

L'ampleur de l'infection par le VIH/SIDA parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » en Belgique

Réflexions méthodologiques et apport des données comportementales

par

Hubert M, Marquet J, Huynen Ph.¹

Abstract

The rate of HIV/AIDS among "men having sex with men" in Belgium in 1993 has been estimated between 5.1 and 12.4% whereas the rate among the heterosexual population is probably between 0.024 and 0.025%. This result has been obtained by cross-tabulating epidemiological data with behavioural data (from the Belgian national survey on "Sexual Behaviour and Attitudes towards HIV/AIDS"). For several reasons, among which the possible under-reporting of homosexual practices in population surveys, one may think that the real HIV/AIDS rate among "men having sex with men" in Belgium is rather in the lower part of the interval. This does not exclude however that the HIV/AIDS rate cannot be higher in some segments of this population.

¹ Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles.
E-mail: ces@fusl.ac.be.

Key-words

Case declaration, homosexuals, bisexuals, heterosexuals, HIV/AIDS prevalence, sexual behaviour.

Introduction

Cet article a pour objet d'évaluer l'ampleur de l'infection par le VIH parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes »² en Belgique. Cette évaluation se fera en croisant des données épidémiologiques avec des données comportementales. En ce qui concerne les premières, nous nous fonderons essentiellement, d'une part, sur les statistiques officielles relatives aux personnes malades du sida³ et, d'autre part, sur celles relatives aux personnes séropositives⁴. Les données portant sur les malades sont les plus complètes car ces personnes sont recensées par les médecins et les services hospitaliers qu'elles consultent inévitablement à un moment de leur pathologie. Celles portant sur les personnes séropositives sont incomplètes à double titre: toutes les personnes infectées ne sont pas dépistées⁵; certaines informations (âge, sexe, mode de transmission, etc.) concernant certaines des personnes testées positives man-

² Cette appellation, qui peut paraître très « politically correct », nous semble adéquate dans la mesure où elle rend compte de toutes les situations, y compris celle de ceux qui ne se reconnaissent pas (ou pas encore) dans une identité homosexuelle, ainsi que ceux qui, tout en ayant des pratiques homosexuelles, continuent à avoir des contacts hétérosexuels.

³ Selon la définition, revue à plusieurs reprises, des « Centers for Disease Control and Prevention » (CDC) (1).

⁴ Nous remercions les Docteurs André Stroobant et André Sasse de l'Institut Scientifique de la Santé Publique — Louis Pasteur (IHE) d'avoir accepté de nous fournir des traitements spécifiques des données épidémiologiques disponibles.

⁵ Alors qu'au 31 décembre 1994, les laboratoires de référence dénombraient entre 8 135 et 9 157 personnes séropositives, parmi lesquels 1 857 malades diagnostiqués (1), une estimation de l'incidence cumulée du VIH faite à la demande du Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida à la date du 31 décembre 1993 (soit un an auparavant) se situait dans une fourchette allant de 8 400 à 20 000, avec comme « meilleure estimation » 15 000 (2). Cette estimation de l'incidence cumulée était ramenée à 5 100 par la méthode de « back-calculation » (3).

quent⁶. Les chiffres qui seront présentés ici sont établis au 31 décembre 1994. Etant donné le délai qui s'écoule entre la contamination et le dépistage et les retards qui affectent la déclaration des cas, ces chiffres peuvent être considérés comme historiquement comparables avec les données comportementales auxquelles ils seront confrontés. Ces dernières sont issues d'une enquête par questionnaire réalisée par téléphone de mars à juin 1993 auprès d'un échantillon aléatoire de 3 733 personnes issues de la population résidant en Belgique et âgée de 15 à 59 ans (4).

Pour mener à bien notre analyse, nous avancerons également quelques réflexions méthodologiques concernant les biais qui peuvent intervenir dans la déclaration du mode de transmission et, à travers lui, de l'orientation sexuelle.

