



HAL
open science

Examen des vulnérabilités psychosociales des HSH durant la première année de la crise de la COVID-19

Maëva dos Santos

► **To cite this version:**

Maëva dos Santos. Examen des vulnérabilités psychosociales des HSH durant la première année de la crise de la COVID-19. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03827030

HAL Id: dumas-03827030

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03827030v1>

Submitted on 24 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Examen des vulnérabilités psychosociales des HSH durant la première
année de la crise de la COVID-19**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Octobre 2022

Par Madame Maëva DOS SANTOS

Née le 14 septembre 1992 à Cholet (49)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MANCINI Julien

Président

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

Monsieur le Docteur GIRARD Gabriel

Codirecteur

Madame le Docteur BREGIGEON Sylvie

Assesseur

Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy

Assesseur

**Examen des vulnérabilités psychosociales des HSH durant la première
année de la crise de la COVID-19**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Octobre 2022

Par Madame Maëva DOS SANTOS

Née le 14 septembre 1992 à Cholet (49)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MANCINI Julien

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Monsieur le Docteur GIRARD Gabriel

Madame le Docteur BREGIGEON Sylvie

Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy

Président

Directeur

Codirecteur

Assesseur

Assesseur

Liste des professeurs de la faculté

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen :

Vice-Doyen aux affaires générales :
Vice-Doyen aux professions paramédicales :
Conseiller :

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- aux études :
- à la recherche :
- à l'unité mixte de formation continue en santé :
- pour le secteur NORD :
- Groupements Hospitaliers de territoire :
- aux masters :

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- sciences humaines et sociales :
- relations internationales :
- DU/DIU :
- DPC, disciplines médicales & biologiques :
- DPC, disciplines chirurgicales :

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MÉDECINE

Directeur :

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PACES – Post-PACES :
- DFGSM :
- DFASM :
- DFASM :
- Préparation aux ECN :
- DES spécialités :
- DES stages hospitaliers :
- DES MG : Pr. Christophe BARTOLI
- Démographie médicale :
- Etudiant :

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Dr Aurélie DAUMAS
Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
Pr. Benjamin BLONDEL

Dr. Noémie RESSEGUIER
Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice :

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission

- 1er cycle :
- 2ème cycle :

Madame Estelle BOISSIER
Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur :

Monsieur Philippe SAUVAGEON

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle :
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle :
- Mutualisation des enseignements :

Madame Béatrice CAORS
Madame Joannie HENRY
Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur :

Monsieur Sébastien COLSON

Chargés de mission

- Chargée de mission :
- Chargé de mission :

Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM

AGOSTINI Serge
ALDIGHERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice

DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
GUYS Jean-Michel
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre

MM

CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard

LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT**2008**

M. le Professeur LEVY Samuel 31/08/2011
Mme le Professeur JUHAN-VAGUE Irène 31/08/2011
M. le Professeur PONCET Michel 31/08/2011
M. le Professeur KASBARIAN Michel 31/08/2011
M. le Professeur ROBERTOUX Pierre 31/08/2011

2009

M. le Professeur DJIANE Pierre 31/08/2011
M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2012

2010

M. le Professeur MAGNAN Jacques 31/12/2014

2011

M. le Professeur DI MARINO Vincent 31/08/2015
M. le Professeur MARTIN Pierre 31/08/2015
M. le Professeur METRAS Dominique 31/08/2015

2012

M. le Professeur AUBANIAC Jean-Manuel 31/08/2015
M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2015
M. le Professeur CAMBOULIVES Jean 31/08/2015
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2015
M. le Professeur MATTEI Jean-François 31/08/2015
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2015
M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2015

2013

M. le Professeur BRANCHEREAU Alain 31/08/2016
M. le Professeur CARAYON Pierre 31/08/2016
M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2016
M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2016
M. le Professeur HENRY Jean-François 31/08/2016
M. le Professeur LE GUICHAOUA Marie-Roberte 31/08/2016
M. le Professeur RUFO Marcel 31/08/2016
M. le Professeur SEBAHOUN Gérard 31/08/2016

2014

M. le Professeur FUENTES Pierre 31/08/2017
M. le Professeur GAMERRE Marc 31/08/2017
M. le Professeur MAGALON Guy 31/08/2017
M. le Professeur PERAGUT Jean-Claude 31/08/2017
M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2017

2015

M. le Professeur COULANGE Christian 31/08/2018
M. le Professeur COURAND François 31/08/2018
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2016
M. le Professeur MATTEI Jean-François 31/08/2016
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2016
M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2016

2016

M. le Professeur BONGRAND Pierre 31/08/2019
M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2017
M. le Professeur BRUNET Christian 31/08/2019
M. le Professeur CAU Pierre 31/08/2019
M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2017
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2017
M. le Professeur FONTES Michel 31/08/2019
M. le Professeur JAMMES Yves 31/08/2019
M. le Professeur NAZARIAN Serge 31/08/2019
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2017
M. le Professeur POITOUT Dominique 31/08/2019
M. le Professeur SEBAHOUN Gérard 31/08/2017
M. le Professeur VIALETTES Bernard 31/08/2019

2017

M. le Professeur ALESSANDRINI Pierre 31/08/2020
M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2018
M. le Professeur CHAUVEL Patrick 31/08/2020
M. le Professeur COZZONE Pierre 31/08/2018
M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2018
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2018
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2018
M. le Professeur SEBBAHOUN Gérard 31/08/2018

2018

M. le Professeur MARANINCHI Dominique 31/08/2021
M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2019
M. le Professeur COZZONE Pierre 31/08/2019
M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2019
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2019
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2019
M. le Professeur RIDINGS Bernard 31/08/2021

2019

M. le Professeur BERLAND Yvon 31/08/2022
M. le Professeur CHARPIN Denis 31/08/2022
M. le Professeur CLAVERIE Jean-Michel 31/08/2022
M. le Professeur FRANCES Yves 31/08/2022
M. le Professeur CAU Pierre 31/08/2020
M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2020
M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2020
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2020
M. le Professeur FONTES Michel 31/08/2020
M. le Professeur MAGALON Guy 31/08/2020
M. le Professeur NAZARIAN Serge 31/08/2020
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2020
M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2020

2020

M. le Professeur DELPERO Jean-Robert 31/08/2023
M. le Professeur GRIMAUD Jean-Charles 31/08/2023
M. le Professeur SAMBUC Roland 31/08/2023
M. le Professeur SEITZ Jean-François 31/08/2023
M. le Professeur BERLAND Yvon 31/08/2022
M. le Professeur CHARPIN Denis 31/08/2022
M. le Professeur CLAVERIE Jean-Michel 31/08/2022
M. le Professeur FRANCES Yves 31/08/2022
M. le Professeur BONGRAND Pierre 31/08/2021

M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2021
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2021
M. le Professeur FONTES Michel 31/08/2021
M. le Professeur NAZARIAN Serge 31/08/2021
M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2021

2021

M. le Professeur BOUBLI Léon 31/08/2024
M. le Professeur LEGRE Régis 31/08/2024
M. le Professeur RAOULT Didier 31/08/2024
M. le Professeur DELPERO Jean-Robert 31/08/2023
M. le Professeur GRIMAUD Jean-Charles 31/08/2023
M. le Professeur SAMBUC Roland 31/08/2023
M. le Professeur SEITZ Jean-François 31/08/2023
M. le Professeur BERLAND Yvon 31/08/2022
M. le Professeur CHARPIN Denis 31/08/2022
M. le Professeur CLAVERIE Jean-Michel 31/08/2022
M. le Professeur FRANCES Yves 31/08/2022
M. le Professeur BONGRAND Pierre 31/08/2022
M. le Professeur BRUNET Christian 31/08/2022
M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2022
M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2022
M. le Professeur FONTES Michel 31/08/2022
M. le Professeur NAZARIAN Serge 31/08/2022
M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2022

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel
(U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte
d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. BETTARELLO (Brésil)
A. DAVIGNON (Canada)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)
DOCTEURS HONORIS CAUSA
MAJ 01.09.2017

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER
(Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
DOCTEURS HONORIS CAUSA
MAJ 01.09.2017

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominic	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHIERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI--TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISSCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mono-appartenants

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques	NUSSLI Nicolas
FIERLING Thomas	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FORTE Jenny	THERY Didier
JANCZEWSKI Aurélie	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline	MATHIEU Marion	ROMAN Christophe
EVANS-VIALLAT Catherine	MAYENS-RODRIGUES Sandrine	TRINQUET Laure
LAZZAROTTO Sébastien	MELLINAS Marie	
LUCAS Guillaume		

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p><i>ALBANESE Jacques (PU-PH) Surnombre</i> BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH) ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MARLINGE Marion (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU-PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Retraite le 24/09/2021*
FAURE Alice (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Au Professeur Julien Mancini :

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, et pour la réactivité avec laquelle vous avez répondu à mes sollicitations.

À la Professeure associée Aurélie Janczewski :

Je te suis très reconnaissante pour tout le soutien apporté, du début à la fin : le coaching, les inspirations, les discussions fructueuses et les rires partagés.

Au Docteur en sociologie Gabriel Girard :

Merci de m'avoir proposé de participer à ton étude, merci pour ta confiance. Tous ces échanges avec toi autour de ce travail furent passionnants. Quelle chance d'apprendre à utiliser la sociologie à tes côtés ! Merci d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir poussée à me dépasser à chaque étape de ce travail.

À la Docteure Sylvie Bregigeon :

Merci pour ta confiance au quotidien, ton professionnalisme et ta bonne humeur.

Au Docteur Jérémy Khouani :

Merci de m'avoir ouvert les portes de ta maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et permis d'apprendre avec toi.

À la Docteure en sociodémographie Annie Velter :

Merci pour ta disponibilité et pour tous ces échanges éclairants et chaleureux.

Au Docteur Jean-Luc Robert :

Merci pour cette expérience en CeGIDD qui a participé à façonner ce travail de thèse.

À la Docteure Hélène Laroche, à la Docteure Olivia Faucher et à toute l'équipe du CISIH pour les bonnes ondes que vous m'envoyez tous les jours.

À ma mère, mon modèle d'abnégation.

À Noémie, meu amor et partenaire de vie.

À mes ami-e-s Charlotte et Soel de chez Radio SESSTIM, pour leur regard critique.

Aux marseillais-e-s qui ensoleillent ma vie : Jimmy, Jérémy, Ludwig, Roxane, Mario, Margot, Marianne, Anne, Margaux, Greg, Arno, Claire, Daphné...

À Lucas, Zouzou, Mélina, Sandra, Karine, Déborah, Agnès, Charlotte, Alexandra, Anne-Julie, Sarah : c'est votre amour le moteur !

Aux personnes interviewées, au cœur de ce travail.

Table des matières

1.	INTRODUCTION	4
1.1.	Chronologie de la crise sanitaire et incidence globale des problématiques de santé mentale.....	6
1.2.	Des risques psychosociaux spécifiques aux LGBT	10
1.3.	Des préoccupations de santé publique ciblées sur les HSH en temps de COVID-19	13
1.4.	Histoire de la catégorie HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	16
1.5.	Homosexualité et médecine générale.....	20
2.	METHODE.....	23
2.1.	Objectif principal : décrire.....	23
2.2.	Objectif secondaire : analyser	24
2.3.	Échantillonnage et protocole	24
2.4.	Recrutement	25
2.5.	Critères d'inclusion.....	25
2.6.	Grille d'entretien et mise en œuvre.....	26
2.7.	Méthode descriptive interprétative	29
2.8.	Analyse sociologique et biopsychosociale.....	30
3.	RESULTATS.....	37
3.1.	Description globale de l'échantillon de répondants.....	37
3.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques	37
3.1.2.	Des identités multiples, l'identité gay	39
3.1.3.	Des identifications stables et instables	43
3.1.4.	Des enjeux médicaux.....	47
3.2.	Description chronologique globale du vécu de la première année de crise sanitaire	49
3.2.1.	Émergence de la pandémie de COVID-19	49
3.2.2.	Premier confinement : vécus temporels et contagion émotionnelle	53
3.3.	Classement socio-médical de l'échantillon.....	56
3.4.	Des hommes gays « stables » pendant la crise sanitaire	62
3.4.1.	Description générale des répondants	62
3.4.2.	Des épreuves surmontées	65
3.4.3.	Des rapports à la crise sanitaire contrastés	68
3.4.4.	Portraits de Quentin versus Dimitri	69
3.4.5.	Conclusion	74
3.5.	Des hommes gays « fragilisés » par la crise sanitaire.....	75

3.5.1.	Description globale : des instabilités biographiques.....	76
3.5.2.	Des facteurs de risques de décompensation psychologique	84
3.5.3.	Confinement, brèche temporelle et structuration des récits	86
3.5.4.	Autoconfinement et temps homosexuel suspendu	88
3.5.5.	Autoconfinement et reprise d'activité sexuelle	93
3.5.6.	Reprise d'activités sociales et sexuelles au moment du déconfinement	97
3.5.7.	Portrait de Robin, la séroconversion au VIH « qui se passe bien »	99
3.5.8.	Conclusion	102
3.6.	Des hommes gays « précarisés » pendant la crise sanitaire	104
3.6.1.	Description générale du groupe d'analyse.....	105
3.6.2.	Données de santé pré-COVID-19.....	108
3.6.3.	L'arrivée de la COVID-19 et le premier confinement	109
3.6.4.	Des « turbulences résidentielles »	110
3.6.5.	Coming-out et reconfigurations résidentielles : une autre gestion des risques.....	113
3.6.6.	Entre protection et autonomie : les significations des « turbulences résidentielles ».....	123
3.6.7.	Temps universitaire exigé et désorganisation du quotidien favorisée par la crise sanitaire.....	124
3.6.8.	Temps homosexuel suspendu, gestion de la frustration et des risques d'IST	128
3.6.9.	Portrait de Matteo : une histoire singulière qui condense les facteurs de vulnérabilité	133
3.6.10.	Conclusion	139
3.7.	Résultats comparatifs.....	141
3.7.1.	Vécu de l'isolement et stratégies d'adaptation	141
3.7.2.	Usage des applications de rencontre géolocalisées.....	142
3.7.3.	Usages de la PrEP et gestion des risques IST et VIH.....	144
3.7.4.	Situation vis-à-vis du processus de banalisation de l'homosexualité	146
3.8.	Modèle synthétique des vulnérabilités rencontrées par les HSH en temps de COVID-19.....	148
4.	DISCUSSION	150
4.1.	Confronter les résultats de COVIGAY avec ceux de l'enquête nationale quantitative ERAS	150
4.2.	Prolongement des réflexions sur la catégorie HSH	155
4.3.	Forces et limites de cette recherche	156
4.4.	Implications en médecine générale	158
	CONCLUSION.....	160
	BIBLIOGRAPHIE.....	162
	Liste des figures.....	171
	Liste des tableaux.....	172
	Liste des abréviations	174
	ANNEXES.....	175

« Restituer, dans l'expérience vécue, (...) le mouvement qui mène de l'assujettissement à l'invention de soi. C'est-à-dire de la subjectivité produite par l'ordre social à la subjectivité « choisie ». Choisie, c'est-à-dire inlassablement façonnée par la mobilisation collective et l'action publique. Façonnée également par la nécessaire réflexion critique qui, à l'intérieur même de ces mouvements, permet de s'interroger sur les formes de domination et d'infériorisation qui n'ont pas été prises en considération, sur les voix « absentes », celles qui n'ont pas été entendues ou n'ont pas été écoutées... Car le travail d'émancipation ne peut se concevoir que comme une tâche toujours à recommencer : à proprement parler, interminable. »

Didier Éribon, Réflexions sur la question gay, page 21

1. Introduction

L'irruption de la pandémie de COVID-19 a agi comme un révélateur et un amplificateur d'inégalités sociales de santé préexistantes [1]. Dans ce contexte, il est apparu pertinent de documenter et d'analyser l'expérience de « groupes à risques » spécifiques, afin d'adapter la réponse médico-sociale [2,3,4]. La présente thèse porte sur les vulnérabilités des hommes gays et bisexuels – cisgenres et transgenres – qui forment une population affectée de manière disproportionnée par le VIH et les IST, les problématiques liées à la consommation de produits psychoactifs, les discriminations, les violences et les problèmes de santé mentale. Cette thèse constitue un volet de l'étude COVIGAY, qui étudie les conséquences sanitaires et sociales pour les HSH de la première année de l'épidémie de COVID-19. Cette étude a ainsi été menée conjointement par un sociologue (le Dr Gabriel Girard) et une interne en médecine (Maëva Dos Santos) dont la thèse est présentée ici.

Lorsque sont mises en œuvre des mesures sévères de réduction des relations sociales en réponse à la diffusion du coronavirus, mi-mars 2020, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ne constituent pas une population « cible » en matière de gestion de la pandémie. Cependant, les acteurs institutionnels et associatifs de la lutte contre le VIH émettent très tôt des préoccupations concernant les enjeux de santé sexuelle spécifiques à ces communautés, notamment la crainte d'un moindre recours aux soins et d'une résurgence de l'épidémie de VIH.

Les acteurs de santé publique dans ce domaine raisonnent historiquement en fonction d'un groupe épidémiologique – les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes – identifié comme étant plus exposé aux IST (infections sexuellement transmissibles). Une telle approche, si elle justifie une logique populationnelle appliquée aux gays et bisexuels, se révèle pourtant trop imprécise pour saisir la diversité des conditions de vie de ces hommes. Dans un contexte d'homophobie systémique, les hommes gays et bisexuels cumulent également de multiples risques psychosociaux, que la catégorie « HSH » peine à prendre en compte.

En pratique clinique, les médecins généralistes se retrouvent confrontés à l'enchevêtrement des dimensions biopsychosociales dans les symptômes présentés par les hommes gays, bisexuels – cisgenre et transgenre – qu'ils rencontrent. Les déterminants de santé spécifiques à ces populations – et les modes d'intervention possibles - sont connus et intégrés à la pratique de médecins généralistes « spécialisés » auprès de ces publics [5]. De récentes études

réalisées en médecine générale en France [6, 7], que ce soit du côté des patients ou des médecins, montrent que l'hétéronormativité est prégnante dans les parcours de soin des personnes LGBTQ+ (personnes lesbiennes, gays ou bisexuelles, ainsi que trans, queer, intersexes ou se définissant comme non-binaires). L'accès des médecins généralistes à la primo-prescription de la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition, prévention médicamenteuse de l'infection au VIH) depuis juin 2020 en France renouvelle donc la nécessité, éthique et pratique, d'améliorer les connaissances des médecins généralistes à propos des HSH.

En documentant scientifiquement les vulnérabilités vécues par ces populations durant la crise sanitaire, le présent travail de thèse vise à répondre aux préoccupations de santé publique autour de la résurgence du VIH, dans un contexte de pratiques de prévention modifiées. Par ailleurs, ce travail a pour ambition de participer à relever le défi de l'inclusivité en soins primaires : comment accueillir des publics issus des minorités sexuelles et tenir compte de leurs vulnérabilités spécifiques dans le soin ?

Pour cette recherche, le risque n'est pas considéré comme une donnée préexistante à l'expérience sociale des acteurs, mais plutôt comme étant la résultante d'une élaboration subjective. Lorsque survient le confinement généralisé de la population, plusieurs aspects potentiellement menaçants liés à cet événement sont pris en compte par l'individu, qui est à la fois l'opérateur et le traducteur d'un processus complexe d'arbitrage entre plusieurs risques. L'hypothèse selon laquelle la hiérarchisation par les HSH des risques pour leur santé dépend des spécificités liées à leurs identités sociales et culturelles justifie un détour par une approche qualitative et sociologique de l'homosexualité masculine. En même temps, le point de vue adopté pour rendre compte des expériences vécues – celui de la vulnérabilité - implique une réflexion médicale et sociologique combinée.

L'étude COVIGAY a été élaborée au cours de l'automne 2020 au sein du laboratoire SESSTIM, sous les tutelles de l'IRD, de l'INSERM et d'Aix-Marseille Université. Après avoir obtenu l'aval d'un comité d'éthique, le recrutement des participants a eu lieu essentiellement en ligne via des réseaux sociaux. Les expériences vécues et systématiquement questionnées s'échelonnent de la période d'émergence de l'épidémie (janvier – mars 2020) à la période du recueil des données (février – mai 2021). Les résultats sont basés sur quarante entretiens semi-directifs, conduits par deux investigateurs et entièrement retranscrits. La méthode qualitative utilisée est la description interprétative assistée par Nvivo, puis la classification socio-médicale selon un modèle théorique du phénomène de vulnérabilité [89]. Ce modèle accorde une attention constante aux trois dimensions qui façonnent ce processus :

- La trajectoire sociale de l'individu, son histoire personnelle, son vécu de l'homosexualité et sa santé globale ;
- L'ancrage social de l'individu, les relations dans lesquelles il est investi et celles qu'il met à distance ou desquelles il se trouve exclu ;
- Le contexte social dans lequel survient l'épidémie, avec la nécessité d'effectuer des contextualisations sociologiques et historiques ciblées, issues de la littérature en sciences sociales et en santé publique.

En s'appuyant sur cette grille de lecture et sur le regard croisé des auteurs de l'étude COVIGAY, issus de disciplines complémentaires (sociologie / médecine générale), l'objectif principal de la présente thèse est de décrire l'expérience des HSH durant la première année de la crise sanitaire. Les analyses menées en binôme tentent d'élucider avec les personnes interrogées l'articulation entre :

- Des facteurs de vulnérabilité les exposant aux risques psychosociaux ;
- Des ressources qu'ils mobilisent et des handicaps avec lesquels ils doivent composer ;
- Des conséquences concrètes sur les plans biopsychosociaux : troubles psychiques, isolement social, infections sexuellement transmissibles, consommations de produits psychoactifs.

Les résultats se présentent sous la forme descriptive de données globales et sous la forme analytique de données confrontées les unes aux autres, ce qui donne accès à la diversité des expériences dans l'échantillon. Les portraits des enquêtés et les extraits d'entretien illustrent les analyses socio-médicales.

1.1. Chronologie de la crise sanitaire et incidence globale des problématiques de santé mentale

En France, les trois premiers cas de COVID-19 sont officiellement recensés le 24 janvier 2020. Il s'agit de personnes ayant séjourné à Wuhan, épice de centre du virus en Chine centrale. Ces trois personnes sont également les premiers cas annoncés en Europe. Cela a donné lieu à une conférence de presse de la ministre de la Santé, le 24 janvier 2020. Le 29 février 2020, cent personnes sont officiellement atteintes du virus et deux en sont mortes. Mais l'équipe de Fabrice Carrat, professeur à la faculté de médecine Sorbonne Université, publie le 6 février 2021 un article qui montre que le coronavirus circulait déjà en France à l'automne 2019 [8].

Le dimanche 8 mars 2020, les rassemblements de plus de mille personnes sont interdits. Le même jour, un décret met fin à l'obligation d'avoir eu une consultation physique avec son médecin dans l'année pour pouvoir prétendre à une téléconsultation. Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère l'épidémie de COVID-19 comme une pandémie. Pour freiner la formation de nouveaux clusters (après ceux de l'Oise et du Haut-Rhin) et préserver les capacités d'accueil des hôpitaux, le gouvernement français annonce progressivement des mesures de confinement et d'annulation des manifestations sportives et culturelles. Dans une déclaration télévisée, le 12 mars 2020, le président de la République annonce la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités. Un dispositif « exceptionnel et massif » de chômage partiel est envisagé. Les entreprises et leurs salariés sont encouragés à pratiquer le télétravail et les Français sont invités à limiter leurs déplacements. Font exception les soignants engagés dans la lutte contre le virus, ainsi que les pharmacies, les banques, les magasins alimentaires, les stations-service, les bureaux de tabac et de presse.

Le lundi 16 mars 2020, afin de stopper la diffusion exponentielle du SARS-CoV-2 et pour réduire le plus possible le nombre de personnes atteintes (et donc de morts), le président de la République annonce, dans une nouvelle allocution suivie par trente-cinq millions de téléspectateurs, le confinement généralisé de la population française. Lors de cette allocution, le président prononce plusieurs fois la phrase « nous sommes en guerre ». À partir du 17 mars à 12 h, cette mesure entre en vigueur et tous les lieux recevant du public considérés comme non essentiels à la vie du pays sont fermés. Seuls sont désormais autorisés les trajets « absolument nécessaires » (avec attestation d'autorisation de sortie). Les réformes politiques sont suspendues et le second tour des élections municipales est reporté. Le nombre des mille morts en contexte hospitalier est dépassé le 24 mars. Le 28 avril, le Premier ministre présente à l'Assemblée nationale les conditions de déconfinement, notamment la rentrée scolaire échelonnée, la non reprise des cours en présentiel dans l'enseignement supérieur, le maintien de la fermeture des bars, cafés et restaurants et l'interdiction des rassemblements. En avril, plusieurs centaines de personnes par jour meurent de la COVID-19. Le pic de mort par jour est atteint le 6 avril avec 613 décès. Les mesures principales du déconfinement, effectif le 11 mai, sont la suppression de l'autorisation de sortie, l'obligation du port du masque dans les transports, la reprise du travail dans les commerces – à l'exception des restaurants et des bars. Puis le port du masque devient obligatoire dans les lieux publics clos à partir du 20 juillet.

Le 24 juillet 2020, la Direction Générale de la Santé déclare que différents signaux concordants montrent une reprise épidémique et constate le relâchement par la population

des gestes barrières, dont la distanciation sociale. À partir du 26 septembre, des mesures sont prises localement pour tenter d'endiguer la reprise de l'épidémie, avec des métropoles ou des départements en « alerte maximale » (comme Aix-Marseille et la Guadeloupe) ou en « alerte renforcée » (comme Bordeaux, Lyon, Nice, puis Paris). Le 14 octobre 2020, un couvre-feu est déclaré. Le président de la République recommande que les réunions privées soient limitées à six personnes. Puis le deuxième confinement entre en vigueur à partir du 30 octobre. Mi-octobre, au pic de cette deuxième vague, le nombre de cas quotidiens est de 48 000 et celui des personnes hospitalisées est de 33 000. À partir du 15 décembre, le deuxième confinement est levé et un couvre-feu est mis en place entre 20 h et 6 h, à l'exception du soir du 24 décembre.

La campagne de vaccination débute officiellement le 27 décembre 2020. Même si la circulation du virus reste moins importante que dans d'autres pays européens qui ont décidé de reconfiner, l'apparition de variants du virus plus contagieux amène le gouvernement à imposer un couvre-feu généralisé dès 18 h à partir du 16 janvier. Le 18 mars 2021, Jean Castex, Premier ministre, annonce un troisième confinement pour une durée de quatre semaines dans les seize départements français les plus touchés par l'épidémie (dont tous les départements de l'Île-de-France), qui débute le 20 mars 2021.

Selon l'INSEE, pour la période du 1^{er} mars 2020 au 31 décembre 2021, le surplus de décès se chiffre à 95 000 par rapport aux années précédentes. En 2020, l'espérance de vie en France a chuté de six mois pour les femmes et de sept mois pour les hommes. La pandémie de COVID-19 est médiatisée avec une ampleur exceptionnelle. Une étude publiée en mars 2020 par La Revue des Médias, et portant sur 8 000 heures de diffusion réalisées par les chaînes d'info en continu France Info, LCI, CNews et BFM TV, montre que, du 16 au 22 mars 2020, 74,9 % du temps d'antenne ont été consacrés à la pandémie et ses conséquences (13 h 30 min en moyenne, par jour et par chaîne) [9]. Durant cette période, le « nombre de morts par jour » faisait figure de baromètre pour apprécier la diffusion du virus et ses conséquences concrètes. La répétition quotidienne de ce type d'information a participé au climat anxiogène associé à l'émergence de la pandémie [10].

Dans le langage courant, l'expression « COVID-19 » est devenue polysémique, d'où l'importance d'explicitier les différentes significations qu'elle recouvre. En fonction du contexte d'usage, « COVID-19 » peut signifier :

- **Un risque infectieux** : le risque d'être malade ou de transmettre la maladie, en fonction de déterminants de santé (biologiques et sociologiques) ;

- **Un contexte social particulier** : où l'état d'urgence sanitaire est déclaré et où des mesures de restrictions des libertés publiques sont prises, ainsi que des politiques de santé publique de réponse à la menace ;
- **Des risques psychosociaux** : le risque de souffrir des conséquences sociales de la crise : perte d'emploi, perte de logement, isolement social, maladie mentale, en fonction de facteurs de risques biopsychosociaux.

Si l'on considère l'ensemble des mesures de distanciation sociale comme une forme de thérapie sociétale destinée à limiter les effets de la pandémie de COVID-19, alors il apparaît utile d'en examiner les effets secondaires, comme pour les médicaments [11]. La thérapie est politique et concerne des activités sociales, les effets secondaires attendus sont donc principalement psychosociaux.

En avril 2020, l'OMS recense environ quatre milliards d'êtres humains en situation de confinement dans le monde. Le confinement national, décrété en France pour lutter contre la propagation de l'épidémie, par sa nature soudaine, son ampleur et sa durée incertaine en font un fait social inédit, qui interpelle les sciences sociales [12]. Dans l'enquête Épidémiologie et conditions de vie portant sur un échantillon représentatif de 135 000 personnes en France, il est apparu que l'exposition au risque de contamination par la COVID-19 ainsi que le risque de développer des formes graves et de décéder sont inégalement répartis dans la population [1]. Du côté des effets secondaires des mesures d'urgence sanitaire, outre les conséquences économiques et sociales, les études portant sur les conséquences psychosociales de la crise à l'échelle de la population générale, ont montré une majoration globale des symptômes d'anxiété, dépression et troubles du sommeil [13]. Depuis le premier confinement, on constate l'augmentation continue des délivrances de quatre classes de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques). Entre mars 2020 et avril 2021, on observe une augmentation de 1,9 million de délivrances d'antidépresseurs, de 3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et de 1,4 million de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu [14]. L'enquête auprès des médecins généralistes a montré que les consultations pour demandes de soins de troubles anxieux ou dépressifs sont les seules consultations pour d'autres motifs que le coronavirus ayant augmenté pendant le confinement, pour plus de la moitié des médecins généralistes [15].

1.2. Des risques psychosociaux spécifiques aux LGBT

Les orientations sexuelles et identités de genre constituent des déterminants de santé parce qu'elles sont le produit de systèmes inégalitaires, pour lesquels on parle d'homophobie et transphobie systémique. Des méta-analyses, recensions de la littérature et études sur de grands échantillons ont montré une prévalence d'expériences de violences et d'abus sexuels pendant l'enfance et l'adolescence plus élevée chez les LGBT que dans la population générale [16, 17, 18]. Par rapport aux personnes hétérosexuelles, les LGB (lesbiennes, gays et bisexuels) sont deux à trois fois plus souvent exposés à des violences dans l'espace public et familial [19]. L'homophobie vécue depuis l'enfance contribue grandement aux problèmes de santé mentale, particulièrement chez les jeunes, avec une sursuicidalité démontrée [20, 21]. D'autres auteurs soulignent le surrisque suicidaire particulier lié au fait d'être transgenre [22]. Les intersections entre racisme et orientation sexuelle ont été particulièrement analysées en contexte anglo-saxon [23,24,25].

L'expérience minoritaire et les discriminations subies façonnent un rapport à soi difficile pour nombre de personnes LGBT+ et font l'objet de conceptualisation par les sciences sociales :

- **Stigmate** : concept théorisé par le sociologue Erving Goffman (1975) qui le définit comme un attribut social dévalorisant, qu'il soit corporel ou non – être handicapé, homosexuel, juif, noir, etc. Le stigmate n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui. Même si le stigmate n'est pas immédiatement décelable par autrui, l'individu sait qu'il est « discréditable » à tout moment. La personne stigmatisable s'attache donc au contrôle de l'information à l'égard de son stigmate à travers des dissimulations et des anticipations de situation potentiellement discréditantes [26] ;
- **Homophobie intériorisée ou homonégativité** : elle désigne la croyance – d'origine sociale – pour une personne lesbienne ou gay en des stéréotypes négatifs la concernant, qui conduit à des sentiments de honte, d'infériorité et de dévalorisation de soi [27,28]. La honte se nourrit d'une haine de soi, qui renvoie à l'incorporation du mépris que les autres véhiculent envers soi. Mais cette homophobie intériorisée comme « peur de l'autre en soi » ne fait pas qu'alimenter la honte individuelle : elle est souvent projetée dans le rejet des autres homosexuels, auxquels on refuse de s'identifier malgré le stigmate commun (ou à cause de lui) [29] ;

- **Stress minoritaire** : ce modèle est basé sur le postulat que les homosexuels, dans une société hétéronormée, sont soumis à un stress chronique lié à leur stigmatisation, qui fragilise leur santé mentale et physique. Le modèle de Meyer IH articule pour la première fois homonégativité, expériences de la violence et des discriminations et stigmatisme (anticipation du rejet et de la discrimination) [30,31]. Des études plus récentes ont enrichi ce modèle en mettant en évidence des facteurs de résilience.

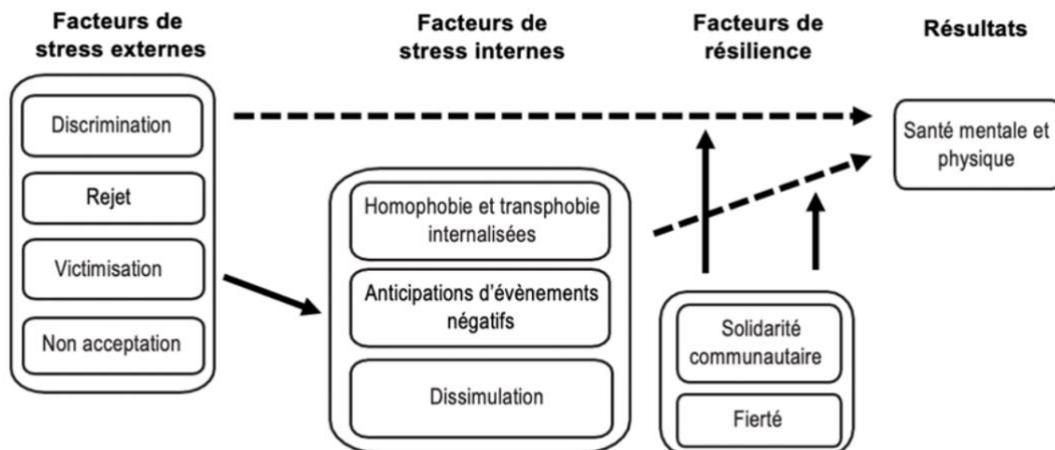


Figure 1. Adaptation du modèle de stress minoritaire de Meyer (2015), dans Cotton et al. (2019)

Dans le modèle du stress minoritaire, les processus cognitifs seraient des médiateurs entre la stigmatisation liée à un statut minoritaire et ses effets sur la santé mentale chez les minorités sexuelles. La stigmatisation vécue augmente l'exposition au stress. À son tour, le stress relié à la stigmatisation influe négativement sur les processus de régulation des émotions, la capacité d'adaptation et sur les relations interpersonnelles, ce qui contribue à accroître les risques de psychopathologie [32].

Dans des enquêtes en contexte anglo-saxon, la non-acceptation parentale était significativement associée à une augmentation des risques psychosociaux tels que tentative de suicide, dépression, troubles anxieux, consommation de produits psychoactifs, comportements sexuels à risque [33]. Il y a une surexposition aux violences intrafamiliales des personnes LGBT [34, 35], particulièrement dans la période entourant le coming-out [36].

Les origines de l'expression « coming-out » ont été retracées par le chercheur George Chauncey, grande figure des études gays et lesbiennes [37]. « *Coming out of the closet* », selon l'expression complète, signifie littéralement « sortir du placard ». Jusqu'à la fin des années 1950, l'homosexualité et ses manifestations sont fortement réprimées dans l'espace public aux États-Unis. Dans ce contexte, les gays parviennent à tisser des réseaux de

sociabilité parallèles, constituant une « sphère publique gay alternative ». Ce « monde gay » est le seul horizon de révélation possible pour les homosexuels. L'expression coming-out se répand, durant cette période, au sens de révélation à soi et à ce réseau. Il s'agit d'un rite de passage, synonyme d'entrée dans ce monde gay parallèle. Selon l'auteur, ce n'est qu'au cours des années 1960 que le terme coming-out revêt le sens retenu aujourd'hui, à savoir l'affirmation de l'homosexualité auprès de la société hétérocentrée. En 1969, les émeutes de Stonewall Inn forment une série de manifestations spontanées et violentes contre un raid de la police qui a lieu dans la nuit du 28 juin 1969 et qui aboutit à l'arrestation de personnes LGBT rassemblées dans un bar new-yorkais. Commémorées l'année suivante, elles donnent naissance aux Marches des fiertés LGBT (anciennement appelées Gay Pride). L'influence de ces événements, conjugués aux mouvements pour les droits civiques des afro-américains, établit l'injonction au coming-out comme le fer de lance des mouvements de libération homosexuelle aux Etats-Unis.

L'Enquête Presse Gaie de 2004 en France confirme que les intentions et tentatives suicidaires sont plus présentes chez les hommes gays, avec 19 % des répondants ayant commis au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, proportion presque cinq fois plus importante que pour les hommes en population générale [38]. L'étude de Jay Paul et son équipe identifie plusieurs facteurs de risque spécifiques aux LGB de moins de 25 ans [39] :

- Le dévoilement (« coming-out ») récent, surtout s'il est involontaire ;
- Les harcèlements « antigay » durant l'enfance et l'adolescence (que ce soit à la maison, dans le cadre scolaire, périscolaire, etc.) ;
- La prise de conscience récente de son identité homo / bisexuelle ;
- Une déception récente à la suite d'une première expérience homosexuelle.

Les facteurs de protection spécifiques du risque suicidaire chez les LGBT sont : le fait d'avoir pris conscience de son orientation sexuelle précocement [40] et de l'assumer, notamment en ayant la possibilité d'être « ouvert » envers un groupe qui peut témoigner de l'empathie [41]. Toutefois, le caractère protecteur d'une homosexualité assumée est discuté car il pourrait aussi augmenter le stress au long cours [42, 43, 44]. Les minorités sexuelles ayant subi une forme d'abus durant l'enfance ont signalé plus fréquemment des problèmes de santé physique (taux plus élevés de VIH), mentale (taux plus élevés de dépression, de symptômes de PTSD, d'homonégativité) et comportementale (taux plus élevés de suicidalité, de consommation abusive d'alcool et de drogues, de rapports sexuels anaux non protégés) par rapport à leurs pairs hétérosexuels ou non abusés [18].

Les problématiques de santé mentale font généralement le lit de l'infection à VIH [45]. Le lien entre anxiété et rapports anaux non protégés est établi [46]. Pour les minorités sexuelles, la moins bonne acceptation par la famille lors du coming-out se traduit concrètement par davantage de comportements à risque [47]. Dans le même sens, une étude à l'échelle européenne démontre que l'homonégativité est reliée aux facteurs de vulnérabilités associés à l'infection à VIH, tel que le fait de ne pas avoir recours au dépistage [48].

En conclusion, la littérature scientifique démontre que les hommes des minorités sexuelles ont une qualité de vie psychologique moins élevée que les hétérosexuels et donne des clefs de compréhension des mécanismes à l'oeuvre. Spécifiquement, on rapporte chez ceux-ci des taux d'anxiété plus élevés, ainsi que la présence plus fréquente d'idées suicidaires et de tentatives de suicides, ce qui contribue à majorer leur vulnérabilité face au VIH.

1.3. Des préoccupations de santé publique ciblées sur les HSH en temps de COVID-19

« Le Covid est une catastrophe pour la communauté gay. Et je ne pèse pas mes mots, c'est une très mauvaise nouvelle. Le virus en lui-même ne semble pas poser plus de problèmes que pour la population générale. Mais l'adaptation opérée par les hommes gays à l'isolement, au vide laissé par l'interdiction de sortir et de se rassembler, impacte de nombreux quotidiens en profondeur et pour le pire. » [49]

Comme dans cet extrait de la tribune du médecin Thibault Jedrzejewski dans Slate, de nombreuses personnalités de la lutte contre le VIH ont pris la parole pour alerter sur les effets collatéraux des mesures de freinage contre l'épidémie de COVID-19 [50,51]. Dans cette tribune, ce médecin généraliste, « spécialisé » auprès des publics LGBT, alerte sur l'urgence du phénomène du chemsex, qui se répandrait chez les hommes gays en temps de COVID.

Depuis une dizaine d'années, se développe dans les grandes villes d'Europe l'usage de substances psychoactives dans un contexte sexuel, phénomène qualifié de chemsex, ou de slam lorsque la prise de substances se fait par voie intraveineuse [52]. Outre l'usage de

nouveaux produits de synthèse¹ (NPS) – par exemple la 3-MMC² - et le recours aux applications de rencontre en ligne, le chemsex se caractérise par des consommations, dans le cadre de relations sexuelles, prévues pour une longue durée, impliquant plusieurs partenaires et souvent associées à des conduites à risques en matière de consommation ou de pratiques sexuelles. Si peu de données consolidées sont à ce jour disponibles en France pour quantifier l'ampleur du phénomène, sont révélées les problématiques rencontrées par les professionnels de santé, qui constatent une recrudescence des personnes vues dans les services de maladies infectieuses (répétition d'endocardites chez un même patient, réinfection par le VHC, demande de TPE etc.). Les professionnels rapportent également des hospitalisations d'urgence liées aux dommages somatiques engendrés par des pratiques sexuelles à risques, ou des décompensations psychiatriques. Toutefois, le chemsex et le slam demeurent des pratiques minoritaires parmi l'ensemble des HSH, en France comme à l'international [53, 54].

La crise de la COVID-19 perturbe les sociabilités gays, mais également le recours au dépistage et à la PrEP. Les données du SNDS (Système National des Données de Santé) montrent ainsi un déficit important des initiations de PrEP pendant et après le premier confinement, par rapport à l'attendu, alors qu'elles constituent actuellement un moyen essentiel pour réduire l'incidence du VIH dans les populations clés [55]. Les mesures de restriction des contacts sociaux entraînent notamment la fermeture des saunas gays³ (établissements de type X) et met à l'épreuve le fonctionnement habituel des associations communautaires de soutien aux personnes LGBT et de promotion de la santé sexuelle (Aides, Acceptess-T, Enipse, etc.).

Pour mémoire, malgré l'efficacité relative des interventions de prévention habituelles chez les HSH, ceux-ci continuent de représenter le plus grand groupe de nouvelles infections par le VIH en France et le plus grand nombre d'individus vivant avec le VIH en France. Les HSH ont deux-cent fois plus de risques de contamination au VIH que la population hétérosexuelle

¹ L'abréviation NPS est généralement utilisée en France en référence aux « nouveaux produits de synthèse ». Ceux-ci désignent un éventail très hétérogène de substances qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.). Leurs structures moléculaires s'en rapprochent, sans être tout à fait identiques. Cette spécificité leur permet, au moins à court terme, de contourner la législation sur les stupéfiants ; certains sont classés, d'autres n'ont pas de statut juridique clair.

² 3-MMC : « 3-méthylmethcathinone » : drogue de synthèse dérivée de la cathinone (alcaloïde du Khat, plante poussant surtout dans la corne de l'Afrique), apparue en 2011 en France, proche de la méphédrone (4-MMC) à laquelle elle est parfois substituée. Psychostimulante (stimulante, euphorisante, empathogène), la 3-MMC induit une production de sérotonine dans le cerveau et peut aussi avoir des effets aphrodisiaques et décupler les capacités sexuelles, d'où son usage festif ou récréatif. À forte dose, elle peut être hallucinogène. Se présentant sous forme de poudre ou de cristaux, elle peut être prise ou injectée. Vendue entre 5 et 18 euros le gramme, elle est interdite en France depuis l'arrêté du 27 juillet 2012.

³ Réouverture des établissements de type X du 23 juin au 30 septembre 2020 puis fermeture jusqu'au 9 juin 2021.

française. Entre 2013 et 2018, ce sont 40,8 % des découvertes de séropositivité qui les concernent et trois quarts des cas de syphilis et gonococcie [56].

La publication des premiers résultats de « l'Enquête rapport au sexe » (ERAS) auprès HSH, édition spéciale COVID, menée par l'équipe d'Annie Velter à Santé Publique France, ont en effet permis de documenter [57] :

- Des difficultés de recours au dépistage et à la PrEP, parallèlement à une réduction massive du nombre de partenaires sexuels dans le cadre du premier confinement ;
- Des indicateurs de santé mentale (anxiété, dépression) et de consommation de produits psychoactifs (notamment en contexte sexuel) mettant en exergue des situations problématiques parmi ces hommes ;
- Des violences intra-familiales, verbales et psychologiques, pour un tiers des répondants ayant rapporté vivre dans le même logement qu'un des membres de leur famille. Ces hommes se caractérisent par leur jeune âge et une situation socioéconomique précaire [58].

Ces premiers éclairages sociocomportementaux apportés par ERAS ont souligné la nécessité d'explorations qualitatives plus fines pour mieux comprendre l'expérience vécue par les homosexuels dans leur diversité durant cette période. Issue d'échanges et de discussions au sein de l'équipe SantéRCom et avec des acteurs associatifs et institutionnels (Santé Publique France), l'étude COVIGAY a été conçue au cours des mois d'octobre et novembre 2020 et son protocole a été formalisé et déposé au CEEI (Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm) le 23 octobre 2020.

Ce travail de thèse s'appuie sur un parcours de professionnalisation en médecine générale, où les aspects biopsychosociaux attachés au VIH ont constitué une préoccupation constante. Après une expérience de six mois en tant qu'interne en CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections – VIH, IST, hépatites) à Marseille, l'auteure de la présente thèse a pu rejoindre le laboratoire SESSTIM et son équipe SantéRcom dirigé par Bruno Spire. C'est à cette occasion que l'opportunité de travailler avec le sociologue Gabriel Girard s'est présentée. Intégrer l'étude COVIGAY en démarrage, à l'automne 2020, et y apporter une expertise médicale de terrain semblait prometteur à différents niveaux :

- D'abord l'interdisciplinarité entre sociologue et médecin pouvait enrichir les deux disciplines sur ce thème des conséquences sociales de la crise sanitaire ;
- Ensuite, un intérêt personnel pour les sciences sociales, depuis l'entrée de l'auteure dans le cursus médical (et donnant du sens à celui-ci), motivait l'apprentissage de la méthodologie sociologique.

L'étude publiée dans le BEH n°33-34 du 1^{er} décembre 2020 montre une chute du recours au dépistage entre février et mars-avril 2020 beaucoup plus importante que les variations mensuelles habituelles et qui n'a pas été compensée par un rattrapage en juin-juillet [59]. Le nombre de sérologies VIH et dépistages d'IST bactériennes réalisées a diminué de 56 % sur cette période de premier confinement. Les baisses du recours au dépistage en 2020, observées à la fois pour le VIH et les IST bactériennes, peuvent laisser craindre un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections. En 2020, 30 % des infections à VIH ont été découvertes à un stade avancé de l'infection, ce qui constitue une perte de chance en termes de prise en charge individuelle et un risque de transmission du VIH aux partenaires. Le recensement des IST sur l'année 2021 est actuellement en cours.

1.4. Histoire de la catégorie HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Depuis une dizaine d'années, on observe une généralisation du terme « HSH » qui remplace peu à peu ceux de « gay » et « homosexuel » dans les milieux médicaux et de santé publique. Pour mieux comprendre l'adoption massive du terme « hommes ayant des relations avec des hommes », il est utile de faire un détour historique résumant la façon dont a évolué la terminologie concernant les hommes gays dans le secteur de la santé publique ces trente dernières années. On reviendra d'abord sur l'émergence de cette manière de classer les relations homosexuelles et sur la progressive concentration des ressources publiques [60] autour de la catégorie HSH.

Dans sa brochure expliquant les acronymes de l'association, Aides définit ainsi le terme :

« HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes. Terminologie officielle désignant les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (MSM en anglais). Elle englobe les homosexuels, gays, bisexuels, voire des personnes se définissant comme hétérosexuels avec des partenaires du même sexe. »

Le terme HSH, issu de MSM en anglais (Men who have Sex with Men) est apparu en 1995, dans le cadre de la lutte contre le Sida [61]. Cet acronyme se présente comme descriptif en se focalisant sur la question des pratiques et permet une désignation plus consensuelle des identités homosexuelles. L'acronyme HSH est l'héritier de l'histoire de la stigmatisation publique des homosexuels lors de l'émergence de l'épidémie de Sida. Les expressions

« cancer gay » et « 4H »⁴ sont utilisés communément au début des années 1980 pour rendre compte de la propagation de l'épidémie dans les temps qui précèdent la découverte du virus. Comme le formule Denis Duclos, « lorsque l'on aborde l'existence de dangers, d'accidents, de maladies, l'un des mécanismes discursifs les plus récurrents consiste à désigner une catégorie particulière d'individus à laquelle on n'appartient pas et qui sont susceptibles de "porter" le risque » [62]. Dans ce contexte, la définition des frontières du risque soulève des difficultés : dans un souci de ne pas reproduire ces comportements stigmatisants, « la culture de la santé publique hésite entre l'attribution du risque à des groupes ou à des comportements » [63]. Dans ce cadre, les hommes gays et bisexuels ont fait l'objet d'un travail de classification, marqué par des conceptions différentes de l'homosexualité, des sociabilités et des identités qui s'y rapportent.

À la fin des années 1980, un consensus s'est structuré entre les autorités de santé et les associations de lutte contre le Sida autour d'une approche non stigmatisante du risque et de la prévention chez les gays, distinguant [64] :

- **Des sociabilités homosexuelles structurées** autour d'associations identitaires [65], de lieux de convivialité gays (bars, saunas, etc.), et regroupant des hommes ayant fait leur *coming-out* : « Cette communauté centrale, bien informée et ayant accès aux outils comme le préservatif, s'est adaptée dès la première moitié des années 1980 aux risques d'infection par le VIH » [66] ;
- **Des expériences homosexuelles « périphériques »** qui rassemblent de manière large des personnes dont l'identité est instable : personne en questionnement sur leur orientation sexuelle, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sans nécessairement s'identifier comme gays, ou dans l'impossibilité d'assumer leur homosexualité. Considérés comme plus éloignés du soin et des associations, ils apparaissent plus vulnérables face au VIH.

Cette grille de lecture mobilise l'identité homosexuelle (assumée et reconnue socialement) comme levier du changement en matière de prévention, tout en justifiant dans le même temps l'approche centrée sur les « comportements à risques ». La dépénalisation de l'homosexualité (1983) enclenche un processus de reconnaissance sociale, qui induit à son tour une exigence d'exemplarité préventive des gays vis-à-vis du VIH. Dans les années 1990, ce paradigme s'illustre à travers des campagnes de prévention où l'accent est mis sur les « prises de risque », c'est-à-dire sur une exposition ponctuelle au risque de contamination par le VIH (par un rapport sexuel sans préservatif), puis sur des « comportements à risque » qui supposent

⁴ 4H : Homosexuels, hémophiles, héroïnomanes, haïtiens

des prises de risque répétées. L'objectif était de distinguer les personnes des comportements qu'elles adoptent, et ainsi de « défaire les groupes à risque » [66]. L'orientation sexuelle reste implicite dans les campagnes de santé publique jusqu'à la fin des années 1990, témoignant également de la frilosité de l'État à aborder ouvertement l'homosexualité.

