculins réguliers avec rapports anaux non protégés	87			0,48 ± 0,64	0 (0 – 1)
Nombre de drogues utilisées avant ou pendant les derniers rapports sexuels anaux	88			1,10 ± 1,28	1 (0 – 2)
Nombre de partenaires masculins avec rapports anaux non protégés	86			2,46 ± 7,28	1 (0 – 1)
Dernier test de dépistage VIH	88	2013 – 2014 Avant 2013 Jamais Préfère ne pas répondre	57 (64,8 %) 15 (17,0 %) 14 (15,9 %) 2 (2,27 %)		
Statut sérologique du dernier test VIH	74	Séropositif Séronégatif Indéfini Pas reçu le résultat Préfère ne pas répondre	2 (2,70 %) 69 (93,2 %) 0 2 (2,70 %) 1 (1,35 %)		
Attitude envers les séropositifs dans le milieu professionnel ou scolaire	87	Négative Neutre Positive Sans avis	42 (48,3 %) 19 (21,8 %) 4 (4,60 %) 22 (25,3 %)		

Attitude envers les séropositifs dans le milieu familial	86	Négative Neutre Positive Sans avis	27 (31,4 %) 26 (30,2 %) 13 (15,1 %) 20 (23,3 %)		
Attitude envers les séropositifs des amis et connaissances	86	Négative Neutre Positive Sans avis	19 (22,1 %) 39 (45,3 %) 11 (12,8 %) 17 (19,8 %)		
Attitude envers les séropositifs des professionnels de la santé	86	Négative Neutre Positive Sans avis	4 (4,65 %) 35 (40,7 %) 28 (32,6 %) 19 (22,1 %)		
Proportion d'affirmations vraies connues (%)	90			72,7 ± 17,6	76,9 (61,5 – 84,6)

Analyse des variables

Table 4 : Comparaison du pays d'origine en fonction des strates

		Strate			
	n	I	II	III	**p-value**
Variable		(n=30)	(n=30)	(n=30)	
		Pourcentage (effectif)			
Originaire de l'étranger	90				
Non (1)		25 (83,3 %)	25 (83,3 %)	30 (100 %)	0,06
Oui (2)		5 (16,7 %)	5 (16,7 %)	0	

Table 5 : Comparaison du lieu de résidence en fonction des strates

		Strate			
	n	I	II	III	**p-value**
Variable		(n=29)	(n=30)	(n=29)	
		Pourcentage (effectif)			
Lieu de résidence	88				
Province de Liège		25 (86,2 %)	27 (90,0 %)	28 (96,5 %)	0,3823
Autre		4 (13,8 %)	3 (10,0 %)	1 (3,45 %)	

Table 6 : Comparaison du diplôme le plus élevé obtenu en fonction des strates

		Strate			
Variable	**n**	**I** (n=30)	**II** (n=30)	**III** (n=30)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Diplôme scolaire le plus élevé	90				
Aucun diplôme		0	0	0	
Ecole primaire		3 (10 %)	0	0	
Ecole secondaire inférieure		3 (10 %)	4 (13,3 %)	2 (6,67 %)	
Ecole secondaire supérieure		11 (36,7 %)	10 (33,3 %)	18 (60 %)	0,045
Enseignement supérieur		11 (36,7 %)	10 (33,3 %)	3 (10 %)	
Diplôme universitaire		2 (6,67 %)	6 (20 %)	6 (20 %)	
Préfère ne pas répondre		0	0	1 (3,33 %)	

Table 8 : Comparaison du nombre de partenaires masculins réguliers en fonction des strates

	n	Strates I (n=28)	II (n=25)	III (n=27)	p value
		Médiane (1er quartile – 3e quartile)			
Nombre de partenaires masculins réguliers	80	1 (1 – 1,5)	1 (0 – 2)	1 (0 – 1)	0,477

Table 9 : Comparaison de l'orientation sexuelle en fonction des strates

Variables	n	Strates I (n=30)	II (n=30)	III (n=30)	p-value
		Pourcentage (effectif)			
Orientation sexuelle	90				0,227
Gay/homosexuelle		29 (96,7 %)	25 (83,3 %)	27 (90 %)	
Bisexuel		1 (3,33 %)	5 (16,7 %)	3 (10 %)	
Hétérosexuel		0	0	0	
N'importe lequel		0	0	0	
Pas l'habitude d'utiliser un terme spécifique		0	0	0	

Table 11 : Comparaison de la fréquentation des lieux de rencontre I, II, III, IV et lieu actuel en fonction des strates

	n	Strates I	II	III
		Médiane (1er quartile – 3e quartile)		
		n=29	n=30	n=28
Fréquentation des lieux de rencontre I	87	10,0 (4,0 – 40,0)	4,50 (1,00 – 10,0)	4,50 (2,00 – 10,0)
		n=30	n=29	n=28
Fréquentation des lieux de rencontre II	87	0 (0 – 1)	3 (2 – 10)	0 (0 – 1)
		n=29	n=27	n=29
Fréquentation des lieux de rencontre III	85	0 (0 – 3)	0 (0 – 0)	12 (8 – 20)