L'incidence cumulée du VIH/SIDA parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » en Belgique

L'Institut Scientifique de la Santé Publique — Louis Pasteur (IHE), qui publie les statistiques épidémiologiques belges, prend en compte les catégories de transmission correspondant à une nomenclature utilisée internationalement. « Les catégories de transmission sont classées par ordre hiérarchique et les malades appartenant à plusieurs catégories sont uniquement notés dans la catégorie hiérarchiquement supérieure » (1). Par exemple, un malade déclarant s'injecter de la drogue et avoir subi une transfusion est classé uniquement dans la catégorie « Injection i.v. de drogue ». Seule la catégorie conjointe « Homo-/bisexuels + drogue i.v. » semble faire exception à cette règle puisqu'elle figure dans la nomenclature bien que les deux catégories spécifiques qui la composent soient déjà présentes dans la liste.

⁶ Les données relatives aux cas de sida proviennent des cliniciens. En revanche, les données relatives aux personnes séropositives proviennent des huit laboratoires de référence habilités à réaliser les tests de confirmation sur les serums trouvés positifs lors d'un test de dépistage. Les données qui nous intéressent ici (sexe, mode de transmission...) sont collectées à l'aide d'un questionnaire envoyé aux médecins qui découvrent un ou des cas de séropositivité mais qui soit ne retournent pas systématiquement le questionnaire, soit ne disposent pas de toute l'information requise au sujet de leur(s) patient(s).

Le Tableau 1 présente le nombre de *malades* du sida masculins résidant en Belgique. Si nous avons choisi les résidents, c'est parce qu'il nous a semblé que, par rapport à la question de la prévention ce n'était pas la nationalité (belge ou non-belge) qui était pertinente mais le fait de vivre sur le territoire national, c'est-à-dire d'y être exposé aux messages de prévention, d'y avoir des partenaires sexuels, etc.

A la lecture de ce tableau, il apparaît que 69,9% des malades masculins résidant en Belgique et recensés jusqu'au 31 décembre 1994 ont déclaré avoir été contaminés par « contacts homo-/bisexuels » (en ce comprise la catégorie « Homo-/bisexuels + drogue i.v. »). Si on se limite aux cas de sida par transmission sexuelle (homo-, bi-, hétérosexuelle, soit les catégories 1, 3 et 6), sur lesquels se centre notre article, 79,9% des malades masculins ont déclaré avoir été contaminés par « contacts homo-/bisexuels ».

TABLEAU 1

Répartition des malades masculins résidant en Belgique par catégorie de transmission (au 31/12/1994)

Catégorie de transmission	N	%
Contactes homo-/bisexuels	656	68.4
Injection i.v. de drogue	63	6.6
Homo-/bisexuels + drogue i.v.	14	1.5
Hémophilie	11	1.1
Transfusion	28	2.9
Contactes hétérosexuels	169	17.6
Mère/enfant	18	1.9
Total	959	100.0

Source: Declercq et al. 1995; 18.

Les données relatives aux hommes *séropositifs* pour lesquels on dispose de renseignements ne distinguent malheureusement pas les résidents des non-résidents mais bien les Belges des non-Belges. Comme nombre de séropositifs de nationalité étrangère vivent depuis relativement peu de temps en Belgique, l'IHE estime que les données relatives aux seuls Belges offrent une bonne image de ce qui se passe en Belgique (Tableau 2). On notera que ces chiffres sont à peine différents (68,1% et 75,5% respectivement) des résultats qui viennent d'être évoqués au sujet des malades résidant en Belgique.

TABLEAU 2
Répartition des séropositifs masculins belges par catégorie de transmission
(au 31/12/1994)

Catégorie de transmission	N	%
Contacts homo-/bisexuels	1 223	66.9
Injection i.v. de drogue	86	4.7
Homo-/bisexuels + drogue i.v.	22	1.2
Hémophilie	23	1.3
Transfusion	46	2.5
Contacts hétérosexuels	404	22.1
Mère/enfant	25	1.4
Total	1 829	100.0

Source : Declercq et al. 1995; 9.

Note : La nationalité n'est connue que dans 74,2% des cas; la catégorie de transmission n'est connue que pour 83% des séropositifs belges.