Entre 1995 et 2005, la diffusion d'informations sur les niveaux de risque de contamination en fonction des pratiques sexuelles et des liquides biologiques, prend acte de la difficulté à utiliser des préservatifs de façon systématique et prolongée. Alors qu'on constate dès 2000 la résurgence d'IST comme la syphilis, il s'agit d'outiller les personnes de connaissances leur permettant de mettre en œuvre des pratiques de « réduction des risques » (RdR), sans cibler spécifiquement les rapports homosexuels. Concrètement, la réduction des risques sexuels peut proposer, par exemple, de remplacer une pratique « à haut risque » de contamination, telle que la pénétration sans préservatif par un partenaire de statut sérologique inconnu, par une pratique à moindre risque de contamination, telle que la fellation sans préservatif. Ce nouveau paradigme de la RdR est remis en question lors des controverses autour du « bareback », que Gabriel Girard documente et analyse pour sa thèse de sociologie [67,68]. Ces débats publics et intracommunautaires mettent en jeu la responsabilité morale et pénale des hommes vivant avec le VIH et qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif. C'est désormais au cœur du milieu gay que s'expriment de fortes inquiétudes autour du « relâchement préventif » (*relapse* – rechute en anglais) et qu'émerge la remise en cause de l'usage systématique du préservatif.

Au début des années 2000, le raisonnement épidémiologique populationnel devient plus légitime pour les différents acteurs de la lutte contre le Sida sous le triple effet :

- **Du perfectionnement des données de surveillance épidémiologiques** (création de la « déclaration obligatoire » de séropositivité en 2003) ;
- **De la moindre crainte de la stigmatisation liée au VIH** avec l'arrivée des trithérapies efficaces en 1996. Il s'agit de combinaisons d'antirétroviraux impliquant encore un grand nombre de prises quotidiennes ;
- **De l'augmentation des comportements sexuels à risque chez les hommes gays**, établi par de nombreuses études quantitatives, depuis la fin des années 1990.

Dans ce contexte, l'enquête Prevagay (2009) se donne les moyens d'objectiver la séroprévalence pour le VIH auprès de HSH fréquentant les backrooms et saunas en France : la réponse à un questionnaire est combinée à un prélèvement sanguin (auto-prélèvement capillaire au bout du doigt) [69]. L'appariement entre données comportementales et données biomédicales montre que 20 % des gays séropositifs ignorent leur statut. Ainsi, « ce ne sont

pas seulement les comportements des homosexuels masculins qui évoluent, ce sont les instruments pour les mesurer qui changent » [66]. Au tournant des années 2010, le lancement de l'essai randomisé « Ipergay » (2012) démontrant l'efficacité de la PrEP en France et ceux sur le dépistage rapide (TROD) en contexte communautaire (2008) inscrivent durablement l'innovation en prévention dans le cadre de la recherche. L'utilisation dans ces essais – regroupant les acteurs associatifs, les chercheurs en santé publique et en sciences sociales, les médecins cliniciens et prescripteurs – de la catégorie HSH a contribué à la rendre opérationnelle. Les résultats de l'essai HPTN052, publiés en 2011, confirment l'intérêt de la précocité du traitement antirétroviral en démontrant notamment que la transmission du VIH dans le couple s'en trouve réduite et que l'état clinique de la personne s'améliore [70]. Dès lors que persistent des comportements sexuels à risque à l'ère des trithérapies, il importe de dépister et traiter précocement les individus qui se contaminent, et de proposer d'autres stratégies préventives aux individus qui n'utilisent pas systématiquement les préservatifs.

Ainsi, le déplacement des catégories du risque depuis les « comportements à risque » vers un « groupe à risque » s'appuie sur des constats épidémiologiques objectifs et sur des dispositifs biomédicaux efficaces (trithérapie, PrEP, TROD, etc.). La logique des « groupes à risque » qui posait problème politiquement au cours des années 1980 et 1990 devient progressivement une grille de lecture admise. Cette logique populationnelle est renforcée par des politiques de santé publique concomitantes à l'échelle internationale. Les objectifs de « fin du Sida » portés par l'OnuSida et l'OMS dès le début des années 2010 visent à réduire radicalement le nombre de personnes non diagnostiquées et le nombre de personnes non traitées par ARV (anti rétroviraux). Dans cette optique, il s'agit de mieux cibler les programmes et les interventions vers les « populations clés » comme les HSH, dans une logique d'action volontariste [71,72]. D'abord diffusé au Sud, avec la visée stratégique de convaincre les dirigeants et les acteurs de santé publique locaux de développer des services pour ces hommes, l'acronyme HSH est progressivement repris et adopté au Nord.

Dans le cas du VIH, la définition des groupes à risque a connu ces dernières années des évolutions importantes, en particulier du fait de la révolution biomédicale que constitue l'avènement des antirétroviraux efficaces. Ces traitements réduisent la mortalité liée au Sida, mais ils permettent également de réduire le risque de transmission. On considère désormais qu'une personne séropositive qui prend un traitement antirétroviral efficace, et dont la charge virale est indétectable depuis plus de six mois, ne peut pas transmettre le VIH (en l'absence d'une autre IST) [73]. Dès lors, ni les pratiques sexuelles, ni le statut sérologique ne sont des informations suffisantes pour définir une prise de risque. Les populations cibles et les interventions de prévention sont donc redéfinies pour s'adapter à ces évolutions.

1.5. Homosexualité et médecine générale

La prévention du VIH s'est diversifiée ces dernières années, avec l'arrivée du TasP et de la PrEP. L'utilisation de cette prévention combinée a permis en 2018 une diminution de la transmission du VIH de 22 % en moyenne, et de 28 % chez les HSH nés en France [56]. Le nombre total de personnes de 15 ans et plus ayant initié un traitement par TRUVADA® ou générique (Emtricitabine, Tenofovir disoproxil) en France atteignait plus de 32 000 au 30 juin 2020 [74]. Les personnes aujourd'hui sous PrEP sont majoritairement des hommes et principalement des HSH, avec 97 % des bénéficiaires. La PrEP est bien souvent la porte d'entrée dans un parcours de prévention de longue durée, car, au-delà de son efficacité pour prévenir la transmission du VIH, elle contribue fortement à l'augmentation de la fréquence du dépistage, notamment des IST, permettant à ses utilisateurs de se rapprocher des recommandations relatives au nombre de dépistages à réaliser par an.

Depuis le 1^{er} juin 2021, tout médecin généraliste en France est autorisé à prescrire, en initiation, une prophylaxie pré-exposition au VIH, selon les conditions définies par la HAS. Les médecins généralistes sont incités à se former via la plateforme de formation en ligne et gratuite « FormaPrEP »⁵, également inscrite au DPC (développement professionnel continu)⁶. Pour envisager la PrEP chez un patient, il est nécessaire d'aborder la sexualité et l'identité sexuelle des patients. L'étude HomoGen [7], qui explore la mention de l'orientation sexuelle par les patients auprès de leur médecin généraliste et l'impact de ce dévoilement sur la relation de soin, a montré que les patients ayant fait leur coming-out auprès de leur médecin traitant étaient plus fréquemment dépistés pour les IST et que leur médecin proposait davantage la vaccination contre l'hépatite A. Parmi les répondants qui avaient un médecin traitant, 58 % avaient mentionné leur orientation sexuelle et parmi eux, 84,4 % des participants considéraient la relation au médecin inchangée. Les sujets chez qui cette mention avait été faite étaient en moyenne plus âgés. Ce travail, comme d'autres, suggère que le médecin devrait prendre l'initiative d'aborder le sujet de l'orientation sexuelle avec son patient si celui-ci ne le fait pas de lui-même. Les freins à la mention de l'orientation sexuelle étaient la difficulté ressentie par les patients à aborder la sexualité en consultation et la crainte d'une réaction négative de la part de leur médecin. De leur côté, les professionnel-le-s de santé se perçoivent comme mal outillé-e-s pour répondre aux besoins exprimés [75].

⁵ [https:// www.formaprep.org](https://www.formaprep.org)

⁶ Référence de la formation : 17332100001

En contexte anglo-saxon, les difficultés à aborder l'orientation sexuelle étaient reliés aux anticipations négatives, elles-mêmes associées au stigmatisme [76,77]. Le vécu d'expériences négatives en milieu de soin par les minorités sexuelles prenait deux formes dans ce contexte :

- Avant la mention de l'orientation sexuelle, les médecins présupposaient de manière systématique l'hétérosexualité du patient ;
- Après la mention de l'orientation sexuelle, les médecins exprimaient des préjugés concernant les comportements, les pratiques et les identités des personnes LGBTQ+.

La thèse de médecine générale du Dr Océane Gaignot sur les « représentations et pratiques des médecins généralistes » au sujet de l'orientation sexuelle des patient-e-s vient documenter ce phénomène en France. Immérgés dans une société hétéronormée, les médecins généralistes font preuve d'hétéronormativité : « Dénier de l'existence des homosexuel-le-s ou point de vue favorable envers les personnes hétérosexuelles qui se manifeste par une présomption d'hétérosexualité. C'est un phénomène social qui contribue à l'invisibilisation des homosexuel-le-s et de leur réalité, de manière consciente ou non » [6, 78]. D'autres travaux en France montrent que 34,7 % des personnes ayant fait leur *coming-out* médical se sont senties jugées par leur médecin et que 14,3 % des HSH préfèrent éviter les soins, suite à des discriminations subies [79].

Dans sa feuille de route 2021-2024, la stratégie nationale de santé sexuelle pointait comme un de ses objectifs principaux la transformation de la consultation longue de contraception et de prévention des IST (cotation CCP) déjà mise en place pour les jeunes filles mineures, par une consultation globale « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes mineurs, filles et garçons, y compris de moins de 15 ans. Dans les autres actions envisagées, figuraient la promotion de la prévention combinée à l'échelle nationale et l'expérimentation en médecine générale d'un parcours « prévention longue durée » pour les populations à haut risque d'acquisition du VIH sous PrEP (action n°14). On retiendra également :

- Action n°15 : Renforcer l'accessibilité du Traitement Post Exposition (TPE) et permettre aux médecins de premier recours et aux médecins scolaires la délivrance du TPE, sous forme de starter kit ou de délivrance complète ;
- Action n°20 : Améliorer le parcours de prise en charge des personnes transgenres dans une démarche de santé globale ;
- Action n°23 : Améliorer le repérage et la prise en charge des chemsexuels.

Les médecins généralistes ont une véritable expertise en psychologie et psychiatrie, notamment du fait de la fréquence de ces motifs de consultation. Il est d'ailleurs démontré que

les personnes qui se suicident consultent leur médecin traitant dans l'année [80,81]. En conclusion, les médecins généralistes sont des interlocuteurs de choix pour les hommes des minorités sexuelles, car ils peuvent intervenir sur deux dimensions essentielles à la promotion de leur santé : la santé sexuelle (avec la PrEP, le dépistage et le traitement des IST) et la santé mentale, notamment en repérant les problématiques addictives et les crises suicidaires. Cependant, ils sont confrontés à une limite structurelle : l'hétéronormativité. L'objectif de l'étude COVIGAY est d'étayer la compréhension des vécus biopsychosociaux des HSH, pour mieux saisir l'articulation entre santé sexuelle et santé mentale.

2. Méthode

L'objectif principal de la présente thèse est de décrire l'expérience vécue par les « hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) » durant la première année de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19. Il s'agit ensuite d'analyser de façon socio-médicale ces expériences et d'en proposer une reconstitution utile à la pratique en médecine générale et aux réflexions de santé publique. Il s'agit tout d'abord de donner accès au lecteur à des récits inédits sur les conséquences de la crise COVID dans une population dont les vulnérabilités de santé sont connues, mais qui ne présentent pas a priori un profil spécifique concernant la COVID-19. Dans ce cadre, c'est moins l'exposition au risque d'infection au SARS-CoV-2 qui est analysée (même si certains participants à l'étude présentent des comorbidités), que les conséquences psychosociales des mesures sanitaires.

Les questions méthodologiques de ce travail de thèse peuvent se résumer ainsi : comment rendre compte du vécu d'un groupe de personnes partageant une même orientation sexuelle durant la première année de la crise sanitaire ? Comment se montrer rigoureux dans le recueil et le traitement de données qualitatives caractérisant des vécus, des ressentis et des événements personnels ? Comment articuler les enjeux médicaux (prévention, gestion des risques, parcours de soin) et les enjeux sociologiques ?

La grille d'entretien (voir annexe n°4) de COVIGAY a été principalement construite à partir du questionnaire de l'enquête quantitative ERAS, dans le but d'explorer les mêmes thèmes sur le versant qualitatif. Les témoignages recueillis lors d'entretiens semi-directifs – d'une durée d'environ une heure – ont été enregistrés puis retranscrits. Certains thèmes ont été spécifiquement abordés : santé sexuelle, santé mentale, conditions matérielles, prévention du Sida et de la COVID-19, consommation de produits psychoactifs. Les données recueillies ont été décrites, en binôme avec Gabriel Girard, dans des fiches standardisées et dans un tableau répertoriant tous les répondants. Elles ont également fait l'objet d'un codage Nvivo thématique se ramifiant à mesure de l'analyse et restitué au travers d'une description globale des données. Enfin, les données ont été classées sociologiquement en trois groupes cohérents, permettant des descriptions plus détaillées et la formulation d'hypothèses analytiques.

2.1. Objectif principal : décrire

COVIGAY est une étude sociologique qualitative qui adopte une méthode descriptive interprétative. Dans ce cadre, la présente thèse vise à décrire l'expérience de quarante

personnes se déclarant HSH dans la première année de la crise de la COVID-19, sous l'angle des vulnérabilités psychosociales.

Lors de l'élaboration de la grille d'entretien et de la conduite de ceux-ci, trois dimensions essentielles de l'étude ont fait l'objet d'une attention particulière :

- La dimension temporelle : l'étude doit décrire une évolution dans le temps ;
- Une préoccupation centrale est celle de la spécificité des HSH : quelle est la spécificité de leur expérience dans le contexte de la crise de la COVID-19, qui touche également d'autres populations ? Par quels moyens méthodologiques peut-on y avoir accès ?
- L'importance de recueillir certaines données sociodémographiques et médicales de façon systématique.

2.2. Objectif secondaire : analyser

Il s'agit de tenter d'élucider chez les personnes qui montrent des signes de vulnérabilité les causes qu'ils identifient et qui donnent sens à leur expérience, ou les questionnements qu'ils formulent, les tensions qu'ils soulèvent. Que s'est-il passé, au cours de la trajectoire sociale de tel individu, qui puisse aider à mieux comprendre la situation dans laquelle il s'est trouvé et celle qui est la sienne aujourd'hui ?

Cela implique une double analyse :

- Une analyse médicale : antécédents médicaux, traitements au long cours, suivi spécialisé, usages de la PrEP ;
- Une analyse sociologique : capitaux divers, autonomie, rapport à l'identité homosexuelle, rapport à la notion de communauté gay.

2.3. Échantillonnage et protocole

Pour COVIGAY, a été pratiqué un « échantillonnage à variation maximale », qui permet d'explorer les manifestations communes et uniques de la situation qui étudiée [82]. La saturation des données est apparue rapidement avec certains profils sociologiques et n'a pas été atteinte pour d'autres, ce que l'on discutera. Les modes de recrutement visaient à toucher des HSH de tous profils, y compris des utilisateurs de PrEP et des HSH ayant des pratiques de chemsex, en réponse aux préoccupations de santé publique. Le protocole de COVIGAY (contenant la grille d'entretien), ainsi que la notice d'information délivrée aux participants, ont été soumis au comité d'évaluation éthique de l'INSERM et ont reçu un avis favorable le

15/12/2020 (voir annexe n°1). Les participants pouvaient se rétracter à tout moment et le recueil du consentement était renouvelé au début chaque entretien enregistré.

2.4. Recrutement

Pour COVIGAY, le recrutement a eu lieu principalement en ligne sur des réseaux sociaux (Facebook et Twitter), par la diffusion d'une annonce (voir annexe n°2). Quelques personnes ont été recrutées au CeGIDD⁷ Saint-Adrien à Marseille, où travaillait l'un des investigateurs. Des annonces ont été diffusées sur Twitter, relayées par des comptes associatifs ou de médias communautaires et sur le groupe Facebook de discussion autour de la PrEP, PrEP'Dial. Plusieurs associations communautaires ont également été contactées (comme GreyPRIDE⁸, Afrique Arc-en-Ciel, ainsi que des groupes trans et gays issus des réseaux sociaux) pour diffuser l'annonce. Les personnes intéressées pouvaient contacter les enquêteurs par mail et un entretien par visioconférence (ZOOM ou Signal) d'une durée d'environ une heure leur était proposé – à l'exception de quelques personnes interviewées au CeGIDD Saint-Adrien. C'est ainsi que soixante-quatre personnes se reconnaissant dans la catégorie « hommes gays et bisexuels, cis ou trans » ou la catégorie « hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes », se sont manifestés entre février et mai 2021.

2.5. Critères d'inclusion

L'échantillonnage visait à obtenir un effectif hétérogène socialement et visait également les utilisateurs de PrEP, les personnes vivant le VIH (PVVIH) et les personnes ayant des pratiques de chemsex. Les critères d'inclusion impératifs étaient les suivants :

- Se déclarer HSH ;
- Être âgé d'au moins 18 ans ;
- Résider en France métropolitaine au moment de l'enquête.

Les critères optionnels étaient les suivants :

- Être utilisateur de la PrEP ;

⁷ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Les CeGIDD offrent notamment un suivi aux hommes ayant choisi la PrEP comme moyen de se protéger du VIH.

⁸ GreyPRIDE est une association loi 1901 basée à Paris qui s'adresse à un public LGBT très large en s'emparant d'un sujet rarement abordé dans les luttes LGBT : la vieillesse et ce qu'elle induit.

- Avoir reçu un diagnostic d'infection par le VIH avant ou pendant la crise sanitaire ;
- Avoir eu des pratiques de chemsex.

Sur les soixante-quatre personnes qui ont pris contact, seulement quarante-deux ont donné suite et ont accepté les conditions de l'entretien (voir annexe n°3). Deux répondants se trouvant à Berlin ou Genève au moment de l'entretien (et pendant la crise sanitaire) ont été exclus. L'effectif total d'entretiens analysés s'élève donc à quarante.

2.6. Grille d'entretien et mise en œuvre

Afin de pouvoir retranscrire les entretiens, a été réalisé systématiquement un enregistrement sonore des entretiens, avec l'accord des participants. Dans cette enquête, le travail de retranscription a été réalisé par une transcriptrice professionnelle.

Pour la conduite de l'entretien, a été choisie une approche *compréhensive*, qui reprend les principes de l'entretien semi-directif, tout en y ajoutant des nuances qui semblaient appropriées [83]. Pour Jean-Claude Kaufmann, il s'agit d'une « ethnographie participative concentrée », qui implique une certaine souplesse vis-à-vis de la grille d'entretien et la nécessité d'un engagement de l'enquêteur. On peut définir l'engagement comme une attitude où l'on vient mettre quelque chose de soi dans l'entretien, où l'on produit une écoute attentive (donner des « feed back » pour rythmer l'échange avec empathie) et en même temps réflexive (anticiper les relances). L'objectif est de faire progresser la discussion en profondeur et si ce style prend corps, on bavarde autour du sujet et l'enquêté oublie momentanément les circonstances de la recherche.

Pour mieux cerner les enquêtés, leur parcours de vie, leur classe sociale, leur capital culturel, leur identité sexuelle et de genre, leur situation conjugale, l'entretien commençait par un cadrage sociodémographique. Bien que certaines de ces questions puissent sembler éloignées du sujet de recherche, elles restent toutefois indispensables à tout entretien à caractère sociologique. L'objectif étant d'utiliser ces données de cadrage pour situer les discours des répondants les uns par rapport aux autres et ainsi contribuer à l'analyse.

Pour commencer, pourriez-vous vous présenter en quelques mots : votre âge, lieu de naissance, lieu de résidence, niveau de diplôme, situation professionnelle ou scolaire, autodéfinition de l'identité sexuelle et de genre ? Actuellement, quelle est votre

situation conjugale ou affective ? Depuis combien de temps ? Quelle est la profession de vos parents ? Celles des frères et sœurs (nombre, âge et profession) ?

L'homosexualité impliquant des modes de vie et des processus de construction identitaire particuliers, les parcours et les discours des répondants doivent être situés et interprétés en référence aux normes hétérosexuelles et homosexuelles [84,85]. Dans le cadre de cette recherche, il n'était pas souhaité de partir d'une définition *a priori* de la notion de « communauté homosexuelle ». Les modalités d'autodéfinition de soi et les modes d'affiliation des hommes interviewés vis-à-vis d'une communauté gay/LGBT ont donc été explorés, grâce à des questions, à partir de leur propre expérience et description des liens symboliques et/ou concrets qu'ils entretiennent avec d'autres gays. Les questions suivantes étaient posées de façon systématique, tout en s'adaptant aux contraintes de l'entretien :

Comment définissez-vous votre identité sexuelle et de genre ?

Vous sentez-vous appartenir à une communauté gay ?

Si oui pourquoi, et comment cela se manifeste-t-il pour vous ? Si non, pourquoi ?

Plus généralement, comment définiriez-vous cette ou ces communautés ?

Avez-vous une autre ou d'autres communautés d'appartenance ?

Habituellement (hors période COVID), fréquentez-vous des lieux gays ? À quelle fréquence ?

Parfois, avec une seule de ces questions, une réponse globale à l'ensemble d'entre elles était obtenue. Il s'agissait alors de demander plutôt des précisions et d'éviter les répétitions. Ces questions permettaient d'obtenir indirectement des informations clés sur le vécu de l'homosexualité. En début d'entretien, il était important de ne pas apparaître trop intrusifs et trop éloignés du sujet (le vécu de la crise de la COVID-19). Parallèlement, les questions sociodémographiques et d'appartenance communautaire permettaient d'entrer progressivement dans des échanges qui devaient être fluides, en s'adaptant pas à pas à la singularité de la personne interviewée.

La question du risque VIH ayant historiquement façonné le rapport des HSH à la prévention [86], l'entretien se poursuivait en questionnant sur le statut sérologique, tout en réassurant les enquêtés sur les garanties d'anonymat :

Avez-vous déjà effectué un test pour le VIH ? Si oui, quel est votre statut sérologique ?

Pour les personnes séronégatives : à quand remonte votre dernier test ?

Pour les personnes séropositives : quand avez-vous eu connaissance de votre séropositivité ?

Le cadrage sociodémographique prenait une place limitée dans la durée de l'entretien car il ne s'agissait pas de procéder à un entretien biographique, retraçant l'ensemble de la trajectoire de l'individu. Après ces questions, l'entretien se poursuivait sur l'expérience de la crise COVID. Le vécu des participants était interrogé à chaque étape à travers plusieurs thèmes : leurs conditions de vie, leurs sociabilités, leur santé mentale, leur santé sexuelle et leurs problématiques addictives. Chaque fois que la personne interrogée faisait part de difficultés dans telle ou telle dimension de son vécu, elle était interrogée de façon à en savoir davantage.

En partant de manière chronologique, comment avez-vous perçu l'émergence de l'épidémie entre janvier et mars 2020 ? Comment cette perception a-t-elle évolué au cours du temps ?

Comment s'est passé pour vous le confinement de mars à mai 2020 ? Avez-vous été confiné ? Lieu du confinement et personnes avec qui vous avez été confiné ? Conditions de vie / de travail ? Santé physique et mentale ? Usage d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs ? Consultation de professionnels de santé ? Consommation de produits psychoactifs ? Rapport à la fête / aux sorties ? Activité sexuelle ? Combien de partenaires ? Prévention, dépistage, soin en lien avec le VIH et les IST ? Quel suivi des autres soins habituels ? Avez-vous eu des sociabilités en ligne ou en présence ? Durant cette période, avez-vous connu des difficultés éventuelles (en donnant ces exemples : violences, isolement, perte de salaire ou d'emploi, etc.) ? Quel a été l'impact global du confinement sur votre vie ?

Ainsi, l'entretien se poursuivait avec les différentes séquences de la crise :déconfinement, deuxième confinement, couvre-feu, et ces thèmes étaient repris en fonction des réponses obtenues précédemment. À noter que d'autres thématiques abordées lors de l'entretien ne sont pas traitées dans cette thèse, mais feront l'objet d'analyses par ailleurs dans l'étude COVIGAY (parallèle COVID / VIH par exemple).

Une fois l'entretien terminé, le fichier sonore était enregistré avec la date du jour et un pseudonyme, puis envoyé à la retranscription. Le pseudonyme était choisi à partir du véritable prénom de l'enquêté, grâce au travail du sociologue Baptiste Coulmont et à son site internet [87], qui propose des prénoms similaires en termes de *d'origine sociale* et de *position sociale* (d'après les notes au baccalauréat de chaque promotion). Afin de garantir l'anonymat des

personnes interrogées, leur a été attribué un numéro d'anonymat qui permettait de faire le lien entre :

- Un fichier EXCEL avec leur vrai prénom, leur coordonnées (adresse mail) et lieux de recrutement ;
- Un fichier EXCEL avec leur pseudo, les données sociodémographiques et médicales.

2.7. Méthode descriptive interprétative

À partir des quarante entretiens retranscrits à l'écrit, la première étape d'analyse, « proto-analytique », visait à traduire les données brutes des entretiens en descriptions thématiques selon une fiche standardisée. Tout en s'affranchissant de certaines contraintes théoriques et philosophiques d'autres méthodes qualitatives, ces descriptions se devaient de rester proches des données et des événements rapportés par l'interviewé, « à la surface des mots » [88]. Le mot surface ici vient signifier le degré d'interprétation autour d'un événement observé. Ce choix méthodologique implique en effet des observations à faible niveau d'inférence, avec pour objectif qu'elles soient partageables par plusieurs observateurs face au même récit. La révision des fiches réalisée par l'autre investigateur, après une lecture de chaque entretien permettait de se rapprocher de cet objectif.

Avec la méthode descriptive interprétative, les cadres théoriques s'adaptent en fonction des disciplines dans lesquelles ils sont mobilisés. Le présent travail de recherche est ainsi basé sur une approche sociologique de la santé et sur le modèle biopsychosocial privilégié par la médecine générale. Les profils descriptifs standardisés des participants contenaient deux parties :

- La première, introduisait leurs caractéristiques sociodémographiques, systématiquement recherchées ;
- La seconde était structurée de façon chronologique autour des temporalités de la crise de la COVID-19 (confinement, déconfinement, couvre-feu, etc.).

La première utilité de ces fiches résidait dans leur élaboration, qui permettait de s'approprier les données en les reclassant par thème ou par période pour progressivement se décaler du récit spontané de l'enquêté. Des contradictions ou des ambivalences dans le récit d'un individu devaient donc logiquement y apparaître. Par ailleurs, ces fiches résumées étaient destinées à être ensuite réutilisées en fonction des besoins de l'analyse, pour permettre un accès rapide aux données quand cela était nécessaire ou pour les traduire en portrait après plusieurs étapes d'analyse.

À la suite de la réalisation de ces fiches – et parfois en parallèle (puisque ce travail s’est étendu sur plusieurs mois) – une phase de codage des entretiens par le logiciel Nvivo a été effectuée, visant à associer des verbatims à des codes thématiques. Bien que ce processus d’analyse de contenu assisté par Nvivo ait débuté avec un système de codage donné, celui-ci s’est montré évolutif et modifiable quand de nouveaux thèmes (ou sous-thèmes) surgissaient au fil des différents décriptages.

De façon concomitante à ces deux techniques d’objectivation des données, que sont l’élaboration de profils standardisés et le codage assisté par Nvivo, a été tenu un fichier Excel répertoriant l’ensemble des participants avec leurs pseudonymes, leurs numéros d’anonymat, leurs départements de résidence, leur âge, etc. Plus l’analyse progressait, plus ce tableau global des participants se complexifiait. Il permettait d’avoir accès à certaines données rapidement et de pouvoir « trier » les participants en fonction de certaines caractéristiques (exemple : l’âge, le fait de prendre la PrEP ou des antidépresseurs).

Il est rapidement apparu de manière inductive et transversale que les vulnérabilités psychosociales étaient au premier plan car certains thèmes (dégradation de la santé mentale, rupture des sociabilités) étaient prépondérants dans les récits des difficultés vécues dans l’échantillon pendant la première année de la crise.

2.8. Analyse sociologique et biopsychosociale

L’analyse sociologique implique de mobiliser des outils méthodologiques et théoriques appropriés pour dégager des interprétations fécondes – la difficulté étant de ne pas se perdre dans la masse des données disponibles (plus de quarante-cinq heures d’entretiens), dans la variété des thèmes abordés et leurs réponses différenciées. C’est une des étapes de la réflexivité nécessaire à ce travail. Les observations de chaque investigateur ont été confrontées à l’occasion d’un atelier de travail commun, réalisé le 12 octobre 2021, qui a permis de produire collectivement un court rapport faisant état des réflexions engagées. Cet atelier a été l’occasion de formuler des hypothèses et surtout de relever **trois constats concernant les données** :

- La surprenante prévalence des enjeux de santé mentale chez les enquêtés ;
- Le fait qu’un nombre assez important de personnes vivaient au contraire plutôt bien la crise, malgré les épreuves traversées, qui leur semblaient assez communes (dans le sens d’universelles) ;

- L'hétérogénéité suffisante, semblait-il, de l'échantillon définitif, en termes de position sociale (âge, profession, trajectoire sociale, localisation géographique, situation conjugale, état de santé global) pour permettre le travail sociologique à proprement parler.

À l'issue de cet atelier et de sa restitution, a été entamée une période de recherche bibliographique sur le thème de la vulnérabilité, la précarité et la gestion des risques. Lorsque l'on croise ce thème avec la population étudiée, on (re)découvre le travail de François Delor, sociologue et psychanalyste, et de Michel Hubert, qui ont conduit un réexamen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/Sida, après s'être intéressés plus spécifiquement aux personnes séropositives [89,90]. C'est pourquoi il a semblé pertinent de s'appuyer sur le modèle analytique de Delor et de le transposer en l'adaptant à la situation vulnérabilisante qu'est la crise de la COVID-19. Cela répondait à une double exigence :

- Dans le cadre de ce travail de thèse, se former à l'analyse sociologique grâce à un cadre théorique directeur et canalisant l'analyse ;
- Répondre aux objectifs de l'étude COVIGAY en produisant une description analytique combinant préoccupation médicale et approche sociologique.

Ce modèle est composé de trois échelles de lecture de la situation de vulnérabilité : la trajectoire sociale, les interactions sociales et enfin le contexte social, qui sont des espaces plus ou moins élargis. Dans ce modèle, il s'agit de combiner ces trois échelles avec les trois moments de la vulnérabilité : l'exposition à la situation vulnérabilisante, les capacités pour faire face à celle-ci et enfin les effets, les potentialités de la « crise ». Cette approche opère « un déplacement provisoire de l'analyse de la situation de l'individu (et de ses caractéristiques personnelles) vers les mécanismes sociaux participant aux processus de vulnérabilisation, pour finalement revenir à l'individu » [90]. Ainsi, il s'agit d'opérer un travail de « reconstitution » qui vise à repérer et à articuler les dynamiques biopsychosociales.

Les trois espaces de vulnérabilité :

- **La trajectoire sociale**, que le récit cherche à retracer à travers le phénomène d'identité narrative, propre à l'entretien [91] ;
- **Les interactions sociales** : là où se croisent deux trajectoires – il s'agit de l'aspect relationnel de la vulnérabilité. Cet espace traite de l'identité dans ses dimensions collectives et cherche à identifier les influences relationnelles, les rapports de pouvoir ;
- **Le contexte social**, qui ne dépend pas directement de l'individu ni de ses relations – c'est un espace plus large. Dans le présent travail, il existe plusieurs strates de

contextualisation car la question de recherche se situe au carrefour de différentes disciplines, tandis que les différences d'âge des répondants impliquent de prendre en considération différents contextes sociaux dans lesquels ces individus ont évolué. Les données sont mises en perspectives avec des réalités sociologiques, historiques et médicales, qui contribuent à la compréhension et donc à l'analyse.

Les trois moments de la vulnérabilité :

- **L'exposition** : tout ce qui augmente le risque de voir survenir des situations « dangereuses » pour l'individu (comme la contamination par le VIH dans l'exemple de Delor) et qui concerne davantage l'amont de l'évènement ; l'ensemble des facteurs qui accroissent le risque de souffrir de tel problème, et à l'extrême, de mourir (d'un suicide ou d'une pathologie) ;
- **La capacité** : la possibilité de mobiliser des ressources adéquates pour faire face à la situation redoutée ou bien le fait de ne pas disposer de celles-ci, voire même d'être entravé. Il s'agit aussi d'identifier les stratégies adoptées, les mécaniques comportementales, les soutiens et les barrières ;
- **Les potentialités** : les conséquences dommageables suites à cette situation, ce qui concerne davantage l'aval de l'évènement. Plus la personne cumule de facteurs de vulnérabilité, plus les potentialités sont élevées. Les potentialités de la vulnérabilité psychosociale les plus communes sont : l'isolement-exclusion, les troubles psychiques, les addictions, les infections sexuellement transmissibles, la pauvreté.

Afin de mieux illustrer l'intérêt de ce modèle, voici une synthèse du travail auprès des jeunes HSH face au risque VIH, réalisé par Delor et Hubert [89]. Pour chaque combinaison de « moment » et « d'espace », Delor et Hubert proposaient des interventions médico-sociales possibles auprès de ce public.

	Trajectoire	Interactions	Contexte
Exposition	Éléments de la trajectoire influençant l'exposition au risque : honte résiduelle, sentiment d'urgence et de temps perdu.	Éléments de la relation influençant l'exposition : différence d'âge et/ou d'expérience entre les partenaires.	Éléments du contexte influençant l'exposition : discrimination sociale effective ou ressentie.
Capacité	Ressources personnelles : capital socio-culturel, connaissances relatives au risque, expériences antérieures.	Ressources et contraintes relationnelles : capacité de négociation entre les partenaires, rapports de forces.	Ressources et contraintes contextuelles : reconnaissance du couple homosexuel ou au contraire, mépris et permanence d'injures.
Potentialités	Conséquences de la contamination au niveau de l'individu : dépression, isolement, auto-exclusion, révolte.	Conséquences au niveau de la relation suite à la contamination d'un des partenaires : rupture, contamination de l'autre, adaptation progressive au risque.	Conséquences au niveau du contexte : assouplissement du contexte normatif en matière de sexualité ou, au contraire, raidissement.

Tableau 1 – Les multiples aspects de la vulnérabilité d'un jeune homosexuel face au risque du sida au moment de son «coming out»

L'analyse s'est donc poursuivie dans ce cadre afin d'examiner dans l'échantillon ce qu'il en était de la vulnérabilité psychosociale des HSH face à la crise sanitaire COVID. Il s'est agi de renseigner un tableau synthétique (cf. Tableau 1) pour chacun des individus interrogés. Ce qui a progressivement fait évoluer le modèle vers les spécificités des risques psychosociaux (au lieu de celles propres au VIH). Ainsi, le tableau 1 résume le cadre dans lequel s'est poursuivie l'analyse des entretiens. L'exposition de l'individu aux dangers, en temps de pandémie de COVID-19, comporte donc des éléments induits par sa trajectoire et son rapport aux autres, dans un contexte exceptionnel où « l'état d'urgence » est enclenché à l'échelle nationale. Les capacités à faire face aux risques psychosociaux (tels que la dépression, l'anxiété, l'isolement, la pauvreté, l'exclusion) correspondent aux ressources individuelles et aux stratégies relationnelles adoptées (ou subies). Les potentialités des risques psychosociaux se manifestent à l'échelle individuelle, relationnelle et collective.

	Trajectoire	Relations	Contexte
Exposition	Éléments de la trajectoire influençant l'exposition aux risques psychosociaux.	Modalités du rapport aux autres influençant l'exposition aux risques psychosociaux.	Circonstances ou représentations sociales propres au contexte influençant l'exposition aux risques psychosociaux.
Capacité	Ressources individuelles relatives au moment de vie, à l'état de santé préexistant.	Contraintes et stratégies relationnelles adoptées (ou subies) pour faire face aux risques psychosociaux.	Circonstances ou représentations sociales propres au contexte influençant les capacités face au risque.
Potentialités	Conséquences à l'échelle individuelle de la survenue d'un mal-être psychosocial.	Conséquences au niveau relationnel de la situation de vulnérabilité psychosociale.	

Tableau 2 – Cadre théorique inspiré de Delor, pour l'analyse des vulnérabilités psychosociales des HSH face à la crise sanitaire et sociale de la COVID-19.

Pour penser l'articulation entre ces différentes combinaisons d'espaces et moments du processus de vulnérabilisation, toujours dynamique, il est apparu nécessaire d'opérer des comparaisons entre les différents groupes présentant des niveaux de vulnérabilité différents : alors que des personnes souffrent et l'expriment, d'autres paraissent s'adapter sans trop de difficultés sur le plan psychosocial. Ces derniers profitent de bonnes conditions de vie et n'expriment pas de souffrance durable sur le plan de la santé mentale ni de difficultés sur le plan matériel. Pour déterminer ces niveaux de vulnérabilité, on s'appuie sur l'analyse descriptive précédemment effectuée, où sont relevés systématiquement certains faits, comme le fait d'avoir consulté un médecin (ou d'y avoir pensé), d'avoir reçu un diagnostic, une prescription, un arrêt de travail. Si l'on prend l'exemple des faits de violence, il s'agissait de les répertorier à la fois en tant que verbatim codifié sur Nvivo, dans le tableau global des participants (où « violences » était devenu une colonne) et dans le profil de chaque enquêté.

À la manière d'Émile Durkheim dans *Le Suicide* [92], a été opéré un classement sociologique de l'échantillon. Trois groupes ont été formés progressivement à la faveur :

- De l'identification de caractéristiques propres à chaque groupe d'analyse ;
- De comparaisons constantes entre les trois groupes ainsi caractérisés, ce qui permet de clarifier ou éclairer les écarts existants ;
- D'hypothèses qui donnent une cohérence interne aux groupes ;

- De vérifications dans les fiches standardisées et dans l'entretien lui-même, lorsque l'on doute de tel ou tel choix de classement.

Inspirée par la méthode de la « théorisation ancrée », l'analyse s'est poursuivie sous la forme d'une comparaison constante entre les successifs classements sociologiques effectués et avec les entretiens bruts et leurs profils standardisés, dans une recherche de cohérence interne et externe au groupe. Il s'agissait ici d'une autre étape de la réflexion, où les intuitions permettaient de proposer des classements, mais où la vérification systématique des éléments communs ou distincts a été rigoureusement effectuée. Ainsi, ont pu être mises en évidence des dynamiques comportementales communes à plusieurs enquêtés, nommées et illustrées par un verbatim représentatif.

Les étapes d'analyse successives menées en binôme (sociologue et médecin) ont permis de distinguer trois groupes au sein de l'échantillon, détaillés dans les résultats :

- Les personnes « stables » pendant la première année de la crise sanitaire ;
- Les personnes « fragilisées » ;
- Les personnes « précarisées ».

Pour comprendre en profondeur les récits recueillis, et par là, les processus de vulnérabilisation, le postulat était le suivant : le récit d'un enquêté a du sens, qui est « profondément subjectif » [93]. La reconstitution en binôme du sens donné à certains comportements en fonction de la situation sociale et médicale de l'individu a nécessité un travail de réflexion et d'échange puisqu'il s'agissait, d'une certaine façon, de retraduire ce qui avait déjà fait l'objet d'une traduction de la part de l'individu. Cela permet d'accéder au(x) sens d'une conduite n'étant souvent pas saisissable ou compréhensible au premier regard. Dans l'entretien sociologique, l'enquêté est engagé dans un travail d'explicitation de soi, de réflexion sur sa propre trajectoire et l'appréhension des risques pour sa santé fait appel à des formes de rationalité restituables : « on se situe donc dans une perspective sociologique, et non pas psychanalytique » [85]. En fonction des étapes de l'analyse, seront effectuées des descriptions (portraits), qui prendront des teintes narratives ou phénoménologiques quand il s'agira de s'arrêter sur certains mots et phrases ou de comparer les structures des récits.

L'interprétation et l'analyse en sociologie impliquent une description des résultats concomitante à la réflexion conceptuelle, qui mobilise les références de la littérature. La grille de lecture des vulnérabilités selon la méthode de Delor et Hubert implique également de porter une attention constante au contexte dans lequel les enquêtés évoluent et qui façonne leur récit et leur trajectoire [89]. C'est pourquoi les références sociologiques et les détours historiques

s'insèrent dans les résultats. En mettant en perspective les récits, ces références permettent une lecture fluide et compréhensive des données.

Un faisceau d'arguments a permis de déterminer dans quelle classe sociale évolue tel individu ou de laquelle il est issu : la profession des parents, le niveau de diplôme, sa catégorie socioprofessionnelle, ce qu'en dit l'enquêté lui-même, les sources de revenu déclarées, les appartenances communautaires, etc. À partir de ces éléments, les deux investigateurs ont déterminé ensemble la classe sociale de l'enquêté, lorsque l'analyse incluait ce paramètre sociologique.

Au terme de ce travail, les différents éléments caractérisant les trois groupes d'analyse seront recensés et leurs articulations mises en lumière. Cette analyse permettra de dégager un modèle synthétique des facteurs de vulnérabilité des HSH de l'échantillon.

3. Résultats

3.1. Description globale de l'échantillon de répondants

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon est composé de quarante répondants, âgés de 19 à 68 ans. Parmi eux, voici le nombre de répondants en fonction de tranches d'âge arbitraires :

- 12 répondants ont entre 19 et 29 ans ;
- 15 ont entre 30 et 39 ans ;
- 8 ont entre 40 et 49 ans ;
- 3 ont entre 50 et 59 ans ;
- 2 ont entre 60 et 69 ans.

Ainsi, on constate la sur-représentation des jeunes HSH, ce qui contribue à enrichir l'analyse sur les processus de vulnérabilité les touchant spécifiquement. La constitution des groupes d'analyse permet d'engager une analyse socio-médicale. Dans ce cadre, l'âge de la personne interviewée est considéré comme l'une de ses caractéristiques, mais n'est pas en soi distinctif. La notion d'autonomie financière et sociale, qui reste liée à l'âge, était en revanche mobilisée pour distinguer les répondants.

Groupes d'analyse	Nombre de répondants au total	Âge moyen
Les HSH « stables »	17	43 ans
Les HSH « fragilisés »	14	36,5 ans
Les HSH « précarisés »	9	22,3 ans

Tableau 3 – Âge moyen des répondants en fonction des trois sous-groupes constitués et nombre de répondants par sous-groupe

Dans l'échantillon, les appartenances de classe sont principalement concentrées dans les classes moyennes, avec toutefois des disparités notables selon les groupes constitués. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les étudiants, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires et les employés. Les

classes socioprofessionnelles non représentées dans l'échantillon sont les ouvriers et les agriculteurs exploitants.

Dans le groupe des personnes « stables » pendant la crise, il existe une plus forte proportion de classes aisées et des niveaux de diplômes élevés. Les étudiants précarisés par la crise ont de faibles revenus et sont dépendants de leurs parents, bien qu'ils soient eux-aussi originaires des classes moyennes. Le groupe des personnes « fragilisées » par la crise représente une plus grande diversité de profils en termes de classe sociale.

Au moment des entretiens pour COVIGAY (février – mai 2021), vingt-trois des répondants vivent seuls. Neuf autres répondants vivent avec leur conjoint. Sept personnes vivent en colocation et une seule personne vit avec ses parents.

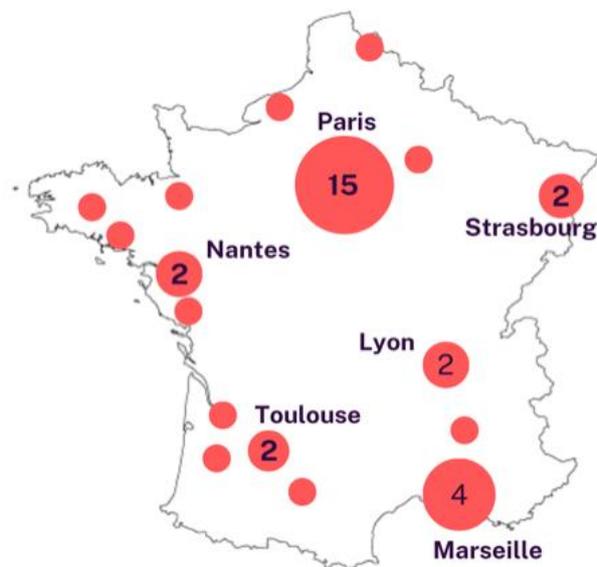


Figure 2 – Distribution géographique des répondants en France hexagonale en fonction de leur lieu de résidence

Concernant les localisations géographiques, la figure 2 montre qu'elles sont diverses, avec une prédominance de personnes vivant en Île-de-France et en zones urbaines. Les DROM-COM⁹ ne sont pas représentés. Les personnes issues de l'immigration ou de minorités ethniques sont très peu représentées dans l'échantillon (4 sur 40).

⁹ Départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer.

Une faible majorité des répondants (21 sur 40) vivent dans l'une des grandes agglomérations françaises suivantes (> 500 000 habitants) : Paris, Lyon, Marseille, Toulouse. La distribution de ce lieux de vie, dont on sait qu'il est déterminant du point de vue de certains risques biopsychosociaux (notamment la prévalence du *chemsex*, des IST et du VIH), est globalement identique pour les trois groupes établis dans la poursuite de l'analyse.

Groupes d'analyse	Nombre de personnes résidant dans une ville de plus de 500 000 habitants	Nombre de répondants par groupe
Les HSH « stables »	9	17
Les HSH « fragilisés »	7	14
Les HSH « précarisés »	5	9

Tableau 4 – Nombre de personnes vivant dans une métropole de plus de 500 000 habitants (Paris, Marseille, Lyon ou Toulouse) en fonction du sous-groupe d'analyse

En combinant ces différents paramètres sociologiques, le profil le plus représenté dans l'échantillon correspond à un homme plutôt jeune, vivant seul dans un appartement au sein d'une grande agglomération française.

3.1.2. Des identités multiples, l'identité gay

« L'autodéfinition collective est un enjeu de luttes entre les homosexuels eux-mêmes, et ainsi "l'identité" n'est ni une réalité ni un programme, ni un passé ni un futur ni un présent, mais un espace de contestations et de conflits politiques et culturels. Ce qui implique qu'elle ne peut être totalement stabilisée dans un discours unique ou unitaire qui pourrait prétendre l'enfermer dans une appréhension figée »[106]

La notion d'identité évoque à la fois l'appartenance à un groupe social ou à une catégorie sociale définie (dimension collective) et l'histoire personnelle ou le système de sens individuel et subjectif (dimension biographique). L'autodéfinition de soi vis-à-vis des normes sexuelles et de genre était évoquée spontanément au début de l'entretien par la personnes interrogée ou systématiquement recherchée par les enquêteurs. Les identités gay et cisgenre ont largement prédominé dans l'échantillon. En fonction de la formulation des questions, les termes

cumulatifs « hommes gay cis(genre) » étaient repris par six des enquêtés (Adrien, Arnaud, Christian, Yoan, Vladimir, François) au moment de se présenter et pour parler de soi. Prenons l'exemple d'Arnaud :

MDS : Comment tu définirais ton identité sexuelle, ton identité de genre ?

Arnaud : Alors, identité de genre : homme cis, cisgenre. Et identité sexuelle : gay.

MDS : Tu saurais déterminer depuis quand c'est clair comme ça pour toi ?

Arnaud : Alors, clairement, je l'ai toujours senti depuis que je suis né. Maintenant, ça s'est confirmé à l'adolescence, c'est-à-dire qu'à l'époque, je pouvais pas mettre des mots dessus, parce que je pensais que ce que je ressentais, tout le monde le ressentait. Or, c'était pas du tout le cas – enfin, clairement pas pour tout le monde, pour certains oui, mais pas pour tous. Et ça s'est confirmé à l'adolescence, où j'ai pu mettre des mots dessus, voir que j'étais pas le SEUL, mais que c'était pas non plus la majorité qui était comme moi. Et voilà, tout simplement.

Dans cet extrait, on constate qu'Arnaud dit connaître son « orientation sexuelle » depuis qu'il est né, mais que c'est dans la période de l'adolescence qu'il a pu mieux nommer ses ressentis et qu'il a compris qu'il était gay, en s'identifiant à d'autres.

Cependant, d'autres termes étaient utilisés par les enquêtés pour se définir, notamment pour se démarquer de l'identité prédominante, comme pour Thomas :

GG : Question d'ordre plus général, est-ce que tu te sens appartenir à une communauté gay ? Est-ce que pour toi ça a du sens, cette notion-là ? Et si oui, comment tu définis cette appartenance ?

Thomas : Sur la question de l'identité, de l'appartenance, c'est toujours embêtant pour moi : je me sens pas... tout à l'heure, j'ai dit que je me définissais en tant qu'homosexuel, si on me demande vraiment de me définir, je vais plutôt dire que je suis pédé, parce que je veux pas me définir comme gay. Donc, je me sens quand même, si on parle d'appartenance à un groupe, je me sens quand même plus appartenir à un groupe plus large, LGBTQ+, que juste à la communauté gay, parce qu'avoir un groupe plus large, c'est plus une appartenance politique qu'une appartenance en termes de relations sociales quotidiennes, festives, et cetera. Sinon, oui, c'est important pour moi et c'est la première chose qui me définit, c'est mon identité relative à mon orientation sexuelle. Mon premier trait de définition pour moi, c'est d'être pédé, donc oui, je suis attaché à cette communauté, bien entendu.