Table 12 : Comparaison de la fréquentation des sites/applications de rencontre en ligne en fonction des strates

Variables	n	Strates I (n=30)	II (n=30)	III (n=30)	p-value
		Pourcentage (effectif)			
Fréquentation des sites/applications de rencontre en ligne	90				
Une à plusieurs fois par jour		10 (33,3 %)	10 (33,3 %)	4 (13,3 %)	
Une à plusieurs fois par semaine		6 (20,0 %)	9 (30,0 %)	10 (33,3 %)	
Une à plusieurs fois par mois		1 (3,33 %)	3 (10,0 %)	3 (10,0 %)	0,32452
Pas de connexion ces 3 derniers mois		3 (10,0 %)	3 (10,0 %)	1 (3,33 %)	
Pas de compte pour l'instant		10 (33,3 %)	5 (16,7 %)	12 (40,0 %)	
Préfère ne pas répondre		0	0	0	

Table 14 : Comparaison de la proportion de coming-out à l'entourage en fonction des strates

Variable	n	Strate I (n=30)	II (n=30)	III (n=30)	p-value
		Pourcentage (effectif)			
Proportion de coming-out à l'entourage	90				
Aucun		0	2 (6,67 %)	0	
Quelques-uns		3 (10 %)	5 (16,7 %)	2 (6,67 %)	
Moins de la moitié		3 (10 %)	0	4 (13,3 %)	
Plus de la moitié		4 (13,3 %)	2 (6,67 %)	4 (13,3 %)	0,82306
Tous ou presque tous		20 (66,7 %)	21 (70,0 %)	20 (66,7 %)	
Préfère ne pas répondre		0	0	0	

Table 16 : Comparaison de l'attitude envers les homosexuels dans le milieu professionnel ou scolaire en fonction des strates

Variable	n	Strate I (n=30)	II (n=29)	III (n=30)	p-value
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les homosexuels dans le milieu professionnel ou scolaire	89				
Négative		5 (16,7 %)	3 (10,3 %)	2 (6,67 %)	
Ni négative ni positive		13 (43,3 %)	14 (48,3 %)	8 (26,7 %)	0,197
Positive		12 (40,0 %)	12 (41,4 %)	20 (66,7 %)	

Table 17 : Comparaison de l'attitude envers les homosexuels dans le milieu familial en fonction des strates

		Strate			
	n	I	II	III	**p-value**
Variable		(n=30)	(n=28)	(n=30)	
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les homosexuels dans le milieu familial	88				
Négative		2 (6,67 %)	2 (7,14 %)	3 (10,0 %)	
Ni négative ni positive		13 (43,3 %)	14 (50,0 %)	7 (23,3 %)	0,30786
Positive		15 (50,0 %)	12 (42,9 %)	20 (66,7 %)	

Table 18 : Comparaison de l'attitude envers les homosexuels des amis et connaissances en fonction des strates

		Strate			
	n	I	II	III	**p-value**
Variable		(n=30)	(n=28)	(n=30)	
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les homosexuels des amis et connaissances	88				
Négative		0	0	0	
Ni négative ni positive		4 (13,3 %)	9 (32,1 %)	7 (23,3 %)	0,23141
Positive		26 (86,7 %)	19 (67,9 %)	23 (76,7 %)	

Table 19 : Comparaison de l'attitude envers les homosexuels des professionnels de la santé en fonction des strates

		Strate			
	n	I	II	III	p-value
Variable		(n=30)	(n=28)	(n=29)	
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les homosexuels des professionnels de la santé	87				
Négative		1 (3,33 %)	0	0	
Ni négative ni positive		12 (40,0 %)	10 (35,7 %)	11 (37,9 %)	0,71415
Positive		17 (56,7 %)	18 (64,3 %)	18 (62,1 %)	

Table 20 : Comparaison de l'attitude envers les séropositifs dans le milieu professionnel ou scolaire en fonction des strates

		Strate			
Variable	n	I (n=29)	II (n=28)	III (n=30)	p-value
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les séropositifs dans le milieu professionnel ou scolaire	87				
Négative		19 (65,5 %)	11 (39,3 %)	12 (40,0 %)	0,11178
Ni négative ni positive		5 (17,2 %)	9 (32,1 %)	5 (16,7 %)	
Positive		2 (6,90 %)	1 (3,57 %)	1 (3,33 %)	
Sans avis		3 (10,3 %)	7 (25,0 %)	12 (40,0 %)	