Les profils des malades masculins résidant en Belgique et des séropositifs masculins belges se distinguent fondamentalement à la fois de celui des femmes et de celui des malades non-résidents ou des séropositifs non-Belges (1), parmi lesquels la transmission hétérosexuelle est largement dominante. Ces différences radicales de profil devraient nous pousser à considérer les chiffres globaux relatifs à l'ensemble des malades et des séropositifs avec beaucoup de prudence et à affiner l'analyse en toutes circonstances.

Le Tableau 3 et le graphique 1 présentent l'incidence par année des nouveaux cas séropositifs belges et des nouveaux malades résidant en Belgique contaminés par « contacts homo-/bisexuels » (pour les hommes uniquement) et permettent de se faire une idée de l'évolution de l'épidémie en Belgique⁷.

Il apparaît que le nombre de nouveaux malades résidant en Belgique infectés par « contacts homo-/bisexuels » a augmenté jusqu'en 1991 pour diminuer à partir de 1993. Le nombre de nouveaux séropositifs belges infectés par « contacts homo-/bisexuels » a subi, quant à lui, une croissance plus rapide, puis s'est stabilisé au cours de la seconde moitié des années 80, avant de décroître au début des

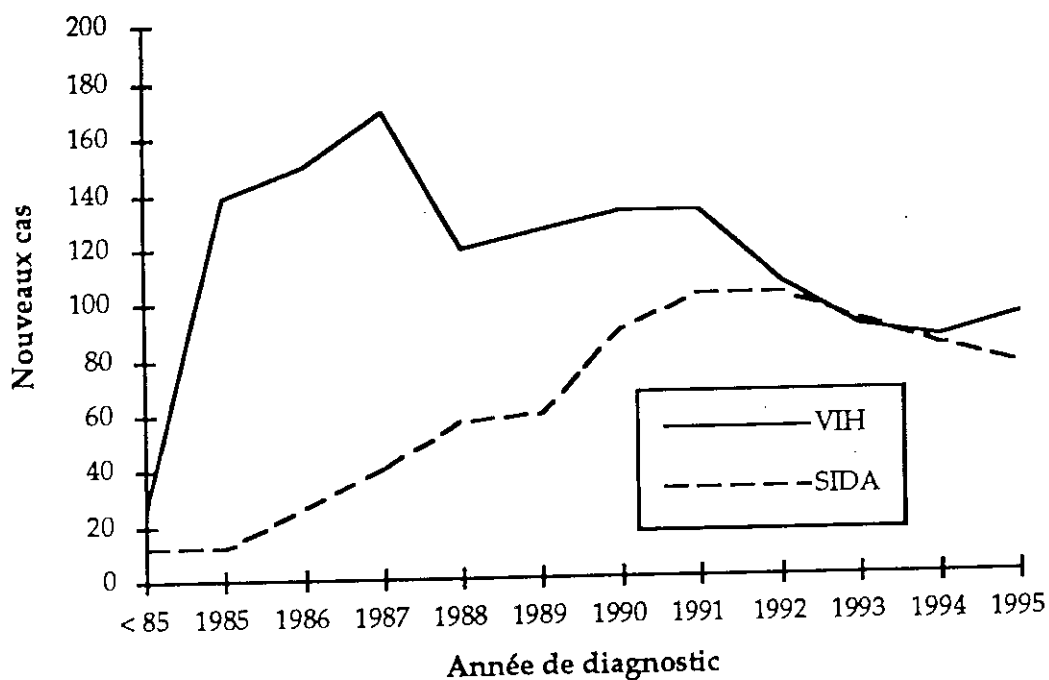
⁷ S'il y a une légère différence entre les totaux cumulés jusqu'en 1994 du Tableau 3 et ceux des Tableaux 1 et 2, cela est dû au fait que les données du Tableau 3 sont non publiées et nous ont été fournies par l'IHE en 1996 après que des corrections mineures eurent été apportées aux données publiées (en raison notamment des retards enregistrés dans la déclaration des cas).

années 90 et se stabiliser à nouveau. Depuis 1993, il est passé sous la barre symbolique des 100 cas par an, alors qu'il était au-dessus de cette barre pendant les huit années précédentes.