Autodéfinition de soi	Nombre de répondants
« gay »	> 30
« Homosexuel »	5
« Pédé »	6
« Trans gay » « Trans pédé » « Trans homosexuel »	6
« Cisgenre »	7
« Queer »	5
« Pansexuel »	1
« Racisé »	1

Tableau 5 – Classification et énumération des autodéfinitions de soi renvoyant à des significations différentes en fonction des enquêtes

Il apparaît d'emblée qu'aucun d'entre eux ne s'autodéfinit comme HSH, homme ayant des relations sexuelles avec des hommes, alors qu'ils ont répondu à une enquête visant ce public. On retiendra aussi que lorsque la plupart d'entre eux évoque uniquement leur identité (homo)sexuelle, d'autres parlent également de leur identité de genre, en particulier ceux qui se définissent comme des hommes trans homosexuels (au nombre de 6 sur 40). Comment comprendre ces identités multiples ? Une première explication, proposée par la littérature des études gays et lesbiennes, est que les « orientations sexuelles » se composent à la fois « d'identifications, d'attirances et de pratiques » [90]. Autrement dit, l'identité gay ne se résume pas seulement à pratiquer le sexe entre hommes, mais correspond également à des fantasmes, des réassignations, des modes de vie, des (sub)cultures, des représentations sociales dans des contextes historiques et politiques.

Lors des entretiens, reprendre le terme « pédé » ou « queer » à son compte ne signifie pas la même chose selon les répondants. Dix personnes parmi les quarante ont repris ces termes pour parler d'eux. Pour certains d'entre eux, il s'agit de mettre en avant la fluidité des identités sexuelles et de genre, le fait que l'on ne veuille pas correspondre à l'idéal stéréotypé de l'homme gay. L'exemple de Calvin est éclairant :

GG : Comment tu te définis d'un point de vue de l'orientation sexuelle ? Je t'ai pas demandé, ça aurait été la première question, en fait.

Calvin : Gay mais il y a des fois, je me pose beaucoup de questions, pas forcément sur le fait d'être bi ou pas, mais de ce que je suis en tant que personne. Des fois, je me considère vraiment queer, alors que là aujourd'hui, je suis classico-classique. En fait, je suis un peu fluide, mais ça a été bloqué beaucoup par le travail.

Dans cet extrait, Calvin associe *queer* et fluidité sexuelle et de genre, alors que *gay* est renvoyé à une identité plus « classico-classique », plus conforme socialement, notamment aux attendus comportementaux du milieu professionnel.

Les termes « queer » et « pédé » peuvent aussi être utilisés pour s'exprimer en tant que militant, dans la perspective des luttes politiques en faveur des droits LGBT et des personnes minorisées. Enfin « queer » est également utilisé comme synonyme de l'acronyme LGBT, pour signifier son appartenance à un groupe partageant des espaces et des modes de vie, en principe plus subversifs vis-à-vis de l'hétéronormativité.

Un détour historique permet de mieux comprendre l'autodéfinition de soi en tant que « queer ». Queer signifie en anglais littéralement : bizarre, étrange, pédé. Les usages courants du terme sont multiples car queer est polysémique. À l'origine, il constitue une insulte pour désigner les gays et les lesbiennes, pour ensuite être réapproprié par des mouvements sociaux radicaux dans les années 1990 aux États-Unis. Pour décrire ce phénomène, on parle en sociologie de retournement du stigmate [26]. Puis l'expression est réutilisée en 1990 par la théoricienne féministe Teresa de Lauretis, qui intitule son séminaire « Queer Theory », fondant ainsi une approche critique radicale des études gays et lesbiennes [94].

Pour donner une définition générique de « queer » comme manière de se définir dans l'échantillon, être ou se sentir queer c'est être en relation (sur le plan sexuel et non-sexuel) davantage avec d'autres personnes queer, fréquenter certains espaces privilégiés par son réseau et revendiquer cette appartenance, qui est politique. Parfois la façon de se définir dépend du public auquel on s'adresse, comme dans le cas d'Adrien :

Adrien : Après, pour l'identité sexuelle, je suis toujours considéré comme gay et selon le public auquel je m'adresse, un public militant et LGBT, de manière provocante, je me qualifie souvent de « pédé bio ». Donc, « pédé » par rapport au côté politique et au renversement du stigmate et « bio », c'est par rapport notamment, je sais pas comment dire, à la population trans, pour dire : « Bon... » – enfin, cisgenre justement, je sais pas si je suis cisgenre : je comprends tout à fait les problématiques queers, je suis un peu entre les deux et tout à fait O.K. pour moi de requestionner la binarité de genre, oui.

Dans le cas de Jawad, qui se définit comme un homme pansexuel cisgenre et racisé, toutes ces identifications ne s'observent pas dans la même phrase lorsqu'il s'exprime, mais toutes peuvent cependant être considérées comme d'importance équivalente du point de vue de l'analyse sociologique. Un portrait et une analyse de la trajectoire sociale de Jawad explicite les enjeux biopsychosociaux entourant la combinaison de ces identités (voir le chapitre 3.6 : Des hommes gays « précarisés » pendant la crise sanitaire). L'expérience de Jawad montre qu'il n'y a pas d'expérience homogène de l'appartenance aux minorités sexuelles et de genre, d'où l'importance d'envisager l'intersectionnalité des rapports sociaux, malgré (et du fait) de leur complexité.

3.1.3. Des identifications stables et instables

Alors que pour la plupart, cette autodéfinition de soi est évidente, stable dans le temps et ne nécessite pas de s'y étendre, pour les plus jeunes notamment, on constate une évolution récente. L'analyse a relevé plusieurs discours en explicitant les étapes, comme le montre cet extrait de l'entretien avec Léo :

GG : Donc, je vais te laisser dans un premier temps te présenter, me dire en quelques mots avec tes mots à toi, qui tu es. Après, j'aurais sans doute des questions de précision à te poser.

Léo¹⁰ : O.K. Du coup, moi, c'est Léo, j'ai 21 ans. Je suis apprenti fleuriste en CAP première année. Je suis trans et gay. Mon dernier *coming-out* – parce qu'il y en a eu trois – remonte à 2019. Donc, c'est quand même plutôt récent par rapport à d'autres personnes.

(...)

GG : Tu parlais tout à l'heure de trois *coming-out* dans ta vie. Est-ce que tu peux juste me dire quels sont les trois, puis dans quel « ordre » ?

Léo : Alors, j'ai fait mon *coming-out* bi à 17 ans. Puis après, j'ai fait un *coming-out* trans à 18 ans et un *coming-out* gay à 19 ans.

Dans cet extrait, Léo apporte un éclairage sur son processus de construction identitaire, il dit qu'avant de s'être découvert gay à 19 ans, il s'est d'abord défini comme bisexuel à l'âge de 17 ans, puis comme transgenre à 18 ans. On constate que ces évolutions identitaires sont

¹⁰ Léo, 21 ans, département 31, cf. groupe « HSH précarisés ».

condensées dans un laps de temps court, un cycle de vie de trois ans, entre 17 et 19 ans. Plusieurs enquêtés ont fait part de phases de questionnement identitaires, qui révélaient des tensions internes et provoquaient des réaménagements biographiques. Les parcours trans peuvent laisser apparaître des spécificités sociologiques et des implications médicales distinctes. Dans l'échantillon, six personnes sur quarante déclaraient être des hommes trans. Pour la moitié d'entre eux, une succession d'étapes, faites de manières de se définir différentes, était survenue depuis moins de trois ans. Pour éclairer les trajectoires des personnes trans de l'échantillon, est pris appui sur l'ouvrage *Transfuge de sexe* [95] d'Emmanuel Beaubatie, ainsi que sur les dernières recommandations des sociétés savantes médicales.

Un parcours de transition peut avoir lieu dans différentes dimensions de l'environnement de la vie d'un individu : on parle de transition sociale (auprès des proches, des parents, etc.), de transition administrative (modification du prénom et de la mention de genre à l'état civil), et/ou de transition médicale. Si toutes les personnes transgenres ne souhaitent pas s'engager vers une transition médicale, les soins liés à l'affirmation de l'identité de genre sont essentiels. Par transition médicale, on entend généralement tous les traitements et interventions visant à affirmer le genre social (sexe de destination) d'une personne. Il s'agit de traitements hormonaux de substitution, aussi appelés traitements hormonaux féminisants ou masculinisants, qui peuvent être prescrits par des médecins endocrinologues, gynécologues, urologues, et renouvelés par tout médecin généraliste. L'organisation du parcours de transition en France se fonde sur les recommandations faites par la HAS dans son rapport de novembre 2009 sur la « situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France ». Depuis ce rapport, la France a retiré en février 2010 le transsexualisme et les troubles précoces de l'identité de genre de la liste des affections psychiatriques. La nouvelle Classification Internationale des Maladies établie par l'OMS en 2019 (CIM-11), qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, a retiré à son tour la transidentité de la liste des maladies mentales. Ainsi, les personnes trans ne sont plus soumises en France à l'obligation de « diagnostic » par un psychiatre.

Les six hommes trans (FtM : Female to Male) de l'échantillon déclaraient tous s'administrer eux-mêmes des injections régulières de testostérone en intramusculaire. La plupart ont eu recours à une torsoplastie. Deux d'entre eux prenaient également la PrEP régulièrement. Des problèmes de santé mentale chroniques concernaient quatre d'entre eux avant la crise. Pour toutes ces raisons, les personnes trans sont amenées à côtoyer des professionnels de santé (médecin, chirurgien, psychologue, etc...). La majorité d'entre eux sont suivis de façon régulière par leur médecin généraliste. Parmi eux, Alexis, Léo et Evann déclarent s'être définis

comme « bisexuel » ou « lesbienne » à l'aube de leur parcours de changement de sexe, alors qu'actuellement ce sont les termes « d'homme trans gay » qu'ils utilisent. Ces différents positionnements vis-à-vis des normes sexuelles et de genre ont des implications sociologiques et médicales. Par conséquent, il semble important de comprendre pourquoi certains hommes trans ont eu tendance à se définir par le passé comme « lesbienne » et actuellement comme « gay ». Les données et les analyses de Beaubatie montrent que l'homosexualité occupe une place importante dans les récits que les hommes trans font d'eux-mêmes. L'orientation sexuelle joue en fait un rôle décisif dans les parcours de transition.

Du fait d'un historique de psychiatrisation de leurs identités, « la sexualité est un impensé des études sur les personnes trans » [95]. Jusqu'à très récemment, leur sexualité était considérée comme une « paraphilie sexuelle ». S'intéresser à la sexualité des personnes trans constitue donc un terrain glissant sur lequel les chercheurs en sciences sociales évitaient de s'engager. Plutôt que d'aborder le changement de sexe comme l'effet secondaire d'un désir sexuel déviant, il est possible d'explorer la sexualité des personnes trans en tant que « foyer de la fabrique du genre » [96]. Pour cela, il est important d'envisager qu'il existe des « significations sociales » aux désirs et aux actes sexuels. Autrement dit, les orientations sexuelles ont un pouvoir performatif : elles participent à faire ou à défaire l'appartenance à un sexe ou à l'autre.

Le souci des hommes trans (FtM – Female to Male) est de ne pas passer pour une femme hétérosexuelle, rôle social qui les assigne au genre dans lequel ils ne se reconnaissent pas. Dans cette situation, la voie de l'homosexualité féminine leur permet d'appivoiser leur masculinité. Le lesbianisme (ou la bisexualité) autorise une progressive masculinisation. Une fois le changement de sexe entamé, la sexualité avec des hommes, qu'ils peuvent désormais considérer comme leurs semblables, devient envisageable. La crainte d'une réassignation au féminin s'éloigne à mesure qu'ils progressent dans leurs parcours, sans pour autant disparaître totalement. Ainsi, Beaubatie reconstitue les étapes qui conduisent des hommes trans à s'orienter vers l'homosexualité masculine au fil du changement de sexe, et notamment après avoir connu une sexualité lesbienne ou bisexuelle [95]. Une fois parvenue à leur sexe de destination, revendiquer une masculinité « subordonnée » (la figure de l'homosexuel) peut être une manière pour les hommes trans de se *distinguer*, au sens Bourdieusien [97] du stéréotype de l'homme hétérosexuel. Afficher une masculinité non hétérosexuelle apparaît comme un moyen de se distinguer d'une masculinité « hégémonique », parfois jugée archaïque par la (sub)culture queer et dans les mobilisations politiques en faveur des LGBTQI+. Beaubatie ajoute que même si cette aspiration à l'homosexualité masculine est présente chez beaucoup d'hommes trans, cela ne signifie pas qu'elle se concrétisera, notamment du fait de la contrainte générale à l'hétérosexualité et à cause de la transphobie.

Louis exprime les difficultés qu'il rencontre à ce propos, y compris dans les milieux homosexuels :

MDS : Par rapport à ce que tu disais, ta transition et le moment où tu as su ou que tu as dit que tu étais pédé ou gay, tu pourrais nous dater un peu ?

Louis : Oui, c'est un peu drôle, parce que je crois que dès que j'ai fait mon coming-out, je l'ai pensé comme ça. Après, le rapport à la communauté était compliqué, parce qu'il y a quelque chose de très violent qui est quand même lié au passing, et je pense que ça a clairement influencé ma transition aussi, parce que pour m'intégrer à la communauté gay, je pouvais pas ne pas ressembler à un homme. Je sais que c'est une pensée qui est très violente et ce serait pas du tout O.K. de dire ça à des personnes qui veulent transitionner, et cetera, mais c'est un peu comme ça que ça s'est passé. Donc, c'était il y a quatre ans. Je dirais que différentes étapes de ma transition, notamment sur les choix médicaux, esthétiques, ont pas mal été dessinées par le fait que pour une personne qui relationne exclusivement avec des hommes, c'est assez compliqué finalement d'avoir une certaine ambiguïté dans l'apparence.

Louis dit que dans son vécu d'homme trans, il y a quelque chose de très violent lié au passing. Il livre en fait une définition de la transphobie et de ses conséquences, à travers son expérience. Le fait de ne pas correspondre aux attendus du sexe de destination est source d'anticipations négatives. Exprimer des formes d'ambiguïté dans l'apparence et l'expression de genre attise des formes de réassignation et/ou d'exclusion.

Après ce détour et dans la perspective d'une reconstitution des vulnérabilités vécues, il semble important de réaffirmer que les parcours homosexuels et transgenres de cet échantillon ont en commun des traits typiques dans leurs trajectoires, des phases de « préoccupation, d'expérimentation et d'hésitation identitaire » [90]. Bien que des analyses distinctes puissent éclairer certains aspects spécifiques aux personnes trans, ce qui différencie les hommes gays, bisexuels et transgenres par rapport aux personnes hétérosexuelles, en termes de trajectoires biographiques, c'est la présence quasi systématique de phases aiguës de tension identitaire. C'est ce que Delor explicitait déjà en 1997, dans son livre « séropositifs » pour lequel il interrogeait des PVVIH (personnes vivant avec le VIH) hétérosexuels et homosexuels : « si la structuration identitaire prend pour chacun place dans une histoire personnelle et au cours d'une trajectoire de vie, pour les personnes homosexuelles, l'espoir diffus de rencontrer l'âme sœur ne se trouve pas explicitement au point de départ du cycle de vie. Cette phase « incontournable » est remplacée par une phase particulièrement aiguë de tension individuelle

entre préférence sexuelle et identité. L'horizon des projets ou des espoirs de rencontre est encombré par la préoccupation de l'identité sexuelle ».

Parfois, la « sortie du placard » ou l'entrée dans une homosexualité n'intervient pas au départ du cycle de vie, pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais bien plus tard dans la vie de l'individu, pouvant être précédée ou non d'une vie hétérosexuelle. Ces deux types de parcours ont pu être interrogés, par exemple celui de Pascal :

GG : Je vais peut-être vous demander d'abord de vous présenter rapidement.

Pascal : Très bien, je suis Pascal, j'ai cinquante-huit ans, je suis journaliste. Alors, petite particularité pour ma vie : j'étais hétéro pur et dur, dans tous les sens du terme, jusqu'à trente-huit ans et j'ai switché {sic} à cet âge-là. Donc, j'ai vingt-trois ans de vie gay concrète.

Ces premiers éléments renseignent sur le fait que les autodéfinitions de soi correspondent à un positionnement des répondants vis-à-vis des normes dominantes en matière de sexualité (hétéronormativité) et de genre (le sexe attribué à la naissance définit le genre, norme cisgenre). En appartenant à un groupe minoritaire, ces personnes sont confrontées à des préoccupations subjectives spécifiques, à des injures et à des questionnements de la part de l'entourage. Ces moments de vulnérabilité spécifiques contribuent à réaménager l'identité et structurent le récit de soi.

3.1.4. Des enjeux médicaux

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, où les systèmes de soin sont à l'épreuve, les préoccupations autour de la résurgence du VIH sont nombreuses et internationales. Les modifications dans les habitudes des prépeurs (utilisateurs de PrEP), les occasions manquées de prescription, les difficultés d'accès au soin sont autant de facteurs qui pourraient conduire à majorer l'incidence de l'épidémie de VIH, anticipés par les acteurs de santé publique.

Stratégie de prévention du VIH	Nombre de répondants
Préservatif	12
PrEP	23
TasP	2
TPE	1

Tableau 6 – Résumé des stratégies de prévention du VIH adoptées par les répondants, qui se combinent en fonction des situations

À première vue, la prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH est le mode d'entrée dans le parcours de soin le plus répandu dans l'échantillon, ainsi que le motif le plus fréquent pour la dernière consultation médicale. Au moment des entretiens, vingt-trois répondants sur quarante déclarent prendre la PrEP de façon régulière, selon l'un ou l'autre des schémas de prise existants. La distribution des prépeurs dans les trois groupes d'analyse semble similaire, formant environ la moitié de chaque sous-groupe. Le dépistage régulier des IST, dans le cadre de la PrEP (ou en dehors) se répète de façon pluriannuelle pour une large partie des enquêtés. Les prescripteurs sont principalement les CeGIDD et les médecins généralistes. Au cours de la crise sanitaire, on observe des arrêts de PrEP, des initiations et des changements dans le schéma de prise.

Les problématiques de santé mentale sont les principales pathologies ayant été évoquées par les enquêtés comme découlant de la crise de la COVID-19, bien avant les IST et le VIH. Néanmoins, la séroconversion au VIH de Robin fait l'objet d'une analyse approfondie, ainsi que les cas des enquêtés ayant contracté plusieurs IST. Cinq répondants sont des usagers de produits psychoactifs en contexte sexuel : ils pratiquent le chemsex. Leur expérience durant la crise de la COVID-19 diffère en fonction de leur position sociale, de leurs antécédents médicaux et des tensions identitaires qu'ils traversent.

Situation dans le parcours de soin	Nombre de répondants
Psychothérapie	15
Traitement médicamenteux psychotrope quotidien	13
Arrêt maladie	3
Allocation adulte handicapé	1

Tableau 7 – Situation actuelle des répondants depuis l'entrée dans un parcours de soin en santé mentale

Dans le groupe des jeunes « précarisés », tous les répondants sont concernés par les symptômes psychiques. Troubles du sommeil, anxiété et dépression sont les catégories nosologiques les plus fréquemment retrouvées. Dans le groupe des personnes « fragilisées », on retrouve également une forte prévalence des difficultés en santé mentale, avec pour certains des troubles chroniques. Trois personnes du groupe des « fragilisés » ont eu besoin d'un arrêt maladie pour des motifs psychologiques ou addictologiques. Dans le groupe « stable », les répondants peuvent connaître des périodes éprouvantes pendant la première année de la crise, mais ils ne se plaignent pas de souffrances psychologiques envahissantes et invalidantes les empêchant de fonctionner au quotidien.

3.2. Description chronologique globale du vécu de la première année de crise sanitaire

3.2.1. Émergence de la pandémie de COVID-19

L'émergence de l'épidémie a fait l'objet d'un questionnement systématique, permettant d'entrer dans le vécu de la crise de la personne interrogée. Les questions étaient ainsi formulées : *comment avez-vous perçu l'émergence de l'épidémie ? Quand et comment avez-vous senti qu'il se passait quelque chose de grave ou d'inhabituel ?*

Le récit du souvenir des réactions face à l'émergence rapide d'une épidémie d'ampleur mondiale donne généralement lieu à de longs monologues cherchant à reconstituer l'enchaînement des événements.

MDS : Comment c'est apparu dans ta vie ? Dans quel état d'esprit tu étais ?

Guillaume : Je me souviens, c'était au début, mi-janvier, je commençais à voir sur Twitter ce qui se passait en Chine, et cetera. Ensuite, je m'en rappelle, c'était aux alentours du 20 janvier, quand il y a eu le confinement à Wuhan. Et puis, après, où ça a vraiment démarré en février, à la mi-février, fin février en France. Ça faisait un peu penser à certains films catastrophe sur les épidémies, donc c'était assez troublant d'avoir déjà vu ça dans des films et que ça se passe pour de vrai.

Pour certains les souvenirs sont très précis, ce moment a marqué leur conscience. Ils font des analogies historiques ou fictionnelles, des métaphores qui restituent leur état d'esprit à l'éclosion de la crise. Par exemple, Yoann compare l'évènement au choc du 11 septembre 2001 avec l'attentat du World Trade Center à New York :

GG : À quel moment, tu te rappelles cette perception-là ? Si tu t'en rappelles...

Yoann : Oui, écoute, c'est très précis en plus, parce que... ça fait vraiment un peu les trucs, genre, comme le 11 septembre, où tu peux te rappeler d'où t'étais.

Pour d'autres, les souvenirs sont flous et c'est surtout l'annonce du confinement par le président de la République qui constitue un moment marquant :

Theo : Pour moi, c'est très diffus. Je me souviens du... pour moi, le début du COVID, en France, c'est le jour de l'allocution d'Emmanuel Macron.

Au début du premier confinement, on constate un effet de sidération s'étalant sur plusieurs jours, voire semaines : une peur diffuse et un effet de contagion émotionnelle via les médias et les réseaux sociaux :

Dimitri : Il y a eu quand même quelques moments, surtout au début, quand même un peu anxiogènes, il faut le dire : les actualités... Moi, ça m'est arrivé quand même d'avoir les larmes aux yeux ou de pleurer. À 20 h, je faisais aussi, avec les voisins, on faisait les applaudissements, et cetera, moi, j'ai pu allumer une bougie, il y en a qui faisaient claquer les casseroles et tout. Au début, il y a quand même eu un effet de sidération.

Plusieurs enquêtés rapportent avoir téléphoné à leurs proches et à l'issue de ces échanges, ils sont plusieurs à avoir pris la décision de se regrouper avec d'autres personnes dans un lieu de cohabitation. Ces mobilités résidentielles et géographiques avant et après le confinement prennent des significations différentes en fonction des trois groupes constitués. Dans tous les cas, ces échanges entre personnes ayant un lien fort¹¹ participent à une certaine contagion émotionnelle[10]. On remarque par exemple l'influence des réactions de peur des parents sur le discours de leur enfant, jeune adulte (voir le chapitre 3.6 : Des hommes gays « précarisés » pendant la crise sanitaire). Pour relativiser le risque d'infection au SARS-CoV-2, les répondants faisaient également des comparaisons avec d'autres contextes épidémiques, en invoquant des maladies contagieuses perçues comme plus graves, telles que Ebola ou le VIH :

¹¹ Lien fort : lien holistique, d'interdépendance matériels et symboliques, pouvant englober toutes les dimensions de l'individu, lien protecteur et sécurisant. L'analyse apporte d'autres éléments de compréhension

Vladimir : Est-ce que ça m'inquiétait (le risque de la COVID-19) ? Ça m'inquiétait pas outre mesure, c'est-à-dire que je fais toujours le parallèle entre COVID et l'Ebola : l'Ebola est une maladie qui fait VRAIMENT peur, pour moi, parce qu'il y a, je pense, je sais pas, 90 % des personnes qui meurent – et c'est une mort ATROCE, tandis qu'il semblerait qu'avec COVID, il y a des façons d'éviter et on en meurt pas tous ou toutes. Voilà.

À l'inverse, de nombreux enquêtés revenaient sur la comparaison qu'ils avaient d'abord opérée avec le virus de la grippe saisonnière ou le virus Zika. Ils cherchaient ainsi à exprimer à quel point ils n'avaient pas, avec la COVID-19, vu venir une épidémie d'une telle ampleur. Avec le recul d'un an au moment de l'entretien, certains pensent qu'ils étaient alors dans le déni.

Bastien : Au début, voilà, c'était juste : « O.K. il y a un truc qui émerge en Chine, mais il y a pas de raisons que ça arrive trop en France et même si ça arrive en France, bon, ça sera pas grave », comme : « oui, c'est juste une grosse grippe ». Oui, c'était juste le truc : « Ça va être une grippe de plus, un virus de plus, comme il y a eu Zika, il y a eu machin... ». Tu te dis : « O.K. Des trucs qui peuvent être pour certaines personnes un peu graves, mais c'est tout. Ça aura pas plus d'impact que ça pour moi, ou en France. »

Des réactions a priori plus spécifiques à l'échantillon ont également été exprimées. Des questionnements autour des vertus préventives de la PrEP contre le Sars-Cov-2 ont été relayés par plusieurs enquêtés. Comme en témoigne l'exemple de Pascal, qui décide de continuer la PrEP pendant le premier confinement, malgré le fait qu'il ne rencontre aucun partenaire sexuel :

Pascal : Avec l'accord de mon médecin traiteur {sic}, j'ai continué la PrEP en mode continu. Il y a des incertitudes, au bout d'un an rien n'est confirmé, même on est plutôt dans l'infirmité, mais je me suis dit bêtement (...) : « je supporte la PrEP, j'ai un antiviral à disposition, il y a un virus qui traîne, je continue mon antiviral ».

Cet usage de la PrEP fait partie d'un ensemble plus large de réactions ayant pour finalité d'organiser une défense face à l'épidémie. Les rassemblements en lieu clos, viviers de l'épidémie COVID, ont été interdits ou déconseillés selon les séquences de la crise sanitaire et ces interdictions ou recommandations ont été relayées dans la plupart des médias. Prendre le métro dans ce contexte inhabituel est perçu comme un danger :

Alan : J'étais à Paris pour une formation au moment où on commençait vraiment à en parler. Je me rappelle être dans le métro, puis voir les gens agglutinés et me dire : « Oh, la, la, est-ce que je monte ou pas dans le métro ? Parce que ça craint, quand même, d'être confiné comme ça. »

Les risques psychosociaux que la crise sanitaire engendre, tels que l'isolement social, sont également pris en compte par les répondants. La sexualité participant au bien-être global de l'individu, des préoccupations centrées sur les manques sexuels anticipés sont exprimées. En témoigne l'exemple de Robin :

Robin : Et c'est vrai que (...) j'ai assez vite pensé : « Ah, mais qu'est-ce ça va donner sur le plan de la sexualité ? Ça va être une page hyper morne, hyper « gros passage à vide » et est-ce que ça va pas me peser ? »

Dans une logique de gestion des risques, il s'agit pour les répondants d'opérer des arbitrages entre plusieurs menaces :

- Le risque d'être infecté par le SSARS-CoV-2 et de transmettre la maladie ;
- Le fait d'enfreindre l'interdiction de circuler dans l'espace public, dont les modalités et sanctions ont évolué avec les séquences de la crise sanitaire (voir le chapitre 3.2. : Description chronologique globale du vécu de la première année de crise sanitaire) ;
- La menace de l'isolement social ;
- La menace identitaire, qui prend plusieurs formes : le retour dans le milieu familial, le sentiment diffus de « retour au placard » et la résurgence du sentiment de honte ;
- La menace de la pauvreté ou de la précarisation matérielle.

En décrivant les contextes biopsychosociaux dans lesquels évoluent les répondants, l'analyse des trois groupes cherche à expliciter comment les enquêtés se positionnent face à ces différentes menaces, sachant que certains évoquent une multiplicité de menaces alors que d'autres n'en pointent que certaines dans leur discours. À propos de la multiplication des menaces, on retient le constat qu'avait fait Delor : « La confrontation de l'individu à plusieurs risques non hiérarchisables pour lui est une situation immobilisante, forme de sidération au cœur de laquelle il perd sa capacité d'identifier les menaces, de définir des priorités et de mobiliser des défenses. Cette situation représente le danger particulier d'une submersion subjective par une menace indifférenciée, mécanisme comparable à celui de l'angoisse, définie par l'absence d'objet, au contraire de la peur qui est toujours susceptible de mobiliser des ressources contre un objet spécifique ».

3.2.2. Premier confinement : vécus temporels et contagion émotionnelle

Le premier confinement a perturbé les activités et l'organisation quotidienne de la grande majorité des enquêtés, avec une tendance à occuper davantage son lieu de résidence. Dans ce contexte, les conditions de logement et d'emploi se sont montrées déterminantes. La littérature scientifique sur la crise sanitaire a démontré que les conditions de vie antérieures influent largement sur le vécu du confinement. Les écarts de revenu, les situations vis-à-vis de l'emploi (CDI, étudiants, sans emploi) et les conditions de logement (maison, appartement) expliquent en partie cette influence [98]. Les résultats de COVIGAY montrent que ce vécu dépend également des cycles de vie, des trajectoires sociales et des reconfigurations résidentielles.

En se basant sur les recherches en sciences sociales effectuées sur la population générale en « temps confiné » [99], on peut montrer ici comment le temps est perçu différemment dans les trois groupes d'analyse constitués. Par exemple, la suspension de l'activité professionnelle habituelle n'est pas vécue de la même manière selon les conditions de confinement. Alors que certains ont le sentiment d'enfin disposer de leur temps, qu'ils mettent à profit, d'autres ont l'impression d'un surplus de temps qui les met face à leur solitude. L'analyse a permis de dégager une typologie des rapports au temps des répondants, dont on peut traduire les différents types par ces expressions : « trop de temps », « temps réinvesti », « temps exigé », « temps suspendu » [100,101]. Chacun de ces types est explicité et illustré dans les chapitres à venir, au travers des expériences concrètes des répondants, réinscrites dans leur contexte biopsychosocial.

- L'expression « **trop de temps** » signifie un surplus de temps, et le fait que sentir le temps passer n'apporte pas de bien-être durable. Sans rythme partagé ou imposé, sans cadre temporel, « le temps est désert »¹², une épreuve en soi ;
- À l'inverse, l'expression du « **temps réinvesti** » est plutôt employée quand les personnes se trouvent libérées de certaines activités contraignantes et qu'elles utilisent cette disponibilité pour s'impliquer dans des activités nouvelles ou qui avaient été laissées de côté ;

¹² Pour reprendre une notion issue de la philosophie de Hannah Arendt, qui désigne une situation où les expériences de monde commun et de liberté individuelle sont empêchées, niées ou suspendues.

- Le « **temps exigé** » – ou « temps à rentabiliser » – concerne au contraire des personnes devant ou voulant poursuivre leurs activités habituelles, mais avec des modalités différentes – en télétravail par exemple, avec une exigence de rentabilité, de résultat.
- Enfin, le « **temps suspendu** » désigne le fait que la vie pendant le confinement (et après) est un temps sans les autres, un temps où les sociabilités gays sont mises à l'arrêt. Cela peut donner l'impression d'un temps suspendu, dont on attend impatiemment la reprise, surtout lorsque l'on aspirait à de nouveaux liens ou que l'on en ressentait le besoin.

Par son caractère général et total, le confinement a constitué pour beaucoup de personnes une rupture d'intelligibilité, avec des interrogations sur le sens de l'événement. On parle de « brèche temporelle » dans le cours ordinaire des vies collectives et individuelles [100]. Pour les personnes du groupe « HSH stables », la brèche se referme généralement avec le déconfinement. Leurs capitaux divers (économiques, culturels, sociaux) et leur ancrage relationnel leur permet de s'adapter avec plus d'aisance sur la suite de l'épidémie. Pour les personnes des groupes « HSH fragilisés » et « HSH précarisés » la brèche temporelle se prolonge, dans le sens où l'on ne constate pas de retour à un mode de vie proche de la « normale », contrairement aux « HSH stables ». On parle de « perturbations biographiques »¹³.

Comme évoqué précédemment, le phénomène de contagion émotionnelle, de peurs individuelles qui se diffusent collectivement, participe à générer un climat anxieux généralisé. Dans son livre *Pandémie et biopouvoir*, Jean Furtos revient sur ce phénomène : il parle d'une « contamination imaginaire par la peur ». Dans une posture d'anthropologue, il approfondit l'analyse du phénomène et expose les différentes symptomatologies psychosociales qu'il a observées chez tout à chacun :

- Phobie sociale ;
- Inflation des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ;
- Paranoïa sociale (repli sur soi, autoconfinement) ;
- Tendances paranoïdes.

Jean Furtos éclaire les comportements collectifs avec les cadres diagnostics cliniques. La phobie sociale est liée à une idée fixe, une peur omniprésente de l'autre qui peut être

¹³ Définies ici comme des situations dans lesquelles des séquences temporelles de durée limitée (ici la crise sanitaire durant l'année 2020-2021) comportent des changements dans les parcours de vie qui peuvent affecter diverses sphères d'activités sur des durées plus longues que celle des séquences (Grossetti, 2016).

contaminant (ou à la peur de le contaminer). Plusieurs enquêtés ont rapporté avoir connu cette phobie de la COVID-19 pendant des périodes plus ou moins prolongées. Parfois, cette peur est associée à des TOC : l'exemple de la désinfection ritualisée des courses a été retrouvé dans plusieurs entretiens. Adrien a connu ces TOC et a lutté contre la phobie sociale pendant plusieurs mois, pour finalement débiter un suivi psychologique durant l'été 2020 :

MDS : Comment tu percevais les risques liés au COVID : dans quel état d'esprit tu étais par rapport à ça ? Par exemple, le risque d'être malade ? Le risque de transmettre et tout ça ?

Adrien : Pareil, moi c'était le risque surtout d'être malade, à l'époque, pas tant de transmettre par rapport à ce qu'on savait. La peur de la douleur et de la mort, de la maladie. (...) Donc, c'était vraiment une phobie. Je me souviens une fois, ne pas être sorti de chez moi, donc de mes cinquante mètres carrés, pendant dix jours, c'est-à-dire ne pas profiter non plus de l'heure de sortie, et cetera.

La peur d'être contaminé, d'être malade, conduit Adrien à s'enfermer chez lui totalement pour ne plus avoir aucun contact physique avec l'extérieur pendant une durée exceptionnelle à ses yeux. Un des éléments précipitant et aggravant le phénomène est le fait qu'il se mette à regarder pendant des heures les chaînes d'information continue. En effet, cette phobie est en quelque sorte validée par les prescriptions de « distanciation sociale » ou de « gestes barrière ». Bien que ces prescriptions soient justifiées sur le plan de la prévention, elles font effraction sur le plan psychique.

L'analyse a également révélé des comportements d'autoconfinement parmi les répondants : leur description fait l'objet d'un chapitre dédié au groupe « HSH fragilisés ». Concernant les tendances paranoïdes, il s'agit d'une forme de syndrome d'influence, où « les pensées deviennent des actes ». Des croyances diffuses et envahissantes influencent les comportements. Par exemple, le fait d'agir comme si le virus pouvait contaminer indépendamment de la contagiosité virale effective, c'est-à-dire sans répondre aux critères de « cas contact ». Cette tendance paranoïde était moins répandue dans l'échantillon, toutefois l'expérience de Pablo permet d'illustrer ce vécu :

GG : Comment ça se passe ce premier confinement pour vous ?

Pablo : Le premier confinement... disons que c'est vrai que ça avait un côté un peu... au début, dans une première partie en tout cas, on télétravaille au bord de la mer, c'est bien, c'est sympa. Après, bon, peut-être un peu cette psychose qui m'a aussi un peu perturbé, c'est-à-dire que quand j'allais à la mer, je ne lâchais pas mes bâtons de marche pour être sûr que je ne touchais pas des rochers qui auraient peut-être pu être contaminés. On savait pas trop, à l'époque.

Pablo parle de « psychose » pour décrire le fait qu'il cherchait à éviter de toucher les rochers potentiellement infectés par le SARS-CoV-2, pendant ses marches en pleine nature.

Le déconfinement a fait l'objet de réactions et de comportements que l'analyse a cherché à distinguer. Les situations les plus fréquemment retrouvées étaient les suivantes :

- Soulagement dans le retour à une vie (presque) « normale » (principalement dans les groupes « HSH stables » et « HSH fragilisés ») ;
- Peur du déconfinement et persistance d'une forme de phobie sociale s'étant installée durant le confinement (principalement dans le groupe « HSH fragilisés ») ;
- Reprise d'une activité sexuelle et/ou affective, avec notamment des comportements sexuels inhabituels et potentiellement à risque vis-à-vis des IST et du VIH (principalement dans les groupes « HSH précarisés » et « HSH fragilisés ») ;
- Prolongation du « temps homosexuel suspendu » (principalement dans le groupe « HSH précarisés »).

Enfin, le deuxième confinement et le couvre-feu sont des séquences globalement mieux vécues par le groupe « HSH stables » qui a pu s'adapter rapidement. Dans les groupes « HSH fragilisés » et « HSH précarisés », il ressort globalement que ces périodes ont été vécues comme plus éprouvantes encore que le premier confinement sur les plans psychologiques et relationnels. On constate dans tout l'échantillon un infléchissement général du rapport aux règles de distanciation : elles sont moins systématiquement adoptées et parfois contournées par les répondants. À quelques exceptions près, l'ensemble de l'échantillon rapporte un phénomène de « fatigue comportementale » vis-à-vis de l'adoption des « gestions barrières ».

3.3. Classement socio-médical de l'échantillon

On peut aujourd'hui parler en France d'une forme de banalisation des réalités gays et lesbiennes (c'est moins vrai pour les personnes transgenres), en ce sens que leurs modes de vie sont de plus en plus considérés par la population générale comme relevant de leur vie privée, d'une orientation sexuelle « comme une autre » [102].

Ce processus n'a pourtant rien de linéaire : si l'acceptation des personnes gays et lesbiennes a régulièrement progressé depuis les années 1980 dans la société française, des prises de positions homophobes dans l'espace public (médias, monde politique, etc.) restent fréquentes, notamment à la faveur des débats législatifs autour du Pacs (Pacte civil de solidarité, 1998-

1999) et du « Mariage pour tous » (2012-2013). Au quotidien, les propos et actes homophobes sont plus fréquemment dénoncés par les victimes, ce qui contribue à leur visibilité (cf. les rapports de l'association SOS Homophobie), mais qui traduit aussi la permanence des agressions spécifiquement dirigées vers les personnes LGBT.

Ces processus de banalisation de l'homosexualité ne sont pas non plus homogènes socialement parmi les personnes concernées. L'acceptation croissante de l'homosexualité fait l'objet d'appropriations diverses selon les milieux sociaux. Comme l'avait montré M. Pollak et M-A Schiltz, le mode de vie gay s'est historiquement formé autour des aspirations des hommes de la classe moyenne urbaine : liberté sexuelle, affirmation de soi, fréquentation de lieux gays et constitution de réseaux de sociabilité homosexuels [65,84]. Pour une partie des gays des classes moyennes, les avancées juridiques et sociales des deux dernières décennies ont permis l'épanouissement de modes de vie fondées sur ces valeurs. Concomitamment, l'aspiration de certains hommes issus des minorités sexuelles et de genre à une forme d'hétéronormalité (autour de la constitution d'un couple stable et/ou d'une famille) élargit les possibles normatifs [102]. Loin de s'opposer symétriquement, ces deux aspirations se croisent souvent dans la diversité des agencements relationnels entre gays (non-exclusivité, couples ayant des partenaires multiples, troupes – relations amoureuses à trois, etc.) et à l'échelle des parcours de vie.

Mais la diversification des expériences de l'homosexualité se traduit par l'existence de vécus de l'homosexualité distants de ceux de la classe moyenne. Ainsi, l'idéal de l'affirmation de soi (au travers du processus de coming-out auprès de l'entourage) ne représente pas une norme universelle selon les milieux sociaux [103]. Certains hommes ne dévoilent leur orientation sexuelle que de manière sélective, selon les cercles qu'ils fréquentent : amical, professionnel, familial. D'autres considèrent que leur homosexualité n'est qu'une caractéristique de leur personnalité, qu'ils ne souhaitent ou ne peuvent pas nécessairement mettre en avant. Pour d'autres, l'orientation sexuelle est constituée comme une dimension politique et critique des normes dominantes – les théories queer en étant l'une des expressions contemporaines [94]. Enfin, la question de l'appartenance (ou non) à une communauté gay constitue toujours un enjeu clivant et polémique [67].

L'homosexualité n'a jamais constitué une communauté d'expérience unifiée, mais les évolutions des dernières décennies ont renforcé la polarisation des expériences vécues, au croisement des enjeux de classe sociale, de génération, de genre ou d'autres appartenances socioculturelles :

- **Au niveau générationnel**, les HSH nés avant les années 1970 ont connu les périodes où certaines pratiques sexuelles entre hommes étaient pénalisées et où l'homosexualité était considérée comme un « fléau social ». Beaucoup de ces hommes se sont construits comme gays dans un contexte de forte adversité sociale. Par la suite, les décennies 1980 et 1990 ont été des années de très forte mortalité liée au Sida et les réseaux amicaux et affectifs des gays ont été décimés [86]. À la différence de leurs pairs plus âgés, les HSH nés dans les années 1980, 1990 et 2000 ont en commun d'avoir découvert leur homosexualité dans un contexte post-pénalisation et post-crise aiguë du Sida. Ces différences générationnelles peuvent avoir des conséquences importantes en termes de socialisation, de rapport à soi et aux autres [67] ;
- **Du point de vue de la classe sociale**, les travaux sociologiques ont décrit une triple polarisation dans le rapport à l'homosexualité : en contraste avec l'expérience des gays de classes moyennes (analysées précédemment), les HSH des classes populaires et des classes sociales les plus aisées rapportent des stratégies d'affirmation différentes, dans lesquelles la dissimulation ou la discrétion sont parfois privilégiées pour des raisons de réputation ou d'acceptation par le milieu familial. Cette grille de lecture – nécessairement réductrice – a le mérite de souligner les différenciations de classes à l'œuvre dans le vécu de l'homosexualité ;
- À ces caractéristiques sociales **s'articulent d'autres dimensions** : le genre (trans/cis), la couleur de peau, le contexte culturel (poids de la religion, de normes de genre), ou encore le lieu de résidence (proximité / distance avec des ressources associatives ou commerciales LGBT).

Par ailleurs, la période d'entrée dans la sexualité, en sociologie de l'homosexualité [104] comme en médecine générale, fait l'objet d'une attention soutenue, du fait des nombreux facteurs de vulnérabilité qui lui sont associés : les « fausses croyances » en matière de prévention, la forte prévalence des IST et des violences sexuelles, la fragilité psychique ou identitaire, la dépendance affective ou économique. Les travaux sociologiques en population générale ont montré qu'entrer dans la vie d'adulte, c'est franchir des étapes : l'entrée dans la vie sexuelle (et conjugale), le départ du foyer familial et l'entrée dans la vie professionnelle. En Occident, on observe depuis la fin du XX^e siècle une dissociation progressive des autonomies économique, affective et sexuelle, qui étaient auparavant concentrées autour du mariage.

En 1997, Marie-Ange Schiltz [84] avait mis en évidence la triple contrainte à laquelle les jeunes homosexuels étaient confrontés :

- Devenir adulte, s'autonomiser, avec les évolutions sociétales précédemment citées ;
- Composer avec une orientation sexuelle spécifique et minoritaire, c'est-à-dire à la fois réaliser que l'on ne correspond pas à la norme hétérosexuelle et devoir endosser le rôle d'homosexuel [105, 65] ;
- Gérer le risque du VIH/Sida et des IST.

Ses travaux révélaient également une tendance des jeunes homosexuels masculins à explorer et à former des cercles relationnels indépendants de leur milieu familial d'origine, avec des « départs du foyer précipités ». Les rapports avec l'entourage familial sont polarisés, entre silence et opprobre. Par la suite, Didier Eribon a théorisé la « fuite vers la ville » comme étape quasi incontournable des modes de vie gays, de par la force d'attraction exercée par les réseaux de sociabilités qui s'y constituaient [106]. In fine, la grande ville semblent offrir la possibilité de redéfinir son identité personnelle, sa propre subjectivité. Des travaux plus récents viennent nuancer cette trajectoire-type, à mesure que les mobilités géographiques se complexifient [107].

Depuis une vingtaine d'année, les problématiques de santé concernant les jeunes gays se sont renouvelées, prenant en compte les évolutions biomédicales et sociétales [102] :

- De nouveaux enjeux autour de l'autodéfinition de soi ont émergé. Les qualificatifs binaires de gay ou lesbienne ont laissé place à une multiplicité d'identités sexuelles et de genre ;
- L'avènement des applications de rencontre géolocalisées (Tinder, Grinder, etc.) ont permis à de nombreux jeunes gays d'entrer dans la sexualité autrement, délaissant en partie des lieux emblématiques de la culture gay ;
- L'arrivée de la TasP et de la PrEP a modifié la perception du risque VIH et les rapports à la prévention, malgré la persistance du stigmata associée à la maladie. Aujourd'hui, les jeunes gays ont davantage recours au dépistage, mais plébiscitent moins la PrEP que leurs aînés ;
- La reconnaissance sociale de l'homosexualité a modifié le rapport au coming-out et au « placard », mais la plus grande visibilité accordée aux personnes LGBT les expose aussi davantage aux violences dans l'espace public et familial.

On le voit, le processus de banalisation de l'homosexualité dans notre société n'est pas homogène socialement et l'analyse des trajectoires individuelles nécessite une mise en

contexte fine. Parmi les répondants de l'étude COVIGAY, les hommes de la classe moyenne sont majoritaires, à l'instar de la plupart des enquêtes auprès des HSH en France. Leurs profils et leurs trajectoires singulières illustrent la diversité des modes de vie discutée précédemment. Dans le prolongement de ces réflexions, l'analyse montre que les mesures liées à la crise sanitaire ne les ont pas non plus affectés de manière homogène.

L'analyse a distingué trois groupes ayant une cohérence interne et se différenciant les uns des autres du point de vue des niveaux de vulnérabilité repérés :

- Des hommes bénéficiant globalement de conditions plus favorables et qui témoignent malgré les épreuves d'une relative constance dans leurs trajectoires durant la crise : le groupe des « **stables** » ;
- Des personnes qui font appel à des épisodes marquants de leur vie pour rendre compte de leur situation d'instabilité biographique à l'arrivée de la crise. La crise réactive ou majore des instabilités psychosociales pré-existantes : ils sont « **fragilisés** » ;
- Des jeunes qui entrent dans la sexualité, pour qui le temps homosexuel est suspendu par la crise et qui sont également aux prises avec des enjeux d'autonomisation. Ici, ces enjeux se cristallisent autour du logement et de la réussite universitaire. Pour eux, les facteurs de précarité matérielle et identitaire se cumulent, ce qui donne lieu à des niveaux de vulnérabilité psychosociale élevés : ils sont « **précarisés** » par la crise.

Le tableau 8 résume les éléments de distinction entre ces trois groupes d'analyse :

- Les types de facteurs d'exposition aux vulnérabilités psychosociales et les types de ressources mobilisées en fonction du groupe d'analyse ;
- Les vécus temporels de la crise prédominants en fonction du groupe d'analyse ;
- Les niveaux de potentialités repérés : des bifurcations biographiques, des syndromes d'anxiodépression, des IST, etc.

Du côté des temporalités vécues, il a semblé judicieux de mobiliser la littérature en sciences sociales sur l'épidémie de COVID-19 afin de baliser l'échantillon à l'aide de typologies opérantes. Par exemple, la notion de « brèche temporelle » est apparue éclairante dans le cadre de la crise sanitaire et de son effet massif et sidérant. Pierre-Marie Chauvin et son équipe définissent la brèche temporelle comme « une rupture dans le cours ordinaire des vies collectives et individuelles, se caractérisant par un haut niveau d'incertitude, entraînant une forte polarisation des temps vécus et suscitant une production de narrations temporelles » [100]. Il s'agissait pour ces auteurs de relier les narrations temporelles subjectives aux autres facteurs de vulnérabilité et de protection qui étaient apparus.

Groupe d'analyse	Types d'exposition et type de ressources	Vécus temporels	Niveau de potentialités
« HSH Stables »	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie sociale et financière - Couple institué stable ou multipartenariat comme mode vie choisi - Capital relationnel, des soutiens différenciés - Individualisme - 3/17 suivi psy avant la crise 	<p>Confinement : parenthèse stimulante, « enchantée »</p> <p>Temps réinvesti</p> <p>Thématique du contrôle</p>	<p>On ne retrouve pas/peu les potentialités vulnérabilisantes de la crise</p> <p>Des projets de vie qui se concrétisent</p>
« HSH Fragilisés »	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilités biographiques - 9/14 suivi psy avant COVID - Célibat ancien ou récent - Formes de rupture ou événements de vie significatifs en lien avec le COVID - Reconnaissance partielle de leur identité sexuelle - Honte résiduelle et mécanismes spécifiques de gestion de l'isolement - Impact de la fermeture des lieux communautaires 	<p>Confinement : brèche temporelle, rupture déstabilisante remplie d'incertitude</p> <p>« Trop de temps »</p> <p>Temps homosexuel suspendu</p>	<p>Des niveaux de vulnérabilité contrastés : de modérée à sévère, en fonction de trois profils comportementaux</p>
« HSH Précarisés »	<ul style="list-style-type: none"> - Trajectoires assez homogènes, « début de carrière » - 2/9 suivi psy avant COVID - Célibat - Précarité identitaire - Précarité matérielle - Désorganisation professionnelle - Impact de la fermeture des universités 	<p>Turbulences résidentielles</p> <p>Temps universitaire exigé</p> <p>Temps homosexuel suspendu</p>	<p>Des niveaux de vulnérabilité importants, avec des difficultés pour s'alimenter pour certains, des difficultés de santé mentale pour tous pendant la crise, moins de recours au soin, des violences subies via Grindr</p>

Tableau 8 : Synthèse des types de vulnérabilité (ou facteurs protecteurs) en fonction des groupes d'analyse, associée à la distribution différenciée des vécus temporels et des niveaux de vulnérabilité

Les trois profils comportementaux que l'analyse a retrouvé dans le groupe « HSH fragilisés » sont les suivants :

- Ceux des HSH qui s'autoconfinent, décident de « s'isoler eux-mêmes » : comportements sous-tendus par des processus cognitifs impliqués dans la gestion du stress, que l'on tentera d'éclairer ;
- Ceux des HSH qui reprennent des activités sociales et sexuelles : on tentera de comprendre quels en sont les déterminants socio-médicaux ;
- Ceux des HSH qui s'autoconfinent malgré une activité sexuelle intense : on tentera d'explicitier le paradoxe qu'expriment ces répondants et de mettre en lumière leur extrême vulnérabilité.

3.4. Des hommes gays « stables » pendant la crise sanitaire

On l'a vu, la reconnaissance sociale et légale de l'homosexualité et sa visibilité médiatique croissante créent des conditions favorables à une vie gay relativement banale, connue et acceptée par l'entourage et dans le milieu professionnel. Au fil des entretiens, s'est progressivement dessiné un groupe d'hommes — cisgenre et transgenre — qui ont traversé les dix-huit premiers mois de la pandémie dans une stabilité relative. On verra que cette stabilité n'occulte pas pour certains des remises en question, des mises à l'épreuve ou des changements de vie, mais la capacité à s'appuyer sur des atouts et à maîtriser son destin ressort globalement de leurs profils.