Table 21 : Comparaison de l'attitude envers les séropositifs dans le milieu familial en fonction des strates

		Strate			
Variable	**n**	I (n=28)	II (n=28)	III (n=30)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les séropositifs dans le milieu familial	86				
Négative		10 (35,7 %)	7 (25,0 %)	10 (33,3 %)	0,69568
Ni négative ni positive		8 (28,6 %)	10 (35,7 %)	8 (26,7 %)	
Positive		6 (21,4 %)	4 (14,3 %)	3 (10,0 %)	
Sans avis		4 (14,3 %)	7 (25,0 %)	9 (30,0 %)	

Table 22 : Comparaison de l'attitude envers les séropositifs des professionnels de la santé en fonction des strates

		Strate			
Variable	**n**	I (n=29)	II (n=27)	III (n=30)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Attitude envers les séropositifs des professionnels de la santé	86				
Négative		1 (3,45 %)	0	3 (10,0 %)	0,31944
Ni négative ni positive		12 (41,4 %)	10 (37,0 %)	13 (43,3 %)	
Positive		12 (41,4 %)	10 (37,0 %)	6 (20,0 %)	
Sans avis		4 (13,8 %)	7 (25,9 %)	8 (26,7 %)	

Table 24 : Comparaison de la présence d'au moins une IST les douze derniers mois l'attitude envers les séropositifs des professionnels de la santé en fonction des strates

		Strate			
Variable	**n**	I (n=30)	II (n=29)	III (n=30)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Présence d'au moins une IST les douze derniers mois	89				
Oui		2 (6,67 %)	1 (3,45 %)	0	
Non		28 (93,3 %)	26 (89,7 %)	28 (93,3 %)	
Ne sais pas		0	2 (6,90 %)	1 (3,33 %)	0,41708
Préfère ne pas répondre		0	0	1 (3,33 %)	

Table 25 : Comparaison de la date du dernier dépistage VIH en fonction des strates

		Strate			
Variable	**n**	I (n=30)	II (n=28)	III (n=30)	**p-value**
		Pourcentage (effectif)			
Date du dernier dépistage VIH	88				
Récemment (2013-2014)		21 (70,0 %)	15 (53,6 %)	21 (70,0 %)	
Avant 2013		1 (3,33 %)	8 (28,6 %)	6 (20,0 %)	0,16143
Jamais		7 (23,3 %)	4 (14,3 %)	3 (10,0 %)	
Préfère ne pas répondre		1 (3,33 %)	1 (3,57 %)	0	

Table 29 : Comparaison du statut résidentiel en fonction des strates

	n	Strate			p-value
Variable		I	II	III	
		Pourcentage (effectif)			
Statut résidentiel	90				
Chez leur(s) parent(s)		7 (23,3 %)	1 (3,33 %)	9 (30 %)	
Chez d'autre(s) membre(s) de leur famille		1 (3,33 %)	0	1 (3,33 %)	
En résidence étudiante		0	0	4 (13,3 %)	0,16
Dans leur propre maison/appart.		21 (70 %)	28 (93,3 %)	14 (46,7 %)	
Chez leur part./petit copain		1 (3,33 %)	1 (3,33 %)	2 (6,67 %)	

Table 34 : Comparaison du nombre de partenaires masculins réguliers avec rapports anaux non protégés en fonction des strates

	n	Strates			p value
		I (n=30)	II (n=28)	III (n=29)	
	Médiane (1er quartile – 3e quartile)				
Nombre de partenaires masculins réguliers avec rapports anaux non protégés	87	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	0,665

Table 35 : Comparaison du nombre de partenaires masculins avec rapports anaux non protégés en fonction des strates

	n	Strates			p value
		I (n=30)	II (n=27)	III (n=29)	
	Médiane (1er quartile – 3e quartile)				
Nombre de partenaires masculins avec rapports anaux non protégés	86	1 (0 – 1)	1 (0 – 3)	1 (0 – 1)	0,421

Table 36 : Comparaison du taux d'absence de protection avec les partenaires irréguliers en fonction des strates

	n	Strates			p value
		I (n=21)	II (n=27)	III (n=15)	
	Médiane (1er quartile – 3e quartile)				
Taux d'absence de protection avec les partenaires irréguliers (%)	63	0 (0 – 40,0)	0 (0 – 50,0)	0 (0 – 25,0)	0,586

Table 37 : Comparaison du taux d'absence de protection avec les partenaires réguliers en fonction des strates

	n	Strates			p value
		I (n=23)	II (n=15)	III (n=19)	
	Médiane (1er quartile – 3e quartile)				
Taux d'absence de protection avec les partenaires réguliers (%)	57	100 (0 – 100)	50,0 (0 – 100)	100 (0 – 100)	0,496