TABLEAU 3 ET GRAPHIQUE 1

Incidence des nouveaux malades résidents et des nouveaux séropositifs belges masculins contaminés par « contacts homo-/bisexuels »

Année	Nouveaux malades <i>résidents</i> contaminés par « contacts homo-/bisexuels »	Nouveaux séropositifs <i>belges</i> contaminés par « contacts homo-/bisexuels »
< 85	12	26
1985	12	139
1986	26	149
1987	40	169
1988	57	119
1989	59	125
1990	89	132
1991	102	132
1992	102	89
1993	92	85
1994	82	93
1995	75	
Total	748	1 364



Source : Données fournies par A. Sasse, IHE.

Note : Dans l'ensemble, pour les séropositifs, la nationalité n'est connue que dans 74,2% des cas; la catégorie de transmission n'est connue que pour 83% des séropositifs belges.

Le caractère problématique de la déclaration du mode de transmission

Avant d'aller plus loin, il nous faut nous interroger sur la signification des catégories de transmission utilisées dans les statistiques épidémiologiques et sur la manière de collecter les informations les concernant.

Le classement des cas se fait exclusivement sur la base des déclarations que les personnes malades ou séropositives font dans le cadre des entretiens qu'elles ont avec leur médecin, à la suite desquels ce dernier va forger sa conviction que la contamination a probablement eu lieu selon tel ou tel mode⁸. La détermination de la catégorie de transmission se joue donc dans la qualité de l'échange entre le patient et son médecin. Comme dans tout entretien, les énoncés de l'interviewé (ici le patient) sont fonction (5) : (a) des interventions de l'interviewer (ici le médecin) mais aussi (b) du contrat de communication (ensemble des savoirs, implicites et explicites, partagés ou non par les interlocuteurs sur les enjeux et les objectifs du dialogue) et (c) du contexte social. Ici, le contexte social est sans doute déterminant dans la mesure où s'actualise dans la relation médecin-patient le caractère souvent problématique du vécu de l'homosexualité. Pour les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes », l'annonce de la séropositivité est une fracture à l'occasion de laquelle il s'agit non seulement de faire face à la perspective de la maladie mais bien souvent aussi de reconnaître pour soi et pour les autres son homosexualité. La recherche de F. Delor (6) sur les trajectoires des personnes séropositives a montré à quel point la dénégation et le secret sont courants : certains laissent planer le doute sur le caractère sexuel de leur contamination en évoquant par exemple une transfusion effectuée au cours d'une période récente ; d'autres ne reconnaîtront des pratiques homosexuelles, vécues parfois à la sauvette, qu'après de longues heures d'entretien.

Dans bien des cas, en particulier lorsqu'il y a eu un grand nombre de partenaires sexuels, il est difficile, voire impossible, de déterminer avec certitude les circonstances exactes de la contamination. Ce qui

⁸ Une investigation plus approfondie permettrait de savoir si, dans certains contextes hospitaliers, la détermination de la catégorie de transmission fait parfois l'objet d'une discussion en équipe, ce qui permettrait un certain contrôle intersubjectif.

est ici en jeu par rapport aux statistiques épidémiologiques, c'est la question de savoir si l'on n'a pas affaire, dans l'ensemble, à une sous-déclaration des cas de transmission par « contacts homo-/bisexuels »⁹. En effet, on peut estimer que l'affirmation de pratiques homosexuelles lors de l'entretien médecin-patient sera affectée, entre autres, par l'attitude du médecin vis-à-vis de l'homosexualité, par sa capacité à mener un tel entretien (pertinence et finesse des questions posées¹⁰, capacité d'écoute, de relance...), par la durée de l'entretien et le moment où il se déroule par rapport à l'annonce de la séropositivité (le patient a-t-il eu le temps de reconstruire sa propre interprétation des circonstances de la contamination?...), par la perception par le patient du caractère légitime ou non de la demande d'information à ce sujet, etc.