3.4.1. Description générale des répondants

	Âge	Dpt	Statut professionnel ¹⁴	Cis ou Trans	Statut conjugal	Santé mentale pré-COVID
Christophe	33	44	Employé	Cis	Pacsé	
Damien	43	26	Cadre	Cis	Marié	
Quentin	46	56	Employé	Cis	Marié	
Raphaël	42	75	Intermittent	Cis	Couple non cohabitant	SUIVI + TRT
Théo	29	75	Cadre	Cis	Concubinage	
Lucas	29	47	Employé	Cis	Concubinage	
Vladimir	64	75	Employé	Cis	Pacsé	
Samson	39	31	Cadre	Cis	Marié	
Gilles	53	75	Rentier	Cis	Concubinage	
Jeffrey	68	13	Retraité	Cis	Couple non-cohabitant	

¹⁴ Simplification des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE, à partir des déclarations des répondants.

	Âge	Dpt	Statut professionnel ¹⁴	Cis ou Trans	Statut conjugal	Santé mentale pré-COVID
Pascal	59	75	Employé	Cis	Célibataire	
Dimitri	32	44	Cadre	Cis	Célibataire	
Yoann	39	75	Indépendant	Cis	Célibataire	SUIVI
Yaël	34	75	Intermittent	Cis	Célibataire	
Bastien	39	29	Sans emploi	Trans	Couple non-cohabitant	
Xavier	37	13	Cadre	Cis	Célibataire	
Steve	48	76	Employé	Cis	Marié	SUIVI + TRT

Tableau 9 – Caractéristiques sociodémographiques des répondants du groupe « HSH stables » : âge, département de résidence, statut professionnel, statut conjugal et antécédents de santé de mentale

L'analyse de ce groupe présente plusieurs intérêts : d'abord, ces hommes constituent presque la moitié des personnes interrogées dans le cadre de COVIGAY. Le groupe est composé de 17 hommes gays, dont l'âge moyen est de 43 ans, le plus jeune ayant 29 ans et le plus âgé ayant 68 ans. D'autre part, ils ont rapporté des expériences relativement homogènes de la crise de la COVID-19, en termes de continuité et de stabilité dans leurs trajectoires. Il s'agit ici de mieux comprendre les déterminants individuels de leur « résilience ».

Du point de vue sociodémographique, leur capacité à faire face à la crise sanitaire s'enracine dans des caractéristiques sociales spécifiques :

- Sur le plan des conditions de vie : les hommes de ce groupe bénéficient de conditions de vie favorables (logement et emploi stable, ou précarité « choisie ») et d'un réseau relationnel soutenant ;
- Sur le plan affectif : ils sont en majorité en couple stable (12 sur 17 dont 4 sont mariés et 2 pacsés et la plupart en couple « ouvert ») ou sont installés dans un multipartenariat sans attache dont ils sont satisfaits (5 sur 17).

Les répondants de ce groupe vivent quasiment tous publiquement leur homosexualité. Pour certains, elle n'est ni revendiquée ni cachée, quand d'autres y voit une appartenance politique qu'ils n'hésitent pas à mettre en avant :

GG : Est-ce que ton entourage est au courant de ton orientation sexuelle ? C'est une question très basique que je pose à tout le monde. C'est quoi l'acceptation du fait que tu sois gay, pédé, dans ton entourage ?

Yoann : Je suis out¹⁵ absolument partout, je dirais. Ma famille est au courant, tous mes proches sont au courant, c'est caché à personne, même ma grand-mère est au courant. Dans mes expériences professionnelles passées, j'ai toujours été out, parce qu'en fait j'ai toujours évolué quasiment dans des milieux qui étaient quand même très open, on va dire. Donc, j'ai jamais vraiment eu aucun problème avec mon homosexualité d'un point de vue « public ». Et puis, je fais partie de plusieurs associations LGBT...

Yoann estime que s'il vit actuellement ouvertement son homosexualité, c'est en partie parce qu'il a « évolué dans des milieux open », au sens d'ouvert d'esprit ou gay-friendly. Il met en avant l'idée que la reconnaissance sociale de l'homosexualité est socialement située dans les classes moyennes dont il fait partie.

Pour les dix-sept répondants de ce groupe, l'identité homosexuelle est très largement acceptée par l'entourage. Pour certains, cela fait même figure d'évidence. Aucun ne rapporte de sentiment d'exclusion de la part de leurs cercles de relation, notamment familiaux. Cela n'empêche pas certaines personnes de rapporter avoir connu des difficultés d'acceptation dans un passé éloigné (à l'adolescence typiquement), mais aucun répondant ne met en relation la problématique de l'acceptation de l'homosexualité avec son vécu actuel. D'ailleurs un certain nombre d'entre eux ne comprend pas vraiment le rapport entre vécu de la crise sanitaire COVID et leur orientation sexuelle, ce qui les conduit à questionner les investigateurs à ce sujet en fin d'entretien.

Comparativement aux autres groupes de répondants, ils n'ont pas rapporté de turbulences résidentielles (voir le chapitre 3.6 : Des hommes gays « précarisés » pendant la crise sanitaire). Même pour ceux qui ont vécu des mobilités géographiques durant les années 2020/21, celles-ci s'inscrivaient dans des projets de vie anticipés et représentaient des formes de progression sociale et matérielle.

Pour un certain nombre d'entre eux, les mesures sanitaires, la succession des confinements et la mise en place du télétravail ont constitué des opportunités. L'arrivée de l'épidémie de COVID-19 est alors paradoxalement vécue comme un levier de mieux-être ou d'amélioration

¹⁵ Etre out : être sorti du « placard ».

de leur situation. Pour Vladimir, la mise entre parenthèse de la vie sociale et professionnelle permet d'investir sa relation de couple, favorisant une forme d'épanouissement affectif :

MDS : Comment ça s'est passé le début de ce premier confinement pour vous ? Comment vous avez senti les choses ?

Vladimir : J'ai adoré. J'ai ADORÉ ! Ça m'a simplifié la vie. Avec mon ami, on s'est retrouvé face à face, mais c'était presque comme une lune de miel. Je sais pas, j'ai commencé à cuisiner beaucoup plus, à faire des petits plats, avec beaucoup de soin – parce que d'habitude je rentrais plus à la maison à 18 h 30, 19 h, complètement crevé. Je prenais le temps de cuisiner et mon ami apprécie beaucoup ce que je fais, ce qui est encore plus gratifiant.

Pour d'autres, la mise à distance d'une activité professionnelle vécue comme stressante constitue une respiration qui permet la sortie d'une période psychologiquement difficile :

MDS : Globalement, tu dirais que ça s'est passé comment pour toi ce premier confinement ?

Samson : Super bien ! Je sais que c'est peut-être rare, mais je passais par un moment où j'étais surchargé de travail et où vraiment j'étais en surcharge, enfin j'étais limite burn-out et ça pouvait pas mieux tomber. Ça m'a permis de prendre du temps, de mettre un peu toutes les relations sociales à distance, de prendre du temps pour réfléchir, tout en gardant quand même mon activité professionnelle. Mais ça a été vraiment profitable. Très égoïstement, si j'isole tout le reste, je pouvais pas rêver mieux à cette période.

Dimitri évoque pour sa part une période introspective très riche, au sortir de ses études, qu'il consacre à la lecture et au visionnage de films. Enfin, Théo explique en avoir profité pour mener des travaux à son domicile et mettre en discussion avec son conjoint l'ouverture sexuelle de leur couple (à d'autres partenaires). À l'image des valorisations positives relayées par la presse et les médias télévisés au cours du premier confinement, les récits de plusieurs des répondants de ce groupe mettent en lumière l'irruption de la pandémie comme un événement aux conséquences positives dans leur trajectoires de vie.

3.4.2. Des épreuves surmontées

Malgré leur situation privilégiée, plusieurs de ces répondants ont traversé des moments difficiles ou des épreuves, durant lesquels leurs habitudes de vie ont été bouleversées, durant la première année de la pandémie.

Cela concerne notamment trois d'entre eux, qui ont été en première ligne de la réponse à la crise sanitaire pour des raisons professionnelles. Pour Christophe, infirmier hospitalier dans l'Ouest de la France, l'émergence de la pandémie correspond à une période de surcroît de travail et de réorganisation des services hospitaliers, alors même qu'au printemps 2020 la diffusion du virus reste contenue dans sa région. Dans son cas, l'expérience des confinements est singulière par rapport aux autres enquêtés, puisqu'il continue à aller au travail quotidiennement. Cette période chargée est relativement bien vécue, notamment parce que son compagnon et lui ont tous les deux continué à travailler en présentiel. Damien et Xavier sont pour leur part également accaparés par leur travail, respectivement dans une agence régionale de santé et à la direction d'un hôpital dans le Sud-Est de la France. Les vagues successives forment des périodes très chargées professionnellement, et lors desquelles ils sont soumis à une forte pression. Pour Christophe et Damien, la stabilité conjugale – ils sont tous les deux en couple cohabitant au printemps 2020 – constitue un point d'appui important pour faire face à ces bouleversements professionnels.

Pour Xavier, célibataire et récemment installé dans la région, la période est vécue plus difficilement, mais il trouve les ressources personnelles et relationnelles pour faire face. Quand on le questionne sur l'évolution de ses consommations de 3-MMC en contexte sexuel ou non, Xavier explique qu'elles lui ont permis de passer un cap difficile au travail, mais qu'il a depuis repris le contrôle de la situation :

Xavier : Aujourd'hui – toujours pour continuer sur la chronologie – en décembre dernier, j'ai rien consommé, parce que j'en avais pas envie. Et puis, je me suis dit : « On va faire une pause ». Après, c'est revenu de manière un peu plus récréative. Aujourd'hui, la consommation est beaucoup plus récréative, sans addiction – alors, je parlerais pas d'addiction, parce que j'ai pas de phénomène de manque, en tout cas je ne le perçois pas. C'est juste que je trouve ça cool et ça permet de décharger un peu la pression qui peut s'exercer sur moi.

D'autres enquêtés de ce groupe ont vu leur vie bouleversée par la crise sanitaire dans leur rôle de parent ou d'aidant. Ainsi Jeffroy, un homme retraité qui vit dans une grande ville du Sud de la France, a réorganisé sa vie à partir de mars 2020 pour accompagner la fin de vie de sa mère. Il s'est notamment installé durablement chez elle, n'effectuant que des aller-retours à son propre appartement pour récupérer le courrier. Cet état de fait, cumulé à l'application stricte des mesures sanitaires, l'a conduit à mettre entre parenthèse la relation affective et sexuelle initiée avec un partenaire dans les premières semaines de l'année 2020. Après le décès de sa mère en mai 2020, il s'occupe de la succession et de vider l'appartement. Dans son cas, il explique que son expérience de la lutte contre le Sida (soutien aux malades,

analyse critique des discours des autorités sanitaires) lui a servi de point d'appui pour réorganiser son quotidien.

Enfin, les remises en cause des équilibres de vie se jouent également sur le plan de la vie sexuelle. Si la plupart des répondants ont très fortement diminué le nombre de leurs partenaires ou ont été abstinentes durant le premier confinement (mars – mai 2020), ils ont généralement progressivement repris leurs modes de rencontre par la suite. Certains d'entre eux ont cependant durablement réorganisé leurs habitudes sexuelles.

C'est le cas de Pascal, qui vit en région parisienne et qui se constitue une bulle sexuelle protectrice. Afin de combiner au mieux sexualité multipartenaire et respect des mesures sanitaires, il a pris la décision d'adapter ses pratiques. Il privilégie ainsi des partenaires réguliers, de confiance et impose le port du masque durant les rapports sexuels :

Pascal : D'abord, dès février j'ai arrêté les sex clubs, ça c'est sûr. Avec ce carnet de bal de trois partenaires réguliers, uniquement des sex friends, je l'ai un peu sondé, on s'est rendu compte qu'on était un peu dans la même démarche de prudence – et d'ailleurs, c'est toujours le cas aujourd'hui – donc c'est à peu près une fois chacun par mois ou tous les quinze jours. Je fais trois, quatre plans à domicile, mais avec les règles de prudence qu'on va sans doute aborder (ils mettent le masque). Je me suis limité « uniquement » [il souligne le mot] à ce carnet de bal de gens très sérieux que j'avais déjà sélectionnés avant par intérêt mais également par complicité intellectuelle et en sachant que c'étaient des gens à peu près sérieux de mon âge. Ce carnet de bal sérieux, je l'utilise uniquement depuis un an. J'ai créé une espèce de... On s'est promis par le sérieux de chacun de former une espèce de « bulle COVID ». Au moins pour deux d'entre eux, je suis convaincu qu'on ne voit pas d'autres personnes en dehors de cette bulle. Mais ça n'empêche pas d'être très strict, donc c'est une « bulle COVID » mais qui ne nous permet pas de tout faire, je vous raconterai.

De son côté, Yoann a également fait le choix de restreindre le nombre de partenaires, en se concentrant sur des personnes déjà connues qu'il peut voir régulièrement. Il s'agit dans les deux cas de mesures de réduction des risques d'infection par le SARS-CoV-2, qui rappellent les stratégies de sélection des partenaires mises en œuvre dans la prévention du VIH (sérochoix, séroadaptation, sécurité négociée).

Yoann : Les deux dont je parle, qui sont mes deux réguliers en ce moment et peut-être deux, trois autres éventuellement, que je vois de manière plus ponctuelle et beaucoup moins régulière, mais des gens par contre que je vois depuis des années, avec qui j'ai confiance – et quand je dis « confiance » c'est pas une question de : « J'ai confiance, ils auront pas le

COVID. » C'est vraiment pas ça du tout. C'est plutôt, j'ai confiance en : « S'ils ont le COVID, ils vont me le dire, s'ils ont une IST, ils vont me le dire et réciproquement, si moi, j'ai le COVID, si moi, j'ai une IST, je vais leur dire et il y aura pas de drama {sic} ». Tout le monde est au courant et tout le monde est comment dire ? Est au clair avec ces questions, voilà, c'est ça, ce que je... Et pour le coup, je les ai informés, c'est-à-dire que, tu vois, j'ai... ça fait un peu : « Bonjour ! Tu es l'heureux titulaire d'une place dans mes quatre... »

Au fil du temps, l'enjeu est moins la crainte des formes graves de la COVID-19– même si la préoccupation reste présente pour Pascal – que la volonté de mettre en place un réseau sexuel de confiance, dans lequel l'information des partenaires est possible en cas d'infection, à l'image de la notification aux partenaires pour les IST. Le point commun de ces trois situations est la capacité des répondants de ce groupe à faire face à des formes d'adversité liées à la crise sanitaire. S'ils ont réussi à s'adapter, c'est notamment parce qu'ils bénéficient d'un contexte social et relationnel favorable : emploi et logement stables, soutien affectif (amical et/ou conjugal).

3.4.3. Des rapports à la crise sanitaire contrastés

L'analyse détaillée de la manière dont ces répondants se sont adaptés à la crise sanitaire fait ressortir trois types de réaction contrastés.

Pour une partie d'entre eux, l'activité professionnelle a constitué un point d'appui incontournable pour faire face aux incertitudes et aux reconfigurations des relations sociales. C'est notamment le cas pour Dimitri, Christophe, Damien ou Xavier (précédemment évoqués) qui, travaillant en contexte hospitalier ou de santé publique, ont dû adapter leur activité quotidienne à la pandémie. Dans un contexte de pression importante sur le système de santé, leur vécu de la crise est indissociable de leur activité professionnelle au quotidien.

Un autre sous-groupe de répondants (Bastien, Quentin, Yoann, Lucas, Raphaël) a mobilisé des ressources critiques à propos des politiques sanitaires et gouvernementales (activités militantes, lectures, fréquentation des réseaux sociaux). Ces mises en perspective leur ont donné des outils pour envisager les incertitudes ouvertes par la crise et les mesures sanitaires (confinement, port du masque, etc.). Ces enquêtés sont également ceux qui ont le plus souligné le rôle du réseau communautaire (amical et/ou militant) dans le soutien social durant les périodes de confinement.

Yoann : Nous (en France), en termes de sociabilité, la manière dont a été gérée la crise sanitaire jusqu'à présent, c'est quand même hyper hétéronormé, enfin hétérocentré ou en tout cas conjugaliste {sic}, je dirais, on est vraiment sur des formats très « famille ». Moi, c'est ça aussi que j'ai dû mal à vivre. C'est aussi pour ça que j'ai dû trouver des solutions... Par rapport au premier confinement où j'avais accepté les trucs avec une certaine docilité – je dis pas que je suis un méga rebelle sur le deuxième, mais je sais que j'ai dû trouver des stratégies de contournement, des stratégies de faire avec, de trouver des manières de faire, parce que j'ai vu aussi que pour ma santé mentale, j'ai besoin de voir des gens et mes modalités pratiques de vie font que je vis tout seul. Du coup, il fallait trouver des solutions pour pouvoir voir certains de mes partenaires, quitte à utiliser ce principe-là, un peu de « bulle », comme je disais, comme je sais que ça a été le cas notamment au Canada. Je sais qu'à Montréal, ils ont fait comme ça, je sais qu'en Grande-Bretagne aussi, à Londres, ça a été en partie comme ça, avant qu'ils remettent le confinement strict. Il y a des moments où il y avait la possibilité de dire : « Je déclare une, deux, trois personnes, qui sont mes proches, quel que soit le lien que j'ai avec ces gens-là. » Ça, c'est quelque chose que j'ai dû mettre en place pour pouvoir faire avec.

Enfin, d'autres enquêtés ont à l'inverse souligné leur capacité individuelle à faire face aux incertitudes (Xavier, Dimitri, Pascal, Théo, Gilles, Yaël). Ces répondants mettent en avant leur volonté de maîtriser les risques et les situations de danger en comptant avant tout sur eux-mêmes (plutôt que sur l'État ou la communauté gay). La thématique et le champ lexical du contrôle est très présent dans leur discours et illustre l'une des caractéristiques des masculinités hégémoniques : l'homme est capable de gérer ses excès et de modifier ses comportements par sa seule volonté.

3.4.4. Portraits de Quentin versus Dimitri

Portrait de Quentin :

Quentin a 46 ans et habite dans l'Ouest de la France, dans une maison avec jardin. Avant la crise, il télétravaille dans le secteur informatique d'une entreprise. Il est marié avec un homme, ils sont en couple depuis onze ans et sont les parents d'un adolescent de 18 ans. Quentin se définit comme gay, il n'a jamais eu de relation hétérosexuelle. Il fréquente les lieux festifs gays et rencontre des partenaires hors-couple de façon « *hyper occasionnelle* » via les applications de rencontre géolocalisées. Il se sent appartenir à une communauté gay et il est impliqué dans plusieurs associations militantes. Le sujet de l'acceptation sociale de son homosexualité n'est pas abordé. Son dernier test de dépistage pour le VIH remonte à novembre 2020. Habituellement, il utilise le préservatif et la TasP avec un partenaire régulier séropositif sous

traitement antirétroviral et ayant une charge virale indétectable. Il ne consomme jamais d'alcool ou d'autres drogues.

Quentin est immédiatement en alerte au moment de l'émergence COVID, car il sentait « *venir le truc* ». Il est malade en janvier 2020 pendant une semaine, il présente des symptômes compatibles avec une infection par le SARS-CoV-2, mais impossible de le confirmer. Il constatait à l'époque que l'État n'avait pas de réponse à apporter, ce qui le rendait « *vraiment très inquiet* ». La reprise en main de la situation par le gouvernement avec la décision du confinement le rassure, même si s'annonce une période de fortes incertitudes. Son temps de travail passe à 50 %, il bénéficie d'un chômage partiel la moitié du temps. Il doit aussi cesser ses activités sportives, mais explique qu'il réinvestit ce surplus de temps dans ses activités militantes et qu'il se sent en quelques sortes en vacances, « *sans anxiété ni résignation* » :

GG : Mais est-ce que ça a eu un impact sur ta consommation d'alcool ou d'autres produits ?

Quentin : Non. Alors, déjà, je consomme jamais d'alcool, jamais, au grand jamais. Je fume pas non plus, je prends pas de produits, jamais. Non, aucun changement. Puis, vraiment pas de... pas une période, ni anxieuse, ni de résignation, rien de tout ça. En plus, la météo aidant, j'ai passé un premier confinement, c'était limite des vacances, j'étais plutôt content d'être en chômage partiel et puis de pouvoir donner de mon temps pour le militantisme.

Son mari se retrouve à travailler à 50 %, comme lui. Ainsi, ils partagent plus de choses qu'à l'accoutumée. Sa relation couple forme un rempart solide contre l'isolement :

GG : Et est-ce que du coup, ça a eu un impact sur votre vie à deux, à trois en fait ?

Quentin : Non, au niveau impact, non, très peu d'impact, déjà parce qu'on est un couple qui est extrêmement soudé, on s'entend super bien, on est amis, amants, amoureux, donc tout... on est un couple vraiment très épanoui, avec mon mari. Du coup, pas de changement au niveau personnel.

Le premier confinement et le déconfinement de Quentin sont donc en partie consacrés à son activité militante dans l'association Aides, il est « dans l'action ». Avec les autres volontaires, ils font des visioconférences en groupe pour organiser la réponse à apporter face à la situation. Il fait part de son inquiétude devant l'impossibilité de poursuivre l'activité « d'aller vers » les publics vulnérables pendant la crise, qu'ils effectuent habituellement avec son équipe. Quentin

parle de « RDR 2.0 »¹⁶ : présence sur Grindr et autres applications avec maintien de l'activité tournée autour du VIH, support en santé mentale en lien avec la COVID-19, accompagnement des arrêts/modifications de prise de PrEP :

Quentin : Du coup, ça m'a donné du temps pour moi, justement, pour me préserver et puis m'investir davantage également au niveau d'AIDES pour apporter une réponse justement à la situation sanitaire qui ne nous permettait plus d'aller voir nos publics. On ne pouvait plus aller les voir sur des rencontres extérieures, les bars, et cetera étaient fermés, les saunas étaient fermés. Tous les endroits où d'habitude on allait vers nos publics n'étaient plus accessibles. Donc, on a mis en place des nouvelles stratégies pour aller vers eux, notamment en faisant de la réduction des risques 2.0, comme on l'appelle chez nous. Notamment sur les réseaux sociaux pour adultes que sont Grindr et autres sites, où là, en fait, on a réagi à deux niveaux : à la fois sur la partie épidémique VIH, parce qu'il y avait besoin de continuer sur ce volet-là comme on l'a toujours fait et puis également sur le côté COVID, mais plus sur le côté psychologique, (...)

En tant que militant, il s'inquiète des dégâts socio-économiques de l'épidémie de COVID-19 et de la poursuite pour certains des activités de « consommation sexuelle » sans respect des gestes barrières. Personnellement, durant le confinement ou après, il ne fait pas de rencontres et n'en souffre pas. L'été se passe bien, il part en vacances au Portugal avec son mari. À la rentrée, ils reprennent les rencontres avec un seul de leurs partenaires réguliers. Les précautions prises se résument à se laver les mains avant/après et à discuter des mesures à prendre en cas de positivité au SARS-Covid-2 de l'un d'entre eux. Les séquences de la crise (deuxième confinement, couvre-feu) se poursuivent et Quentin les envisage comme nécessaires pour le collectif et finalement gérable à son niveau individuel.

Par ailleurs, du fait des modifications de ses conditions de travail (chômage partiel à 50 %) et du constat que cela n'entraîne pas de conséquences tangibles ni pour les autres, ni pour lui, le fait se questionner sur le sens de son travail. En fin d'entretien, il explique qu'il commence à postuler dans des associations, plus en cohérence avec ses convictions écologiques et de justice sociale.

Portrait de Dimitri :

Dimitri a 32 ans et possède un diplôme de niveau Master, il est fonctionnaire à l'ARS et habite dans une ville moyenne de l'Ouest de la France depuis le premier confinement. Il a

¹⁶ Réduction des risques 2.0, c'est-à-dire innovante en matière d'adaptation aux usages des outils numériques de rencontre..

régulièrement déménagé pour sa formation professionnelle et compte s'installer dans cette nouvelle ville, qu'il a choisie. Son homosexualité a toujours été bien acceptée par l'entourage. Dimitri se positionne à distance de la communauté gay. Il se décrit comme un « *gay silencieux, non revendicatif* » et ne se reconnaît pas dans les revendications militantes. Il se méfie des postures de victime. En fait, son orientation sexuelle n'est ni cachée ni revendiquée. Au travail, Dimitri s'annonce très rapidement comme gay car « *ce qui est dit ne laisse pas de prise aux autres pour vous définir à votre place* ». Dimitri fréquente plusieurs fois par mois les lieux de convivialité gays de type bars et boîtes de nuit, mais il évite par principe l'application Grindr, « *c'est une religion* » pour lui. Il préfère des sites de rencontres où il n'y a pas forcément de gays :

MDS : Vos sites, c'est lesquels ?

Dimitri : Moi je vais sur coco.fr parce que justement, on trouve pas forcément des gays. Moi, je cherche pas forcément... je suis un peu antigays, je suis un peu raciste antigays. Donc, j'aime bien plutôt des profils de mecs bisexuels ou hétéros, voir mariés, en couple. Moi, je trouve que c'est beaucoup mieux. Je vais plutôt sur des sites qui sont pas forcément étiquetés rencontres homosexuelles, pour avoir accès à ce genre de personnes que je trouve plus intéressantes, moins stéréotypées et puis discrètes, tout ce qui va bien.

Pour lui les gays prennent trop de risques vis-à-vis des IST, donc ce n'est même pas un problème de leur « *refiler* » une IST. Dimitri est séronégatif pour le VIH et sous PrEP depuis l'été 2019. Au départ, il était plutôt réticent à utiliser la PrEP, ayant recours habituellement au préservatif. Il a changé d'avis dans le but de maximiser sa protection. Son parcours de soin se concentre sur la prescription de la PrEP et le dépistage régulier des IST. Il n'a pas de médecin généraliste. Pendant l'hiver 2019-2020, il a de nombreux partenaires sexuels, en moyenne un partenaire différent par jour, avec lesquels il trompe l'ennui dans une sexualité exutoire. À l'émergence de l'épidémie, il vient de passer le concours de la fonction publique et a été reçu, n'a pas encore pris ses fonctions dans son poste de titulaire mais bénéficie toujours de son salaire de stagiaire cadre. Il déménage de façon précipitée depuis le campus universitaire vers son nouvel appartement. Il voit dans la perspective du chômage partiel et du confinement à domicile une opportunité d'oasis temporelle, mais il exprime tout de même des inquiétudes quant à la mise à l'arrêt de sa vie sexuelle. Dimitri ne souffre pas de l'isolement contraint par le confinement : « *Mais, moi, ça me va très bien, je m'occupe très bien tout seul* ». Même les craintes qu'il avait de voir survenir des frustrations sexuelles ont disparu rapidement :

Dimitri : Contrairement à ce que je pouvais penser, cette période d'abstinence sexuelle n'a pas du tout été mal vécue. Passé un premier temps – mais très rapide, je sais pas, deux semaines – je n'y ai plus du tout pensé et je me suis concentré sur d'autres choses, ça a été très riche de manière introspective, de manière existentielle. Il y a des choses vraiment magnifiques qui se sont produites pendant ce temps-là et notamment, c'est fou ce que ça a fait émerger chez moi – mais je regardais un documentaire récemment, d'autres personnes le disaient – ça a fait remonter beaucoup de souvenirs, on revoit sa vie un peu défiler, pas en accéléré comme quand on va mourir, mais peut-être de manière plus ralentie. C'est le moment aussi de faire le bilan et ce temps de se poser après tous ces stages, toute cette densité de voyages, de rencontres, que j'avais passée pendant l'année et demie de formation d'inspecteur. En fait, ça a été très salubre et j'en ai vraiment profité comme un temps pour moi. La sexualité n'a pas... même l'activité masturbatoire était ralentie. Enfin, vraiment, c'était pour l'hygiène comme on peut le dire vulgairement, mais en réalité, ma libido a été un peu suspendue, mais sans que ce soit inquiétant non plus.

La suspension du temps homosexuel ne constitue pas pour Dimitri une menace identitaire. Son temps est réinvesti dans d'autres activités, notamment introspectives et centrées sur lui. Il regarde beaucoup de films et écoute des podcasts. Il se déconnecte de toutes les applications pour ne pas s'exposer à la tentation. Il respecte scrupuleusement les consignes sanitaires (autorisation quotidienne de sortie dans un rayon d'un kilomètre et adoption des gestes barrières). Dimitri n'a ni peur d'être infecté par le COVID (il ne se sent pas à risque), ni peur de transmettre le virus. Il vient d'arriver dans une ville où il n'a aucun lien fort, aucune relation d'interdépendance avec autrui, pas de contact répété avec des personnes en particulier :

Dimitri : Comme j'étais tout seul X (ville de résidence), j'avais pas non plus la culpabilité, et que je ne connaissais personne et que je n'avais ni proches, ni ascendants sur place, je savais que j'allais pas contaminer grand monde, donc l'affaire était résolue.

Il boit régulièrement de l'alcool pendant le premier confinement mais reprend rapidement le contrôle. Il arrête la PrEP assez vite, pour reposer ses reins et parce qu'il savait qu'il « *n'allait rien faire* ». Durant le confinement, il entretient un lien téléphonique avec sa mère, mais refuse les propositions de visioconférence. Il déclare de ne pas avoir ressenti de souci financier. Dimitri a rendez-vous pour faire renouveler sa PrEP le 11 mai, le jour du déconfinement, et il s'estime chanceux. Il se reconnecte aux sites de rencontre et reprend ses activités sexuelles progressivement, « *en douceur* » et passe un été « *insouciant* ».

Cependant, l'épidémie n'est pas loin professionnellement, il prend ses fonctions à la rentrée à l'aune de la deuxième vague. La gestion de la crise pèse sur son rythme de vie, il doit travailler dans l'urgence et accumule du retard. En décembre, il présente des symptômes dépressifs modérés et transitoires du fait du décès d'un membre de sa famille. Il « *reprend le dessus* » en quelques semaines et il organise sa vie sociale autour de ses rencontres sexuelles. Il fait venir les partenaires chez lui par « *devoir d'exemplarité* » en tant que fonctionnaire impliqué dans la crise. Quand son moral s'améliore nettement en janvier 2021, il ralentit les rencontres, il en a moins besoin. Au printemps 2021, Dimitri a pris ses marques au travail, il a rencontré « *quelqu'un* » et se projette « *positivement* » dans son nouvel environnement.

3.4.5. Conclusion

Pour rendre compte de leur relative stabilité durant la crise, les répondants de ce groupe mettent en avant les conditions de vie favorables dont ils bénéficient. S'ils ont réussi à s'adapter, c'est notamment grâce à leur ancrage social et relationnel : emploi et logement stables, soutien affectif (amical et/ou conjugal).

Les répondants de ce groupe mettent également en avant leur capacité à faire face à des formes d'adversité liées à la crise sanitaire, on retient notamment :

- Sentiment de maîtrise du risque associé à la COVID-19 ;
- Capacité à réinvestir le surplus de temps (et à supporter le temps homosexuel suspendu) ;
- Engagement professionnel dans la gestion de crise (institutionnel, associatif) ;
- Stratégie de sélection de partenaires ;
- Capacité à savoir compter sur soi-même et à contrôler la situation ;
- Capacité à mobiliser des savoirs expérientiels : historiques sur la lutte contre le VIH, littératie en santé et en réduction des risques notamment.

En termes de conséquences de la crise, les répondants ne rapportent pas de difficultés psychologiques durables (ou les circonscrivent sur une période donnée), ni de menace de précarisation. Ils soulignent toutefois le réarrangement en cours de leurs sociabilités gays avec la fermeture des lieux commerciaux et les mesures de distanciation. Les trois répondants rapportant avoir contracté une IST (syphilis, gonocoque et chlamydia) sont engagés dans un multipartenariat sans attache dont ils sont satisfaits (Bastien, Xavier, Dimitri). Le fait de devoir traiter une IST apparaît comme un aléa de ce mode de vie choisi et négocié, avec la prise de PrEP en continu de façon concomitante.

Avec la crise sanitaire, de nouvelles opportunités ou projets de vie peuvent se dessiner. Pour les personnes dont la situation est marquée par une certaine stabilité, cela peut se traduire par :

- Une reconversion professionnelle ;
- La redéfinition des caractéristiques du logement souhaité ;
- La redéfinition des modalités de la relation de couple souhaitées (exclusive, ouverte, négociée...);
- Une modification de leur rythme de vie.

Au total, l'analyse des trajectoires de ce groupe permet de nuancer le concept de résilience, dont on voit qu'il est marqué sociologiquement. Pour eux, on constate un véritable effet positif de la normalisation de l'homosexualité dans notre société : ils en vivent ce qu'elle peut avoir d'épanouissant, notamment parce qu'ils ont les ressources de leur autonomie personnelle.

3.5. Des hommes gays « fragilisés » par la crise sanitaire

Pour les répondants de ce groupe, l'homosexualité se vit au croisement d'enjeux de classe sociale, de génération, de genre ou d'autres appartenances socioculturelles. De nombreux hommes de ce groupe ont subi des violences, qu'elles soient en lien ou non avec leur homosexualité ou leur identité transgenre. Aussi, les classes moyennes sont moins représentées et la polarité entre les classes populaires et les classes aisées d'origine ressort davantage. Plus globalement, les trajectoires ne sont pas linéaires et laissent apparaître des périodes – actuelles ou passées - de fragilisation psychosociale.

L'autre spécificité de ce sous-groupe réside dans le fait que la « brèche temporelle » que constitue le confinement ne se referme pas à l'issue de celui-ci. Si la sociologie s'est dotée de concepts pour penser les ruptures et les événements imprévisibles, notamment avec celui de « bifurcation biographique »¹⁷ [99,100], la notion de « brèche » semble plus adaptée pour penser les résultats de l'enquête. La brèche intervient avant la bifurcation possible et elle est principalement vécue comme une période de forte incertitude.

¹⁷ Il s'agit tout d'abord d'un changement important et brutal dans l'orientation de la trajectoire, dont à la fois le moment et l'issue sont imprévisibles, pour l'acteur concerné comme pour le sociologue, à la différence d'une transition structurée. Le changement de métier en est un exemple typique : tout paraissait stable, et pourtant se produit un « basculement ».

Voici les questions centrales posées pour le groupe « HSH fragilisés » : quels sont les points communs entre les répondants de ce groupe, où les individus occupent des positions sociales variées ? En quoi leur trajectoire est façonnée par le rapport qu'ils entretiennent avec leur homosexualité ? Comment la crise sanitaire vient-elle perturber leur ancrage social et avec quelles conséquences ? Comment est vécu le premier confinement et les séquences suivantes, à la lumière de leurs caractéristiques socio-médicales ?

Pour répondre à ces questions, la description des vécus et leur analyse portent une attention particulière aux enjeux socio-médicaux suivants :

- Les relations entretenues (ou non) avec leurs parents ;
- Les bifurcations biographiques, notamment ayant eu comme pivot le(s) coming-out ;
- Les expériences de violences passées et actuelles ;
- Les problématiques de santé mentale, les traitements médicamenteux en cours, le parcours de soin ;
- Les comportements sexuels ;
- Le vécu intime de l'homosexualité ;
- Les positionnements vis-à-vis de la notion de « communauté d'appartenance LGBT » ;
- Le rapport entretenu avec la prévention des risques pour la santé ;
- Les évolutions des modes de sociabilités gays.

3.5.1. Description globale : des instabilités biographiques

1	Âge	Dpt	Statut professionnel ¹⁸	Genre
Emmanuel	42	92	Cadre	Cis
Pablo	30	29	Cadre	Cis
Thomas	40	59	Cadre	Cis
Adrien	49	69	Employé	Cis
Jocelyn	37	47	Cadre	Cis
Calvin	31	93	Employé	Cis
Léonard	34	67	Employé	Cis
François	34	13	Employé	Cis

¹⁸ Simplification des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE, à partir des déclarations des répondants.

1	Âge	Dpt	Statut professionnel ¹⁸	Genre
Robin	33	75	Employé	Cis
Walid	32	13	Sans emploi	Cis
Christian	50	51	AAH	Cis
Evann	27	69	Employé	Trans
Alan	42	85	Employé	Cis
Zacharie	30	67	Sans emploi	Trans

Tableau 10 – Caractéristiques sociodémographiques des répondants du groupe « fragilisés : âge, département de résidence, statut professionnel, cisgenre ou transgenre

Le second groupe constitué est composé de quatorze hommes gays avec un âge moyen de 36,5 ans, le plus jeune a 27 ans et le plus âgé a 50 ans. On identifie d'emblée des disparités en termes de statut professionnel (cadres, employés, « inactifs » bénéficiaires d'allocations sociales) et de capital matériel. Alors qu'ils sont tous les deux titulaires d'un master, Pablo est ingénieur cadre et Zacharie est en recherche d'emploi et bénéficiaire du RSA. Tous les répondants de ce groupe sont autonomes financièrement vis-à-vis de leurs parents, mais certains connaissent une situation de précarité matérielle qui pèse sur leur expérience pendant la crise (Zacharie, Walid, Calvin, Léonard, François).

Alors que plusieurs des répondants de ce groupe connaissent un emploi stable leur assurant une certaine sécurité pendant la crise (Alan, Emmanuel, Adrien, Thomas), les autres vivent des situations d'instabilité professionnelle :

- Arrêt de travail ou incapacité à exercer un emploi (AAH) : Léonard, Christian, Calvin ;
- Perte d'emploi à cause du confinement : Walid ;
- Recherche d'emploi : Zacharie ;
- Récent changement d'emploi ou de statut : Pablo, Robin ;
- Remise en question de l'orientation professionnelle : Evann.

Concernant les conditions de vie, avant l'arrivée de la COVID-19, du groupe des « HSH fragilisés » :

- **Onze vivent seuls** dans un appartement ;
- **Trois vivent en cohabitation**. Deux vivent en colocation dans un appartement, il s'agit de Zacharie et Evann. Alan vit en couple dans une maison avec jardin.

Pour ceux qui vivent seuls, on observe des tensions autour des lieux et des modes de résidence, notamment :

- **Trois ont connu un déménagement récent** (moins de deux ans avant la crise sanitaire) dans une nouvelle région : Pablo, François, Calvin. Cela signifie pour eux que leur réseau social dans ce nouvel environnement n'est pas encore tout à fait constitué ou ancré. Autrement dit, aucun ne possède de réseau relationnel institué ;
- **Deux ont déménagé pendant le premier confinement**, car cela était prévu ; il s'agit de Thomas et Walid. Pour eux, cela est synonyme de désorganisation et de prise d'indépendance. Pour Thomas, cela coïncide avec une rupture amoureuse, c'est une situation plutôt subie et douloureuse. Voyant sa santé mentale se dégrader durant le premier confinement, il déménage à nouveau chez une amie, il s'agit d'une forme de turbulence résidentielle (voir le chapitre 3.6 : Des hommes gays « précarisés » pendant la crise sanitaire) ;
- **Cinq expriment leur désir de déménager et l'impossibilité de réaliser ce projet** en temps de pandémie de COVID-19. Ils se sentent « bloqués » géographiquement dans leur configuration actuelle, du fait de conditions de résidence jugées inadaptées à la crise sanitaire (Adrien, Christian, Emmanuel) ou de barrières d'accès aux sociabilités et aux espaces communautaires (Zacharie, Léonard).

Le fait d'avoir déménagé récemment et de vivre loin de leur région d'origine (ou au contraire d'y être resté bloqué) apparaît déterminant en termes de « barrière » à l'ancrage social, notamment communautaire (voir la partie 3.5.4. : Autoconfinement et temps homosexuel suspendu). Rester ou partir, choisir un nouveau logement et/ou une nouvelle région sont des choix qui enchevêtrent des dimensions à la fois économiques, sociales, professionnelles, familiales et spatiales, qui dessinent des horizons des possibles plus ou moins étroits en fonction des répondants. Lorsque cet horizon se rétrécit du fait d'une tension géographique, l'analyse considère qu'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité mettant à l'épreuve l'individu. Au total, neuf répondants de ce groupe connaissent des tensions résidentielles les mettant en difficulté, dans un contexte où les conditions de vie sont déterminantes, ce qui complique leur expérience de la crise à l'échelle psychologique et relationnelle.

Avant la crise, la grande majorité d'entre eux (11 sur 14) est célibataire, certains « *depuis toujours* » (Emmanuel, Adrien), d'autres depuis plusieurs années (Pablo, Léonard, Christian, Walid). Ils expriment globalement un besoin de retrouver une relation affective et sexuelle privilégiée. D'après eux, ce besoin est ressenti d'autant plus fortement en temps de COVID-19. Trois ont connu une rupture amoureuse récente (Calvin, Thomas, Jocelyn) ou bien vivent

une déception amoureuse durant la crise (François, Jocelyn) qui fragilise significativement leur expérience en les exposant davantage au syndrome anxio-dépressif.

Concernant les liens de parenté, les relations sont hétérogènes dans ce groupe. En se basant sur les typologies reprises et développées par Kaufmann, on distingue trois types de liens entretenus avec les parents et le milieu familial [108] :

- « **Intimes** » : caractérisés par des situations d'interdépendance étroites, il s'agit de liens forts. C'est le cas pour Léonard, Pablo, Calvin, Walid, Robin. En temps de COVID-19, cela signifie qu'ils continuent d'entretenir des échanges en présence avec leurs parents, en plus des appels téléphoniques fréquents. Il existe donc un enjeu pour eux à se prémunir du risque infectieux de COVID-19, ce qui peut les inciter à limiter les contacts avec les autres sphères sociales dans les périodes encadrant les moments en famille ;
- « **Effectifs** » : la parenté effective est faite de liens occasionnels et institutionnels, qui ne deviennent proches que dans des contextes ritualisés (mariages, décès, événements graves). Cela concerne Adrien, Emmanuel, Jocelyn, Thomas et Alan. Dans le contexte de la crise, cette parenté effective prend la forme d'appels téléphoniques occasionnels où ils s'assurent que leurs parents sont en bonne santé. Si ces derniers tombent malades, alors le lien fort est réactivé et la préoccupation à leur sujet devient permanente et la perception du risque que représente le SARS-CoV-2 en est modifiée ;
- « **Symbolique** » : il s'agit d'une parenté sans lien, avec une distance concrète quasi maximale entretenue avec les parents (cas d'Evann, François, Christian, Zacharie). Même s'il peut persister une inquiétude pour les parents et leur situation durant la crise sanitaire, le silence et la distance entretenus malgré la crise réaffirment l'absence de lien. Par exemple, pour Zacharie :

GG : Est-ce qu'il y a beaucoup de gens dans ton entourage qui ont des formes graves de COVID ?

Zacharie : Non... à un moment, ma mère, elle me répondait plus et j'ai vraiment eu très peur qu'elle soit morte ou dans le coma de ça – vraiment. Elle m'a dit : — « Oh non, je suis toujours là » — Je dis : « Alors, tu pourrais répondre » ; parce qu'elle bosse aussi en milieu hospitalier,

elle est infirmière. C'était le dernier contact qu'on avait, j'ai décidé de plus entretenir, parce que ça me pompait trop d'énergie.

Ceux qui déclaraient des liens uniquement symboliques avec leurs parents ou des difficultés relationnelles faisaient généralement un lien direct avec le rejet de leur homosexualité :

MDS : Votre homosexualité, est-ce que c'est bien accepté par votre entourage, familial, amical ?

Christian : Alors, quand j'ai fait mon coming-out en famille, mon père a complètement coupé les ponts entre ma famille et moi. Ils l'ont su quand, enfin je leur ai dit quand je me suis mis en couple. Donc, ça, c'était en juin 1997.

Pour neuf des répondants de ce sous-groupe, la non-acceptation par les parents de leur identité sexuelle est toujours d'actualité. L'acceptation parentale est fondamentale, on l'a vu, en termes d'exposition aux risques psychosociaux pour les hommes gays [21,36,84]. Plusieurs modalités de (non-)acceptation ont été repérées dans ce sous-groupe :

- **Homosexualité inconnue ou connue par les parents et rejetée dans les deux cas** (Christian, Zacharie, Pablo, François, Emmanuel) ;
- **Homosexualité connue sans être rejetée ni acceptée** (Alan, Adrien, Jocelyn, Evann) ;
- **Homosexualité connue et acceptée** (Calvin, Léonard, Robin, Walid).

Pour ceux qui ont évoqué l'annonce de leur homosexualité à leurs parents, celle-ci est survenue à des moments stratégiques, où des perspectives individuelles hors du « placard » s'étaient dessinées et souvent après avoir effectué un travail d'acceptation intime. Là aussi, l'injonction à l'hétérosexualité a pu être vécue différemment en fonction des générations et du contexte culturel. Pour Alan par exemple :

Adrien : Issu d'un milieu plutôt modeste. J'ai fait mon coming-out quand j'étais bien installé. Je savais comment mes parents allaient réagir, donc l'idée, c'était, si jamais ça se passait mal, j'avais un emploi, un toit, donc j'étais complètement autonome.

Le sentiment d'appartenance communautaire et le fait de pouvoir y trouver des soutiens relationnels peut constituer une ressource pour les personnes issues des minorités sexuelles et de genre, notamment en cas de rupture avec le milieu familial. Dans ce sous-groupe, on observe des formes d'appartenance diverses à la communauté homosexuelle. Interroger les répondants sur leur positionnement vis-à-vis de cette notion permet de comprendre certains

aspects marquants de leur trajectoire en tant que gays et/ou le rôle qu'a pu jouer la sociabilisation homosexuelle dans leur construction identitaire.

Emmanuel (42 ans) et Christian (50 ans), pourtant tous deux issus d'un milieu familial conservateur du point de vue des normes sexuelles et ayant de ce fait hérité d'une prédestination forte au mariage hétérosexuel, expriment deux positions opposées vis-à-vis de la notion de communauté homosexuelle.

Emmanuel fait partie d'une association LGBT qui lui permet de concilier ses croyances religieuses et son identité sexuelle :

Emmanuel : Ensuite, je suis dans une association LGBT – dans laquelle je suis à la fois adhérent et militant – qui s'appelle David & Jonathan¹⁹. Et ça, ça me prend pas mal de temps et ça m'a été très utile sur le plan personnel, ça m'a permis de me faire des amis, de m'assumer, de rencontrer des gens et également avec un aspect militant important.

Dans la suite de l'analyse, on comprendra qu'Emmanuel entretient un rapport complexe avec « le placard », période pendant laquelle il n'a pas pu assumer son homosexualité. On comprend alors que la déstabilisation des sociabilités associatives en temps de COVID-19, voire leur mise en pause, a contribué à suspendre le temps homosexuel ordinaire.

Ceux qui se reconnaissent dans la notion de communauté gay, comme Emmanuel, entretiennent des liens effectifs et/ou symboliques avec le « milieu gay », qui participent à définir leur identité sexuelle (Adrien, Alan, Thomas, Jocelyn, Evann, Léonard, Calvin). Au-delà des relations sexuelles entre hommes, ils fréquentent (s'ils le peuvent) les lieux gays ou LGBT dans des contextes non-sexuels (contexte associatif, culturel et festif). Ils mettent aussi en avant leur attrait pour ses subcultures, avec des références issues du cinéma, de la littérature, etc. Parmi eux, certains regrettent les barrières sociales et/ou géographiques qui les séparent des autres gays, même avant l'arrivée de la pandémie de COVID-19, qui finalement aggrave le phénomène.

Parmi ceux qui se placent à distance de la communauté gay ou ne se reconnaissent pas dans celle-ci, on retrouve quatre des répondants de ce sous-groupe (Robin, Christian, Walid, François). Cela n'empêche pas des sociabilités gays effectives d'exister (relations sexuelles

¹⁹ David & Jonathan : Association LGBT chrétienne pour les personnes homosexuelles, bissexuelles ou trans, chrétiennes ou en recherche spirituelle. Créée en 1972, c'est la plus ancienne association LGBT en activité en France.

et/ou affectives, conversations en ligne sur les applications de rencontres), mais ces répondants ne fréquentent pas ou très peu les lieux non-sexuels, les lieux de convivialité gay. Pour eux, être gay c'est avoir des relations sexuelles avec des hommes, mais cela ne définit pas leur identité. Ils ne se sentent pas appartenir à une communauté gay parce qu'ils n'en ressentent pas le besoin (Robin) et/ou parce qu'ils en rejettent les normes et travers qu'ils désignent, parfois avec mépris (Christian, François, Walid).

Christian ne fréquente pas les lieux gays : « *le côté ghetto, non merci* ». Il associe directement milieu gay et risque d'attraper des IST :

MDS : Habituellement, avant le COVID, est-ce que vous fréquentez des lieux de convivialité gays ?

Christian : Non, moi, le côté ghetto, non merci. Et puis, ma dernière relation – donc, j'ai eu une relation qui a duré trois mois, où j'étais vraiment amoureux, à peu près un an après mon agression. Je suis tombé sur quelqu'un qui était très, très milieu gay et qui m'a très bien ramené un certain nombre d'IST. J'ai du bol, j'ai pas récupéré le VIH. Mais il m'a refilé à peu près tout ce qui traînait.

Ce discours associant communauté gay et contamination par les IST a été retrouvé chez plusieurs enquêtés qui ne se sentent pas appartenir à la communauté gay. D'autres critiquent les codes du milieu gay jugés trop sophistiqués et le caractère enfermement de sociabilités entretenues uniquement en intra-communautaire.

Pour Christian et François, qui vivent des situations de vulnérabilité extrêmes pendant la crise, cette mise à distance des valeurs communautaires est à resituer dans un mouvement plus global d'auto-exclusion des relations sociales [109]. Un paradoxe ressort de leur expérience : leur vie sexuelle est particulièrement intense, avec plusieurs partenaires sexuels différents par semaine, dès le premier déconfinement et de façon relativement constante durant toutes les autres séquences de la crise. Cependant, leur vie sociale hors sexualité se rétrécit avec la crise, ils s'isolent à l'extrême, jusqu'à n'avoir plus aucun lien fort ou de personne avec qui discuter de leur vie personnelle.

Ainsi, des conceptions opposées de la notion de communauté ne déterminent pas nécessairement la fréquence des liens entretenus avec d'autres gays. Aux deux extrêmes, on trouve :

- D'un côté des personnes ayant un fort sentiment d'appartenance mais très peu d'occasion de sociabiliser ;
- De l'autre, des personnes ne se sentant pas appartenir à une communauté gay, cherchant même à s'en distinguer, mais qui rencontrent un nombre comparativement très important de partenaires sexuels masculins.

De plus, dans les discours des répondants, il peut apparaître plus « simple » en temps de COVID-19 de faire une rencontre avec un partenaire sexuel occasionnel plutôt que d'entretenir une relation suivie, que ce soit amicale ou affective.

En conclusion, sont observés pour tous les répondants de ce groupe des épreuves ou des événements de vie marquants qui conduisent à des formes d'instabilité biographique. Les deux types de ruptures causées par la COVID-19 (ou renforcées par celle-ci) et qui menacent les enquêtés, s'expriment principalement dans deux champs :

- **Rupture/instabilité des liens affectifs et communautaires** : tensions résidentielles, vécus de violences, ruptures amoureuses, appauvrissement du réseau social et manque de soutien ;
- **Rupture/instabilité professionnelle** : inactivité, perte d'emploi, nouvelles responsabilités, perte de sens.

Plus globalement, et en conséquence de ces potentielles ruptures, des remises en question des projets de vie donnent lieu à des discours hésitants et réflexifs sur l'avenir personnel de ces répondants. Pour Evann, c'est le fait de prendre conscience pendant la crise de la COVID-19 que son travail est vide de sens (il n'est pas « essentiel » pour les autres) qui le précipite vers l'épuisement professionnel en mars 2021. Alors que pour Léonard, c'est le fait de se sentir malade et incapable de se projeter plus loin que le lendemain qui rétrécit ses perspectives professionnelles. Il envisage de retravailler éventuellement à mi-temps thérapeutique à moyen terme. Pour d'autres, il n'y a pas de projets clairement définis, le futur est principalement envisagé comme un flou temporel, avec plus ou moins de fatalisme en fonction des expériences.

3.5.2. Des facteurs de risques de décompensation psychologique

	Non-acceptation des parents	Santé mentale Pré-COVID	Santé mentale pendant COVID
Emmanuel	X	SUIVI + TRT	SUIVI + TRT
Pablo	X		SYMPTÔMES
Thomas	?		SYMPTÔMES
Adrien	X		SUIVI
Jocelyn	X		SYMPTÔMES
Calvin		SYMPTÔMES	SUIVI + TRT + AT
Léonard		SUIVI + TRT + AT	SUIVI + TRT + AT
François	X	SYMPTÔMES	SUIVI + TRT
Robin		SYMPTÔMES	SUIVI
Walid			SUIVI
Christian	X	SUIVI + TRT	SUIVI + TRT
Evann	X	SUIVI + TRT	SUIVI + TRT + AT
Alan	X	SUIVI + TRT	SUIVI + TRT
Zacharie	X	SUIVI + TRT	SUIVI + TRT

Tableau 11 – Pour le groupe des « HSH fragilisés », croisement entre la situation de non-acceptation de l’homosexualité par les parents, les antécédents diagnostics au plan psychologique avant l’arrivée de la COVID-19, et les symptômes repérés et le parcours de soin pendant la crise sanitaire²⁰

On l’a dit, contrairement à d’autres profils, ceux qui composent le groupe « HSH fragilisés » ne correspondent pas au stéréotype de trajectoire sociale ascendante des hommes gays des classes moyennes, libres de leur désir et reconnus socialement [102]. Un certain nombre de répondants a connu une période de « placard » plus ou moins longue et douloureuse. L’expérience d’Emmanuel en témoigne :

²⁰ SUIVI : Suivi psychothérapeutique par un psychiatre, médecin généraliste ou psychologue. TRT : Traitement psychotrope pris quotidiennement. AT : Arrêt de travail

GG : Toujours pour mieux te cerner, est-ce que tu pourrais me dire un peu ta fréquentation habituelle du milieu gay, au sens lieu physique ou lieu virtuel ?

Emmanuel : Alors, avant, déjà, j'ai commencé à m'assumer et à vivre ma vie d'homosexuel assez tardivement, vu que ça remonte à, je dirais, quatre, cinq ans. Donc, c'est à trente-sept, trente-huit ans. Il m'a fallu beaucoup de temps. Avant, c'était uniquement de l'ordre du fantasme, consommation de pas mal de contenus plutôt pornographiques, mais j'étais jamais passé à l'acte. Ma vie gay, elle a commencé, sentimentalement et sexuellement, très tardivement, à trente-sept, trente-huit ans.

L'homosexualité « dans le placard » est vécue de façon solitaire, elle se situe dans le registre de l'imaginaire et du fantasme. Il a fallu beaucoup de temps à Emmanuel pour accepter son orientation sexuelle.

D'autres répondants évoquent les violences qu'ils ont subies et les effets de celles-ci sur leur santé mentale, qui n'ont pas disparu. Le récit de ces violences s'insère dans la narration temporelle des enquêtés, qui font spontanément appel à ces épisodes pour éclairer leur expérience actuelle :

GG : Est-ce que tu es quelqu'un qui fréquente habituellement des lieux gays, alors que ce soient des lieux physiques au sens bars, sex clubs, saunas, ou des lieux virtuels, applications, tout ça ?

Zacharie : C'est une question un peu complexe. En fait, j'ai des gros traumatismes de violences sexuelles, de mon placard et de mon enfance et j'ai de gros problèmes d'addiction. J'ai un trouble borderline, je pense qu'il y a pas mal de gays qui ont des problèmes de santé mentale et j'en fais partie. (...) Au début de ma transition, j'ai eu une période où j'étais très accro aux applis, vraiment très accro, je pouvais pas m'empêcher de regarder, j'avais besoin de ce shoot de validation constante, en fait, j'avais besoin d'être validé, validé... Ça me menait pas forcément à quelque chose. En fait, j'ai eu beaucoup de rencarts qui ont mené à rien, parce qu'à l'époque, aussi, je passais²¹ pas très bien.

Zacharie raconte ici s'être senti rejeté de sa propre communauté, du fait de son identité transgenre, ce qui l'a éloigné des lieux gays jugés hostiles. Il explique aussi par ailleurs que les traumatismes et violences sexuelles de son enfance le conditionnent à être « une éponge à violence », ce qui le fragilise sur le plan psychologique et relationnel. Zacharie livre

²¹ Dans le sens du *passing*.

également son diagnostic : il aurait une personnalité borderline et des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs et des addictions à divers produits psychoactifs (cocaïne, héroïne, GHB, 3-MMC, cannabis, alcool, etc.). Il prend quotidiennement un anti-dépresseur pour maintenir son humeur stable et éviter les décompensations anxiodépressives.

Comme Emmanuel ou Zacharie, d'autres répondants de ce groupe ont connu des périodes de fragilisation psychosociale et vivent avec des formes d'instabilité psychologique, plus ou moins prégnantes – de « passages à vides » récurrents mais n'empêchant pas de « fonctionner » socio-professionnellement (Robin, François, Calvin) à des troubles psychologiques chroniques et invalidants au quotidien. On constate que six personnes sont accompagnées sur le plan psychique et prennent quotidiennement un traitement psychotrope :

- Emmanuel : trouble anxieux, avec des épisodes d'automutilation, sous LYRICA ;
- Léonard : épisode dépressif caractérisé fin 2019, échec des anti dépresseurs ISRS ;
- Christian : syndrome de stress post-traumatique (agression physique homophobe) et symptômes de bipolarité, sous thymorégulateur ;
- Evann : syndrome anxio-dépressif chronique, sous PAROXETINE et XANAX ;
- Alan : syndrome anxio-dépressif chronique, sous VENLAFAXINE.

Avant l'arrivée de la COVID-19, les problématiques addictives sont aussi plus présentes dans ce groupe. Christian raconte avoir connu par le passé une addiction aux opioïdes après le décès d'un proche, pour soulager ses douleurs psychosomatiques. Calvin, Alan et François pratiquaient le chemsex de façon occasionnelle avant l'arrivée de la COVID-19, tous les trois mois en moyenne. François, lui, préférerait consommer les drogues en contexte festif et plus précisément lors de manifestations culturelles du milieu techno (ecstasy, speed, kétamine, MDMA). On compte six fumeurs de tabac quotidiens et peu de données sur les consommations d'alcool habituelles avant la crise.

3.5.3. Confinement, brèche temporelle et structuration des récits

La brèche temporelle produite par la survenue brutale d'un confinement généralisé amène donc les individus à interroger leur rapport au temps et à insérer le moment vécu dans des récits articulant le passé, le présent et le futur, afin de redonner sens à leur expérience. Les minorités sexuelles sont « habituées » à produire un discours sur soi, à le structurer et à se raconter pour donner du sens à une trajectoire justement non linéaire (avec des points de rupture, des bifurcations biographiques). Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, cela

donne lieu à des discours riches, avec des monologues s'éloignant de la grille d'entretien et qui font écho à des expériences passées en lien avec l'homosexualité. Sans qu'ils soient interrogés précisément à ce sujet, six des répondants de ce groupe ont fait part de vécus de violences marquants (intrafamiliales, homophobes, conjugales physiques ou psychiques) permettant par le récit de retracer le fil de leur histoire. Il s'agit de François, Calvin, Alan, Christian, Walid, et Zacharie.

Alan fait le lien spontanément entre son traitement anti-dépresseur et son vécu honteux de sa sexualité, duquel découlerait sa fragilité psychologique :

Alan : Mon médecin m'a jamais parlé de dépression (à propos de son traitement par VENLAFAXINE). Je pense pas avoir traversé ça, parce que je suis plutôt d'un naturel positif. Mais par contre, c'est vrai que je ruminais de plus en plus des choses – alors, il y a plein de choses : il peut y avoir plein de choses liées à mon histoire familiale, le boulot aussi, où on gère des situations complexes... Comme j'avais pas mal de variations d'humeur, il m'a prescrit ça et ça a bien fonctionné. Après, j'ai essayé de les ralentir, de les baisser et puis les problèmes revenaient, donc je me suis dit : « Non, c'est bon, j'ai trouvé un médicament qui me convient, donc je vais pas... il faut que j'accepte que peut-être j'en prendrai longtemps – je sais pas encore, mais... peut-être que physiologiquement, j'ai cette difficulté-là, cette fragilité, faut juste que je l'accepte. » Après, je pense que je suis assez sensible, donc je pense que c'est en lien avec ça, de manière générale. Peut-être que le fait d'être gay et mon parcours personnel par rapport à ça m'a amené vers ça, parce que j'ai mis longtemps à accepter mon homosexualité. J'ai évolué dans un milieu rural, ouvrier, qui était pas forcément ce qu'il y avait de plus ouvert sur la question. Je pense au livre *En finir avec Eddy Bellegueule*, où je me retrouvais sur pas mal de trucs, pas mal de points, en fait. Lui, c'est très violent, mais ça ressemblait un peu à ça, le contexte dans lequel j'ai grandi, donc du coup, forcément ça m'a pas aidé à... Voilà, j'ai fait mon coming-out et je m'en fichais des réactions des autres. Pendant vingt-quatre ans, j'avais vécu avec cette difficulté, le fait de pas m'accepter et même d'avoir honte. Donc, je pense que ça a dû jouer peut-être. Après, il faut faire tout le travail, tout le chemin inverse : l'acceptation de soi, l'estime de soi, et cetera.

Alan explique qu'il ne pense pas avoir vécu un authentique épisode dépressif qui aurait justifié son traitement anti-dépresseur, mais se voit plutôt comme quelqu'un d'hypersensible et vivant des situations complexes, que ce soit au travail ou dans sa vie personnelle. Son vécu intime de l'homosexualité est relié à un sentiment de honte persistant, qu'il explique par les violences subies pendant l'enfance, dans son milieu populaire d'origine, comparant celui-ci à celui du roman autobiographique d'Edouard Louis [110]. Ce vécu intime de l'homosexualité où la honte garde une place importante illustre également celui d'autres répondants de ce groupe (Zacharie, Calvin, Alan, Christian, Emmanuel), même s'il peut se manifester autrement.

Un des points communs entre les personnes de ce groupe, c'est le fait qu'aucun des célibataires n'a entretenu de vie sexuelle et affective avec d'autres hommes pendant toute la

durée du premier confinement, à l'exception de Robin. Ainsi, l'homosexualité retourne dans le domaine de l'imaginaire et de « l'empêché ». Une hypothèse est que cela pourrait expliquer les références multiples au « placard ». Pour dégager des éléments communs (ou distincts) à certains enquêtés et ainsi approfondir les analyses, a été posée cette question : comment les répondants de ce groupe ont-ils réagi au moment du déconfinement ?

Ainsi, nous avons observé trois variétés de comportements face au déconfinement :

- Ceux des HSH qui s'autoconfinent et dont le temps homosexuel est suspendu ;
- Ceux des HSH qui s'autoconfinent, tout en reprenant une activité sexuelle ;
- Ceux des HSH qui reprennent des activités sociales et sexuelles.

3.5.4. Autoconfinement et temps homosexuel suspendu

	Présent	Passé	Futur
Enquêtés	<i>Comment qualifient-ils la période présente sur le plan personnel ?</i>	<i>À quoi font-ils référence dans leur passé pour expliquer leur façon de vivre la crise ?</i>	<i>Comment se projettent-ils dans le futur ?</i>
Léonard	« Grand isolement » « Autoconfinement »	Des périodes de dépendance envers ses parents	Angoisse de l'indépendance
Pablo	« Étouffé individuellement » « Autoconfinement »	Période récente au « placard »	Couple
Emmanuel	« Solitaire » « Manque » Un épisode d'automutilation	« 20 ans de solitude » « Placard » jusqu'à ses 37 ans	Couple
Zacharie	« N'existe plus » Ruminations anxieuses « Il y a la honte de ma sexualité »	Enfermement qu'il assimile au « placard », « Violences sexuelles, de mon placard et de mon enfance »	Fatalisme
Adrien	Phobie sociale, TOC Addiction au porno Crises d'angoisse sous forme de somatisations	Vie sexuelle « dissolue », « libertin » ²² . Périodes anciennes de questionnements identitaires, existentiels	Au jour le jour
Jocelyn	« Le couperet tombe » à propos de la maladie de son compagnon (marié à une femme)	Rituel amoureux illégitime	Espère la « Fin du Tunnel »

Tableau 12 – Manières dont sont structurés les récits des répondants qui s'autoconfinent – avec des extraits de témoignages et des synthèses de l'auteure

L'autoconfinement est un néologisme apparu pendant la crise sanitaire, comme beaucoup d'autres mots, permettant d'adapter le vocabulaire aux expériences spécifiques et originales

²² Au sens de qui vit dans un excès de plaisir, sans contrainte morale.

qu'entraîne la crise de la COVID-19. Ici, s'autoconfiner signifie que l'on choisit de « s'isoler soi-même », avec la coexistence fréquente de ces deux formes d'autoconfinement :

- Adoption de précautions visant à empêcher la contamination par le SARS-CoV-2, dépassant les recommandations officielles et jugées excessives par la personne elle-même, pendant le confinement ou après la fin de celui-ci ;
- Application de son propre chef de conditions de vie ou de règles proches de celles du confinement après le déconfinement du 11 mai 2020.

Plus globalement, l'autoconfinement est un ensemble de comportements individuels de repli sur soi et/ou de fuite des relations sociales. Le plus marquant et commun aux enquêtés qui s'autoconfinent, c'est que la rupture avec les sociabilités antérieures à la crise se prolonge après la fin du confinement, sur fond de souffrance psychologique.

Paradoxalement, ces répondants vivent plutôt bien le début du confinement : ils goûtent à nouveau à une vie de solitaire dont ils sont ou ont été coutumiers. C'est le fait que cette situation s'installe dans la durée dans un contexte global de forte incertitude qui fait ressurgir les difficultés psychologiques pré-existantes.

En effet, avant la crise, trois d'entre eux prennent un traitement psychotrope et les autres ont tous vécu des cycles de vie marqué douloureusement par la préoccupation identitaire :

- Difficultés d'autonomisation et d'affirmation : Adrien ;
- Longue période « au placard » : Emmanuel, Pablo ;
- Plusieurs étapes identitaires passées récemment : Zacharie ;
- Relation amoureuse vécue « dans le placard », pas assumée publiquement : Jocelyn.

Un des premiers signes du basculement vers un isolement mal vécu, c'est la perte de contact avec la réalité que décrivent plusieurs répondants.

Pablo : Donc, dans un premier temps, j'ai bien vécu le confinement, même s'il y avait un certain isolement social, mais qui dans un premier temps, ne m'a pas trop posé de soucis. Je pense être quelqu'un d'assez solitaire, où finalement, la solitude peut-être assez ressourçante. Après, ça a été un peu compliqué parce qu'éternisé, du coup, il y a eu vraiment cette virtualisation des relations sociales qui est apparue, où je ne savais plus si je vivais la vraie vie ou pas ou... En fait, j'étais tellement isolé, j'avais que des relations par écran(s) interposé(s) que je me demandais si tout ça était encore vrai.

À l'origine de cette confusion entre réel et virtuel, les relations virtuelles par écran interposé qui se développent, l'omniprésence du lexique médical et guerrier. Avec les restrictions sanitaires, les vécus intimes inhabituels (en termes de sensations, de comportements, de pensées) ne peuvent être partagés ni mis en confrontation avec autrui comme d'ordinaire. Autrement dit, la réalité partagée n'existe plus.

Zacharie : C'était vraiment pas très agréable, j'avais l'impression d'une distance – parce que voilà, on parle beaucoup, on peut se faire des câlins et là, il y avait la distance physique, psychologique. J'ai pas vu mon mec pendant deux mois. Il travaillait la nuit et en fait, il passait devant ma fenêtre et c'était hyper long. J'avais la sensation de flotter au-dessus de mon corps, à force de plus être touché, en fait. J'avais l'impression que j'existais plus et j'ai développé des...

Pour justifier leur autoconfinement, certains mettent en avant la crainte des contrôles policiers en cas de non-respect des règles, soit parce qu'ils sont en situation de précarité matérielle et redoutent l'amende de 135 euros (Zacharie, Walid), soit parce qu'ils sont attachés à une certaine exemplarité vis-à-vis de la citoyenneté, comme Pablo :

GG : Si on se replace sur le premier confinement et après, vous diriez que ça a eu quel impact sur votre vie affective et sexuelle, en termes de rencontres ?

Pablo : Je me suis autoconfiné sexuellement, parce qu'à partir du moment où cette énorme vague qui nous arrivait dans la face, c'est vrai que très rapidement, je me suis dit : « Il faut vite que je me comporte en bon citoyen, et cetera. »

Ce thème du « bon citoyen » a été documenté par la sociologie comme très présent dans le discours des gays. Par volonté d'être intégré à la communauté humaine au sens large, certains d'entre eux cherchent à se conformer à des normes valorisées socialement, comme pour compenser le vécu « hors-norme » de l'homosexualité [111]. Dans le contexte de la crise de la COVID-19, cela prend la forme d'un strict respect des règles du confinement. On retrouve ce thème dans les autres sous-groupes, mais ici il apparaît plus prégnant et éclaire le processus d'isolement.

La période d'enfermement subi que constitue le premier confinement est mal vécue, notamment par ceux qui voient dans les sociabilités LGBT un moyen de lutter contre la honte (Adrien, Zacharie). Pour eux, la solitude est directement associée à la honte et la honte est directement associée au « placard », caractérisant une période durant laquelle ils ne vivaient pas librement selon le genre ou la sexualité de leur choix :

GG : En termes de sociabilité, comment ça s'est passé pour toi (le confinement) ?

Zacharie : J'ai lu un article qui résume bien, mais en fait, j'avais l'impression de retourner dans le placard. Je disais à mon mec : « Notre vie homosexuelle, elle est entre quatre murs, là. On est entre quatre murs, voilà. On peut pas sortir, se tenir la main, on peut pas se poser dans un bar... »

D'ordinaire, la honte est perçue comme un sentiment purement individuel, jaillissant de la psychologie interne de la personne, et par là, elle semble accuser sa victime. Du point de vue de la sociologie de l'homosexualité, la fonction principale de la honte est justement son pouvoir collectif de rappel à l'ordre hétérosexuel [112].

Zacharie : la solitude en tant que gay et trans, c'est... moi, j'ai l'impression d'être périmé à 30 ans, d'avoir raté ma vie : « Et pourquoi j'ai pas transitionné plus tôt ? Et pourquoi je suis pas un twink comme ça ? » Il y a la honte de ma sexualité, très clairement. C'est super compliqué, parce qu'il y a tout ce discours, il y a pas de représentations d'hommes trans gays, alors du coup, c'est... enfin, moi, je suis une éponge à violence et du coup, c'est : on serait des nanas en planque... Ma mère, par exemple, elle s'en tape de qui je suis, on n'a pas des bons rapports, mais en même temps, je pense que dans sa tête, je suis toujours une nana cis-hétéro. Donc, ça me bouffe (...)

Pour Zacharie, la solitude et l'enfermement liés à l'épidémie de COVID-19 sont vécu de telle sorte que cela le replonge dans des questionnements identitaires. L'absence de représentations positives d'homme trans gay comme lui, conjuguée aux violences sexuelles et psychologiques subies dans l'enfance, réactivent le sentiment de honte identitaire. Toutes les violences qu'il a « épongé » l'ont fragilisé psychologiquement et c'est ainsi que le stress que représente l'isolement propre au confinement entraînent des ruminations anxieuses difficiles à réguler.

On pointe ici les potentiels dysfonctionnement cognitifs liés à l'état d'anxiété chronique : une sensibilisation répétée au stress semble entraîner un envahissement des pensées par ces préoccupations anxieuses. Ces ruminations sont centrées sur l'identité de genre pour Zacharie et semblent former des boucles de négativité, des questions qui reviennent inlassablement. D'abord l'isolement contraint réactive le sentiment de honte, du fait de la levée des soutiens communautaires usuels, puis l'isolement est vécu comme propice à l'homonégativité. Enfin, ces ruminations anxieuses et dévalorisantes entretiennent et aggravent le processus d'isolement.

Des comportements de prudence affichée vis-à-vis du risque d'infection au SARS-CoV-2 s'exercent même en l'absence de vulnérabilité biologique spécifique. Parfois, la peur panique d'être infecté conduit à des comportements tellement excessifs, qu'ils en deviennent irrationnels du point de vue de la santé publique. Ici, l'autoconfinement se rapproche de la paranoïa sociale, comme le décrivait Jean Furtos [10].

GG : Du coup, comment ça se déroule le déconfinement ?

Léonard : (...) Et j'avais vu un mec que j'avais rencontré sur une appli, sauf qu'en fait, après quelques caresses dans la forêt, j'ai eu tellement peur que j'ai passé dix PCR et que j'ai passé deux semaines dans mon lit avec une compresse d'eau froide sur la tête, parce que j'étais trop stressé. Donc, le truc de tentatives de resocialisation ou de resexualisation – appelez ça comme vous voulez – s'est soldé par un échec cuisant. Du coup, je me suis autoconfiné.

Léonard utilise dix test PCR pour COVID-19 après une rencontre sexuelle et reste alité pendant plusieurs jours en contre-coup de la panique que cela a provoqué chez lui. Pour lui, l'échec de la resocialisation conduit à l'autoconfinement pendant tout l'été 2020. Ce qui caractérise l'autoconfinement, ce n'est pas seulement la faiblesse qualitative et quantitative des liens sociaux, ce n'est pas seulement le fait d'être isolé, c'est aussi le fait de ne pas pouvoir/vouloir en sortir et d'y rester enfermé, même quand le déconfinement est déclaré.

Pour Emmanuel, derrière l'apparent discours de contrôle de la situation, on détecte des signaux forts de souffrance psychologique. Pour mémoire, il est sous traitement psychotrope, le LYRICA, un antiépileptique ayant des vertus anxiolytiques, mais également un fort potentiel addictif. Durant le premier confinement, Emmanuel boit une demi-bouteille de vin par jour, au minimum, pour se détendre, en plus de son traitement habituel. Cette automédication apparaît dans son discours comme un moyen de gérer les crises d'angoisse qui se produisent. La consommation inhabituelle d'alcool peut aussi être mise en relation avec le fait qu'Emmanuel se soit automutilé pendant le premier confinement, une pratique qu'il avait déjà expérimenté par le passé. Comme pour d'autres répondants, ce qui est saisissant concernant l'entretien avec Emmanuel, c'est qu'en première lecture, il n'apparaît pas particulièrement vulnérable. La tonalité qu'il donne à son récit, avec des minimisations ou des formules vagues à propos de faits pourtant déterminants (comme l'automutilation), nécessite d'être confrontée à une grille d'analyse « standardisée » pour faire ressortir les éléments explicatifs de sa situation de vulnérabilité. L'autoconfinement prend ici la forme d'une pudeur à exprimer sa propre détresse à l'autre.

Cette manière d'apparaître aux autres est fréquente chez les hommes issus des minorités sexuelles et de genre et qui vivent des situations de détresse psychologique [111]. Elle nécessite une vigilance particulière des professionnels qui accompagnent ces personnes. En effet, les travaux menés à ce sujet montrent que les tentatives de suicides interviennent dans ce cadre de façon fortement imprévisible.

Le souvenir de la honte n'est pas anodin. Il participe de l'homonégativité ressentie et persistante chez les répondants qui s'autoconfinent. Les événements stressants comme le confinement et/ou le déconfinement sont vécus de manière ambivalente et déstabilisante. La fuite de l'environnement social apparaît comme un moyen de se protéger d'un danger diffus, difficile à identifier précisément (est-ce le SARS-CoV-2, la police, les contacts sociaux eux-mêmes ?). La situation d'autoconfinement est à la fois choisie et subie. Choisie car elle est une réaction puis une stratégie comportementale, du moins dans le discours. Subie car l'analyse montre que les prédispositions à l'anxiodépression diminuent l'amplitude des choix possibles, du fait de dysfonctionnements psychiques ayant un impact sur les (tentatives) de relations.

3.5.5. Autoconfinement et reprise d'activité sexuelle

	Présent	Passé	Futur
Christian	« Lépreux », « seul » Addiction aux opioïdes	Rejet de ses parents lors de son « coming-out », « agression homophobe », rupture amoureuse	Fatalisme « Suicide »
Calvin	Chemsex « Fraternel »	Violences physiques de la part de son ex-partenaire	Fatalisme
François	Chemsex « perversion »	Plutôt à la recherche de relations « sentimentales »	Fatalisme

Tableau 13 – Manières dont sont structurés les récits des répondants qui s'autoconfinent tout en reprenant une activité sexuelle – avec des extraits de témoignages et des synthèses de l'auteure

Pour ceux qui s'autoexcluent des relations sociales mais qui surinvestissent les relations sexuelles, deux rythmes différents se dessinent :

- **Pour Christian, on constate un mouvement progressif de repli** et d'abandon de diverses sphères sociales qui préexistait à la crise. Après s'être coupé progressivement de l'ensemble de sa famille, l'agression homophobe qu'il a subie en 2016 a constitué une bifurcation biographique. Avant cet événement traumatique, Christian était cadre dans une grande entreprise privée et vivait en couple stable avec un homme. Il a perdu ces deux appartenances sociales avec l'apparition de symptômes psychiques invalidants. Depuis, il est suivi par un psychiatre et prend un traitement thymorégulateur. Il ne se sent pas appartenir à la communauté gay, on l'a vu, et conservait des liens forts avec plusieurs amis (non gays) avant la survenue de la COVID-19. Il tombe malade dès le début du confinement, met en cause le SARS-CoV-2 et se sent comme un « lépreux ».
- **Pour Calvin, le moment de rupture des liens sociaux intervient en même temps que le confinement.** Calvin était en couple depuis deux ans avec un homme, dans une relation où il était victime de violences physiques et psychologiques, ce qui avait déjà contribué à l'isoler relativement. Avec l'arrivée du confinement, il décide de quitter son compagnon et d'aller se réfugier chez ses parents.

Pour ces trois répondants (Christian, Calvin, François), on constate des symptômes et des signes de dépression ou d'aggravation dès l'été, qui ont façonné la suite de leur expérience. Christian reprend du TRAMADOL et du SKENAN pendant le premier confinement, puis se trouve en difficulté pour se faire prescrire des opioïdes. Calvin et François, qui avaient déjà expérimenté le chemsex par le passé, vont retourner vers cette pratique dans un contexte de rupture amoureuse douloureuse.

Comme pour les sept répondants précédents, le déconfinement est vécu de façon ambivalente :

GG : Parce que c'était quoi, ton état d'esprit à la fin de ce premier confinement ?

Calvin : J'étais content que ça se termine, mais j'avais pas envie de revenir sur Paris, j'avais peur, j'avais pas envie de retourner travailler. En fait, j'ai eu la déprime après. J'ai pas eu le... enfin, je pense. J'avais pas envie de travailler, j'avais pas envie de voir les gens, j'avais peur de voir l'autre, surtout, donc à partir de là... En plus, j'avais arrêté de fumer, j'ai repris de fumer à ce moment-là. Tu vois, pendant trois mois, je fume pas et je reviens sur Paris, le jour même je rachète des clopes et je fume le paquet.

Globalement, le déconfinement coïncide avec une reprise d'activité sexuelle intense. Les trois répondants utilisent les applications de rencontre géolocalisées comme médiateur de rencontres sexuelles. Calvin et François s'orientent vers le chemsex, en y voyant d'abord un moyen d'accéder rapidement à de puissants moments de plaisir, contrastant avec leurs difficultés psychiques concomitantes. Les trois rencontrent de nombreux partenaires sexuels différents par semaine, ce qui les expose au risque infectieux du SARS-CoV-2 et au risque d'IST.

L'analyse confirme que ces trois répondants ont été particulièrement vulnérables par rapport au risque d'infection par le SARS-CoV-2 :

- Christian pense avoir attrapé le virus juste avant le confinement. Il décrit un syndrome grippal évoluant pendant une dizaine de jours ;
- François a contracté le virus à l'automne 2020 (avec confirmation par test PCR) après un plan chemsex et a été à l'origine d'un cluster sur son lieu de travail, avec une dizaine de personnes contaminées ;
- Calvin a contracté le virus durant l'été (avec confirmation par test PCR), également après un plan chemsex, mais il ne s'est pas isolé complètement.

Pour justifier le fait qu'ils ne se protègent pas expressément du risque infectieux de la COVID-19, notamment en côtoyant des partenaires sexuels, ils mettent en avant :

- Soit le fait d'avoir déjà attrapé le virus ;
- Soit le fait que les risques de complication liés à la COVID-19 sont minimes par rapport à d'autres risques infectieux auxquels ils font déjà face, par exemple celui du risque VIH :

GG : Est-ce que le contexte de l'épidémie jouait un rôle dans ta vie ? On parle de l'été.

Calvin : Non, pas vraiment. En fait, moi, je l'ai attrapé, donc déjà... En plus, je l'ai attrapé cet été. Je me suis dit : « Bon, de toute façon, je l'ai, c'est... » En fait, le seul truc, c'était de me dire que j'allais le refiler, qui m'inquiétait le plus. Mais bon, pas assez pour m'isoler complètement. C'était là, mais moins flippant et moins traumatisant que se dire qu'on peut attraper le VIH, si on se protège pas, si on prend pas la PrEP, et cetera. Et puis, je pense qu'en fait, à ce moment-là, c'était vraiment les moments où on y pense pas du tout.

Calvin a par ailleurs des difficultés à gérer le risque VIH dans un contexte de consommation de drogue, malgré le fait qu'il possède la PrEP et qu'il sache théoriquement comment s'en servir :

Calvin : Ça s'est un peu calmé parce que pendant un moment j'étais tellement défoncé que je l'ai oubliée deux jours d'affilée ou trois jours d'affilée, je sais même plus exactement le truc. Du coup, ça s'est arrêté parce que je suis allé aux urgences pour dire : « Voilà, je me suis pas protégé pendant... je prends la PrEP, mais j'ai pas pris mes médicaments pendant plus de quarante-huit heures et je voudrais prendre... » En fait, je voulais prendre le traitement post-expo {sic}.

La perspective du reconfinement entraîne deux types de réactions :

- **L'indifférence**, pour François et Christian, dont les conditions de vie ne changent pas et qui progressent sans rupture vers l'isolement ;
- **Le soulagement**, pour Calvin, car cela coïncide avec une période de chômage partiel et que le cercle vicieux de l'isolement est enclenché.

GG : Comment tu vis la perspective du deuxième confinement, qu'est-ce ça te fait ?

Calvin : J'étais content qu'on soit reconfinés, parce qu'en fait, j'en pouvais plus ». Pareil, tout ça, c'est les drogues et tout ça, je me suis encore plus isolé, à ce moment-là aussi. En fait, j'étais content de me dire : « Je vois personne, en tout cas, je vois pas mon taf. » J'avais perdu quand même pas mal de poids. J'ai perdu entre quatre et cinq kilos entre le COVID plus les consommations de drogues. Et je commençais à en avoir marre de voir les gens, mais en fait, je faisais une belle dépression, quoi. J'étais content qu'il y ait ce confinement et surtout que je l'ai pas du tout vécu de la même manière, c'est-à-dire que c'était beaucoup plus libre et surtout, il y avait énormément de partouzes.

Dans ce dernier extrait, on attire l'attention sur le paradoxe entre le fait de ne vouloir voir personne et dans le même temps, vouloir pratiquer le sexe en groupe. Ce paradoxe caractérise en fait les trajectoires de ces trois répondants durant la crise de la COVID-19. Ces répondants semblent mener une double vie :

- **Leur vie professionnelle** pour Calvin et François, dans laquelle ils ne s'épanouissent pas et qu'ils cherchent à fuir. Des activités quotidiennes plutôt intellectuelles pour Christian, menées en solitaire.
- **Leur vie sexuelle**, où ils rencontrent un grand nombre de partenaires.

Au moment des entretiens, aucun des trois n'a de réseau social structuré autour de lui. Calvin et François peuvent encore compter sur un-e ami-e qu'ils appellent régulièrement pour raconter leur difficultés actuelles et obtenir du soutien. Christian s'est disputé avec les derniers amis qu'il avait, car ceux-ci avaient des discours « complotistes » concernant la pandémie de

COVID-19. Il ne lui reste plus que le lien avec son médecin généraliste, qu'il s'attache à ne pas briser, bien que ce dernier refuse de lui prescrire des opioïdes.

Pour conclure, chez ceux qui s'autoconfinent tout en reprenant une activité sexuelle, on constate que la sexualité constitue un lieu refuge, parfois le dernier lieu de partage, malgré les risques. Ainsi, dans leur expérience d'autoconfinement, ce n'est pas le risque infectieux de la COVID-19 qui est mis en avant, mais plutôt la peur ou le dégoût des contacts sociaux ordinaires. On conclut à des situations d'extrême vulnérabilité alimentées par :

- Faiblesse de l'ancrage relationnel et des soutiens potentiels ;
- Pratique du chemsex à une fréquence hebdomadaire pour Calvin et François ;
- Addiction aux opioïdes pour Christian ;
- Infection par le SARS-CoV-2 pour les trois répondants ;
- Infection par des IST pour Calvin et François ;
- Ces trois répondants ont rapporté des idées suicidaires sans passage à l'acte.

3.5.6. Reprise d'activités sociales et sexuelles au moment du déconfinement

	Présent	Passé	Futur
Alan	Chemsex « Transgression » Puis culpabilité par rapport à son travail	« 24 ans de honte »	Se faire du bien
Evann	« Bulle » sociale et sexuelle	« Déprimé si je suis seul »	Couple Réaliser ses projets
Walid	« Vide émotionnel » Puis multipartenariat	Violences psychologiques subies « Pervers narcissique »	« Trouver des réponses » Réaliser ses projets
Thomas	« Jachère sexuelle » Puis multipartenariat	Rupture amoureuse récente	Se faire du bien de façon « égoïste »
Robin	« Passage à vide sexuel » Puis multipartenariat et séroconversion VIH	« Des passages à vides psychologiques »	Couple

Tableau 14 – Manières dont sont structurés les récits des répondants qui reprennent des activités sociales et sexuelles au moment du déconfinement – avec des extraits de témoignages et des synthèses de l'auteure

Par rapport aux autres répondants du groupe « HSH fragilisés », ceux qui reprennent des activités sociales et sexuelles se distinguent par :

- Une meilleure reconnaissance sociale de leur identité sexuelle, pas forcément par leurs parents, mais plutôt par leur environnement proche et quotidien ;

- Une meilleure santé mentale, avec moins de symptômes sévères et des addictions moins envahissantes ;
- Des parcours de soin étayés par des relations de confiance avec le personnel médical ;
- Des projections positives dans un avenir proche, où ils parviennent à formuler des projets et à envisager des accomplissements possibles à moyen ou court terme.

Ces répondants connaissent toutefois des épreuves de vie pendant la crise. Alan et son mari augmentent la fréquence de leurs plans de chemsex, ce qui retentit sur leur vie professionnelle. Thomas vit une rupture quelques mois avant le confinement et déménage seul. Walid perd son travail et se trouve de nouveau confronté à son ex-compagnon maltraitant. Evann qui est atteint d'un syndrome anxiodépressif chronique, décompense progressivement et connaît un arrêt maladie de plusieurs semaines en mars 2021.

Les difficultés sur les plans psychiques, relationnels et sexuels sont d'abord soulagées par la fin du confinement. Cette reprise d'activité sociale et sexuelle s'inscrit dans une volonté de « retour à la normale » ou de « se faire du bien » après le confinement. Cependant, on relève des discours rapportant des comportements sexuels inhabituels, avec notamment des prises risque vis-à-vis du VIH.

Walid raconte avoir démarré la PrEP en décembre 2020, après une période de multipartenariat (en moyenne quatre partenaires différents par semaine) en réaction à l'isolement ressenti pendant le premier confinement, conjugué au « vide émotionnel » créé par le départ de son ex-compagnon.

MDS : Donc, à ce moment-là, la prévention pour toi, c'était essentiellement préservatif ?

Walid : La dernière fois que j'ai eu un contact (avec mon ex), après j'ai eu un {sic} espèce de vide émotionnel qu'il fallait que je comble, parce que sinon, je pensais toujours à cette personne, et cetera. C'est la première fois de ma vie que j'ai fait énormément de rencontres de cet été, jusqu'à octobre. Il y a eu des relations qui étaient non protégées. Franchement, j'ai eu extrêmement de chance, j'ai rien eu du tout. Et par rapport aussi à ce que je vous avais dit, par rapport au fait qu'à X (ville de résidence), les gens font pas souvent très attention, je me suis dit : « Là, tu as eu de la chance, mais il faut quand même se protéger. »

Contrairement à Walid, Alan et Thomas prennent déjà la PrEP depuis plusieurs années et n'ont pas rencontré de difficultés de renouvellement de leur ordonnance. Evann s'est mis en

couple et a privilégié la stratégie de « bulle sociale » à chaque séquence de la crise, permettant de se prémunir de risques infectieux, tout en garantissant le maintien d'un équilibre relationnel.

3.5.7. Portrait de Robin, la séroconversion au VIH « qui se passe bien »

Robin a 33 ans et vit seul dans la capitale dans un studio. Originaire du Nord de la France où vivent ses parents, il est doctorant en sciences sociales. Il se définit comme gay, mais dit l'avoir assumé « *tard* », vers 25 ans, après avoir eu des relations avec des femmes. Depuis environ six mois avant l'arrivée de la COVID-19, il fréquente très régulièrement les saunas (une fois par quinzaine en moyenne) avec le préservatif comme mode de précaution habituel. Il discute avec des hommes sur des applications de rencontre, mais ne fréquente pas les lieux gays non-sexuels. Il pense faire partie d'une communauté gay « *de facto* », mais n'éprouve pas de sentiment d'appartenance. Sa construction identitaire s'est faite sans développer de réseau relationnel gay à part entière. L'affirmation de son homosexualité auprès de son entourage a été bien accueillie et acceptée. Cependant, Robin rapporte des « gros passages à vide » psychologiques récurrents, qui durent quelques mois et pendant lesquels il s'isole et va uniquement travailler. Il est suivi par une psychologue depuis cinq ans à ce sujet, mais ne prend pas de traitement psychotrope.

Robin : J'avais eu un gros passage à vide, j'ai régulièrement des coups de mou sur le psycho {sic} – enfin où ça va pas – et j'avais eu un gros passage à vide entre début janvier, enfin mi-janvier plutôt et début mars (2020). Moi, quand j'ai un passage à vide, j'arrête de voir mes amis et je coupe les ponts avec tout le monde et je me contente d'aller au boulot.

Le dernier « passage à vide » se situe juste avant le confinement, comme une forme d'autoconfinement avant l'heure. L'abstinence sexuelle imposée par le confinement inquiète rapidement Robin, qui s'interroge sur sa capacité à résister à la frustration. En dehors d'une rencontre sexuelle fin mars 2020, il parvient à respecter les règles en se recentrant au maximum sur son travail de thèse. Pendant toute la durée du confinement, il sollicite des soutiens relationnels tel que ses parents (un fois par jour) et ses amis (plusieurs fois par semaine), avec qui il échange par téléphone ou en visioconférence. Le confinement est envisagé comme un « temps exigé » réinvesti par et dans sa thèse.

Quand survient le déconfinement, Robin reprend des activités sociales et sexuelles et souhaite un retour à « *une vie ordinaire* » :

GG : Comment se passe le déconfinement ?

Robin : J'ai fait comme plein de gens : d'abord, j'ai revu des amis – je sais plus, on a été déconfinés un lundi, je crois, peut-être que je me trompe dans les dates, mais il me semble un mardi avoir vu un de mes amis très proches, on est allés se balader sur les quais de Seine pendant trois, quatre heures. Donc, j'ai commencé par revoir et je me suis recréé une vie sociale. Si je reviens sur la question de la sexualité, là pour le coup, j'ai repris les applis, quasiment tout de suite. J'ai eu deux, trois dates, on va appeler ça comme ça. En fait, je suis revenu vraiment à ce que je faisais avant.

Les saunas gays réouvrent le 23 juin 2020 et Robin y va régulièrement durant tout le mois de juillet 2020. Robin connaît les risques accrus d'infection par VIH dans ce type de lieu, pourtant il s'y perçoit comme moins précautionneux qu'avec les partenaires rencontrés sur Grindr, de qui ils se méfie davantage :

Robin : Là, je me posais vraiment la question de commencer la PrEP, parce que je connaissais les risques associés à ce genre de lieux et j'y allais quand même régulièrement. J'y allais souvent, tout en ayant commencé depuis très, très peu à les fréquenter. Et j'ai « je me souviens » d'avoir rappelé vers mi-juillet pour prendre un rendez-vous, je sais plus, j'ai encore oublié le sigle qui a été repris tout à l'heure, mais il y en a un... le centre à Paris qui se trouve au niveau de Saint-Paul...

MDS : Le CEGIDD.

Robin : Oui, c'est ça. J'ai appelé pour prendre un RDV là-bas. Je sais plus pourquoi ça s'est pas fait, je pense que j'ai eu personne, ça sonnait un peu dans le vide, je crois que c'était ça. Mes souvenirs sont flous, mais ça sonnait dans le vide et j'ai laissé tomber en me disant : « C'est pas grave, je ferai ça quand la tempête sera passée, ils doivent être débordés. Et de fait, je pense qu'ils étaient débordés. Voilà, j'essaie de lancer un truc là et ça a pas abouti. C'est con, parce que je pense que moi, le VIH, je l'ai chopé début août. Si j'avais pu avoir ce rendez-vous tout de suite, je serais passé à côté. En même temps, je dis pas que c'est la faute au COVID non plus, parce que les risques, c'est moi qui les ai pris, la PrEP, j'aurais pu la mettre en place avant. Je dirais que dans les circonstances, sans le COVID, j'aurais sans doute initié un traitement PrEP et j'y serai passé à travers, mais je dis pas non plus que c'est le COVID qui est responsable de ce qui m'arrive. J'essaie d'être dans une position un peu intermédiaire.

Robin a été contaminé par le VIH début août, après plusieurs rapports sexuels avec pénétration anale non protégée avec le même partenaire, probablement recroisé dans le même lieu à plusieurs jours d'intervalle. Trois semaines après, il présente des signes de primo-infection (syndrome grippal) et pense d'abord à la COVID-19. Il réalise un test PCR dont le résultat est négatif. Il réalise une sérologie VIH, en se présentant directement en laboratoire d'analyse, qui se révèle positive.

GG : Tu es d'accord pour revenir un peu sur ce moment de début août ou cette prise de risque, raconter un peu comment ça s'est passé ? Et comment tu l'analyses toi, avec le recul ?

Robin : Ah, c'était la question ! Je pense que le VIH, je l'ai chopé dans le sauna que j'ai fréquenté, où j'ai eu deux relations non protégées avec le même garçon, le même mec, deux fois différentes, en fréquentant le même lieu. Je suis persuadé que c'est de lui que ça vient. Je pense que c'est là que je l'ai chopé et voilà.

Robin avertit directement son partenaire régulier actuel, qui deviendra en fait son compagnon. Ce dernier est sous PrEP, qu'il prend quotidiennement, donc il n'est pas inquiet du risque de transmission. Sans attendre la confirmation par un deuxième prélèvement, Robin se rend aux consultations dans un service d'infectiologie parisien. La consultation d'annonce n'est pas mal vécue car il n'y a pas de surprise, mais plutôt des promesses d'accompagnement de qualité. La seule chose qui l'a gêné, c'est le fait d'avoir à porter un masque dans ces circonstances exceptionnelles, où l'on cherche à lire le langage non verbal de son interlocuteur.

Robin : C'est vrai que pour un premier rendez-vous – c'est aussi une consultation psy, d'une certaine façon – c'est idiot, mais le fait de porter un masque, d'avoir tout ça, je trouve que ça dépersonnalise un peu et moi j'aurais peut-être eu besoin de quelque chose d'un peu plus... pour être sous traitement, enfin en thérapie avec une psychologue depuis cinq ans, je sais bien que le lien, il se fait aussi par le regard, et cetera. C'est la seule chose – c'est une critique mineure que j'aurais. C'est même pas une critique, c'est un regret. Tout le reste, tout était parfait.

Ce diagnostic survient alors qu'il doit rendre sa thèse de doctorat dans les semaines qui suivent, ce qui retarde son rendu. Robin est confronté à des questionnements sur le partage de son statut sérologique avec ses proches et à des réaménagements identitaires, car maintenant il est « *séropositif* ». Il anticipe négativement les réactions, notamment celles de ses parents et son compagnon actuel. Il craint que cela mette fin à leur relation, alors qu'il souhaitait l'investir.

Robin est apaisé par les réactions de ses proches. Son partenaire actuel ne se sent pas en danger et souhaite poursuivre la relation ; « *la PrEP ça rend les choses neutres* ». Un mois après le diagnostic, il décide de l'annoncer à ses parents et trouve les mots pour les rassurer concernant le pronostic de la maladie.

Au total, Robin vit plutôt bien le diagnostic de séropositivité. Il est fragilisé sur le plan identitaire et biologique, mais trouve des ressources et des points d'appui pour y faire face :

- Ses connaissances sur sa maladie et sa capacité à aller chercher les informations requises au moment où se déclare l'infection (notamment la possibilité de se rendre directement en laboratoire d'analyse biologiques) ;
- Une équipe soignante spécialisée, non stigmatisante, à l'écoute et parvenant à se rendre disponible malgré les difficultés organisationnelles liées à l'épidémie de COVID-19 ;
- Des antirétroviraux efficaces dont le rôle est à la fois curatif et préventif (PrEP) ;
- Un soutien relationnel apporté par ses amis, son compagnon, ses parents ;
- Un soutien psychologique fourni par sa psychologue ;
- Un soutien au plan professionnel par sa directrice de thèse qui se montre compréhensive.

3.5.8. Conclusion

Dans ce groupe, la crise sanitaire vient déstabiliser un équilibre personnel et psychologique souvent fragile. Les trajectoires des répondants laissent apparaître des périodes de fragilisation psychologique et relationnelle ayant souvent laissé des marques durables : faiblesse de l'ancrage relationnel, sensibilisation à l'anxiété et aux violences, troubles psychiques et addictions vécus sur un mode chronique.

Les profils des répondants de ce groupe peuvent apparaître davantage hétérogènes que les groupes « HSH précarisés » et « HSH stables », avec notamment :

- Des positionnements différenciés (et parfois extrêmes) par rapport à la notion de communauté homosexuelle (proximité ou distance de cette communauté) ;
- Une plus grande variété de types de liens entretenus avec les parents (symboliques, effectifs, intimes).

Pourtant, ils partagent un vécu similaire du premier confinement, qui ouvre une « brèche temporelle », une période de grande incertitude, qui se poursuit jusqu'au moment de l'entretien

sociologique. La brutalité et la généralité de l'évènement conduit les répondants à s'interroger sur leur trajectoire et à articuler leur récit entre des épisodes passés, leur vécu actuel et leurs projections du futur. Cette structuration des récits met en lumière leur capacité d'introspection et soulève la question du pouvoir potentiellement psychothérapeutique de tels entretiens.

La « brèche temporelle » est ici synonyme de « perturbations biographiques », ainsi les incertitudes ne concernent pas seulement l'évolution du contexte épidémiologique et la pérennité du système de santé. Les préoccupations subjectives auxquelles font face les répondants sont à resituer dans leur trajectoire, où des évènements et des ruptures récentes sont amplifiées par l'arrivée du premier confinement. Ce dernier met à l'épreuve leurs capacités d'adaptation, en multipliant les menaces : inactivité (surplus de temps), isolement contraint, contrôles policiers, infection au SARS-CoV-2, temps homosexuel suspendu, décompensation des troubles psychiques, tentation du chemsex. L'autoconfinement apparaît comme la stratégie la plus représentée, notamment par ceux qui cumulent des facteurs de vulnérabilité.

Les périodes de vie éprouvantes vécues en solitaire font historiquement partie des trajectoires gays [84,90,106]. Le rapport que les gays entretiennent avec le « placard » et le sentiment de honte conditionnent leur vécu de l'isolement. La honte favorise l'isolement et l'isolement favorise la honte. La honte se réveille lorsque disparaissent, momentanément ou définitivement, les soutiens collectifs et les environnements sociaux amicaux, alliés à une sous-culture alternative, qui fonctionnent ordinairement comme des espaces protecteurs et qui permettent à ceux qui en bénéficient de partiellement « perdre l'habitude d'avoir honte » [112].

Lorsque les répondants de ce groupe échappent à l'autoconfinement et qu'ils reprennent des activités sociales et sexuelles, ils se retrouvent de nouveau confrontés à des risques infectieux : ceux du SARS-CoV-2, du VIH et des autres IST. Les difficultés d'accès aux soins favorisent la non-protection, qui peut aussi être le fait de situations inhabituelles où la réflexion préventive se fait en même temps que l'exposition aux risques.

Ainsi, la crise sanitaire de la COVID-19 crée des circonstances spécifiques qui viennent amplifier (ou précipiter) les épreuves personnelles. Les conséquences des processus de vulnérabilisation alors enclenchés se manifestent via différemment champs :

- Sur le plan psychologique, avec des décompensations de troubles pré-existants ou l'apparition de symptômes jusque-là inconnus ;
- Sur le plan infectieux, avec de plus fréquentes IST (syphilis, gonocoque, chlamydia) et un cas de séroconversion par le VIH ;

- Sur le plan de la trajectoire sociale, avec des ruptures biographiques ;
- Sur la perception des mesures de prévention, avec une moindre adhésion aux gestes barrières visant à limiter la transmission du SARS-CoV-2.