Etant donné le nombre de facteurs susceptibles d'influencer les déclarations des patients et vu l'immense difficulté à rencontrer des personnes malades ou séropositives contaminées par voie hétérosexuelle lorsqu'un dispositif de recherche est mis en œuvre dans ce but (6)¹¹, nous faisons l'hypothèse qu'il y a probablement une sous-déclaration des cas de transmission par « contacts homo-/bisexuels » au profit des « contacts hétérosexuels » et, dans une moindre mesure, de l'« injection i.v. de drogue » et de la « transfusion »¹².

⁹ En mêlant homosexualité et bisexualité, cette catégorie est ambiguë. En fait, les deux éléments sont collectés séparément mais regroupés pour la publication dans les rapports de l'IHE. On doit comprendre que, pour les « contacts homosexuels », la contamination a clairement été identifiée comme ayant eu lieu dans ces circonstances quelle que soit l'orientation sexuelle du patient et ses éventuelles pratiques hétérosexuelles par ailleurs. Les « contacts bisexuels », quant à eux, renvoient à la situation de ceux qui ont eu à la fois des pratiques homo- et hétérosexuelles et par rapport auxquels il est difficile de trancher quant à la question de savoir quelles pratiques ont précisément conduit à la contamination. Parmi les malades considérés comme ayant été contaminés par « contacts homo-/bisexuels », 16,8% ont été classés comme bisexuels.

¹⁰ Plusieurs exemples intéressants de l'impact de la formulation de questions, notamment sur la plus ou moins grande facilité à déclarer une expérience homosexuelle, sont donnés par Catania et al. (7).

¹¹ Au cours de cette recherche réalisée en Belgique, l'aide de médecins et de services hospitaliers accueillant des malades et des séropositifs a été sollicitée. Les rares cas d'hommes séropositifs qui ont été présentés comme hétérosexuels se sont finalement avérés, au terme des interviews, des personnes ayant aussi des pratiques homosexuelles.

¹² Ainsi que de la catégorie « inconnu » pour les données relatives aux séropositifs.

Le taux d'infection par le VIH/SIDA parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes »

Les données épidémiologiques par catégories de transmission sont presque toujours présentées en parts relatives par rapport au total des cas de sida ou de séropositivité. Vu la taille de la population hétérosexuelle, il est clair que le potentiel de nouveaux cas par « contacts hétérosexuels » est théoriquement beaucoup plus grand que le potentiel de contamination par « contacts homo-/bisexuels » ou par « injection i.v. de drogue ». Dès lors, une augmentation du taux de personnes contaminées dans la population hétérosexuelle, aussi minime soit-elle, aura un impact très grand sur la part relative de ces cas dans le total des cas de sida ou de séropositivité et pourra donner l'impression au lecteur non averti que nous sommes en présence d'une augmentation de la prévalence du VIH/SIDA beaucoup plus importante dans la population hétérosexuelle que dans la population homo-/bisexuelle.

L'enquête nationale sur les « Comportements sexuels et attitudes face au risque du sida » (4) nous offre la possibilité d'estimer la part d'hommes ayant (eu) des rapports sexuels avec des hommes au sein de la population résidant en Belgique. A partir de là, il nous est possible d'estimer quelle est la part des personnes contaminées par « contacts homo-/bisexuels », non pas par rapport à l'ensemble des cas de sida comme cela se fait habituellement, mais par rapport à la population des « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ». De même, nous pouvons rapporter le nombre de personnes infectées par « contacts hétérosexuels » au total de la population censée avoir des pratiques hétérosexuelles. Nous ferons ces estimations à partir des données relatives aux malades du sida vu que ce sont les seules dans lesquelles il est possible d'extraire les personnes résidentes qui représentent aussi la population de l'enquête nationale. Contrairement aux Tableaux 1 et 2, les données épidémiologiques seront limitées pour cet exercice, aux personnes âgées de 15 à 59 ans puisqu'il s'agit des limites d'âge de l'enquête nationale.