3.6. Des hommes gays « précarisés » pendant la crise sanitaire

« On ne naît pas homosexuel, on apprend à l'être. La carrière homosexuelle commence par la reconnaissance de désirs sexuels spécifiques et par l'apprentissage des lieux et des façons de se rencontrer (...) Le processus qui va du premier sentiment homosexuel au premier contact et au moment où l'homosexuel assume pleinement son orientation s'étale presque toujours sur plusieurs années » Pollak, [65]

Le travail d'analyse et de classification a distingué parmi le groupe des « HSH précarisés » des spécificités liées à l'entrée dans l'âge adulte des jeunes homosexuels. On parle de précarité car ces jeunes vivent des situations d'instabilité, principalement du point de vue matériel et identitaire. La question centrale autour du groupe des jeunes homosexuels et bisexuels « précarisés » est la suivante : quelles sont les spécificités associées à leur parcours ? En quoi le fait d'être également étudiants contribue au cumul de déterminants de santé défavorables ? Autrement dit, comment *apprend-on* à être homosexuel en temps de pandémie de COVID-19 lorsque l'on est étudiant ?

Pour répondre à ces questions, la description des vécus et leur analyse portent une attention particulière aux enjeux socio-médicaux suivants :

- Les liens d'interdépendance avec leurs parents ou leur famille ;
- Les contextes autour coming-out ;
- Les expériences de stigmatisation : injures, anticipations négatives du rejet d'autrui ;
- Les problématiques de santé mentale : symptômes anxieux et dépressifs, idées suicidaires ;
- Les comportements sexuels ;
- Le rapport entretenu avec la prévention des risques pour leur santé ;
- Les évolutions des modes de sociabilités gays.

3.6.1. Description générale du groupe d'analyse

	Âge	Dpt	Niveau d'étude	Genre
Arnaud	22	40	Licence	Cis
Yacine	19	75	Master	Cis
Alexis	22	35	Licence	Trans
Enzo	23	33	Master	Cis
Louis	26	75	Master	Trans
Léo	21	31	CAP	Trans
Guillaume	23	80	Master	Cis
Matteo	20	75	Licence	Cis
Jawad	25	75	Master	Cis

Tableau 15 – Caractéristiques d'âge, de localisation géographique, de niveau d'étude et de genre des répondants du groupe « HSH précarisés »

Les neuf répondants de ce groupe sont tous étudiants et leur âge moyen est de 22,3 ans. Environ la moitié vit dans la capitale, l'autre moitié en province, mais les mobilités géographiques durant la crise sont nombreuses. Quatre d'entre eux sont titulaires du baccalauréat, et cinq d'entre eux d'une licence. Les personnes trans forment un tiers du groupe, majoritairement cisgenre. Ils sont tous célibataires, sauf Alexis qui est en couple « ouvert », ce qui s'explique en partie par les phases de tension identitaire qu'ils traversent (hésitation ou discrétion concernant l'orientation sexuelle), formant une sorte d'obstacle à la conjugalité [90]. Sur le plan matériel et financier, ils connaissent tous une situation de dépendance envers leurs parents et/ou envers l'État, qui conditionne la poursuite de leurs études. Ils vivent une précarité « constitutive et incontournable » au sens employé par Jean Furtos : ils ont « besoin de l'autre pour vivre » et réussir leurs études [109].

	Professions des parents	Sources de revenu déclarées	Classe sociale d'origine²³
Arnaud	Mère professeure Père professeur	Salaire d'apprenti, puis de service civique (600 euros/mois)	Moyenne
Yacine	Mère pharmacienne Père directeur financier	Aide parents, activité de tutorat	Aisée
Alexis	Mère documentaliste Beau-père professeur	Aide père	Moyenne
Enzo	Mère employée Père vendeur	Bourse, activité de tutorat	Populaire
Louis	? ²⁴	Aide au logement, Aide mère	?
Léo	Mère institutrice Père éducateur spécialisé	Aide parents, salaire d'apprenti (645 euros/mois)	Moyenne
Guillaume	Mère ouvrière qualifiée Père artisan peintre	Aide parents, bourse	Populaire
Matteo	Mère pompière Père chef d'entreprise	Aide au logement, salaire alternance, job étudiant	Moyenne
Jawad	Mère au foyer Père maçon	Aide au logement, bourse	Populaire

Tableau 16 – : Profession des parents, sources de revenus et appartenance de classe des enquêtés du groupe « HSH précarisés »

La majorité des répondants provient des classes moyennes, où les disparités sont tout de même nombreuses. Enzo, Guillaume et Jawad appartiennent aux classes populaires. Yacine est l'unique représentant des classes aisées. Au moment où ils sont interrogés, l'acceptation de leur identité sexuelle par leurs parents, dont on a vu qu'elle est déterminante, se trouve être minoritaire. Leur identité sexuelle est en effet connue et pleinement acceptée par leurs parents pour trois des répondants. Trois autres font le choix de la dissimuler et deux autres connaissent une acceptation parentale partielle. Concernant Louis, cette donnée est manquante à l'issue de l'entretien (cf. Tableau 16). Dans l'enfance ou durant l'adolescence, plusieurs des répondants ont été la cible d'injures homophobes, comme Arnaud. Après avoir raconté une expérience récente de rejet sur son lieu d'apprentissage, il revient sur des épisodes passés :

²³ La classe sociale retenue dans les résultats a fait l'objet d'une détermination en binôme et selon des critères définis dans méthode

²⁴ Donnée manquante à l'issue de l'entretien semi-directif

Arnaud : Durant mon adolescence, j'ai eu un peu d'homophobie dans les vestiaires avec les garçons après le sport, en nous faisant des remarques, en disant : « Oui, Arnaud, tu es pédé, tout le monde le sait, nanani nanana... » Mais le pire, en plus, c'est que ça partait même pas de ça, parce que de base, ils étaient pas vraiment homophobes – enfin, c'était plus une excuse pour retourner les choses contre moi. Parce que oui, il y a des personnes qui font ça pour une excuse en fait : c'est juste parce qu'une personne ne t'aime pas, va te dire après : « Oui, mais de toute façon, tu es pédé, tout ça... » Mais en fait, en soi, ces personnes sont pas forcément homophobes, c'est juste qu'elles se servent de ça pour retourner la chose contre toi.

MDS : Oui, je comprends ce que tu veux dire.

Arnaud : Après, à Bordeaux, si, à un moment, j'ai été confronté à de l'homophobie, en banlieue, sur Lormont. Il y a eu des personnes qui m'ont agressé verbalement et j'ai senti que c'était grave et tout, donc j'ai pris la fuite. J'ai pris le tram et je suis vite redescendu sur Bordeaux.

Arnaud fait part de ses réflexions. Il dit que même s'il n'a pas vécu d'agression physique, il s'est déjà senti en danger dans certaines situations, où il a dû prendre la fuite. D'après Éribon, l'injure homophobe, qui guette chaque homosexuel, est « le signe de sa vulnérabilité psychologique et sociale » [106]. Les agressions verbales (répétées) s'inscrivent dans la mémoire et dans le corps et façonnent le rapport aux autres et au monde.

3.6.2. Données de santé pré-COVID-19

	Non – Acceptation par les parents	ATCD psy Pré-COVID	Pendant le COVID
Arnaud			SYMPTÔMES
Yacine	X		SYMPTÔMES
Alexis	X	SUIVI + TRT	SUIVI + TRT
Enzo			SYMPTÔMES
Louis	?		SUIVI
Léo		SUIVI + TRT	SUIVI + TRT
Guillaume	X		
Matteo	X	SUIVI + TRT	HOSPITALISATION
Jawad	X		SYMPTÔMES

Tableau 17 – Pour le groupe des « HSH précarisés » : croisement de la situation de non-acceptation de l'homosexualité par les parents, des antécédents diagnostics sur le plan psychologique avant l'arrivée de la COVID-19, et des symptômes repérés et parcours de soin pendant la crise sanitaire

Avant l'arrivée de la COVID-19, alors que la plupart des répondants de ce groupe n'ont aucun antécédent sur le plan psychiatrique, certains connaissent des troubles psychiques : Alexis, Léo et Matteo. Ils sont suivis par leur médecin généraliste ou par un psychiatre. Les troubles rapportés sont les suivants : TDAH, trouble anxieux généralisé, épisode dépressif caractérisé, trouble schizo-affectif. Les traitements retrouvés font partie des classes de psychotrope suivantes : anti-dépresseur, anxiolytique, neuroleptique. Sur le plan des addictions et des consommations de produits psychotropes, quatre des répondants (Guillaume, Léo, Matteo, Alexis) sont fumeurs de tabac au quotidien et consommateurs d'alcool, surtout en contexte festif. Alexis consomme également fréquemment du cannabis. Matteo a l'habitude d'expérimenter la MDMA et l'ecstasy lors de soirées en boîte de nuit. Sur le plan endocrinologique, les trois hommes trans de ce groupe sont régulièrement suivis, soit par des médecins généralistes (Léo, Alexis), soit par un endocrinologue (Louis). Ils réalisent des bilans biologiques réguliers et reçoivent des traitements hormonaux masculinisants (testostérone), qu'ils s'injectent eux-mêmes.

3.6.3. L'arrivée de la COVID-19 et le premier confinement

À l'émergence de l'épidémie de COVID-19, les réactions et les expériences sont diverses, entre inquiétude et détachement vis-à-vis du risque d'infection. La peur d'être infecté n'est pas centrale dans le discours de ces répondants. Cependant, plusieurs d'entre eux ont rapporté la dissonance qu'ils éprouvaient face au fait de se retrouver dans un amphithéâtre plein, alors que les médias alertaient déjà sur les dangers potentiels des rassemblements en lieu clos. C'est le cas d'Alexis :

Alexis : C'était extrêmement irréaliste, parce que j'avais encore des partiels en ÉNORME amphithéâtre. C'était la semaine des partiels juste avant et j'avais juste le samedi – on était confiné le dimanche ou le lundi, je sais plus – et le samedi j'ai fait un partiel d'anglais dans un amphithéâtre à trois cents personnes, donc c'était extrêmement irréaliste. Je dois avouer que sur le moment, j'étais juste un peu ancré dans mes partiels, donc j'étais juste en mode : « Qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi on continue à faire des partiels dans des amphithéâtres de trois cents ? » C'était un peu touchant, parce que vraiment, juste au fait que j'allais dans des énormes amphithéâtres...

Ce sont plutôt les bouleversements concrets qui accompagnent la survenue du premier confinement en mars 2020 qui alimentent l'entretien. Reconfigurations résidentielles, désorganisation universitaire, temps homosexuel suspendu sont autant de thématiques abordées par une large majorité des répondants. Ces thèmes sont décrits et analysés dans les chapitres suivants. Les réactions face à l'émergence du coronavirus SARS-CoV-2 laissent rapidement place à une multiplication d'autres menaces psychosociales : manque de moyens matériels, échec universitaire, rejet parental, isolement, épuisement, infection par le VIH et les IST. Selon la/les phase(s) du processus identitaire en cours, des logiques de gestion des risques et des opportunités sont progressivement adoptées.

C'est au cours du premier confinement que la perception du risque associé à la COVID-19 évolue. En quelques semaines, le virus n'apparaît plus comme une menace vitale, mais plutôt comme une contrainte supplémentaire dans la résolution de l'équation qui les mène vers l'autonomie. Leur discours à propos du risque d'infection par le SARS-CoV-2 est globalement similaire : ils ne sont pas inquiets « *d'attraper* » le virus, mais plutôt de le transmettre et d'être à l'origine de *clusters*. Leur réseau social étant fragile et jusque-là composé en majorité par leur famille et leurs homologues étudiants, la fermeture des universités, d'abord provisoire puis durable, est apparue comme un moment de rupture marquant dans la trajectoire de la plupart des répondants.

3.6.4. Des « turbulences résidentielles »

Le logement jouant un rôle pivot dans l'articulation des différents types d'activités d'un individu, il constitue une porte d'entrée intéressante pour saisir les perturbations des parcours de vie. En se basant sur les travaux des sociologues Michel Grossetti et Lydie Launay sur « la vie en confinement » en population générale, il s'agit de décrire les reconfigurations résidentielles et les significations de celles-ci [113]. Ici, on entend par « configurations résidentielles » : l'association entre un logement (un espace, sa localisation géographique, son environnement) et la composition du foyer (l'ensemble des occupants). Grossetti et Launay désignent les « turbulences résidentielles » comme des changements de configuration, qui surviennent à un moment donné, induits par la crise et s'écartant de ce que les personnes avaient prévu. La spécificité de ce type de changement tient au fait qu'il « casse la routine », perturbe les gestes, les pratiques et les habitudes du quotidien. De nombreuses enquêtes s'accordent à dire que les étudiants ont été particulièrement concernés par les turbulences résidentielles [114, 115,116].

Entre mars 2020 et avril 2021, tous les répondants de ce groupe (sauf Jawad) ont connu des reconfigurations résidentielles, qu'elles soient limitées dans le temps ou qu'elles s'installent dans la durée (6 répondants sur 9 changent de lieu de vie pour une durée indéterminée). Avant le confinement, quatre d'entre eux vivaient seuls dans des studios (Guillaume, Matteo, Jawad, Enzo), alors que trois vivaient chez leurs parents (Léo, Arnaud, Yacine). Pour ces derniers, cette situation était soit récente (rupture amoureuse, échec universitaire), soit provisoire. Enfin, deux d'entre eux vivaient en colocation : Alexis avec deux amies lesbiennes, Louis avec une amie hétérosexuelle. Lors du confinement, ceux qui vivaient déjà chez leurs parents décident d'y rester, mettant en avant des conditions de vie plutôt favorables (maison avec jardin, possibilité d'avoir des activités extérieures), un sentiment de protection vis-à-vis du risque épidémique de la COVID-19 et une bonne entente avec leur famille. En témoigne cet extrait :

GG : Est-ce que pendant ce premier confinement, tu t'es senti en difficulté sur le plan psychologique ? Ou est-ce que tu as l'impression que ça t'a affecté au quotidien ou à des moments précis ?

Léo : Honnêtement, le premier confinement, moi, je l'ai pas si mal vécu par rapport à d'autres personnes, dans un quinze mètres carrés. J'avais ma famille, ma chienne, le soleil, la nature, donc on peut se balader, tout ça. On faisait quand même des balades quotidiennes. Je l'ai pas si mal vécu. Après, c'est quand même un peu bizarre. C'est surtout la suite que j'ai plus mal vécue. (...) Et puis, la campagne, ça va, c'est pas pareil que la ville, on va dire à ce niveau-là.

(...) Oui, c'est un peu un monde inatteignable ! De l'air, enfin, c'est pas les vaches qui vont nous transmettre le COVID... Mais en vrai, maintenant, je prends quand même beaucoup plus ça au sérieux. Mais à ce moment-là, j'étais pas si préoccupé.

Pour ceux qui ne vivent plus chez leurs parents, avec l'annonce du confinement se pose la question d'un retour dans le milieu familial. Deux positions émergent : pour une partie d'entre eux, le retour en famille promet de pallier aux difficultés financières et d'empêcher l'isolement (Matteo, Guillaume, Enzo) alors que les autres préfèrent éviter cette cohabitation qu'ils anticipent comme menaçante, principalement d'un point de vue identitaire (Alexis, Jawad, Louis). Alexis décide de prioriser les sociabilités LGBT pour préserver son bien-être malgré l'intérêt que pouvait représenter un retour en famille :

Alexis : J'ai pensé à rentrer chez ma mère, mon beau-père et ma petite sœur mais ça se passe pas toujours super bien vis-à-vis des questions LGBTI – pas dans le sens où elle est homophobe et transphobe, juste elle a beaucoup de questions et c'était juste fatigant ! J'aime pas trop ma petite ville natale, parce que j'ai vraiment du mal à passer longtemps sans voir d'autres personnes LGBT, ça me déprime rapidement.

Pour ceux qui sont restés vivre chez leurs parents ou ceux qui les ont rejoints, le confinement s'est plutôt bien passé d'un point de vue relationnel, mis à part quelques disputes qu'ils attribuent globalement à la « promiscuité ». Cette configuration résidentielle a été vécue comme protectrice à la fois vis-à-vis du risque d'infection au SARS-CoV-2, du risque d'isolement et du risque de précarité matérielle. L'expérience de Matteo, qui a vécu le retour dans le milieu familial comme « *traumatique* », nuance ces appréciations.

Alexis et Louis, qui décident de rester dans leur colocation, ne sont pas exempts de reconfigurations résidentielles, plus ou moins subies. Ils ont tous deux des difficultés relationnelles et psychologiques en relation avec ces changements. Le confinement d'Alexis est marqué par l'accueil de deux jeunes LGBTQI+ dans sa colocation. L'objectif était de les protéger de violences intra-familiales. La colocation passe de trois personnes à cinq, ce qui a pour conséquence pour lui de provoquer une sensation « *d'étouffer* », de « *se marcher dessus* » et une augmentation de ses consommations de psychotropes. La surcharge de travail universitaire vient amplifier dans ces conditions la sensation « d'enfermement ». De son côté, Louis, qui vit dans une colocation au moment du confinement, subit une reconfiguration résidentielle inattendue avec l'arrivée du petit ami de sa colocataire. La cohabitation avec ce dernier se passe mal, Louis pense être victime d'homophobie ou tout au moins d'une forme

de violence psychologique. Avant la fin du confinement, il décide d'aller « *se réfugier* » chez des amies et parvient assez rapidement à s'extraire de cette situation victimisante :

Louis : Et puis là, il y a le COVID et donc je suis arrêté trois mois avant la fin de mes études, mon école d'arts ferme. En plus, je suis confiné avec ces deux colocs, dont un homme hétérosexuel qui a complètement pétié un câble, en fait. Il y a vraiment eu un rapport, justement – je pense avoir vécu de l'homophobie de la part de mon colocataire et une forme d'intimidation, et cetera.

MDS : Donc, tu t'es senti un peu exclu des relations que tu pouvais avoir avec eux ?

Louis : Oui, mais c'était pas un sentiment d'exclusion, en disant : « Oh, la, la, je suis pas invité à la fête ! » C'était vraiment de l'intimidation. Moi, je dirais que c'est de la violence psychologique, parce qu'à la fin, j'avais vraiment l'impression de me prendre des claques ou qu'il me tapait dessus, alors qu'il me tapait pas dessus ! C'est des choses auxquelles je suis particulièrement sensible. (...) C'étaient que des choses d'intimidation très passives agressives. Il avait dit des choses, qu'il détestait... en fait, c'était quelqu'un qui était très mal dans sa peau et qui en voulait aux hommes qui prenaient trop de place. Par exemple, il parlait des danseurs parce qu'il travaillait à l'opéra, il disait : « Ah, je les déteste parce qu'ils sont sportifs, ils sont bien foutus, et cetera. » Moi, je pense être quand même parfois un cliché, notamment à côté de ces hommes-là, un cliché du gay qui aime danser, se faire beau et se montrer, qui prend de la place. Donc, je pense que ça l'a mis très en colère, en fait.

Les deux étudiants qui ont vécu le premier confinement seuls dans leur appartement, Matteo et Jawad, figurent parmi les plus vulnérables à l'issue de la crise, avec des syndromes anxiodépressifs assez sévères. Ils font donc l'objet d'analyses approfondies.

Lorsqu'arrive le déconfinement, les vécus diffèrent en fonction :

- **Des contraintes universitaires** : modalités des examens universitaires, échéance de rendu de mémoire, investissement temporel. Ceux qui ont des examens à préparer au moment du déconfinement (Enzo, Guillaume, Alexis) ne se déconfinent pas vraiment (ils restent la plupart du temps « enfermés » à étudier), mais procèdent à de nouveaux ajustements résidentiels ;
- **Des difficultés matérielles**, restreignant la possibilité d'accéder à des loisirs et générant de la frustration ;
- **Des difficultés psychologiques déjà installées**, notamment pour Jawad qui s'est autoconfiné, à la manière d'autres répondants de l'échantillon global ;

- **Des soutiens relationnels et communautaires**, principalement les parents, la famille, puis les amis proches et l'entourage LGBT ;
- **Des opportunités d'autonomisation et de réalisation de soi**, comme pour Louis ;
- **De la recherche ou non de soutien psychologique.**

Pour Louis, qui vient d'obtenir son diplôme aux Beaux-Arts, le projet de déménagement à Paris se concrétise. Il y voyait un moyen de développer des sociabilités gays tout en maximisant ses chances de trouver du travail dans le monde artistique. En temps de COVID-19, son expérience est mitigée :

MDS : À cette période-là, on a quand même certaines libertés, mais c'est vrai que les lieux gays, la plupart sont fermés. Comment ça se passe pour toi, cet emménagement ?

Louis : C'était un peu compliqué. J'essaie de réfléchir... Déjà, il y a le contrecoup de mes cinq ans d'étude dans cette école, où je suis arrivé et je me dis : « D'accord, je suis personne, le monde de l'art est compliqué. Du coup, il y a beaucoup d'échecs, où on se rend compte qu'on est personne, surtout à Paris : les lieux culturels sont assez fermés, et le milieu queer, je le connaissais pas et je le connais même pas encore et j'avais pas ma place, en fait. Il y a tout un mélange de choses où... il y a la question de l'argent, aussi, vraiment, qui saute à la gorge dans une ville comme Paris, très vite. Donc, ça a été un mélange entre une insouciance, à voir les amis qui sont de passage à Paris et chercher un travail, et la culpabilité – alors qu'elle devrait pas exister – du RSA, de la recherche d'emploi. Donc, c'était à la fois insouciant et à la fois très douloureux. Il y a aussi le fait d'arriver dans ce nouvel endroit, d'avoir emménagé notamment pour la sociabilité gay, mais de pas avoir accès à tout ça, du coup. Il y a ce truc d'être isolé et d'avoir juste les inconvénients d'être trans et pédé et de pas avoir la communauté qui va avec, en fait.

On constate que Louis se retrouve en situation de vulnérabilité à son arrivée à Paris. Les difficultés matérielles, corrélées aux difficultés à trouver un emploi dans le milieu de la culture, compliquent son emménagement. Il n'a pas encore trouvé sa « *place* » et ressent un manque de soutien communautaire.

3.6.5. Coming-out et reconfigurations résidentielles : une autre gestion des risques

Pendant la crise, les rapports différenciés au « coming-out » et au « placard » façonnent certaines trajectoires géographiques. L'analyse du groupe « HSH précarisés » a révélé quatre

profils d'intérêt à ce sujet : Arnaud, Yacine, Guillaume et Jawad. Le point commun à ces quatre enquêtés tient dans le vécu (ou l'anticipation) des discriminations liées à la divulgation de l'identité sexuelle. Chez eux, la crainte du rejet entre en tension avec la volonté (ou l'injonction sociale) à s'affirmer en tant que gay et dessine des trajectoires résidentielles différentes. Les portraits qui suivent permettent de montrer cette tension interne chez les répondants.

Portrait de Yacine :

Yacine a 19 ans et possède une double nationalité marocaine et française. Il a vécu dix-huit ans au Maroc avant de déménager à Paris en août 2020 dans un studio et d'intégrer une licence de sciences. Le père de Yacine est directeur financier d'une grande entreprise et sa mère est pharmacienne. Il indique appartenir à un milieu aisé, francophone, qu'il qualifie de « *bourgeoisie marocaine* ». Cette appartenance de classe le protégerait de la pénalisation de son homosexualité dans son pays d'origine, mais ne garantirait pas pour autant une acceptation de cette identité sexuelle.

GG : Au Maroc, vous viviez où ?

Yacine : À XX²⁵. En fait, c'est un milieu assez particulier parce que je suis dans un milieu assez francophone, donc c'est plutôt la bourgeoisie marocaine. Donc, j'ai de la chance, parce que si je dis que je suis gay, je vais pas aller en prison, je vais pas me sentir en danger. Mais, c'est plus le regard de la société, et cetera...

Son déménagement à Paris s'inscrit dans un dessein prémédité. La priorité est de s'aménager un environnement plus favorable à l'homosexualité et qui offre des opportunités de rencontres :

GG : Vous, vous aviez déjà à l'époque (du premier confinement) le projet d'aller en France pour faire la suite des études ?

Yacine : Oui, enfin, je savais que j'allais partir, en France c'était sûr à 80 %. Et j'étais content de la perspective d'aller en France et de quitter le Maroc.

GG : Alors, pourquoi ?

²⁵ Anonymisation

Yacine : Par rapport au fait que j'en avais marre de vivre dans une société trop fermée, par rapport à ma sexualité et par rapport au fait que j'allais pouvoir rencontrer de nouvelles personnes.

Durant l'été, il recherche un appartement avec l'aide de sa mère. Il dit très bien connaître Paris, du fait de nombreux séjours. Il y déménage fin août 2020 et connaît des débuts universitaires décevants sur le plan des sociabilités : cours en « *semi-présentiel* », voyage d'intégration annulé, toutes les soirées des associations étudiantes annulées. Il finit par fréquenter ses amis du Maroc, qui sont également venus vivre et étudier à Paris : « *Donc, finalement, je suis arrivé en France et je suis resté avec les mêmes personnes que si je restais au Maroc* ». Ce n'est pas ce qu'il avait imaginé. Il avait aussi projeté que Paris décuplerait ses chances de vivre un idéal romantique, une relation qui le ferait entrer dans l'homosexualité « naturellement », sans qu'il provoque la chose en fréquentant des espaces spécifiquement gays.

GG : Est-ce qu'entre fin août et octobre, vous aviez commencé à fréquenter des lieux gays ?

Yacine : Non, pas du tout.

GG : Pour quelles raisons ?

Yacine : En fait, moi, je me disais : « Si je rencontre quelqu'un... » C'est un peu naïf, c'est un peu fleur bleue, mais je me disais : « J'aimerais bien rencontrer quelqu'un, dans la vraie vie et vivre quelque chose avec cette personne. » – mais ça ne s'est pas passé. En fait, j'attendais que l'occasion vienne à moi, sauf que c'est pas venu.

Une relation amoureuse aurait pu permettre à Yacine d'être à la fois *reconnu* comme gay dans le regard de l'autre et *accepté* pleinement en tant que tel. Cependant, les mesures de distanciation sociale rendent ce type de rencontre improbable. Dans ce contexte, alors qu'approche la fin du deuxième confinement, il décide d'annoncer son orientation sexuelle à son entourage amical proche. Il en parle d'abord à une de ses amies, ce qui déclenche chez lui une vague émotionnelle intense :

Yacine : Au mois de janvier, j'ai des examens et je reviens en France. Mais ma situation avait changé parce qu'au mois de décembre, du coup, j'ai dit à mes amis que j'étais gay. En fait, j'ai d'abord dit à une amie, je l'ai appelée, je lui ai dit : « Écoute, je suis gay. » Et après, j'ai eu quand même une ou deux semaines très dures, c'est comme si tout ce que j'avais intériorisé était sorti. J'étais vraiment pas bien.

L'annonce est accueillie positivement par son amie, mais ce « moment de rupture et de réaménagement relationnel » est déstabilisant [84]. Quand on lui demande ce que cela change dans sa vie, il répond :

Yacine : Ce qui a beaucoup changé, c'est : j'ai téléchargé Grindr, j'ai commencé à parler à des gens et tout et tout est parti très vite. J'ai vu vraiment pas mal de garçons depuis le mois de janvier. Et voilà. Enfin, c'est vraiment... j'ai fait un peu n'importe quoi, d'ailleurs. Mais tout est parti très vite.

Yacine vit une bifurcation biographique. En quelques semaines, il fait son entrée dans la sexualité et rencontre plusieurs hommes par semaine, via l'application *Grindr*.

Bien qu'il ait vécu principalement au Maroc, le fait qu'il ait effectué tout au long de sa vie des allers-retours France-Maroc, dans deux espaces où il a interprété les normes sexuelles comme plus ou moins souples, a participé à construire une frontière, tout en la rendant poreuse. Il résume ainsi :

Yacine : En fait, c'est comme si, quand je suis au Maroc, je n'ai pas de sexualité, je suis asexuel. Quand je franchis la frontière, là, oui.

Ce parcours de transition géographique constitue pour Yacine un moment de rupture identitaire. L'analyse révèle que le rôle de personne *asexuelle* qu'il a endossé pendant dix-huit ans était une stratégie de silence. À son arrivée à Paris, il ressent une sorte d'urgence à s'affirmer comme gay et à expérimenter les modes de vie attachés à cette identification. Le coming-out auprès de son entourage amical proche devient une alternative valable devant le caractère improbable d'une rencontre amoureuse. Il s'agit d'une prise de risque (de rejet) maîtrisée, car désormais des échappatoires existent. Pour Yacine, le champ des possibles sexuels est socialement et géographiquement situé.

Portrait de Guillaume :

Guillaume a 23 ans et vit seul dans un petit appartement à X (ville de résidence), où il se forme au métier de professeur (Master 2). Son père est artisan peintre et sa mère est ouvrière qualifiée. Ses parents paient son loyer et il est boursier d'un gros échelon. Il entretient une relation d'interdépendance (matérielle et symbolique) étroite avec ses parents, chez qui il retourne vivre un week-end sur deux, avant la crise de la COVID-19.

Sur le plan de l'identité sexuelle, Guillaume se définit comme un homme gay. Tous ses amis le savent, mais pas sa famille. Il dit « *ne pas ressentir le besoin d'en parler* ».

MDS : Comment tu définirais ton identité sexuelle et de genre ?

Guillaume : Je me considère comme gay, puis comme un homme.

MDS : [approbation – feedback] Tu dirais que tu le sais et/ou que tu le dis depuis quand ?

Guillaume : Oh, je le sais, ça fait déjà pas mal de temps, plusieurs années. Après, que je sois gay, tous mes amis sont au courant. Il y a juste ma famille qui n'est pas au courant, mais sinon, après, ça va. (...) Mes parents, ils sont pas du tout au courant, ni même ma famille en général. Mais après, ça me pose pas de problème – enfin, cette situation, ça me va, je ressens pas le besoin d'en parler à ma famille.

MDS : Et dans le milieu universitaire, tu en parles ou pas ?

Guillaume : Oui, quand je me présente à quelqu'un, c'est pas ce que je dis, mais tout le monde – enfin, je pense que les gens sont au courant. En tout cas, j'ai pas besoin de le cacher à l'université ou auprès de mes amis.

Ainsi, Guillaume emploie une stratégie courante de rapport différencié au « placard » en fonction des milieux sociaux fréquentés, « qui permet de se prémunir contre les réactions de rejet et leurs conséquences symboliques et matérielles » [103]. Alors que dans sa famille il choisit le silence, dans son milieu amical et universitaire, « *il n'a pas besoin de le cacher* ». Comparativement aux discours des autres enquêtés, et en prenant en compte les appartenances de classe, la situation de Guillaume illustre bien le positionnement courant des hommes gays des classes populaires blanches vis-à-vis du « placard » et du coming-out. En effet, ces trajectoires sont marquées par le silence auprès des parents, avec une sexualité vécue par ailleurs plus ou moins librement. Cette situation peut persister tant qu'il existe une situation de dépendance matérielle et symbolique envers eux. Dans la situation de Guillaume, « réussir » ses études est la priorité pour accéder à l'autonomie financière et symbolique. Aujourd'hui, le besoin de *protection* est plus fort que celui de s'annoncer en tant que gay. Ainsi, la stratégie du silence circonscrite au cercle familial apparaît comme une gestion des risques efficace.

Portrait d'Arnaud :

Arnaud a 22 ans et se définit comme un homme cisgenre gay. Ses parents sont tous les deux enseignants au collège. Il vivait seul à Bordeaux avant l'abandon de sa licence fin 2019 et finalement, à l'automne 2020, il décide de prendre un appartement seul dans la même ville que ses parents. Entre ces deux bornes temporelles, il a « *fait (son) coming-out* » auprès d'eux en février 2020 alors qu'il (re)vivait chez eux depuis peu.

MDS : Et justement, là, ton homosexualité, comment elle est acceptée par ton entourage ?

Arnaud : Elle est très bien acceptée par mon entourage. J'ai fait mon coming-out l'année dernière, avant le confinement, le premier confinement de mars. Ça s'est vraiment très bien passé, avec mes parents, avec mes grands-parents, mes cousins... non, vraiment aucun problème. (...) Alors que moi, je pensais que ça allait poser problème. Mais en fait, je me faisais des histoires pour rien.

(...) MDS : À ce moment-là, tu étais sans activité professionnelle et chez tes parents. Comment ça s'est passé ?

Arnaud : Franchement, de façon générale, ça s'est bien passé chez mes parents. Bon, au bout d'un moment, il y a eu des... on s'est fâchés VIOLEMMENT, il y a eu des disputes. C'était la promiscuité surtout qui a fait ça. Après, je suis bien loti : la maison était suffisamment grande, avec un grand jardin, donc j'ai pas du tout à me plaindre au niveau du fait que j'ai pu profiter du jardin, courir dans le jardin... c'était pas dramatique. D'autant plus que j'ai fait mon coming-out JUSTE AVANT le confinement, du coup mes parents étaient au courant et j'avoue que moi, je pensais que si j'avais fait mon coming-out pendant le confinement, peut-être que ça aurait été différent, peut-être ça se serait mal passé.

Son discours montre qu'il anticipait négativement la réaction de son milieu familial et qu'il accordait de l'importance à l'évènement. Étonné et rassuré par leur attitude positive envers ce sujet, il se dit tout de même a posteriori que s'il avait fait ce coming-out pendant le confinement, cela aurait pu mal se passer. On peut penser qu'il imagine ici que les disputes violentes qu'il décrit auraient pris une autre tournure si cette annonce était intervenue dans l'espace confiné du foyer. Ainsi, Arnaud pense que l'acceptation parentale de son identité sexuelle a conditionné le vécu du confinement avec ses parents. Cette cohabitation réussie a conditionné son choix d'habiter dans la même ville qu'eux.

Portrait de Jawad :

Jawad est le seul étudiant du groupe « HSH précarisés » qui n'a pas connu de reconfigurations résidentielles. Son histoire illustre comment le cumul de positions sociales défavorables peut conduire à une situation de vulnérabilité extrême, notamment en temps de crise. L'analyse porte d'abord sur son rapport au « placard ». Jawad a 25 ans et il vit à Paris. Originaire du Sud de la France, il est issu d'une famille judéo-musulmane ayant immigré en France et dont le père est maçon et la mère femme au foyer. Sur le plan universitaire, il poursuit un double cursus de master en sciences sociales. Avant la crise de la COVID-19, il vivait déjà seul en résidence universitaire. C'est dans cet espace clos qu'il a vécu les différentes séquences de la crise sanitaire, notamment le confinement. Jawad se définit « *comme un homme cis, comme plutôt une personne pansexuelle* ». L'utilisation du terme « plutôt » peut déjà suggérer une forme d'hésitation, un tâtonnement. Il pense appartenir à une communauté LGBT+ au sens large, mais se sent surtout légitime pour représenter les hommes gays, puisqu'il pratique le sexe entre hommes. Jawad sait qu'il n'est pas strictement hétérosexuel, d'ailleurs il ne croit pas que l'hétérosexualité existe vraiment, tout en étant lucide sur le fait que c'est parce qu'il vit une sexualité minoritaire qu'il envisage les choses de telle manière. Jawad navigue entre différentes vérités. L'expression « *j'ai l'impression que* », utilisée trois fois sur ce court extrait, laisse la place au doute :

Jawad : Après – c'est aussi pareil, c'est une excuse sur ma sexualité et tout - mais j'ai pas forcément l'impression que l'hétérosexualité existe réellement, dans le sens où j'ai l'impression déjà qu'on est tous pans(exuels) et qu'en fait, c'est selon le feeling qu'on va avoir avec une personne qu'on va être intéressé ou pas à cette personne-là. Et c'est pour ça que d'une certaine manière, j'ai plus des fois l'impression d'appartenir à la communauté LGBT, mais dans le sens où c'est les personnes qui ont conscience que l'orientation sexuelle qu'on nous impose un peu à notre naissance, c'est plus quelque chose de scientifique, dans le sens sociologique – je sais pas si je suis clair, mais plus par rapport à notre éducation plutôt, que par rapport à ce qu'on pourrait réellement penser.

D'après Jawad, ce que les personnes LGBT ont en commun, c'est qu'elles « *ont conscience* » que l'hétérosexualité est quelque chose qui est imposé socialement, tout en naturalisant cette sexualité dès « la naissance » et de façon « scientifique » par l'éducation que l'on reçoit. Par opposition, il livre sa définition de la pansexualité, qui serait potentiellement présente en chaque personne. La situation de Jawad soulève immédiatement cette question : comment se positionner vis-à-vis du coming-out lorsque l'on se trouve dans une phase d'hésitation

identitaire ? Cela est très différent de la situation d'Arnaud, par exemple, pour qui l'évidence de l'homosexualité a surgi précocement. Voici la réponse de Jawad :

MDS : Et tu as défini ton identité de genre et sexuelle, ton orientation sexuelle. Est-ce que c'est des choses qui sont sues, connues par ton entourage, acceptées ou pas ?

Jawad : Ça dépend qui, mais oui, donc je suis pas outé, je suis outé auprès de certaines personnes qui sont hyper proches – même au sein de mon association étudiante, c'est pas forcément tout le monde, auprès de ma famille pratiquement personne.

Jawad utilise l'expression « *ne pas être outé* », qui signifie littéralement « être au placard ». Dans son cas, son homosexualité n'est pas connue publiquement et Jawad en préserve le secret. Pour autant, il a déjà pu en parler avec des amis « *hyper* » proches. De façon provocatrice, Jawad se demande pourquoi l'on serait encore dans l'obligation de « *s'annoncer* » en 2021 : « *pourquoi est-ce que les hétéros ne le font pas et que nous, on devrait le faire ?* ». Plus sérieusement, les deux risques qui occupent son esprit par rapport au coming-out sont : celui d'être stigmatisé de façon générale et le risque que ses parents finissent par l'apprendre. Malgré le fait que son association puisse lui offrir un environnement protecteur, son attitude s'inscrit et se maintient dans un « *parcours de vie* », une trajectoire atypique, que l'on qualifie de « *transclasse* » [117] :

Jawad : Après, en vrai, c'est surtout parce qu'en soi, je sais qu'on vit dans une société qui est quand même assez LGBTophobe et de fait, dès lors où on ne correspond pas aux normes, on risque d'être stigmatisé. Même si en fait, dans mon association étudiante, il y a des personnes qui sont outées, qui n'ont aucun souci et tout, je sais pas, j'ai gardé un peu, par peut-être mon éducation et par mon parcours de vie personnel, qui fait que je vais plus avoir envie de garder ça pour moi, de ne pas du tout l'exposer, même à des personnes qui le sont elles-mêmes.

Par ailleurs, Jawad se sent appartenir à une communauté religieuse, celle des musulmans. Pour lui, il s'agit moins d'une croyance religieuse que d'une expérience partagée de la stigmatisation sociale subie en tant que musulman en France. C'est pourquoi, il se définit également comme une personne « *racisée* ».

Jawad : Après, sinon, dans la communauté religieuse, je suis musulman, donc je suis croyant et tout... je suis pas croyant, croyant, mais je suis croyant dans le sens où je fais le ramadan, des fois j'accompagne mon père lorsqu'il va à la mosquée, des trucs comme ça et tout ; mais je prie pas sinon. On va dire, je suis plus croyant par communauté que par autre chose – enfin, je suis plus musulman en mode communauté, parce que je subis aussi, des fois, des stigmates

et des choses qui touchent les musulmans, plus que ce que moi, je m'approprie en tant que représentant des musulmans ou quoi que ce soit.

Plus loin, Jawad confie que s'il se sent autant en difficulté dans sa vie, c'est parce qu'il se questionne constamment sur son avenir professionnel et sur sa stratégie de gestion du « placard » :

Jawad : (...) Après, je pense que c'est aussi lié au fait que je ne sais pas encore ce que je vais faire de ma vie, dans le sens où je ne sais pas si je veux m'outer, si je veux me couper de ma famille et de vite faire ma vie autre part et du coup, ne jamais avoir à leur dire quoi que ce soit. C'est aussi sur cette perspective-là, où je sais pas du tout.

MDS : Tu te questionnes beaucoup là-dessus ?

Jawad : Oui, je me questionne beaucoup là-dessus, parce qu'en plus, maintenant, on parle de me marier avec quelqu'un, qu'est-ce que je vais faire plus tard... ce qui fait que je me pose des questions où je me dis : « Est-ce que je leur dis, en vrai ? » Après, si je trouve une personne assignée femme et que ça corresponde un peu à leurs attentes et tout, et que c'est la personne avec qui je veux faire ma vie et tout, pourquoi pas. Mais juste, là, la situation dans laquelle je suis, où la plupart des gens que je rencontre, c'est sur Grindr, je vois pas trop de perspective positive à ce qu'eux pourraient souhaiter. Ce qui fait que je sais pas trop. Pour le coup, je pense pas que je vais me marier de sitôt. Mais c'est pour ça que les études m'occupent beaucoup et c'est très bien que ça m'occupe, au moins ça me permet de pouvoir faire ma vie.

On constate, dans la première partie de l'extrait, que « *s'outer* » est immédiatement suivi de se « *couper de ma famille* », ce qui suggère que pour Jawad, le risque de rejet familial lors du coming-out est très élevé. Ainsi, il envisage de se couper de sa famille, avec l'idée de « *vite* » faire sa vie ailleurs et « *ne jamais avoir à leur dire quoi que ce soit* ». Dernièrement, ses parents lui ont parlé de la possibilité d'un mariage arrangé avec une femme. Cette option ne lui convient pas, mais « *pourquoi pas* » éventuellement se marier avec une femme qu'il aura choisi lui-même, ce qui pourrait aussi correspondre aux attentes de ses parents. Seulement, cette perspective n'est pas cohérente avec sa sexualité actuelle, où il rencontre via Grindr, quasi uniquement des hommes, dans des contextes sexuels. Par conséquent, il ne voit pas comment contenter à la fois ses parents et ses aspirations personnelles. Pour le moment, il reste dans l'expectative, et à la question « *est-ce que je leur dis ?* », il n'apporte pas de réponse.

Pour Jawad, le coming-out prend le sens de choisir entre deux communautés différentes : la communauté LGBT et sa communauté familiale et musulmane. Ainsi, à la lumière de l'ensemble de ces éléments, les hésitations que Jawad manifeste à propos de son identité sexuelle font sens. Il fait d'emblée le choix de se confiner chez lui, sans expliquer pourquoi, mais il semblerait en fait qu'il n'ait pas d'autres options.

Synthèse & conclusions :

	Dans quelle classe sociale se trouve-t-il ?	De quel « placard » et/ou « coming-out » parle-t-on ?	Dans quelle phase de construction identitaire se trouve-t-il ?	Où se situe-t-il entre autonomie et protection ?
Arnaud	Classe moyenne	Coming-out à ses parents pour clarifier qui il est et être accepté ainsi Finalité : renforcement des liens forts	Phase d'affirmation	Déménagement seul près de chez parents
Yacine	Classe aisée au Maroc	Coming-out à ses amis pour être reconnu comme gay Finalité : pouvoir débiter sa vie sexuelle/affective	Phase de rupture	Déménagement seul à Paris
Jawad	Classe populaire	« Placard » lorsqu'il est en famille et en public. Finalité : ne pas avoir à choisir entre ses différentes communautés	Phase d'hésitation	Reste seul dans son logement
Guillaume	Classe populaire	« Placard » uniquement lorsqu'il est en famille. Finalité : ne pas prendre le risque de détériorer les relations familiales	Phase de discrétion	Besoin de protection matérielle et symbolique

Tableau 18 – De quel « placard » et coming-out est-il question selon les enquêtés « HSH précarisés », en fonction de leur classe sociale d'origine et de la phase de construction identitaire qu'ils traversent ? Où se situent-ils entre volonté d'autonomie ou nécessité de protection ?

On remarque donc à la lecture de ces différents portraits, que chaque enquêté ne donne pas le même sens aux concepts de « coming-out » et de « placard ». Les quatre répondants du groupe « HSH précarisés » se situent à des moments de vie différents, dans des phases de tension identitaire différentes et à différents niveaux de l'échelle sociale. Ainsi, quand pour Arnaud, réussir son coming-out correspond à un renforcement des liens de parenté, pour Jawad, l'éventualité-même d'un coming-out signifie au contraire l'épilogue des relations familiales. Pour Yacine, il s'agit davantage via le coming-out de marquer une rupture dans sa trajectoire biographique et de s'engager dans des relations homosexuelles.

Ce que l'on retient vis-à-vis des reconfigurations résidentielles en temps de COVID-19, c'est que le rapport au « placard » est conditionné par la crise (Guillaume, Yacine), autant que le rapport au « placard » conditionne leur manière de naviguer dans cette crise (Arnaud, Jawad, Yacine, Guillaume). Ces quatre répondants procèdent à une gestion des risques de rejet cohérente avec leur conscience de la situation et qui participe au processus de construction identitaire, tout en maîtrisant le risque psychologique [36]. Le constat opéré par N. Chetcuti et G. Girard est ici particulièrement opérant : « In fine, l'idéal du coming-out comme étape indispensable de la vie homosexuelle est particulièrement opérant parmi les hommes et les femmes issus des classes moyennes ; pour les autres répondants, la « sortie du placard » peut constituer un point de repère significatif, mais elle n'épuise pas la diversité des possibles » [103].

3.6.6. Entre protection et autonomie : les significations des « turbulences résidentielles »

La spécificité de ce groupe tient dans les liens forts que les jeunes étudiants entretiennent avec leurs parents, des liens d'interdépendance matériels et symboliques. La crise de la COVID-19 entraîne un rétrécissement radical du réseau des relations sociales. Les interactions quotidiennes habituelles ayant lieu hors du foyer doivent être évitées. Par opposition, ces interactions, souvent spécifiques à un domaine de la vie de l'individu, correspondent aux liens faibles [108]. Classiquement, les liens de parenté sont des liens forts et les liens multiples entretenus entre amis d'un même groupe sont des liens faibles. Les autorités de santé publique encouragent à se replier sur les liens forts au dépend des liens faibles, pour contenir l'épidémie, par exemple en recommandant des réunions de moins de six personnes ou de ne pas quitter son foyer. D'après Kauffmann, en situation de crise, la fonction essentielle des liens forts est d'éviter le glissement vers l'isolement-exclusion. On retrouve dans ce groupe une tendance à se fixer sur des cercles relationnels holistiques, c'est-à-dire englobant la personne dans l'ensemble de ses dimensions et pouvant potentiellement répondre à l'ensemble de ses besoins. Le foyer familial en est la représentation concrète commune. Ces liens forts familiaux apparaissent ici comme protecteurs : ils produisent de la cohésion, de la solidarité et peuvent jouer le rôle d'amortisseur. En effet, ils permettent de pallier (au moins partiellement) aux difficultés financières, notamment en mutualisant les dépenses. Sans oublier le travail domestique, dont ils peuvent se retrouver exemptés. Cependant, le repli sur les liens forts se fait au dépend des attentes idéales de découverte de la vie gay, davantage faite de *liens faibles*, spécialisés dans ce rôle social. Une des limites du

lien fort est son caractère rigide : il supporte mal les aspirations individuelles qui déstabilisent le groupe. Les expériences de Yacine, Guillaume, Jawad et Matteo le confirment, mais leurs stratégies contre le risque de rejet sont différenciées. On observe également un mouvement contraire d'autonomisation résidentielle dans le temps court de la crise. Quand sont réalisés les entretiens pour COVIGAY (février – mai 2021), plus aucun des répondants de ce groupe ne vit chez ses parents. C'est pourquoi on peut conclure à deux mouvements parallèles et d'apparence contraires dans ce groupe :

- Repli sur les liens forts, surtout familiaux, en cas de menace d'isolement, de peur du risque d'infection au SARS-CoV-2 et de précarisation matérielle ;
- Prise d'autonomie résidentielle lorsque ces menaces s'estompent, lorsque la cohabitation échoue ou lorsque des projets personnels émergent.

3.6.7. Temps universitaire exigé et désorganisation du quotidien favorisée par la crise sanitaire

De façon générale, les étudiants sont considérés comme une population à risque du point de vue de la santé mentale. Une enquête nationale représentative de la population étudiante de 2016, montrait que 12 % des hommes étudiants interrogés avaient présenté un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois. Cela s'explique par des facteurs de stress spécifiques au contexte universitaire (charge de travail, manque de repères, pression constante pour réussir, compétition) et déjà connus. Compte tenu de ces déterminants de santé et des mesures de santé publique n'épargnant pas les modes de vie des étudiants, des préoccupations à propos de leur santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 émergent et font l'objet de plusieurs études épidémiologiques en France [13, 116]. Dans l'enseignement supérieur, après une fermeture totale mi-mars 2020, les cours en présence reprennent à la rentrée de septembre. Mais dès octobre, et tout au long de l'année 2020-21, l'accès à ces établissements oscille généralement entre semi-présentiel et distanciel, c'est-à-dire entre limitation aux travaux pratiques en présence et cours entièrement en ligne.

Dans l'échantillon, on observe que le vécu temporel diffère entre ceux qui sont soumis à l'exigence d'optimiser leur temps de travail et ceux pour qui le confinement est synonyme d'inactivité. C'est pourquoi on parlera pour les premiers de « temps exigé » et pour les seconds de « surplus de temps ». Pour ceux dont le temps est « exigé », des nouvelles contraintes liées à l'épidémie de COVID-19 apparaissent avec des difficultés d'adaptation. Quatre répondants sont particulièrement concernés par le stress universitaire, cette pression constante pour réussir. Ceux-là se situent dans un cycle d'étude déterminant, entre la Licence

3 et le Master 2, ils doivent faire la preuve de leur capacité de travail et de la qualité de celui-ci. Il s'agit d'Enzo, Jawad, Guillaume et Alexis. Les autres débutent en Licence ou en CAP (Yacine, Léo) ou alors connaissent une mise à l'arrêt de leur formation, comme Arnaud, Matteo et Louis. Pour ceux qui « sentent le temps passer », sans pouvoir l'utiliser comme ils voudraient, la configuration résidentielle apparaît d'autant plus comme décisive.

Plusieurs facteurs favorisent la désorganisation du quotidien dans le groupe « HSH précarisés » :

- Mesures de restrictions sanitaires, par exemple le couvre-feu qui provoque des difficultés pour s'acheter à manger après 18 h ;
- Désorganisation de l'université, des encadrants : des consignes de travail floues, des professeurs qui ne répondent pas aux sollicitations, sentiment d'être abandonné à son propre sort ;
- Changement dans les modes d'enseignement et d'évaluation : mise en place des cours en « distanciel » et en « semi-présentiel », changement des modalités d'examen ;
- Situation de précarité matérielle, qui peut devenir une préoccupation constante et empêche de se focaliser sur son travail universitaire ;
- Reconfigurations résidentielles, qui modifient les habitudes de vie, mais qui peuvent également jouer un rôle organisateur en cas de soutien des parents ;
- Perte de repères structurants avec le confinement : surtout lorsque l'on vit seul, risque d'inversion du rythme nyctéméral ;
- Manque de soutien relationnel : des solidarités étudiantes mises à l'épreuve avec la fermeture des associations étudiantes ;
- Incompatibilités d'emploi du temps.

Les conséquences de cette désorganisation sur la santé mentale des étudiants sont :

- Des troubles du sommeil récurrents, conséquence la plus visible et partagée (par cinq d'entre eux) ;
- Des troubles de l'adaptation (Enzo), voire des troubles anxieux qui retentissent sur l'humeur (Alexis, Jawad).

On observe alors des stratégies de compensation : usage de psychotropes, création d'une « bulle sociale » en présence ou virtuelle, reprise d'activités sexuelles.

Les difficultés sur les plans matériel et universitaire de Jawad forment un condensé des éléments retrouvés chez certains des autres répondants du groupe. Pour mémoire, Jawad est

boursier d'un gros échelon et vit seul en résidence universitaire. Il a occupé son studio durant toute la durée de la crise, en l'absence d'alternative. Avec l'épidémie de COVID-19 et le confinement, son équilibre matériel précaire se voit perturbé par la fermeture des restaurants universitaires. Il y mangeait très souvent pour faire des économies. Il raconte avoir eu recours aux distributions alimentaires gratuites venant en aide aux étudiants. Les conditions du confinement pour Jawad, dans un espace réduit et clos, sans contact avec l'extérieur, sans obligation universitaire en termes d'horaires, expliquent l'inversion de son rythme nyctéméral et la réactivation de ses troubles du sommeil :

MDS : Comment ça s'est passé le confinement ? Comment tu l'as vécu ?

Jawad : C'était hyper compliqué, déjà psychologiquement, dans le sens où j'avais un rythme de vie qui était hyper décalé, je dormais le jour, je vivais la nuit. (...) Par contre, j'ai essayé de vite perdre ce rythme de dormir le jour, en essayant de m'autoréguler dans le sommeil, quitte des fois à faire vingt-quatre heures sans dormir, pour éviter de m'endormir le jour, et de vraiment m'endormir la nuit.

Le premier confinement a d'abord été vécu comme un bouleversement de son rythme de vie, il dormait le jour et vivait la nuit. Les problèmes de sommeil sont fréquents pour Jawad, il nous explique qu'il se considère comme « hyperactif » et qu'il rencontre des difficultés récurrentes à se relaxer. Jawad est plutôt éloigné du système de soin. Il dit ne pas avoir consulté de médecin depuis plus de quatre ans, en dehors de son suivi de PrEP. Avec le confinement, ses troubles du sommeil deviennent quotidiens et contribuent rapidement à son mal-être psychologique, dans un contexte où les facteurs de stress se multiplient. Jawad parle de son pessimisme à propos de la situation politique et de son sentiment de ne pas être pris en considération par les professeurs de l'université. Il insiste aussi sur la perte de son ordinateur, avec lequel il assure habituellement ses activités étudiantes, et qui tombe en panne juste avant le confinement. Jawad ne peut pas le remplacer, il doit attendre six mois pour que son assurance le rembourse, c'est ce qui lui fait dire qu'il a manqué d'outils pour réussir, notamment ses examens de fin d'année 2020. Tous ces éléments participent à ses angoisses, d'autant plus que son père a perdu son travail, peu de temps avant le début de la pandémie de COVID-19 : désormais, ses parents ne peuvent plus l'aider financièrement. Même si Jawad finit par s'habituer aux conditions de son confinement, le cercle vicieux de l'isolement s'est mis en place : à force de ne voir personne, cela devient angoissant de se retrouver en contact avec les autres :

Jawad : Oui, à chaque fois qu'il y avait un déconfinement, je trouvais ça angoissant dans le sens de devoir reprendre une vie normale.

Il dit se replier sur lui-même et chaque déconfinement est vécu de manière angoissante. À la rentrée de septembre 2020, après un été mitigé, les problèmes de santé mentale de Jawad s'aggravent. Il se sent seul et dépourvu de perspective d'amélioration. Il nous raconte avoir connu une période où il était envahi par des idées suicidaires. Il ne sollicite pas l'entourage et ne consulte pas, par manque de temps, d'argent et de sentiment de légitimité.

Jawad : Après, je pense que je me suis encore plus renfermé sur moi-même pendant cette période-là, dans le sens où j'étais un peu en mode... je sais pas, c'est vrai qu'il y avait pas mal d'idées noires dans cette période-là, quand je compare un peu à la situation actuelle (...)

MDS : Je reviens sur quelque chose que tu as dit, tu parlais d'idées noires. Est-ce que par-là, tu entends plutôt des pensées plus négatives sur la vie qu'habituellement ? Ou est-ce que ça allait jusqu'à des idées suicidaires ?

Jawad : Oui, ça allait jusqu'aux idées suicidaires. C'était très sombre, des pensées noires oui, mais ça allait aussi jusqu'aux pensées suicidaires.

Retourner en cours n'est pas simple pour quelqu'un qui s'est « renfermé » socialement. Son double cursus et son engagement associatif exige de lui d'être à plusieurs endroits à la fois et conduit à des incompatibilités d'emploi du temps : « *Les choses se passaient en parallèle* » de lui, entre présentiel et distanciel. Le deuxième confinement arrive et déstabilise ce qui avait péniblement été mis en place. Jawad en vient à envier le premier confinement, où la pression était moins forte, une période « *plus calme* » et moins équivoque. Maintenant, il doit refaire la preuve de ses performances universitaires dans un contexte marqué par les incertitudes. On peut reformuler ses interrogations ainsi : *quelle issue politique à la crise sanitaire ? Comment vais-je m'en sortir financièrement et psychologiquement ? Comment faire face à mes hésitations identitaires ? Quelle orientation professionnelle prendre ?*

Le deuxième confinement, le couvre-feu et le troisième confinement s'enchaînent et Jawad ne voit pas d'issue. Au rythme des différentes séquences de la crise, la désorganisation se poursuit :

Jawad : Et même, là, ce troisième confinement, il est juste angoissant, parce qu'en fait, c'était pas un vrai confinement, ce qui faisait que j'avais mon activité habituelle, je faisais tout comme habituellement, mais juste on était confiné, ce qui faisait que si à 18 h tu avais pas acheté ta baguette de pain, tu peux pas manger. Enfin, je prends la baguette de pain, mais c'était le cadet de mes soucis, le pain. C'était plus, tout simplement un plat à manger, ça m'est déjà arrivé de

rentrer chez moi, de me rendre compte que j'ai pas de quoi manger et juste, de passer la nuit à ne rien manger – ce genre de problématique.

À l'issue de l'entretien, quand il est interrogé sur ses projections pour l'avenir, Jawad se dit perdu et dans une dynamique de survie, alors que « *c'est pas forcément ce qu'on se dit normalement lorsqu'on a mon âge et qu'on veut juste faire sa vie* ». Il juge la gestion politique de la crise sanitaire « *catastrophique* », et est dominé par un sentiment d'injustice. Selon lui, les aides aux plus précaires sont insuffisantes. Même pour respecter les gestes barrières, notamment avec le port du masque, le manque de moyen complique les choses :

Jawad : Combien de fois est-ce que j'ai porté des masques, pendant trois semaines le même masque, sans avoir le temps de le laver, parce que j'ai pas de machine à laver chez moi, j'allais pas lancer une machine au truc d'en face, enfin dans la rue, pour laver des masques. Déjà que c'est cher pour laver ses habits, je peux pas faire ça chaque jour pour des masques. Ce qui faisait que concrètement, je pense que ça joue dans le jugement qu'on peut avoir sur la gestion de crise.

Dans un contexte de crise et de mise à l'épreuve des individus, l'exemple de Jawad montre que des pertes de moyens matériels, même limitées, peuvent avoir des conséquences tangibles. La désorganisation brutale et durable du rythme de vie (ses habitudes de sommeil et d'alimentation) et du travail universitaire le conduit à développer un syndrome anxiodépressif. Dans ce cadre, les risques d'infection au SARS-CoV-2 ou au VIH viennent nourrir les pensées suicidaires.

3.6.8. Temps homosexuel suspendu, gestion de la frustration et des risques d'IST

Avant la pandémie de COVID-19, les habitudes de fréquentation des lieux gays ne sont pas encore ancrées pour ces « HSH précarisés ». Leur initiation à ces espaces est récente, ou il s'agit encore d'une simple aspiration :

GG : C'était quoi vos habitudes de fréquentation des lieux gays ?

Enzo : Les bars, pas tant que ça, (...) Par contre, j'allais au sauna, parce que j'ai un ami qui m'a un peu initié au sauna et vu que ça coûte très peu cher, pour les étudiants ou pour les jeunes en dessous de 25 ans.

La phase d'initiation fait partie des « *carrières* homosexuelles », au sens sociologique [105]. On entend par « carrière », l'apprentissage progressif d'un rôle social. Les structures associatives semblent être les dispositifs de rencontres non-sexuels privilégiés par le plus grand nombre dans ce groupe. On note dans les discours que ces espaces militants jouent aussi un rôle d'*autosupport* entre personnes LGBT. Ils apparaissent comme des lieux refuges, à la fois intégrateurs et formateurs dans les phases de tension identitaire aiguë. En témoignent les exemples de Matteo – qui a milité chez Aides pendant deux ans – et Yacine, qui dit qu'il y a postulé très récemment :

Yacine : Là, justement, j'ai appelé hier l'association AIDES – vous devez connaître, je pense. Je leur ai dit – enfin, j'ai laissé un message sur la boîte vocale et je leur ai dit que j'aimerais bien être volontaire, histoire de rencontrer des gens différemment. Voilà.

Ensuite, ce sont les lieux festifs qui sont les plus convoités. Parfois représentés comme la vitrine de la (sub)culture gay, ils forment des points de repère importants pour les jeunes souhaitant allier plaisir de la fête et de la musique, sociabilités et dragage. Les saunas et les backrooms sont des lieux plus confidentiels et où l'on peut facilement trouver des partenaires sexuels. Trois d'entre eux les fréquentent régulièrement, il s'agit d'Arnaud, Enzo et Jawad. Pour Arnaud, les saunas représentent des lieux d'exploration de la sexualité, avec des périodes d'intense fréquentation (un jour sur deux) et malgré les réticences de ses parents. Enfin, les lieux publics s'avèrent être un espace de rencontre seulement pour Jawad :

MDS : Comment tu rencontres tes partenaires sexuels ?

Jawad : Mes partenaires sexuels, c'est principalement sur Grindr. Oui, en ce moment, je suis sur Grindr, même si des fois ça peut arriver de croiser quelqu'un dans le métro ou dans la rue ou des lieux un peu insolites pour rencontrer des partenaires sexuels. Sinon, ça m'arrive aussi dans ces lieux-là – on va dire avant le COVID, parce que depuis le COVID, c'est juste Grindr.

Basée sur la communication non-verbale, la dragage repose sur l'investissement clandestin d'espaces publics et la recherche d'un plaisir sexuel immédiat sans engagement affectif. Les lieux où elle s'exerce font également partie de la subculture gay. Ces divers lieux sont pour beaucoup des passages obligés dans certaines phases de la construction identitaire. En fonction des besoins et des opportunités, ils participent à l'apprentissage des codes spécifiques aux (sub)cultures gays et plus largement LGBTQI+. Ils permettent de s'extirper d'un quotidien parfois violent pour certains gays, de rencontrer ses semblables, de profiter de leur soutien, de former son réseau et de s'éduquer à la santé sur certains aspects spécifiques.

Par conséquent, il est apparu utile de s'interroger sur les conséquences des fermetures durables de ces lieux pour les répondants de ce groupe, dans le contexte de la crise sanitaire, où le confinement avait déjà perturbé les vies sexuelles et affectives. En effet, aucun d'entre eux n'a déclaré avoir eu des rapports sexuels durant toute la durée du premier confinement. Lorsque l'on demande à Arnaud comment il a vécu cela et quelles ont été ses principales difficultés, il évoque spontanément les rencontres sexuelles mises en pause :

Arnaud : Oh, la, la ! Clairement, j'ai ressenti un GRAND manque, que ce soit affectif ou sexuel, surtout au bout du troisième mois : je n'en pouvais plus, sexuellement, j'avais très envie de coucher, disons les choses. C'était un peu difficile, mais je me suis dit qu'on était un peu tous dans le même panier, donc il fallait attendre, patienter. Mais niveau affectif, aussi : moi, j'avais besoin de câlins, d'affection, de tendresse, parce que j'aime bien ça.

Arnaud ressent beaucoup de frustration, mais le fait de savoir que tout le monde est dans la même situation l'aide à patienter. Cependant, le dernier mois de confinement est rude et finit par mettre à l'épreuve son bien-être sexuel et psychologique, ce que le visionnage de contenus pornographiques et la masturbation ne parviennent pas à compenser.

MDS : Tu parlais du fait que ça devenait de plus en plus difficile de rester enfermé, également de pas avoir de vie sexuelle. Ces difficultés que tu as rencontrées, comment elles s'exprimaient pour toi ? Comment ça se manifestait, en fait ?

Arnaud : Ouh, la ! Alors, beaucoup de choses ! Déjà, le visionnage de porno pendant de longues heures, que j'ai ressenti en particulier au troisième mois. Parce que je ressentais tellement le manque de tendresse et de promiscuité avec les hommes, que j'en ressentais énormément le besoin et du coup, c'était un CRI du corps, en fait, je le contrôlais pas, c'était vraiment... ça venait du corps et je devenais AGRESSIF en fait, quand on me dérangeait, à ce moment-là, parce que je m'enfermais dans ma chambre et quand mes parents toquaient à ma porte, moi, je disais : « Laissez-moi, laissez-moi tranquille, je veux être seul ».

L'analyse révèle que l'association des mesures de distanciation sociale avec la surcharge universitaire et les reconfigurations résidentielles (en cohabitation) suspendent le « temps homosexuel ». La recherche d'espaces de sociabilités spécifiques est mise en pause. Le « temps homosexuel » est empêché ou reporté à plus tard, alors même que la plupart des répondants expriment une urgence à découvrir les lieux gays et leurs usages. Des sentiments, différenciés selon les enquêtés, apparaissent : sentiment d'inutilité, sentiment de solitude et de manque d'interaction, de frustration sexuelle et de manque affectif.

Pour la moitié des « HSH précarisés », le déconfinement a véritablement lieu vers le début du mois de juillet (fin des examens et date butoir de rendu des mémoires) et l'été est l'occasion de faire quelques rencontres avec des partenaires occasionnels. Pour la majorité d'entre eux (Alexis, Louis, Enzo, Guillaume, Léo), le nombre de rencontres et de partenaires sexuels est inférieur à cinq. Yacine est entre Paris et le Maroc et n'a pas encore fait son entrée dans la sexualité. En revanche, Jawad et Matteo multiplient les partenaires sexuels occasionnels et contractent plusieurs IST (diagnostics à l'issue de l'été 2020). À la rentrée 2020, les saunas et les bars ferment à nouveau, certains répondants annulent donc leurs projets de s'y rendre, par exemple en rejoignant une grande ville le temps d'un week-end. En temps de COVID-19, faire des rencontres amoureuses et construire une relation de couple apparaît comme encore plus difficile à réaliser qu'auparavant, comme en témoigne l'expérience d'Alexis, le seul à avoir tenté l'expérience. La plupart des autres répondants n'évoquent pas cette éventualité. L'usage de Grindr par tous les répondants (sauf Louis) est donc un moyen numérique et légal d'engager des conversations avec d'autres homosexuels et de provoquer des rencontres. Cependant, les répondants sont assez critiques vis-à-vis de cette application, dont ils déplorent de nombreux travers, dont ils sont victimes (voir la partie 3.7.2. : Usages des applications de rencontre). Un des dangers identifiés réside dans l'omniprésence des propositions de *chemsex* auprès de jeunes qui n'ont pas ces habitudes des consommations.

L'ensemble de ces facteurs contribue à suspendre « le temps homosexuel » et donc à générer une menace pour l'identité sexuelle. Deux phénomènes concourent à majorer cette menace :

- L'isolement social global provoqué par la crise sanitaire, c'est-à-dire l'affaiblissement de l'ancrage relationnel et la rareté des interactions sociales concrètes (Jawad, Matteo) ;
- L'urgence ressentie à expérimenter sa sexualité (Arnaud, Alexis, Yacine).

Si l'on considère le fait que ces jeunes se sentent peu ou pas à risque par rapport à l'infection au SARS-CoV-2 et qu'ils ont principalement accès à des partenaires sexuels via Grindr, les relations sexuelles avec des partenaires occasionnels s'avèrent être la solution la plus répandue pour faire face à la menace identitaire. Les mesures préventives vis-à-vis du VIH et des IST sont connues, mais les moyens à mettre en œuvre pour se protéger ne sont pas toujours anticipés. Vu la circulation du virus du SARS-CoV-2 durant la période, la question de sa transmission lors des rapports sexuels a été évoquée durant les entretiens. La plupart des répondants déclarent ne plus tenir compte de ce risque au moment des rapports sexuels, ne voyant pas comment s'en prémunir. À l'exception d'Arnaud, qui déclare avoir mis le masque lorsqu'il s'est rendu au sauna durant l'été 2020. Pour Yacine, qui entre dans l'homosexualité

concrète en janvier 2021, le risque de contracter le VIH prend le dessus sur celui d'être infecté par le SARS-CoV-2 :

GG : Du coup, ça (le risque de la COVID-19) ne vous préoccupe pas par la suite, mettons, après avoir rencontré quelqu'un. Vous n'êtes pas dans le stress de vous dire : « Est-ce que j'aurais pu être infecté ou quoi ? »

Yacine : Franchement, le stress, il est plus : « Est-ce qu'il a pu m'infecter par le VIH ? » que par le COVID.

Jawad est « *tellement occupé* » durant la crise, que ses sociabilités sexuelles et non-sexuelles disparaissent progressivement. Durant l'année 2020, il « perd » plusieurs partenaires sexuels réguliers, certains lui ayant reproché d'avoir installé une trop grande distance entre eux. De son côté, il explique avoir voulu protéger ces partenaires de la COVID-19, certains étant plus âgés que lui et plus à risque de forme grave. Le surinvestissement dans la réorganisation de sa vie universitaire se fait au dépend de sa vie « *personnelle* » :

Jawad : Non, mais c'est ça (à propos de la surcharge de travail), ce qui faisait que c'était hyper relou pour moi, ce qui fait que j'avais encore moins de vie personnelle, parce que pour le coup... c'est aussi là que je me suis rendu compte que j'en arrivais à ne pratiquement plus avoir de relations, de trucs comme ça, personnels, sexuels ou quoi que ce soit.

Durant l'été, Jawad est allé sur des plages naturistes de la Côte d'Azur et a eu de nombreux rapports sexuels. Il prend la PrEP depuis 2019 et n'utilise plus systématiquement le préservatif. Cependant, ce rattrapage du temps homosexuel l'a conduit fin août 2020 à faire l'objet de plusieurs diagnostics d'IST. Jawad s'est senti en échec dans la « gestion » de lui-même :

MDS : Justement, pour interroger ce côté-là : durant l'été, tu as eu des partenaires ?

Jawad : Oui, pendant l'été, j'ai vraiment fait n'importe quoi, dans le sens où... quand je dis n'importe quoi, c'est plutôt parce que je prenais la PrEP, mais je traînais dans les plages naturistes, qui étaient des lieux ouverts dans la Côte d'Azur malgré toutes les restrictions qu'il peut y avoir, parce que de fait, c'est des lieux ouverts, donc c'est pas les boîtes de nuit ou des trucs comme ça. Ce qui faisait que c'était beaucoup de rapports sexuels – c'est pour ça que je dis que c'était n'importe quoi, parce que lors de mon bilan que j'ai fait fin août, j'avais pas mal d'IST. C'étaient pas des trucs hyper graves, mais ça m'a quand même mis une claque en termes de gestion de moi-même.

Durant la même période, ses parents évoquent avec lui la possibilité d'un mariage arrangé avec une femme, ce qui entre en dissonance avec ce vécu homosexuel. Dans ce contexte de crise identitaire aiguë et de désorganisation, les symptômes dépressifs prennent la forme de pensées suicidaires. Jawad en vient désormais à se dire qu'il pourrait contracter le VIH sans que cela ne soit si grave.

Jawad : Là, j'en ai encore chopé une (IST) en janvier. Après, il y a aussi l'aspect où je me rends compte de plus en plus, je suis un peu dans cette psychologie de me dire : « En soi, même si je chope le VIH, c'est pas si grave que ça » alors qu'en vrai, c'est quand même grave en termes de maladie.

En conclusion, pour Jawad, le « temps homosexuel » suspendu se manifeste par des réajustements relationnels. Il ne rencontre plus en présentiel, sur des lieux de drague et ne voit plus ses partenaires réguliers. Il privilégie les partenaires occasionnels sur un temps court, le seul dont il dispose et qu'il met à profit. À l'issue de cet épisode, la survenue d'IST joue un rôle culpabilisant. Jawad et Matteo sont les deux répondants de ce groupe ayant déclaré avoir contracté une IST (autre que le VIH) durant la crise de la COVID-19. Il apparaît que ces IST sont la conséquence de leur état de vulnérabilité, créé par l'accumulation de plusieurs facteurs fragilisants (personnels, relationnels, contextuels). Ainsi, ces IST constituent les « potentialités somatiques » de leur processus de vulnérabilisation.

3.6.9. Portrait de Matteo : une histoire singulière qui condense les facteurs de vulnérabilité

Matteo a 20 ans et est originaire du Sud de la France. Son père est cadre et sa mère est pompière. Il a une sœur plus âgée, qui est étudiante comme lui. Il a déménagé dans la capitale à 18 ans pour ses études. Au moment de l'entretien, il poursuit sa dernière année de bachelor en alternance. Après quatre ans de relation, il a connu une rupture amoureuse, récente, et se déclare célibataire au moment de l'entretien. Concernant ses conditions matérielles, Matteo vit dans un studio de 20 m². Il reçoit un salaire d'alternant et une aide au logement (APL). Avant la crise, il travaillait en tant que serveur en boîte de nuit gay, de manière non déclarée, pour compléter ses revenus.

Sur le plan identitaire, il s'identifie comme « *homosexuel* » ou « *gay* » (mais « *homosexuel ça fait plus scientifique* »). Son identité sexuelle est plutôt acceptée par son entourage, « *même si ça n'a pas toujours été simple* » avec ses parents, notamment de ses 14 à ses 16 ans, et

qu'il ne sent pas à l'aise avec eux pour parler de son mode de vie et de ses pratiques de consommation de psychotropes. À son arrivée dans la capitale, il s'est porté volontaire à l'association AIDES et il y a milité pendant deux ans. Avant l'arrivée du virus, il affectionnait le milieu nocturne gay parisien et consommait de la MDMA seulement en contexte festif. À l'émergence de l'épidémie de COVID-19 en France, il n'a pas vu venir les choses et ne s'imaginait pas devoir cesser son job étudiant en boîte de nuit :

Matteo : Jusqu'au dernier moment, j'ai cru vraiment que j'allais pouvoir continuer par exemple à travailler en boîte. Je travaillais énormément en soirées gays, ça me plaisait, ce milieu, c'est quelque chose que j'ADORAIS, de rencontrer énormément de personnes, de VOIR du monde. C'est arrivé petit à petit et petit à petit, j'appréhendais ce moment-là, mais sans trop savoir ce qu'il allait se passer. Je me disais qu'au pire ça allait être un moment éphémère.

L'allocution présidentielle annonçant le premier confinement et les semaines qui ont suivi demeurent pour lui un moment traumatisant. Comme il perd son job étudiant à cause du confinement, que ses activités de formation sont mises en pause et qu'il vit seul, lorsque son père l'appelle pour lui demander de revenir vivre en famille dans le Sud, il accepte, à contre-cœur. Matteo reste deux semaines chez eux, mais devant une récurrence de ses symptômes dépressifs, il décide de rentrer à Paris :

Matteo : Je me souviens de l'allocution, ça m'a ÉNORMÉMENT marqué, parce qu'en fait, j'étais allé la veille à une soirée, où j'avais consommé des drogues. J'étais le lendemain en descente complète {sic} et à l'annonce présidentielle, j'ai eu un appel de mon père qui m'a dit : « On va être confinés, il faut absolument que tu reviennes dans le Sud, tu viens te confiner avec nous. » Et je me suis mis à pleurer toutes les larmes de mon corps, je ne voulais pas retourner chez mes parents, c'était une perte de liberté, j'avais l'impression qu'on me COUPAIT mes ailes, que c'était la FIN de ma vie, c'était affreux ! Je n'ai pas eu le choix, j'ai dû partir dans le Sud à l'annonce présidentielle. J'ai vécu ça comme un traumatisme, ça a été l'ENFER, pendant deux semaines, un véritable enfer où j'ai, je pense, sombré littéralement en DÉPRESSION. J'étais déjà en dépression depuis UN AN, donc ça a aggravé tous les efforts que j'avais faits, ça m'a tout coupé. (...) Retourner chez mes parents, c'était horrible. Donc voilà, j'ai tenu deux semaines, je suis rentré à X (lieu de résidence), parce que je me suis dit : « Il vaut mieux que je vive SEUL dans un petit chez moi, que MAL dans un grand chez les autres. » Je sais pas si tu vois ce que je veux dire...

Lors de son retour à Paris, Matteo est dominé par la solitude et par le sentiment de « *repartir à zéro* » dans son parcours en santé mentale. Matteo souffrait déjà d'un syndrome anxiodépressif depuis trois ans. Il était accompagné par une psychiatre de façon régulière et

devant l'inefficacité des anti-dépresseur (ISRS), prenait uniquement un traitement médicamenteux composé d'anxiolytique (alprazolam, XANAX®). Lors du premier confinement, il a pu bénéficier de téléconsultations hebdomadaires avec sa psychiatre, ce qui a permis de maintenir un soutien psychologique.

Après un mois de confinement, comme il ne supporte pas de rester seul chez lui, Matteo décide de voir régulièrement les mêmes amis, avec initialement des précautions mises en place par rapport au SARS-CoV-2. Progressivement, comme ils ne se voyaient qu'entre eux (*bulle sociale*), ces précautions en présence de ses amis se sont relâchées. Puis, ils ont commencé à faire des soirées en appartement, où les consommations de drogues s'installent progressivement, ce qu'il explique en disant qu'il s'est habitué à quelque chose d'éphémère, dans un contexte où tous ressentaient le besoin de « *de lâcher prise, d'oublier qu'il y avait le COVID, d'oublier qu'(ils étaient) enfermés* » :

Matteo : Pour parler du coup du premier impact du COVID sur moi, ça a été une augmentation des consommations. Je me suis habitué à quelque chose qui était éphémère. Avant, je prenais un ecsta en soirée, des fois, on s'amusait, c'était le fun. On a commencé à faire des soirées appart, pensant que ça allait être provisoire et forcément, en soirées appart, c'est pas du tout comme en boîte : on commence pas par le *before*, on fait pas de soirée, c'est directement un *after*, en fait.

Dans cet extrait, il raconte que la temporalité habituelle de la fête est renversée : l'*after* (fin de soirée, forte imprégnation en drogues) commence dès le *before* (début de soirée). Concernant les drogues qui circulent ; « *on prenait un peu tout ce qu'y avait* », ce qu'il qualifie de « *drug mix* ». Ayant été bénévole dans une association communautaire de soutien aux PVVIH et de promotion de la santé sexuelle (Aides), il a été formé à la réduction des risques en addictologie et santé sexuelle, qu'il mobilise dans ce contexte. Pour sa part, il retient principalement la Kétamine et la 3-MMC, dont « *l'apparition* » se manifeste donc d'abord en contexte non-sexuel :

Matteo : On buvait pas d'alcool quand on consommait, mais oui, on buvait de l'alcool des fois quand on se réunissait. C'était du drug mix, honnêtement, on prenait un peu tout ce qu'y avait. On faisait pas de mix en même temps, c'est-à-dire que j'ai des amis, on fait TRÈS attention de comment on prend, pour limiter les dangers au maximum : noter des heures, faire attention, voilà... On fait très attention les uns aux autres, mais pour autant, même, on prend des risques évidemment dès qu'on consomme. Mais on mélangeait pas tout ce qui n'était pas mélangeable. On faisait pas par exemple... on n'a jamais fait du GHB et de l'alcool, on sait qu'il faut pas. La

kétamine et l'alcool, on fait pas non plus. Tout ce qu'on pouvait ne pas faire, on le faisait pas, on va dire.

D'après lui, la recrudescence du *chemsex* à Paris, notamment dans son réseau, fait qu'il aurait « *forcément* » selon lui été amené à rencontrer la 3-MMC et les pratiques sexuelles qui lui sont associées. Sur les applications de rencontre, les propositions de sexe en groupe se multipliaient. Il dit qu'il aurait fallu être « aveugle » pour ne pas s'en rendre compte :

MDS : Comment ça a commencé le chemsex ? La prise de contact ?

Matteo : La prise de contact s'est faite par des amis, j'ai toujours été INITIÉ dans ce genre de drogues par des amis. Ensuite, via les applications, depuis le premier confinement, les partouzes se sont multipliées, mais par centaines ! À X (ville de résidence), c'est devenu un véritable fléau, le chemsex – je pense que tu le sais – et de toute façon, j'allais FORCÉMENT être induit là-dedans, d'une manière ou d'une autre, que ce soit par mes amis ou pas par mes amis, j'allais FORCÉMENT, à un moment, le voir ou le vivre, parce qu'on peut pas passer à côté – celui qui passe à côté, il est vraiment aveugle.

D'après Matteo, le *chemsex* est un « *fléau* » pour la communauté gay et vu sa situation de vulnérabilité, il juge avec fatalisme qu'il ne pouvait y échapper. Sa rupture amoureuse récente est l'un des facteurs précipitant identifié par Matteo et en cela le chemsex vient jouer un rôle d'antidépresseur socialisant.

MDS : Durant l'été, déconfinement et le deuxième, est-ce que tu avais toujours un traitement tous les jours, quotidien ?

Matteo : Non, j'avais un traitement de fond, de temps en temps je prenais 0,25 d'Alprazolam au moment où je ressentais des angoisses ou pour limiter les angoisses. Mais c'était très peu fréquent, parce que forcément la 3-MMC et les autres drogues qui me servaient d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, c'est un fait.

Il décrit la répétition de rapports anaux non protégés, sous l'emprise de la 3-MMC, qui furent pour lui, ancien militant contre le VIH, des prises de risques marquantes. Il conscientise après coup le fait que « *l'usage de drogue nous fait perdre un peu la conscience du risque (VIH)* ». C'est pourquoi il décide de débiter la PrEP en juin, quelques semaines après le déconfinement. Il se rend dans un CeGIDD communautaire de la capitale, car il ne « *veut pas être séropo* ». Malgré cette rationalité préventive, en l'espace de quelques semaines, il s'engage dans le *chemsex* de façon très fréquente et voit s'éloigner durablement la sexualité

sans produit. Il décrit un cercle vicieux où la protection qu'offre la PrEP vis-à-vis du VIH fait tomber une ultime barrière, qui l'entraîne à consommer davantage et à multiplier les relations sans préservatifs, toujours associées aux produits. D'août à novembre 2020, ses « *plans* » sont pluri-hebdomadaires et l'addition du GBL à la 3-MMC parachève cette « *descente dans les toxiques* » :

Matteo : À l'arrivée du chemsex, après le premier confinement, la découverte de la 3-MMC, petit à petit, suite à une rupture amoureuse (...) que j'ai très mal vécue. Je suis tombé un peu dans la 3-MMC, la 3-MMC m'a mené à la PrEP, la PrEP a induit encore plus la 3-MMC et les rapports non protégés. (Le mécanisme c'est) : le COVID et l'enfermement, la rupture, la 3-MMC, la PrEP, puis, ensuite l'addiction.

Dans son discours, la crise de la COVID-19 apparaît comme l'élément déclencheur et accélérateur de son addiction au *chemsex*, qui devient sévère.

Matteo : Et ça, j'en suis persuadé que c'est lié au COVID. S'il y avait pas eu cet enfermement, si j'avais pas eu toutes ces interdictions de soirées, d'aller en boîte, de voir du monde, je me serais peut-être pas autant frustré, je pense, j'aurais pas eu autant de relations sexuelles NON protégées, aussi.

À partir de septembre, se sentant perdre le contrôle de la situation et sans perspective d'amélioration, il va consulter un addictologue dans un CeGIDD communautaire. Il n'arrête pas complètement ses pratiques, mais on lui donne des objectifs et des échéances au-delà desquelles des mesures de protection seront prises. Il y fait aussi des dépistages réguliers, et se voit diagnostiquer plusieurs IST.

En novembre, Matteo est gravement atteint par une pneumopathie sévère, d'étiologie restée indéterminée (nombreux tests PCR COVID négatifs), pour laquelle il est hospitalisé six semaines en réanimation, intubé et ventilé. Sans pouvoir l'affirmer, il suppose que les toxiques ont diminué ses défenses immunitaires et l'ont exposé à une forme grave de COVID-19.

Matteo : Et en novembre, après, je suis tombé gravement malade. Donc, savoir si c'est le COVID ou la 3-MMC qui m'a niqué mes défenses immunitaires, on le saura jamais, mais on s'en doute !

Alors qu'il n'a « *pas menti, (qu'il a) dit toute la vérité à l'hôpital, sur (ses) consommations, sur (ses) pratiques* », il préfère cacher ses raisons à ses parents, qui viendront le voir quelques fois. Il sort de l'hôpital le 25 décembre 2020 et passe Noël seul et affaibli. Cette hospitalisation

« choc », à la fois traumatisante et nécessaire a constitué un dernier garde-fou devant la menace vitale que représente le *chemsex*.

Matteo : C'était un véritable CHOC pour moi et j'ai eu BESOIN de ça, j'ai eu besoin de m'approcher SI PRÈS de la mort, pour me dire : « Bon, va falloir prendre ta vie en main ». Je suis sorti de l'hôpital fin décembre, j'ai passé Noël tout seul, ça m'a ÉNORMÉMENT marqué aussi. Et ça a été une reprise TRÈS progressive de ma vie – j'avais du mal à marcher – des soirées : j'allais en soirée, j'ai fait le jour de l'an, avec un MASQUE, parce que si je choppais le COVID, c'était très dangereux pour moi, ça aurait pu avoir des conséquences très graves. Donc, ça a été tout doucement et petit à petit.

En janvier 2021, ses consommations reprennent, mais de façon plus espacée, de tel sorte qu'il essaie de reprendre une vie sexuelle « normale », c'est-à-dire sans être sous l'emprise des psychotropes (3-MMC et GBL). Soutenu par quelques amis, il décide de faire un « *tri considérable* » dans ses fréquentations, s'éloignant de ceux qui sont des consommateurs ou consommatrices. Il considère que le chemsex est devenu un fléau dans la capitale et il est pessimiste au sujet de la communauté gay, de laquelle il se sent désaffilié :

Matteo : Là, j'y pense, je le vois aussi autour de moi – on s'est tous habitué à quelque chose qui allait être provisoire et on a tous pensé qu'on allait s'en sortir très rapidement. Tout mon entourage a SUR-consommé. Un an après... moi, j'ai eu « de la chance », on va dire, de passer par la période hôpital et je vois les DÉGÂTS aujourd'hui que ça a, les consommations qui ont explosé et là, honnêtement, je sais pas comment on va faire pour s'en sortir, ça va être quelque chose, à mon avis, de très difficile. (...) j'appartiens à cette communauté parce que je retrouve mes AMIS gays. Sinon, je n'appartiens plus à cette communauté parce que je ne sors plus dans des lieux gays, forcément.

Cette lassitude entraîne une négligence vis-à-vis du risque d'infection par le SARS-CoV-2, d'autant plus que ce virus est identifié comme la cause de ses problèmes. Matteo en vient même à banaliser son expérience récente en réanimation, pourtant traumatique. Pour lui, les jeunes souffrent énormément, tandis que le contexte social et ses incertitudes ne permettent pas de se projeter dans quelque chose de positif.

Matteo : Pour moi, c'est très long ; les jeunes souffrent ÉNORMÉMENT de ne pas pouvoir sortir, de ne pas pouvoir aller dans un bar, de ne pas pouvoir aller en boîte, je le vois autour de moi et moi-même, j'en souffre énormément et je donnerais tout pour retrouver une vie d'avant, au risque d'avoir le COVID. À la limite, je m'en FOUS, clairement, de tomber malade, je m'en FOUS de retourner en réanimation, si c'est pour retrouver ma vie d'avant. (...) Je dirais que j'ai

énormément de mal à me projeter, je ne sais pas ce que je vais faire l'an prochain, je ne sais pas vers quoi je veux aller, je ne sais ce qui va me plaire plus tard, je ne sais quel métier je veux faire, je ne sais pas dans quelles études je veux aller. Et je n'arrive pas à voir clair de quand est-ce que je vais pouvoir reprendre une vie normale, à 100 %. C'est complètement flou, donc je suis un peu paumé et... voilà.

De façon générale, bien que son discours rende compte d'un relatif contrôle initial des effets potentiellement dangereux des produits psychotropes via la réduction des risques (RdR), il semble à la sortie du confinement être dépassé par son addiction en quelques semaines.

Après la mauvaise expérience du retour chez ses parents, Matteo ne peut plus compter sur ses « liens forts » familiaux pour résorber sa situation d'isolement. Ayant « trop de temps » seul, il se replie sur une *bulle sociale* formée de personnes vivant la même situation que lui. La grande disponibilité des drogues dans son réseau expose Matteo à la tentation de la consommation. Le fait d'utiliser *Grindr* dans ce contexte l'expose encore davantage au *chemsex*. Rapidement, l'addiction devient son activité principale et l'épidémie de COVID-19 passe au second plan. Malgré les ressources médicales mobilisées (PrEP, dépistages, addictologue), l'hospitalisation devient indispensable et marque profondément la trajectoire de Matteo. Malgré tout, Matteo préférerait encore être malade physiquement plutôt qu'isolé socialement.

3.6.10. Conclusion

Dans ce groupe, on parle de « précarité identitaire » car les répondants vivent des instabilités biographiques en lien avec leur orientation sexuelle (et pour certains leur identité de genre). Cette expérience de l'altérité, de la marginalité entraîne un besoin de se définir, d'en parler, de s'annoncer aux autres²⁶. Les manières de se définir ont évolué, mais la pression sociale poussant à se positionner par rapport aux normes hétérosexuelle et cisgenre demeure.

Durant la crise de la COVID-19, la précarisation matérielle associée à leur statut d'étudiant vient se combiner à la précarité identitaire, à différents degrés selon les expériences. Ainsi, pour les répondants de ce groupe, « vivre son homosexualité » est avant tout un enjeu d'autonomie sociale et financière. Les aspirations formulées par les répondants vont dans ce sens : réussir ses études, trouver un travail, prendre un appartement seul, se constituer son propre réseau communautaire. Leur vécu de la crise témoigne des obstacles rencontrés dans

²⁶ D'après Delor, la « construction d'une identité est tributaire de la reconnaissance d'autrui »

la quête de cette autonomie. La désorganisation du quotidien les fragilise psychologiquement et menace de les faire échouer à leurs examens. La précarisation matérielle entraîne un besoin de protection. La suspension du « temps homosexuel » entraîne des conduites inhabituelles qui les vulnérabilisent vis-à-vis des IST et de l'usage de drogues. Les freins à la consultation médicale forment un cercle vicieux : c'est parce qu'ils sont précaires et désorganisés qu'ils connaissent des difficultés psychologiques, mais ce sont aussi les raisons qui les empêchent de consulter.

La gravité de la situation de Matteo illustre bien la dynamique de vie des personnes précarisées : des événements soudains (comme le confinement) peuvent conduire très rapidement à une situation dégradée en termes de santé et de conditions de vie.

En tant qu'étudiants, beaucoup prétendent à une ascension sociale. De ce point de vue, leur précarisation matérielle et relationnelle actuelle ne semble pas prédictive de leur futur. Pour autant, la sévérité de certaines situations de vulnérabilité repérées pourrait conduire à moyen terme à des bifurcations biographiques, qui échappent au champ d'observation de cette recherche.

3.7. Résultats comparatifs

3.7.1. Vécu de l'isolement et stratégies d'adaptation

Quand on compare les trois groupes préalablement décrits, on constate que le fait de vivre en couple, surtout si l'on cohabite, protège des risques psychosociaux liées à l'épidémie de COVID-19. Par opposition, les ruptures amoureuses et les conditions dans lesquelles elles surviennent constituent des facteurs d'exposition (sept répondants sont concernés au total). Pour les plus jeunes, célibataires et peu insérés socialement, le repli sur les liens forts familiaux – quand cela est possible – vient soulager des risques de l'isolement. Parmi les hommes gays plus âgés, ceux qui entretiennent déjà un rapport complexe et douloureux avec l'isolement, sont davantage exposés aux vulnérabilités psychosociales et à leurs conséquences dommageables (problèmes de santé mentale et d'addiction).

Pour synthétiser :

- **Dans le groupe « HSH stables »** : l'ancrage relationnel est manifeste et le couple stable (ou le multipartenariat choisi) est réaffirmé par la crise. L'ensemble de ces relations entretenues, et parfois redéfinies, leur donnent plus d'amplitude et de ressources pour faire face à l'isolement. Et même quand ils sont seuls, ils peuvent « compter sur eux-mêmes » ;
- **Dans le groupe « HSH fragilisés »** : les soutiens relationnels sont moins nombreux et moins ancrés, du fait d'instabilités biographiques avec des déménagements, des ruptures relationnelles, des désinsertions professionnelles. De plus, la mécanique d'autoconfinement met ces hommes à distance des autres, sur fond de souffrance psychologique. Ici, la pratique du chemsex permet de surmonter le stress des contacts sociaux en modifiant les cognitions et la notion des risques (infectieux, de contrôle policier, etc.) ;
- **Dans le groupe « HSH précarisés »** : Le fait d'être jeune étudiant et de vivre seul durant la crise est synonyme de niveau de vulnérabilité élevé (par le cumul de potentialités). La nécessité de protection vis-à-vis des violences, de l'isolement et de la précarité matérielle entraîne des turbulences résidentielles autour de liens forts

(familiaux, amicaux). Puis, quand ces menaces s'estompent, le mouvement d'autonomisation reprend.

Au total, ceux qui bénéficient d'un ancrage relationnel et d'une solide insertion sociale (emploi, liens avec la famille, liens communautaires) se sont mieux adaptés à l'isolement contraint par l'épidémie de COVID-19 en maintenant les liens, notamment pendant le confinement et de façon encore plus marquée dans les séquences suivantes. Les personnes présentant des antécédents sur le plan psychique ont rencontré des difficultés d'adaptation au climat anxiogène et se sont largement autoconfinées. Les tensions identitaires passées peuvent expliquer les fragilités psychiques pré-existantes à la crise, qui les réactive et amplifie. Au total, cinq personnes ont rapporté des idées suicidaires. Face à ces symptômes, des habitudes de consommation d'alcool, de cannabis, d'opioïdes peuvent s'installer dans un but anxiolytique. La pratique du chemsex prend des significations différentes en fonction des enquêtés, mais l'on constate que les cinq répondants rapportant de telles pratiques ont tous connu une augmentation de leur consommation durant la crise.

3.7.2. Usage des applications de rencontre géolocalisées

Rituel central de la subculture gay masculine, la drague possède à toutes les époques ses lieux et ses codes institués [102]. Les contraintes liées à la discrétion ou à l'invisibilisation des modes vie gays forçaient ces hommes à inverser la chronologie traditionnelle de la rencontre, qui s'inaugurait par la sexualité avant de s'étendre à d'autres aspects de l'existence comme la conjugalité ou l'amitié. Selon le sociologue Michael Pollak, « la drague homosexuelle traduit une recherche d'efficacité et d'économie comportant, à la fois, la maximisation du "rendement" quantitativement exprimée (en nombre de partenaires et d'orgasmes) et la minimisation du "coût" (la perte de temps et le risque de refus opposés aux avances) » [65]. Plus récemment, le développement des sites de rencontre a connu un progrès exponentiel jusqu'à constituer le moyen de rencontre principal chez les gays [38]. Les bénéfices associés à l'utilisation d'Internet sont connus et nombreux : possibilité de l'exploration sexuelle et de la découverte de soi, développement et confirmation identitaire, rupture de l'isolement, partage d'informations et renforcement des liens communautaires. Les inconvénients également : il s'agit d'une pratique chronophage, qui expose à des dangers nouveaux.

Dans l'échantillon, on constate un usage massif de Grindr (concerne les trois quarts des répondants), ce qui confirme qu'il s'agit du moyen de rencontre le plus plébiscité. Pourtant, les répondants ont globalement pointé les défauts et les travers des applications de rencontre

géolocalisées et principalement ceux de Grindr. Ceux qui rencontrent des difficultés psychologiques, ont quasiment systématiquement désigné Grindr comme problématique pour eux :

- Grindr semble creuser les failles narcissiques, à cause de la vaine attente de réponses aux conversations engagées ou de « validations » (approbations) de son apparence ;
- L'application ne facilite pas toujours les rencontres et génère de la frustration, notamment en temps de COVID-19 et pour ceux qui ne vivent pas dans une grande agglomération ;
- Elle peut être le vecteur d'attitudes racistes et transphobes.

Les plus jeunes signalent davantage de méfiance vis-à-vis des hommes rencontrés via l'application, pour des raisons qui vont d'un malaise ressenti face à des hommes beaucoup plus âgés (et très insistants) à récits de violences physiques et sexuelles. Un jeune répondant a ainsi raconté les circonstances d'un viol par un partenaire masculin rencontré via l'application. Plusieurs jeunes répondants ont raconté avoir vécu des situations de « stealthing » (signifie littéralement « furtivement, discrètement »), c'est-à-dire un retrait non consenti du préservatif durant l'acte sexuel, qu'ils reliaient spécifiquement à l'usage de Grindr.

Les problèmes liés au chemsex apparaissent également comme très intriqués avec l'usage de l'application. L'utilisation de Grindr dans les grandes villes expose aux propositions de chemsex, de plus en plus fréquentes, d'après de nombreux répondants. Le portrait du jeune Matteo met en lumière la facilité et la rapidité d'accès à ce type de pratique via l'application, dans la capitale française. De façon générale, on constate dans les récits que la pratique du chemsex est associée au multipartenariat et que ce dernier est rendu possible par l'application. Ainsi, le phénomène du chemsex semble s'autoentretenir :

- Les personnes délaissent les autres modes de rencontre et privilégient cette application en temps de COVID-19, du fait de la fermeture des lieux gays et des mesures de freinage de l'épidémie ;
- S'ils sont dans une grande agglomération, ils voient passer des propositions de chemsex de plus en plus fréquentes, ils sont donc davantage exposés à cette pratique. S'ils sont fragilisés psychologiquement, soit le chemsex joue un rôle repoussoir (notamment quand la personne est suffisamment informée), soit le chemsex joue un rôle d'antidépresseur socialisant ;
- Ceux qui tentent l'expérience et prennent l'habitude de cette pratique vont à leur tour faire des propositions de « *plan chemsex* » sur l'application, dans le but de maintenir leurs consommations sexuelles et de produits psychoactifs.

3.7.3. Usages de la PrEP et gestion des risques IST et VIH

La notion de prise de risque sexuel s'est complexifiée depuis l'arrivée de la TasP (2013) et de la PrEP (2016). Tout rapport pénétratif non protégé par préservatif n'est plus forcément une prise de risque sexuel du point de vue du VIH. En parallèle, la prévalence des IST (chlamydia, gonocoque, syphilis) augmente depuis les années 2000, notamment chez les gays. Dans le contexte de la crise de la COVID-19, comment définir un rapport sexuel à risque ? La question est complexe et elle reste souvent ouverte dans le discours des répondants. Ces derniers témoignent dans leur diversité de leur propre manière de naviguer et de se positionner face à des risques multiples et omniprésents. Mais il semblerait globalement que pour eux, tout rapport sexuel en temps de COVID-19 soit un rapport sexuel à risque, notamment du fait de l'impossibilité ressentie à se prémunir de l'infection par le SARS-CoV-2 (sauf pour Pascal, on l'a vu). Ainsi, nombreux sont ceux qui rapportent avoir « *déconnecté l'application COVID* »²⁷ lors des rencontres sexuelles, alors que d'autres risques continuaient d'être pris en compte (comme celui d'infection au VIH). Cela n'empêchait pas cependant de mettre en place des stratégies plus globales de sélection de partenaires et notamment de « bulle sexuelle » : celles-ci consistent à choisir des partenaires réguliers de confiance et à s'astreindre de n'avoir des relations qu'avec eux pour minimiser le risque de transmission de la COVID-19, et surtout permettre un traçage des cas.

Parmi les répondants, vingt-trois se déclarent prépeurs au total, soit plus de la moitié de l'échantillon. Certains ont arrêté de prendre la PrEP pendant la crise, d'autres ont commencé à le faire, d'autres encore ont changé leur mode de prise (à la demande ou en continu). Les cohortes Ipergay et Prévenir ont montré qu'une grande partie des contaminations par le VIH durant l'essai coïncidait avec un changement de prise (quelques semaines après l'arrêt) [118,119]. D'où les préoccupations de santé publique exprimées après les premiers chiffres publiés par l'étude EPI-PHARE, qui montraient une chute des délivrances de PrEP. Dans l'échantillon de COVIGAY, les hommes qui déclarent avoir arrêté la PrEP avec le confinement n'ont eu aucun rapport sexuel durant cette période. L'arrêt de la prise de PrEP était pour eux en cohérence avec la conscience d'un risque faible d'infection par le VIH. La reprise de la PrEP après le confinement s'est faite en fonction de l'activité sexuelle et il n'a pas été constaté de difficulté d'approvisionnement. Les répondants rapportent un recours massif à la téléconsultation, notamment dans ce cadre. Du côté de l'initiation de la PrEP, les résultats sont plus mitigés. Des perturbations du fonctionnement des services d'infectiologie et des CeGIDD sont rencontrés, mais la plupart des hommes concernés ne subissent pas de conséquences

²⁷ Dans le sens de se déconnecter de la conscience du risque, faire un déni du risque

à leur niveau. Cependant, à travers l'exemple de la séroconversion au VIH de Robin à l'été 2020, se confirment les inquiétudes concernant de probables « occasions manquées » de prévenir une infection par le recours à la PrEP. Enfin, la pratique du chemsex est fortement associée à des prises de risque vis-à-vis du VIH et le fait d'être approvisionné en PrEP ne garantit pas une utilisation sans faille. Au contraire, des oublis de prise sont rapportés (et attribués à la perte de la notion du temps sous l'effet des psychotropes) ; un répondant s'est d'ailleurs engagé dans un traitement post-exposition.