Le Tableau 4 donne une estimation de la population masculine âgée de 15 à 59 ans qui a été sexuellement active au cours des 5 dernières années, c'est-à-dire qui a eu au moins un partenaire sexuel au cours de cette période. Dans 95% des cas, ceux qui sont considérés ici comme « sexuellement non actifs » sont ceux qui n'ont jamais eu de rapports sexuels dans leur vie. Il s'agit essentiellement d'une portion de la partie la plus jeune de l'échantillon.

TABLEAU 4

Estimation de la population masculine âgée de 15 à 59 ans et sexuellement active au cours des 5 dernières années

% de la population masculine sexuellement active au cours des 5 dernières années ¹	87,8 (±1,6)% ²
Estimation de la population masculine sexuellement active au cours des 5 dernières années ³	2 676 668 - 2 776 726

¹ *Source*: Enquête nationale sur les « Comportements sexuels et les attitudes face au risque du SIDA » réalisée en 1993.

² Limite de confiance à 95%.

³ Calculé sur base des chiffres de population de l'INS (8).

Au sein de la population masculine sexuellement active, 1,5% déclare avoir eu au moins 1 partenaire de même sexe au cours des 5 années précédant l'enquête (Tableau 5, colonne c). Ce pourcentage est analogue à celui trouvé dans les autres enquêtes de population réalisées en Europe (9). Les données relatives à la période des 5 dernières années ont été préférées à celles sur la vie car elles nous ont semblé plus proches de la réalité des données épidémiologiques auxquelles nous les confrontons. Les personnes malades considérées ici ont en effet été contaminées suite à un contact sexuel ayant eu lieu relativement récemment. Entre les données relatives à l'expérience homosexuelle sur la vie (environ 5% de la population masculine sexuellement active si l'on en croit la plupart des enquêtes européennes) et celles sur 5 ans, il eut été idéal de pouvoir disposer de données relatives aux 10-15 dernières années pour couvrir la période qui va du début de l'épidémie de VIH/SIDA à 1993. De telles données n'existent malheureusement nulle part.

Pour autant que la mesure observée dans l'enquête sur les « comportements sexuels et attitudes face au risque du sida » soit transposable à l'ensemble de la population, et au vu des réticences évoquées plus haut à la déclaration de pratiques homosexuelles dans le cadre d'un entretien (qu'il s'agisse de l'entretien médecin-patient ou, comme ici, de l'enquête par questionnaire), on peut estimer que le pourcentage de 1,5% d'hommes ayant eu au moins un partenaire de même sexe au cours des 5 dernières années est un minimum.

Ce « minimum » étant mesuré dans un échantillon, nous devons néanmoins lui appliquer un intervalle de confiance pour tenir compte de la distribution d'échantillonnage. Appliqué à la population résidant en Belgique, cela nous donne une estimation du nombre d'« hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes » au cours des 5

TABLEAU 5
 Estimation du taux de prévalence du VIH/SIDA au 31/12/94 dans la population masculine homo-/bisexuelle et hétérosexuelle
 âgée de 15 à 59 ans

	Nb malades au 31/12/94 ¹	Estimation du nb de séropositifs ³	% de pratiques ⁴	Estimation de la population ⁵	Estimation du taux de prévalence du VIH/SIDA par rapport à la population ⁶
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Contacts homo-/bisexuels	652 ²	2 888	1,5 (±0,6)%	23.206 - 56.729	5,1 - 12,4%
Contacts hétérosexuels	147	651	98,5 (±0,6)%	2.620.458 - 2.751.735	0,024 - 0,025%

¹ Source : IHE (données communiquées par A. Sasse). Il s'agit uniquement des malades masculins résidant en Belgique et âgés de 15 à 59 ans.

² On a inclus les cas « homos-/bisexuels » qui ont déclaré en outre l'usage de drogue par voie intraveineuse.

³ Estimation obtenue en multipliant par 5 le nombre de malades (colonne a) et en déduisant du total ainsi obtenu le nombre présumé de malades décédés (soit 372 homo-/bisexuels et 84 hétérosexuels).

⁴ Source : Enquête nationale sur les « Comportements sexuels et attitudes face au risque du sida » réalisée en 1993. Il s'agit, parmi les répondants de 15 à 59 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 5 dernières années, du pourcentage de ceux qui ont déclaré avoir eu, au cours de la même période, soit au moins un partenaire homosexuel, soit un ou plusieurs partenaires hétérosexuels exclusivement. Limite de confiance à 95%.

⁵ Le % inférieur de l'intervalle de confiance relatif aux pratiques (colonne c) a été appliqué à la limite inférieure de l'estimation de la population masculine sexuellement active au cours des 5 dernières années (cf. Tableau 4), tandis que le % supérieur a été appliqué à la limite supérieure.

⁶ Pourcentage de (b) par rapport à (d).

dernières années qui est située au minimum entre 23 000 et 57 000 personnes (Tableau 5, colonne d).

Nous en arrivons ainsi à notre question centrale qui est l'évaluation du taux de prévalence du VIH/SIDA dans les populations homo-/bisexuelle et hétérosexuelle. Comme on le sait, le nombre de malades du sida ne représente que la partie visible de l'iceberg que serait l'ensemble des personnes séropositives. Au 31 décembre 1994, l'IHE avait dénombré entre 4,4 et 4,9 fois plus de séropositifs diagnostiqués que de malades (1). Par conséquent, étant donné que tous les séropositifs n'ont pas été diagnostiqués, il n'est pas exagéré de multiplier par 5 le nombre de malades pour obtenir une estimation du nombre de personnes séropositives infectées par voie homo-/bisexuelle ou hétérosexuelle. On veillera cependant à déduire du total ainsi obtenu les malades décédés en appliquant à chaque catégorie de transmission la même proportion que celle observée globalement par l'IHE (au total, sur les 1 857 malades diagnostiqués en Belgique au 31 décembre 1994, 1 062 étaient décédés). On peut alors estimer (colonne e du Tableau 5) que le taux de VIH/SIDA se situe entre 5,1 et 12,4% pour la population homo-/bisexuelle et entre 0,024 et 0,025 pour la population hétérosexuelle.

Discussion

Il est probable que notre numérateur (nombre de personnes infectées par catégorie de transmission) soit sous-estimé étant donné que nous n'avons pas réellement pris en compte les séropositifs non diagnostiqués. Dans ce cas, nous devrions revoir à la hausse notre estimation du taux de prévalence du VIH/SIDA dans les deux populations étudiées. Par contre, pour ce qui est de notre dénominateur (population homo-/bisexuelle et homosexuelle), l'approximation proposée souffre du manque de données comportementales couvrant la même période que les données épidémiologiques. En ce qui concerne la population des « hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes », une majoration de l'estimation de cette population — et, en conséquence, une révision à la baisse de notre évaluation du taux d'infection par le VIH/SIDA en son sein — est envisageable en raison de la sous-déclaration probable des pratiques homosexuelles telle qu'évoquée plus haut, ainsi que de l'augmentation du nombre de ceux qui déclarent au moins un partenaire homosexuel lorsque l'on allonge la période de référence (même si la comparaison de ce nombre sur un

1 an et sur 5 ans dans plusieurs enquêtes comportementales montre que la progression est loin d'être exponentielle (10)). On risque néanmoins alors de définir de manière plus floue encore la population des « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » en considérant, parmi celle-ci, des personnes ayant de manière très occasionnelle des partenaires homosexuels ou qui en ont eu au cours d'une période révolue (le plus souvent, lors de l'adolescence ou de la post-adolescence). Ceci rendrait d'autant plus nécessaire la segmentation — qui nous semble de toute manière indispensable — de la population des « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » en sous-ensembles susceptibles d'être plus ou moins fortement affectés par l'épidémie de VIH/SIDA.

Une autre raison de considérer que notre estimation de l'infection par le VIH/SIDA parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » pourrait être surévaluée est le fait qu'elle est plus élevée que des estimations antérieures, et en particulier celle de Mak et al. (11) qui, en 1989, évaluaient la prévalence du VIH parmi les gays flamands à 1,6%. Il faut néanmoins faire remarquer que cette étude fût réalisée quatre ans avant la nôtre, à l'aide d'une méthodologie très différente (échantillon de gays recrutés par voie de presse) et auprès des seuls Flamands. Or, on sait que ces derniers sont particulièrement peu représentés à Bruxelles, alors que cette ville concentrait, au 31 décembre 1994, près de 50% des cas de sida en Belgique.

Il reste que si l'on prend la valeur moyenne de notre estimation, le VIH/SIDA a fait dès 1993, au total, de l'ordre de 350 fois plus de victimes parmi les homosexuels que parmi les hétérosexuels. Ces chiffres moyens ne tiennent cependant pas compte des caractéristiques spécifiques de certains segments de la population des « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ». Dans certains d'entre eux, on peut craindre que la prévalence du VIH/SIDA soit plus forte encore.

Enfin, même si les données disponibles relatives au nombre de nouveaux cas de sida et de séropositivité donnent à penser que l'on assiste à une diminution des nouveaux cas par « contacts homo-/bissexuels », il s'agirait d'évaluer si, en fonction de divers modèles épidémiométriques, ce ralentissement a des chances de se poursuivre ou s'il n'est que passager.

Résumé

Grâce au croisement de données épidémiologiques avec des données comportementales (enquête nationale sur les « Comportements sexuels et attitudes face au risque du sida »), le taux de VIH/SIDA parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » en Belgique est évalué entre 5,1 et 12,4 %, par comparaison avec celui de la population hétérosexuelle qui se situerait entre 0,024 et 0,025 %. Pour diverses raisons qui tiennent notamment à la sous-déclaration probable des pratiques homosexuelles dans les enquêtes de population, il y a tout lieu de penser que le taux réel de VIH/SIDA parmi les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » en Belgique se situe plutôt dans la frange inférieure de l'estimation, ce qui n'exclut pas l'existence de taux plus importants dans certains segments de cette population.

Mots-clés

Déclaration des cas, homosexuels, bisexuels, hétérosexuels, prévalence VIH/SIDA, comportements sexuels.

Références

1. DECLERCQ E, LAVREYS L, VAN HOVE D. Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1994. Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, Bruxelles 1995.
2. CENTRE EUROPÉEN POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU SIDA. Surveillance du sida en Europe. Rapport trimestriel n° 43, Saint-Maurice, 30 septembre 1994.
3. CENTRE EUROPÉEN POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU SIDA. Surveillance du sida en Europe. Rapport trimestriel n° 44, Saint-Maurice, 31 décembre 1994.
4. HUBERT M, MARQUET J avec DELCHAMBRE J-P, PETO D, SCHAUT C, VAN CAMPENHOUDT L. Comportements sexuels et réactions au risque du SIDA en Belgique. Rapport à la Commission des Communautés Européennes (DG V). Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, Centre d'études sociologiques 1993.
5. BLANCHET A. Interviewer. Dans: Blanchet A, Ghiglione R, Massonnat J. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Paris, Dunod 1987.
6. DELOR F. Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque. Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales » 1997.
7. CATANIA JA, BINSON D, PETERSON J, CANCHOLA J. The effects of question wordings, interviewer gender, and control on item response by African American respondents. Paper presented at the conference Researching Sexual Behaviour: Methodological Issues. The Kinsey Institute, Indiana University, Bloomington, April 26-28, 1996.
8. INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE (INS). Annuaire statistique de la Belgique. Tome 112. Bruxelles, Ministère des Affaires économiques 1994.
9. SANDFORT T. Homosexual and bisexual behaviour in European countries. In: Hubert M, Bajos N, Sandfort T (eds.), Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe.

Comparisons of National Surveys, London, UCL Press, Social Aspects of AIDS Series 1998.

10. LERIDON H, VAN ZESSEN G, HUBERT M. The Europeans and their sexual partners. In: Hubert M, Bajos N, Sandfort T. (eds.), Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe: Comparisons of National Surveys, London, UCL Press, Social Aspects of AIDS Series 1998.
11. MAK R, BOLTON R, VINCKE J, PLUM J, VAN RENTERGHEM L. Prevalence of HIV and other STD infections and risky sexual behaviour among gay men in Belgium. Arch. Public Health 1990; 48: 87-98.