Autre constat à propos de ceux qui mettent en place une stratégie de « bulle sexuelle » : aucun ne rapporte avoir contracté d'IST. Par opposition, ceux qui rapportent avoir contracté une IST vivaient pour la plupart une situation de multipartenariat sans attache : ils rencontraient en moyenne plusieurs partenaires différents par semaine au moment de l'infection (Bastien, Xavier, Dimitri, Calvin, François, Matteo, Jawad). En prolongeant ces observations et en y intégrant l'expérience de consultation en CeGIDD, des hypothèses et une typologie peuvent être proposées sur les configurations relationnelles plus ou moins à risque d'IST :

- **Couple exclusif** : le risque d'IST est faible si la communication est effective en cas de changement de configuration. A contrario, un couple exclusif nouvellement formé est fortement exposé aux IST si l'usage du préservatif est abandonné ;
- **Couple non-exclusif, avec des partenaires sexuels occasionnels hors-couple de façon pluriannuelle** : le niveau de risque d'IST est relatif aux types de pratiques sexuelles (orale ou pénétrative, en groupe ou pas, traumatique ou pas) et aux méthodes de prévention lors de ces rencontres (PrEP à la demande, préservatif) ;
- **Couple non-exclusif en situation de multipartenariat sexuel**, avec un grand nombre de partenaires occasionnels : le risque d'infection par le VIH et les IST est important, en l'absence de protection par la PrEP et par le préservatif. Dans cette situation la prise de la PrEP par les deux membres du couple les protège mutuellement du VIH, mais en l'absence d'usage du préservatif, le risque de transmission des autres IST dans le couple est élevé. Ce type de couple est exposé au *chemsex* ;
- **Individu engagé dans une « bulle sexuelle », c'est-à-dire plusieurs relations suivies avec des partenaires sexuels et/ou affectifs réguliers** : le risque d'IST est important, mais il est possible de fixer des principes de notification aux partenaires permettant de limiter les chaînes de transmission. Dans cette configuration, l'usage de

la PrEP semble indispensable, mais celui du préservatif est négocié entre les personnes impliquées. La personne est exposée au chemsex si la pratique est introduite dans la « bulle sexuelle » ;

- **Individu sans attache relationnelle et qui pratique un multipartenariat par période**, avec d'autres périodes sans relations sexuelles : le risque d'infection par les IST est important car les « plans » sexuels sont vécus sur un mode « inhabituel » et non-anticipé. La notification aux partenaires est rendue plus difficile en cas d'IST ;
- **Individu sans attache relationnelle et qui pratique un multipartenariat sur un mode continu** : le risque d'IST est important, et l'exposition au chemsex est forte. Si la situation dure, des stratégies ciblées se mettent en place ;
- **Individu ayant des pratiques sexuelles très occasionnelles** : le niveau de risque d'IST est relatif aux types de pratiques sexuelles (en groupe ou pas, pratiques traumatiques ou non, orale ou pénétrative) et aux méthodes de prévention lors de ces rencontres (PrEP à la demande, préservatif). On rappelle à ce titre que la PrEP ne protège que celui qui la prend : la PrEP prise par l'autre partenaire ne constitue pas un moyen de protection.

3.7.4. Situation vis-à-vis du processus de banalisation de l'homosexualité

La place de l'homosexualité dans la société française a changé ces trente dernières années. On assiste en France (et plus généralement dans les pays occidentaux) à une reconnaissance de la légitimité de certains modes de vie gays et lesbiens, notamment par les classes moyennes. Plus que la « normalisation » des identités (qui sous-entend aussi une uniformisation de celles-ci), il s'agit plutôt d'une banalisation de l'homosexualité. Les gays ne sont plus qu'en partie définis par leur sexualité, témoignant de l'élargissement du cercle des possibles dans les choix intimes.

Cependant, plusieurs éléments sociohistoriques, que l'on a également observé dans l'échantillon, contrastent avec ce mouvement général de banalisation de l'homosexualité :

- La diversification des expériences de l'homosexualité se traduit par la coexistence de vécus de l'homosexualité distants de ceux des gays de la classe moyenne. Dans ces

situations, l'enjeu de l'acceptation de l'homosexualité croise des enjeux liés aux origines culturelles et de classe ;

- La permanence d'injures et de violences homophobes soulignent le caractère non linéaire du processus de reconnaissance sociale ;
- L'acceptation des formes les plus « respectables » et conventionnelles de la vie gay a pour revers le maintien voire l'accentuation de comportements stigmatisants envers les modes de vie gay jugés plus hétérodoxes (opposant ainsi les « bons » et « mauvais » gays).

Si l'on s'intéresse aux trois groupes constitués à partir de l'échantillon global, en prenant en compte le processus de banalisation de l'homosexualité et ses paradoxes, on formule les hypothèses suivantes :

- **Groupe « HSH stables »** : ces répondants semblent bénéficier des avancées de la banalisation de l'homosexualité, qui leur permettent d'accéder à une vie gay épanouissante et reconnue. Pour ceux d'entre eux qui ont grandi dans un environnement favorable à l'homosexualité, elle fait figure d'évidence. L'expérience de discriminations et de violences homophobes, si elle peut rester une menace, est envisagée dans un contexte où des formes de protection (associative, juridique) sont mobilisables ;
- **Groupe « HSH fragilisés »** : ces répondants ont été exposés aux violences et aux comportements stigmatisants dans des cycles de vie passés ou récents, ce qui les a rendus particulièrement sensibles (« *éponge à violence* »). Certains font un lien direct entre ces violences et les troubles psychiques qui se sont installés sur un mode chronique. Par ailleurs, la reconnaissance de leur homosexualité n'est pas entière : l'ancrage relationnel est pauvre, ils sont majoritairement célibataires et les relations sont mitigées avec le milieu familial. Nombre d'entre eux présentent des indices d'homonégativité, notamment au travers du thème de la honte, que beaucoup reprennent à leur compte ou dans leur manière de désigner les autres gays. Par conséquent, ces répondants semblent vivre les paradoxes de la banalisation : reconnaissance sociale partielle et persistance de formes de rejet. Ce groupe éclaire les mécanismes du « stress minoritaire » évoqués en introduction ;
- **Groupe « HSH précarisés »** : ces répondants se situent à la frontière de la « normalisation » car ils vivent une expérience de l'altérité et de la marginalité. Il existe

pour eux une nécessité d'en parler, de se définir et de s'annoncer aux autres (par le coming-out et la sortie du placard) et de découvrir les modes de vie gays. Dans ce groupe, l'homonégativité prend davantage la forme de dissimulations et d'anticipations négatives autour de l'orientation sexuelle. Ces répondants semblent subir davantage les comportements stigmatisants dans leur cycle de vie actuel (les violences, les humiliations, l'hétéronormativité) et sont moins outillés que leur aînés pour faire face à ces situations. Pour eux, « vivre son homosexualité » est avant tout un enjeu d'autonomie sociale et financière.

3.8. Modèle synthétique des vulnérabilités rencontrées par les HSH en temps de COVID-19

	Facteurs d'exposition (conditions qui exposent)	Capacités (ressources et handicaps)	Potentialités (conséquences négatives)
Trajectoire <i>En tant qu'individu</i>	Éléments de la trajectoire influençant l'exposition aux vulnérabilités psychosociales : faible capital matériel, précarité identitaire, précarité résidentielle, homonégativité, certains événements de vie fragilisants.	Ressources individuelles : en fonction du moment/cycle de vie, de l'état de santé préexistant, de l'appartenance de classe, du parcours de soin et des savoirs expérientiels	Conséquences à l'échelle individuelle de la survenue d'un mal-être psychosocial : vécu temporel, instabilité ou bifurcation biographique, symptômes anxiodépressifs ou majoration des troubles, idées suicidaires
Interactions <i>En tant qu'être social</i>	Modalités du rapport aux autres influençant l'exposition aux vulnérabilités psychosociales : faiblesse de l'ancrage relationnel, rupture amoureuse, violences subies, sentiment de maîtrise des risques	Modalités de mobilisation du capital relationnel et/ou du soutien communautaire : situation conjugale, repli sur les liens forts familiaux, autoconfinement, stratégies de « bulle sociale » ou de « bulle sexuelle »	Conséquences au niveau relationnel/social de la situation de vulnérabilité psychosociale : cercle vicieux de l'isolement qui mène à l'exclusion, comportements dits à risque, chemsex, infection par le VIH et les IST
Contexte <i>En tant qu'individu prenant part à un contexte global</i>	Circonstances/conjoncture ou représentations sociales propres au contexte influençant l'exposition au risque : désorganisation professionnelle, perte d'emploi, pertes de revenu, fermeture des universités, fermeture des lieux de convivialité gay, incidence du chemsex dans les métropoles françaises	Circonstances/conjoncture ou représentations sociales propres au contexte influençant les capacités face au risque : barrières d'accès aux espaces communautaires, difficultés d'accès au soin, manque d'inclusivité des dispositifs de soin, politique gouvernementale et dispositifs de solidarité	

Tableau 19 – Le processus de vulnérabilisation décomposé et reconstitué dans l'échantillon COVIGAY et d'après le modèle de Delor

Plus que comme des déterminants de santé qui s'accumulent, la grille de lecture de Delor permet d'entrevoir les facteurs de risque s'articulant les uns avec les autres. Ce qui donne, pour les différents groupes d'analyse constitués ici :

- **Le groupe « HSH précarisés »** : il est constitué de personnes déjà vulnérables avant la survenue de la crise. Chez eux, les facteurs d'exposition s'accumulent et agissent de façon synergique. Les capacités à faire face sont limitées par les précarités économiques, identitaires et relationnelles liées à leur âge et moment de vie. Les potentialités vulnérabilisantes de la crise, à court terme, sont majeures ;
- **Le groupe « HSH fragilisés »** : les personnes qui le constituent se retrouvent déstabilisées par des événements de vie, des ruptures. La crise vient potentialiser et accentuer un état de fragilité psychosociale, souvent préexistant ;
- **Le groupe « HSH stables »** : ses représentants subissent moins les potentialités vulnérabilisantes de la situation, car ils disposent de capitaux divers qu'ils mobilisent dans ce contexte.

4. Discussion

4.1. Confronter les résultats de COVIGAY avec ceux de l'enquête nationale quantitative ERAS

ERAS est une enquête quantitative transversale répétée (2017, 2019, 2020, 2021) anonyme, auto-administrée en ligne et basée sur le volontariat. L'objectif principal de l'enquête ERAS est d'évaluer l'appropriation d'outils de prévention diversifiés parmi les HSH, et plus spécifiquement de la PrEP. Ses résultats principaux indiquent que l'usage de la PrEP lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel augmente de façon continue depuis 2017 : 6,3 % en 2017, 15,8 % en 2019, 21,1 % en 2020, 25,2 % en 2021. Ainsi, dans le cadre de l'étude, la probabilité d'utiliser la PrEP a été multipliée par 5 entre 2017 et 2021 [120]. Dans cette étude, les participants sont recrutés par le biais de différents supports digitaux : des bannières ont été postées directement sur des sites Internet de rencontres gays, des applications de rencontre géolocalisées gays et des sites d'information affinitaires gays. Les seuls critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être un homme et d'avoir 18 ans ou plus. L'édition d'ERAS spéciale COVID-19 a été réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020. Au total, 8 345 HSH résidant en France ont été inclus dans l'analyse [57]. Cette édition 2020 sélectionne un échantillon de convenance d'hommes urbains, à l'aise financièrement, en emploi, avec un niveau d'études très élevé, et bien insérés dans la communauté gay²⁸. Ce profil est similaire aux participants d'ERAS 2017 et 2019 et aux autres études réalisées auprès de cette population [121]. Malgré les biais de sélection de ce type d'enquête, du fait d'un échantillon important²⁹, ERAS permet également d'obtenir d'autres profils de répondants : des jeunes, des HSH plus éloignés de la communauté gay par leur mode de vie, par leur sexualité et aussi distants des recommandations sanitaires.

Compte tenu de ce statut social plutôt privilégié prédominant dans la population d'ERAS, les conditions de vie des HSH interrogés pour l'édition 2020 étaient meilleures que celles de la population générale (avec notamment en termes de logement, un accès plus fréquent à un espace extérieur) [57, 122]. Les résultats de l'édition 2020 montrent que lors du confinement, les trois quarts des participants vivent dans un logement avec un extérieur et à 41 % avec leur

²⁸ Niveau d'étude élevé avec en moyenne plus de 70 % ayant réalisé des études supérieures au BAC et plus de 50 % déclarant avoir une situation financière aisée, confortable.

²⁹ Pic de 24 298 en 2019.

partenaire principal. Seulement un homme sur quatre habitait seul. Plus de la moitié indiquaient fréquenter habituellement les lieux de convivialité gay. Et alors qu'ils étaient 63 % à avoir eu des partenaires sexuels occasionnels durant les six derniers mois, 60 % d'entre eux n'en avaient eu aucun durant le confinement. Le niveau d'adoption des mesures de prévention envers la COVID-19 était élevé (porter le masque, se laver les mains, garder les distances). 59 % des usagers de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) l'ont arrêtée en raison d'une diminution de leurs rapports sexuels, indiquant indirectement le respect des mesures de distanciation sociale, mais également l'interruption brutale des sociabilités sexuelles.

D'autres résultats faisaient état des conséquences négatives de la crise dans l'échantillon ERAS 2020 :

- Des violences intra-familiales, d'ordre verbale et psychologique, pour un tiers des répondants ayant rapporté vivre dans le même logement qu'un des membres de leur famille. Ces hommes se caractérisent par leur jeune âge et une situation socioéconomique précaire ;
- Concernant le vécu psychologique, 22 % des hommes interrogés ont rapporté un sentiment d'isolement durant le confinement. Cette proportion est moindre que chez les hommes en population générale (35 %). Le sentiment de détresse psychologique et la recherche de soutien par un-e professionnel-le était également exploré, révélant des situations préoccupantes parmi les étudiants HSH, on le verra ;
- Concernant la consommation de produits psychoactifs, elle a augmenté durant le confinement pour 30 % des répondants, quel que soit les produits, alors que la disponibilité et l'accessibilité de ceux-ci étaient limitées. Ces augmentations de consommation ont également été observées dans d'autres études internationales réalisées auprès de HSH et en population générale en France – mais de façon moins marquée ;
- Concernant la continuité de la prise en charge des autres problèmes de santé, 35 % des répondants ont renoncé à des soins et 28 % ont reporté leur dépistage VIH/IST. De même, 34 % des séropositifs ont reporté une consultation de suivi du VIH (cependant les interruptions de traitements ARV sont rares).
- Au niveau économique, 32 % des hommes interrogés ont vu leur situation socio-économique se dégrader durant le confinement.

Si l'on compare l'échantillon de COVIGAY avec celui de l'édition 2020 d'ERAS on constate des similarités et des disparités notables. Les similarités se retrouvent :

- **Dans les tranches d'âge représentées**, avec une forte proportion (environ deux tiers) de personnes ayant moins de 35 ans. Les personnes de plus de 45 ans sont sous-représentées dans les deux études ;
- **Dans les niveaux de diplômes** : dans ERAS 2020, 3/4 des répondants avait le BAC et 30 % d'entre eux avait un niveau BAC+3 ou plus. Dans COVIGAY, 26 répondants sur 40 avaient un niveau BAC+3 ou plus, alors qu'un seul répondant rapportait ne pas avoir le BAC ;
- **Dans les statuts professionnels** : 68 % des répondants d'ERAS étaient salariés et 24 % étaient étudiants. Dans l'échantillon de COVIGAY, ils étaient tous employés sauf les étudiants (9 sur 40) et trois personnes étaient sans emploi ;
- **Dans la fréquentation des applications de rencontres géolocalisées**, utilisées par 75 % des répondants d'ERAS 2020 et par une très large majorité des répondants de COVIGAY ;
- **Dans la fréquentation des lieux gays** : 43 % des répondants d'ERAS 2020 et environ la moitié des répondants de COVIGAY les fréquentaient ;
- **Dans le statut sérologique VIH** : 5,5 % des répondants d'ERAS 2020 et deux répondants de COVIGAY déclaraient être séropositifs pour le VIH. On retient une séroconversion au VIH durant la crise dans l'échantillon de COVIGAY, qui a fait l'objet d'un portrait.

On remarque des disparités remarquables entre l'enquête ERAS et l'étude COVIGAY, à propos :

- **Du statut conjugal** : l'échantillon d'ERAS 2020 était composé à 49,7 % d'hommes en relation suivie avec un autre homme (en couple, marié, pacsé), alors que pour COVIGAY, on retrouve seulement neuf personnes en couple sur quarante ;
- **Des orientations sexuelles** : ERAS 2020³⁰ comptait parmi ses répondants 79 % se définissant comme homosexuels, 14,5 % se définissant comme bisexuels et 6,9 % déclarant des pratiques sexuelles avec des hommes, mais ne se considérant ni comme bisexuels, ni comme homosexuels. Dans COVIGAY, on l'a vu, seul un répondant se déclarait actuellement comme actuellement bisexuel (pansexuel) ;
- **Des identités de genre** : la question n'apparaissait pas dans le questionnaire de ERAS 2020. Dans COVIGAY, six répondants sur quarante se définissaient comme des personnes transgenres ;

³⁰ Dans ERAS 2020, la question de l'orientation sexuelle était posée avec une unique possibilité de choix : « Vous vous définissez comme : Homosexuel, bisexuel, hétérosexuel, vous refusez de vous définir par rapport à votre sexualité. »

- **Du recours au dépistage** : dans ERAS, 17 % des répondants n'avaient jamais fait de test sérologique VIH, alors que dans COVIGAY, tous les répondants rapportaient avoir déjà réalisé ce test sérologique ;
- **Du recours à la PrEP** : celui-ci concernait 11 % des répondants dans l'échantillon d'ERAS 2020, alors que plus de la moitié des répondants de l'échantillon de COVIGAY déclaraient prendre régulièrement la PrEP.

Si l'on insiste sur ces similarités et ces disparités, c'est pour mieux saisir ce qui se cache derrière les résultats convergents ou divergents des deux études. Pour synthétiser, COVIGAY sélectionne davantage de personnes s'identifiant comme gays et ne documente pas ou peu le vécu des personnes bisexuelles, ou d'autres hommes ne s'identifiant pas à ces catégories. L'échantillon de COVIGAY est composé en grande majorité d'hommes gays célibataires et/ou sous PrEP, contrairement à celui d'ERAS, où les prépeurs sont minoritaires et où la moitié de l'échantillon est en couple. Pour COVIGAY, cela s'explique par le recrutement effectué sur un groupe Facebook d'utilisateurs de PrEP et par la dénomination de l'étude (COVIGAY), qui attire logiquement les hommes gays et moins les autres hommes englobés dans la terminologie HSH. Alors qu'ERAS 2020 permet de documenter des violences intra-familiales préoccupantes subies par les jeunes HSH précaires socioéconomiquement, les répondants de COVIGAY font majoritairement état d'une cohabitation s'étant bien passée avec leurs parents durant la crise et les ayant protégés des risques psychosociaux. Enfin, les personnes transgenres dans COVIGAY (six répondants) font globalement faces à un cumul de facteurs de vulnérabilités : parcours de soin perturbé, vécus de violence, problématiques de santé mentale.

L'un des résultats principaux de COVIGAY, c'est le fait que le couple stable et cohabitant semble protéger globalement des risques psychosociaux durant le COVID. C'est ce que qu'illustre le groupe « stables » et cela va dans le sens des résultats d'ERAS, où cette combinaison était dominante et où le sentiment d'isolement était relativement faible. Cependant, en interrogeant davantage les homosexuels célibataires – cisgenres et transgenres – prépeurs ou non, COVIGAY a permis d'examiner les articulations entre sentiment d'isolement, modification des sociabilités gays et consommation de produits psychoactifs, notamment dans les groupes « HSH fragilisés » et « HSH précarisés ».

Dans le groupe des « HSH fragilisés », on retrouve un phénomène d'autoconfinement, où les contacts sociaux – sexuels et/ou non-sexuels – sont évités, non seulement durant le confinement, mais de façon plus marquée encore dans les séquences suivantes de la crise sanitaire, sur fond de souffrance psychique et d'homonégativité. L'édition 2021 d'ERAS (du

26 février au 9 avril 2021) relève une diminution du nombre de partenaires dans les six derniers mois par rapport aux années précédentes et montre également l'effet durable des mesures de distanciation. Concernant les célibataires de COVIGAY ayant repris des activités sexuelles durant l'été 2020, on constate qu'ils présentaient moins de difficultés psychologiques que ceux qui s'étaient autoconfinés ; ils se sont exposés cependant à des risques infectieux (IST, COVID-19, VIH) et ont été confrontés aux perturbations du système de santé, pointés par ERAS 2020. Dans COVIGAY, si l'on observe pour un certain nombre des répondants des augmentations de consommation de produits psychoactifs (médicaments, alcool, opioïdes, cannabis) durant le premier confinement, c'est sur le long terme qu'elles se sont accentuées. On pense notamment aux chemsexuels et aux personnes ayant eu recours à des traitements médicamenteux à visée psychotrope. L'édition 2021 d'ERAS confirme une augmentation constante entre 2017 et 2021 de la pratique du chemsex chez les HSH³¹.

Concernant les HSH étudiants, les auteurs de COVIGAY et d'ERAS ont travaillé conjointement à une présentation pour la onzième conférence internationale francophone sur le VIH ayant eu lieu à Marseille en avril 2022, afin d'éclairer les spécificités de l'expérience de cette population durant la crise de la COVID-19. La répétition de l'édition ERAS en 2021 a permis de documenter une augmentation massive et continue du sentiment d'isolement parmi les jeunes HSH étudiants : de 78 % en 2020, il passe à 83 % en 2021. Le score d'anxiété modéré ($GAD7 \geq 7$) concerne 55 % des HSH étudiants de l'échantillon d'ERAS en 2020, une part plus élevée que dans la population générale étudiante [116]. On constate également l'augmentation du score d'anxiété sévère ($GAD7 \geq 10$) : de 23 % en 2020, il passe à 35 % en 2021. En 2021, 18 % des répondants rapportent des idées suicidaires sur les douze derniers mois. Malgré ces difficultés, 11 % seulement ont eu un suivi psy. Ces résultats préoccupants coïncident avec les résultats de COVIGAY pour le groupe des « HSH précarisés », chez qui sont relevés des niveaux de vulnérabilité élevés. En effet, l'analyse a permis d'éclairer ces chiffres d'ERAS par l'identification de multiples facteurs de vulnérabilité qui agissent de façon synergique sur cette population : faible ancrage relationnel, précarité matérielle, célibat, contraintes universitaires, temps homosexuel suspendu, exposition aux violences. L'articulation entre ces différents facteurs révèle aussi des arbitrages subjectifs, où certains risques peuvent être négligés au profit d'autres. Une situation de vulnérabilité extrême a été retrouvée dans ce groupe d'analyse de COVIGAY, celle d'un jeune parisien de 20 ans qui bascule dans une pratique problématique du chemsex, en quelques semaines, à la sortie du confinement, et se retrouve en réanimation à l'automne. Cette situation illustre les dangers

³¹Plus précisément, chez les HSH ayant pratiqué la pénétration anale avec un partenaire occasionnel lors du dernier rapport.

associés au chemsex, notamment chez des jeunes hommes vulnérables – c'est-à-dire précaires socialement et psychologiquement.

Les résultats des enquêtes COVIGAY et ERAS sont complémentaires. ERAS permet un cadrage populationnel et épidémiologique de déterminants de santé mesurables et permettant des comparaisons entre les profils sociodémographiques. Par sa répétition dans le temps selon des modes de recrutement similaires, ERAS donne accès à l'évolution de tendances comportementales chez les HSH sexuellement actifs, notamment l'usage de la PrEP et les pratiques de chemsex. COVIGAY se concentre davantage sur la description d'une période particulière : la première année de la crise sanitaire. Tout en prenant en compte des dimensions structurelles et objectivables, COVIGAY renseigne sur des dimensions plus subjectives et sociosymboliques telles que les vécus temporels, les trajectoires sociales, les stratégies d'ajustement relationnel et les mécanismes de gestion de l'isolement, les processus de hiérarchisation des risques. En éclairant les logiques subjectives et communautaires, COVIGAY identifie des leviers d'action possibles.

4.2. Prolongement des réflexions sur la catégorie HSH

Dans les contextes de crise (Sida, COVID-19) ou d'alerte (Monkeypox) sanitaire, les études comportementales et épidémiologiques ont le mérite de proposer rapidement des données descriptives des difficultés de santé auxquelles sont face les HSH. La situation des HSH (on emploie l'abréviation anglaise MSM – men having sex with men) durant la crise de la COVID-19 donne lieu à un nombre de publications important à l'étranger³². Celles-ci sont principalement issues de données quantitatives observationnelles transversales (comme ERAS). Dans le cadre de l'étude COVIGAY, la méthode qualitative a permis d'aller plus loin que l'approche descriptive, en explorant les dimensions relationnelles et contextuelles du vécu de la pandémie. Ainsi, l'étude porte donc sur les vécus gays de l'épidémie en France, plutôt que sur les comportements et les attitudes des HSH (au sens de l'approche populationnelle). Alors qu'ERAS documente également le contexte de crise en France, les enquêtes réalisées à l'étranger sur le même sujet convoquent des contextes sociaux et sanitaires variés. C'est pourquoi la comparaison des résultats avec ceux d'enquêtes étrangères sur le même sujet ne semblent pas suffisamment pertinente pour être discutée ici.

³² Une rapide recherche sur Pubmed croisant « MSM (HSH) » avec « Crise sanitaire COVID-19 » ou « confinement » donne des centaines de résultats.

Dans l'échantillon de COVIGAY, l'arrêt de la PrEP pendant le confinement n'a pas été suivi de conséquences dommageables pour les personnes concernées, contrairement à ce que les préoccupations en matière de santé publique déjà citées laissaient présager. Dans la masse de données collectées, ce sont davantage les conséquences psychosociales de la crise qui ressortent et qui se distribuent différemment selon les positions sociales et les trajectoires identitaires. Dans ce cadre, la grille de lecture de santé publique – celle des risques sexuels associés au VIH – appliquée à la catégorie HSH, n'apparaît pas appropriée pour rendre compte des enjeux des répondants. Par ailleurs, aucun répondant de COVIGAY ne se définit comme HSH, terme qui ne tient pas compte de la notion d'attirance sexuelle (qui n'est pas nécessairement suivie d'une pratique sexuelle) et qui ne répond pas au besoin de reconnaissance identitaire. Ainsi, on rend compte des tensions qui existent entre :

- Des processus de catégorisation (HSH) qui fonctionnent puissamment par l'intermédiaire de dispositifs variés (ceux de la lutte contre le SIDA) ;
- La manière dont l'individu concerné donne un sens particulier à son expérience, qui participe au processus de construction identitaire.

D'un point de vue éthique, Young et Meyer IH (qui a théorisé le « stress minoritaire ») ont fait valoir que, bien que cette terminologie soit contextuellement utile, son omniprésence [61] :

- Porte atteinte à l'identité sexuelle autodéterminée en l'objectivant ;
- Détourne l'attention des dimensions sociales de la sexualité qui sont essentielles à la compréhension de la santé sexuelle.

En ce sens, l'explosion mondiale de recherches sur le phénomène de « stress minoritaire » au cours des quinze dernières années a permis de découvrir de multiples déterminants de santé associés à la stigmatisation que subissent les hommes des minorités sexuelles et de genre, notamment dans le milieu médical [123]. Leurs résultats montrent que ces déterminants affectent la santé de ces hommes, au travers d'atteintes à leur santé mentale, telles que la dépression, l'anxiété et la suicidalité, et au travers de comportements à risque pour la santé, tels que l'abus de substances et les pratiques sexuelles à risque. En France, il existe toutefois peu de littérature scientifique qui documente les déterminants psychosociaux dans ces populations [21].

4.3. Forces et limites de cette recherche

Considérant l'objectif principal de ce travail de thèse, qui consiste à décrire l'expérience des HSH durant la première année de la crise de la COVID-19 en France, son intérêt réside dans

la mise en lumière des aspects psychosociaux d'une population – les HSH – habituellement appréhendée sous le principal prisme du risque infectieux du VIH.

Une des limites de ce travail réside dans le mode de recrutement de l'étude COVIGAY, qui a sélectionné des hommes gays – cisgenres ou transgenres – issus des classes moyennes et disposant d'un niveau de diplôme élevé. De ce fait, toute une diversité de vécus éloignés de ces caractéristiques sociologiques échappe aux résultats, on pense notamment aux hommes bisexuels et/ou ayant d'autres appartenances culturelles. Cependant, cette limite a été envisagée comme une possibilité d'approfondissement des réalités individuelles et collectives des hommes gays – cisgenre ou transgenre. La présence d'un certain nombre de répondants se plaçant à distance de la communauté gay (telle qu'ils la conçoivent) a permis de visualiser des nœuds de tensions identitaires. Cela a également permis de situer le mode de vie gay parmi d'autres modes de vie possibles.

Pour l'auteure de cette thèse, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'une méthode sociologique ont été nombreuses, malgré l'intérêt suscité par cette discipline. La conduite de l'entretien a fait l'objet d'une préparation avec Gabriel Girard et de plusieurs entretiens menés en binôme. Dans cet exercice, lors duquel des situations de grande vulnérabilité ont été repérées, l'auteure a pu mettre à profit son expérience dans la conduite d'entretien avec des patients en situation clinique. Cependant, il fallait opérer une différenciation claire avec la posture médicale, que ce soit avec l'entretien directif dans une démarche diagnostic ou le soutien psychologique dans une démarche de soin, entre autres. L'objectif de l'entretien sociologique est de recueillir des données qualitatives précises et chronologiques, contextualisées par un cadrage des caractéristiques sociodémographiques de l'individu interrogé. Dans cette démarche, les aptitudes soignantes peuvent être mises à profit dans le repérage de symptômes (par exemple les pensées suicidaires), mais ne doivent pas instituer de relation médecin/patient entre l'enquêteur et l'enquêté. Par ailleurs, il faut éviter d'exprimer tout positionnement sur des questions sensibles (les autodéfinitions de soi, l'appartenance communautaire et autres sujets de nature polémique).

Dans l'analyse des données, l'auteure a pu s'appuyer sur des échanges hebdomadaires avec le chercheur dirigeant l'étude COVIGAY (G. Girard), rythmés par les différentes étapes de l'enquête : recrutement, conduite des entretiens, description et de codage, recherche bibliographique, classement et analyse, etc. Au fur et à mesure de la progression de la recherche et de son engagement dans l'entretien compréhensif, l'auteure a cherché à se détacher des impressions initiales produites par les entretiens, pour confronter systématiquement les récits les uns aux autres. Travaillant sur des données qualitatives, il lui

est apparu nécessaire de rechercher un détachement et un discernement face à ces données, plutôt que d'espérer les objectiver. Ces deux critères de scientificité, chers aux sciences sociales, assument l'existence d'un point de vue situé sur les choses (celui de l'auteure), qu'il s'agit de conscientiser et de questionner à chaque étape de l'analyse [124]. Il s'agit de faire preuve de réflexivité concernant à la fois les données elles-mêmes et le regard porté sur celles-ci.

Ce travail de réflexion a fait l'objet d'une communication orale à la journée d'étude sur l'éthique de la recherche, organisée le 8 octobre 2021 et destinée aux jeunes chercheurs sur le VIH et nommée : « Les Sciences Sociales comme outil réflexif dans un parcours de professionnalisation en médecine générale. Enjeux éthiques d'une recherche sur les HSH et la crise liée au COVID ». Le choix d'une grille de lecture examinant les vulnérabilités vécues a permis de combiner les approches sociologiques et médicales dans le repérage des éléments explicatifs, mais il a fallu classer les répondants dans des groupes – nécessairement réducteurs – pour rendre compte des disparités observées globalement. La mise en œuvre d'une analyse à caractère sociologique et la formalisation de résultats à portée sociologique ont également constitué un défi pour l'auteure, compte tenu de ses lacunes inévitables dans cette discipline. En revanche, sa formation et ses connaissances en médecine générale, lui ont permis d'enrichir les cadres d'analyse inspirés par la sociologie, de faire évoluer l'analyse et d'inscrire celle-ci dans une perspective médicale.

4.4. Implications en médecine générale

La santé sexuelle est multidimensionnelle et essentielle à la santé globale de l'individu. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ».

L'approche biopsychosociale qui se répand en médecine générale est une approche théorique et pratique qui cherche à prendre en compte des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques dans l'appréhension des pathologies. Sur le plan philosophique, c'est une façon

de comprendre comment la souffrance, la maladie et la pathologie se développent et se vivent à de multiples niveaux d'organisation, du social au moléculaire. Sur le plan pratique, c'est une façon de comprendre l'expérience subjective du patient comme un apport essentiel pour un diagnostic précis et des soins éthiques [125]. Cette approche s'oppose à une lecture exclusive via un modèle biomédical centré sur le somatique, mais n'est pas incompatible avec une evidence based medicine (EBM). Elle est apparue pertinente notamment dans le cadre de troubles psychiques, de gestion de la douleur chronique, de la santé sexuelle et de la perte d'indépendance fonctionnelle. Elle nécessite le plus souvent une prise en charge pluridisciplinaire, un temps de consultation prolongé et une relation de soin durable. Une pratique clinique dérivée de ce modèle cherche à intégrer en permanence les perspectives biologiques, psychologiques et sociologiques. Elle nécessite la participation active du patient et souligne l'importance d'une communication ouverte et horizontale avec le médecin.

Dans cette perspective, il faut souligner l'intérêt de considérer la santé des HSH dans sa globalité et non pas seulement les risques infectieux rattachés aux pratiques sexuelles, sous peine d'invisibiliser d'autres dimensions (relationnelles, psychologiques) essentielles au bien-être global. La grille de lecture des vulnérabilités proposée par cette recherche est un cadre théorique qui peut être fécond dans le cadre de la médecine générale, parce qu'il donne des leviers à une approche clinique biopsychosociale. Cette grille de lecture permet aussi de documenter le vécu de personnes considérées comme HSH, au-delà de la notion réductrice de « groupe à risque », dont le sous-entendu est homogène et monolithique. Cependant, on peut légitimement questionner l'applicabilité de cette grille d'analyse multidimensionnelle dans la pratique médicale courante : comment mener une enquête biopsychosociale et une intervention thérapeutique dans le temps moyen imparti pour une consultation de médecine générale ?

Pourtant, avec l'arrivée de la PrEP, les médecins généralistes vont voir émerger des demandes venant des patients et/ou seront amenés d'eux-mêmes à questionner l'indication de ce traitement préventif pour les personnes à haut risque d'infection par le VIH. Parmi ces personnes, les hommes gays font actuellement figure de cible privilégiée, notamment du fait d'une acculturation historique aux logiques préventives, ayant structuré les sociabilités gays depuis l'épidémie de Sida en France. Ainsi, alors que la catégorie HSH peut se montrer utile pour appliquer les recommandations en termes de vaccination (contre le papillomavirus, l'hépatite A) et de fréquence du dépistage, elle se montre relativement imprécise pour répondre aux enjeux addictologiques et de santé mentale.

Conclusion

Considérant l'objectif principal de cette thèse, qui consiste à décrire l'expérience des HSH durant la première année de la crise de la COVID-19 en France, l'alliance de la médecine et de la sociologie a permis de mettre en lumière et d'analyser les vulnérabilités psychosociales d'hommes gays – cisgenres ou transgenres – habituellement appréhendées sous le prisme du risque d'infection au VIH. Ainsi, la crise sanitaire a mis en lumière les vulnérabilités spécifiques préexistantes des homo- et bisexuels en matière de santé : risque d'exclusion et d'isolement social, exposition aux violences, stress minoritaire, problèmes liés aux consommations de produits. L'examen rigoureux et systématique de ces vulnérabilités, souvent liées entre elles, a nécessité une attention circulaire envers une multiplicité d'éléments de compréhension. La décomposition du processus de vulnérabilité à travers des espaces plus ou moins larges (la trajectoire, les interactions sociales, le contexte) et en fonction des temporalités du risque (l'exposition, les capacités à y faire face, les conséquences dommageables) a enrichi la compréhension des dynamiques psychosociales à l'œuvre dans l'échantillon durant la crise de la COVID-19.

Le principal résultat réside dans la prévalence des problèmes de santé mentale durant la crise : environ la moitié de l'échantillon connaît des symptômes psychiques durables, tels qu'anxiété généralisée, troubles du sommeil, phobie sociale, épisodes dépressifs. Cinq répondants sur quarante rapportent des pensées suicidaires sans passage à l'acte. Cependant, l'expérience des participants n'est pas homogène en termes de vulnérabilité vis-à-vis des surrisques évoqués, ce qui a conduit l'auteure à opérer une classification en trois groupes présentant des caractéristiques socio-médicales communes durant la crise. L'analyse de ces groupes a permis de montrer des logiques différentes de gestion des risques et des menaces pour la santé. Chez les hommes les plus affectés par la crise, il apparaît qu'une situation d'extrême vulnérabilité conduit à négliger certains risques, notamment celui d'infection par le SARS-CoV-2. Pour ceux qui connaissaient des fragilités psychosociales pré-existantes, la crise de la COVID-19 a renforcé leurs difficultés et réactivé des tensions à propos de l'identité sexuelle et de genre. Enfin, ceux qui bénéficiaient d'un ancrage relationnel et d'une solide insertion sociale (emploi, liens avec la famille, liens communautaires) se sont adaptés et ont fait preuve d'une relative stabilité malgré des épreuves spécifiquement liées à la crise sanitaire. Les répondants témoignent de stratégies d'adaptation diverses, qui se distribuent selon les groupes formés : alors que certains se replient sur les liens forts familiaux, d'autres préfèrent « compter sur eux-mêmes ». D'autres répondants forment des « bulles sociales » (il

s'agit de quelques relations entretenues en présentiel malgré les mesures de restriction sanitaires) ou au contraire, s'autoconfinent. La mobilisation de savoirs expérientiels, notamment ceux de la lutte contre le Sida, a été évoqué parmi les répondants les plus âgés.

Parce qu'il est à moitié composé de prépeurs, l'échantillon a permis de documenter les conditions dans lesquelles se sont effectués les changements dans les modes de prise de la PrEP, traitement préventif vis-à-vis du VIH. L'arrêt de la PrEP coïncidait avec une mise à l'arrêt des sociabilités sexuelles, en cohérence avec la conscience d'un risque faible d'infection par le VIH. Les résultats sont plus préoccupants pour les personnes ayant voulu initier la PrEP durant la période étudiée : des perturbations des services d'infectiologie et des CeGIDD sont rencontrées et le récit d'un répondant rapporte une séroconversion au VIH durant l'été 2020.

Les pratiques de chemsex apparaissent comme très intriquées avec l'usage des applications de rencontre géolocalisées (principalement Grindr). Avec la fermeture des lieux de sociabilités gay habituels, les répondants ont massivement recours à cet outil numérique, où les propositions de chemsex seraient de plus en plus visibles. Les pratiques du chemsex dans l'échantillon diffèrent en fonction des moments de vie et de la situation de vulnérabilité globale de l'individu. Les dangers rencontrés liés à l'usage sont infectieux (VIH, IST, SARS-CoV-2) et surtout psychosociaux (risque d'isolement-exclusion, risque suicidaire).

Dans les contextes de crise (Sida, COVID-19) ou d'alerte (Monkeypox) sanitaire, les études épidémiologiques offrent l'intérêt de proposer rapidement des données descriptives des problèmes de santé auxquels font face les HSH. Dans le cadre de ce travail, la méthode qualitative a permis d'aller plus loin que l'approche descriptive, en explorant les dimensions relationnelles, contextuelles et temporelles du vécu de la pandémie. L'hétérogénéité des niveaux de vulnérabilités repérés dans l'échantillon conduit à questionner l'utilité de la catégorisation en « groupes à risques », supposés homogènes et monolithiques, dans la perspective d'une approche biopsychosociale holistique en médecine générale et en santé sexuelle.

Bibliographie

1. Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Council E, Jusot F, Spire A, et al. Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *Question de santé publique*. 2020;40:1-12.
2. Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, El Aarbaoui T, Allaire C, Colleville AC, et al. Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(Cov_1):2-9.
3. Fianu A., Aissaoui H., Lenclume V., Naty N., Gérardin P. pour le groupe de travail du CIC de La Réunion sur l'étude du confinement. Ré-Conf-ISS - Une enquête téléphonique à la sortie du confinement de 2020 sur les inégalités sociales de santé à La Réunion. Note de synthèse. Centre d'investigation clinique de La Réunion. Sept. 2021.
4. Carillon S., Gosselin A., Coulibaly K., Ridde V, Desgrées du Loû A., MAKASI Study Group. Immigrants facing Covid 19 containment in France : an ordinary hardship of disaffiliation *Journal of Migration and Health*. 2020;1-2:100032. Immigrants facing Covid 19 containment in France : An ordinary hardship of disaffiliation,
5. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France. Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. Thèse d'exercice, Université Paris Diderot – Paris 7 ; 2016.
6. Gaigeot O. Abord de l'orientation sexuelle des patientes : représentations et pratiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Paris ; 2021.
7. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin (étude HomoGen). *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(12):204-10.
8. Carrat F et al., Evidence of Early Circulation of SARS-CoV-2 in France: Findings from the Population-Based "CONSTANCES" Cohort. *European Journal of Epidemiology*. 1 février 2021 ;36(2):219-22. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00716-2>.
9. Bayet A, Hervé N. Information à la télé et coronavirus : l'INA a mesuré le temps d'antenne historique consacré au Covid-19. 24 mars 2020, mis à jour le 30 mars 2020. Site Web La Revue des Médias, consulté le 18/09/2022.
10. Furtos J, Pandémie et biopouvoir. La nouvelle précarité contemporaine. Paris : Éditions Rue d'Ulm ; 2021, 100 p.
11. Bessin M, Grossetti M. Les expériences temporelles du confinement : une épreuve inédite de synchronisation. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 31 décembre 2021 ;34-35.
12. Mariot N, Mercklé P, Perdoncin A. Personne ne bouge, *Journal open* éditions, UGA Éditions, consulté le 30 août 2022, <https://journals.openedition.org/lectures/47876>.
13. Santé publiFrance. Résultats de l'étude CoviPrev sur l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19.

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

163tudes Mis à jour le 29 juin 2022. Consulté le 18 septembre 2022.

14. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. EPI-PHARE (Groupement d'intérêt scientifique ANSM-Cnam). 27 mai 2021. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6>

15. Monziols M, Chaput H (DREES), Verger P, Scronias D (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Ventelou B (AMSE). Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Études et résultats. DREES. Mai 2020 ;1150.

16. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, Rossen FV. The health and well-being of transgender high school students : results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). J Adolesc Health. 2014 Jul;55(1):93-9.

17. Mitchell KJ, Ybarra ML, Korchmaros JD Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. Child Abuse & Neglect. 2014;38(2),280–295. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.008>

18. McGeough BL, Sterzing PR. A systematic review of family victimization experiences among sexual minority youth. The Journal of Primary Prevention. 2018;39(5):491-528.

19. Trachman M, Lejbowicz T. Lesbiennes, gays, bisexuels.le.s et trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In : Brown E (Dir.), Debauche A (Dir.), Hamel C(Dir.) et al. Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. Paris : Ined éditions ; 2020. P. 355-90.

20. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies : A systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. 2016 ;106(5):e1-12.

21. Beck F., Firdion J-M., Legleye S., Schiltz M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action ; 2014, 140 p. file:///D:/Utilisateur/Downloads/154364_1291.pdf

22. Mathy RM. Transgender Identity and Suicidality in a Nonclinical Sample, Journal of Psychology & Human Sexuality. 2003 ;14(4):47-65. DOI : . [10.1300/J056v14n04_03](https://doi.org/10.1300/J056v14n04_03)

23. Mackenzie S. Reframing masculinity : structural vulnerability and HIV among black men who have sex with men and women. Culture health and sexuality. 2019;21(2):175-187.

24. Arscott J et al. "That Guy is Gay and Black. That's a Red Flag." How HIV Stigma and Racism Affect Perception of Risk Among Young Black Men Who Have Sex with Men. AIDS and behavior. 2020 ;24(1):173-184.

25. Arnold EA et al. 'Triply cursed' : racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men; Culture health and sexuality. 2014 ;16(6):710-722.

26. Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux du handicap. Paris : Les Éditions de Minuit ; [1963] 1975, 57 p.

27. Frost DM., Meyer IH. Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 2009;56(1):97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>
28. Berg RC et al. Internalized Homonegativity : A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *Journal of homosexuality*. 2016 ;63(4):541-558.
29. Welzer-Lang D (Dir), Dutey P (Dir), Dorais M (Dir). *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*. Québec : vlb éditeur ;1994, 304 p. ISBN : 978-2-89005-587-2.
30. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*. Mars 1995;36(1):38-56.
31. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. Sept. 2003;129(5):674-697.
32. Hatzenbuehler ML. How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psycho Bull*. Sept. 2009 ;135(5) :707-730. <https://psycnet.apa.org/record/2009-12487-002>
33. Ryan C, Huebner D., Diaz RM, Sanchez J. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*. 2009 ;123(1):346–352. <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/123/1/346/71912/Family-Rejection-as-a-Predictor-of-Negative-Health?redirectedFrom=fulltext>
34. Défenseur des droits, Hamel C. (Ined) *Etudes & Résultats. Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés*. Défenseur des droits, République française. Avril 2020.
35. Delage P et Lieber M. L'enquête VIRAGE (Violences et RAports de GENre). Entretien avec Brown E, Debauche A, Mazuy M. *Cahiers du Genre*. 2019/1;66 :37-50.
36. Charbonnier E, Graziani P. Stress, risque suicidaire et annonce de son homosexualité. *Service social*. 2013;59(1)-1-16. <https://www.erudit.org/fr/revues/ss/2013-v59-n1-ss0746/1017476ar/>
37. Chauncey G. *Gay New York (1890-1940)*. Traduit de l'américain par Didier Eribon. Paris : Fayard ; 2003, 555 p.
38. Velter A (ed.) (2007) *Rapport Enquête Presse Gay 2004*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, ANRS-EN17-Presses Gay 2004, http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf
39. Paul JC. Exploring support for LGBTQ youth transitioning from foster care to emerging adulthood. *Children and Youth Services Review*. 2020 119(6):105481. ISSN 0190-7409, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105481>.
40. Adams LL. Resilience in lesbian, gay, and bisexual adult college students : A retrospective study. *Dissertation abstracts international*. B, The sciences and engineering Dissertation abstracts international. 2007;67(10-B):6043-6043.
41. Radkowski M., Siegel LJ. The gay adolescent : Stressors, adaptations, and psycho- social interventions. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(2):191-216.

42. Rosario M, Reisner SL, Corliss HL, Wypij D, Calzo J, Austin SB. Sexual-orientation disparities in substance use in emerging adults: a function of stress and attachment paradigms. *Psychol Addict Behav.* Sept.2014 ;28(3):790-804. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203310/>
43. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Parent's awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of Marriage & the Family.* 2005;67(2):474–482.
44. Igartua KJ,, Gill K,, Montoro R. Internalized homophobia : a factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian journal of community mental health.* Février 2003;22(2):15-30.
45. Kalichman SC. Psychosocial and social corrolates of high-risk sexual behaviour among men and women living with HIV/AIDS. *AIDS Care.* Août 1999;11(4):415-27.
46. . Calzavara LM, Burchell AN, Lebovic G, Myers T, Remis RS, Raboud J, and al. The impact of stressful life events on unprotected anal intercourse among gay and bisexual men. *AIDS Behav.* Avril 2012;16(3):633-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21274612/>
47. Grov C., Bimbi DS., Nanin JE., Parsons JT. Race, Ethnicity, Gender, and Generational Factors Associated With the Coming out Process Among Gay, Lesbian, and Bisexual Individuals. *Journal of Sex Research.* 2006 ;43(2):115-121.
48. Ross MW, Berg RC, Schmidt AJ, et al. Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study : some public health implications of homophobia. *BMJ Open.* 2013;3:e001928. doi:10.1136/bmjopen-2012- 001928
49. Jedrzejewski T, L'urgence du chemsex chez les hommes gays en temps de Covid. *Slate.fr.* 4 mars 2021. <http://www.slate.fr/story/204533/tribune-urgence-chemsex-hommes-gays-temps-covid-19-sexe-droques-consommation-aides-medicales>. Consulté le 18/09/2022.
50. Lestrade D., Covid-19 et sida, des points communs et des différences. Tous les ingrédients sont rassemblés pour un traumatisme social qui deviendra politique., *Slate.fr.* 25 mars 2020, <https://www.slate.fr/story/188850/gestion-pandemie-covid-19-gouvernements-medecins-experience-sida> Consulté le 18/09/2022.
51. Girard G. La tentation du bouc émissaire et autres leçons de la lutte contre le VIH/SIDA. *Alternatives-economiques.fr* <https://www.alternatives-economiques.fr/tentation-bouc-emissaire-autres-lecons-de-lepidemie-de-sida/00092428> Consulté le 18/09/2022.
52. Bourne A, Reid R, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. « chemsex » and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy.* 2015;26(12):1171-1176.
53. Milhet M. Rapport APACHES - Attentes et PARcours liés au CHEmSex. Paris : Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ; 2019, 98 p.
54. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men : A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy.* 2019;63 74-89. ISSN 0955-3959
55. Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira R. Roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis use in France: A nationwide observational study from 2016 to 2021. *The Lancet Regional Health – Europe.* 2022;22100486. ISSN 2666-7762.

56. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. BSP Edition nationale. Décembre 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>
57. Velter A, Champenois K, Rojas Castro D, Lydié N. Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(33-34):666-72.
58. Velter A, Rojas Castro D, Champenois K, Lydié N. Violences familiales subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes lors du premier confinement lié à l'épidémie de la Covid-19. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(6-7):120-8.
59. Cazein F, Sommen C, Moutengou E, Laporal S, Ramus C, Bruyand M, et al. Focus. Dépistage du VIH : état des lieux en 2019 et sur les sept premiers mois de l'année 2020. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(33-34):685-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_5.html
60. Rapport de la Cour des comptes. Les orientations et moyens de la politique de lutte contre le VIH/Sida en France. Octobre 2010.
61. Young RM, Meyer IH. The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse. Am J Public Health. 2005;95(7):1144–1149. doi: 10.2105/AJPH.2004.046714.
62. Duclos D. La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels. Revue française de sociologie. 1987;28(1):17-42. <https://doi.org/10.2307/3321444>.
63. Calvez M. La prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition des risques. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. « Des sociétés » ; 2004, 202 p.
64. Dodier D. Leçons politiques de l'épidémie de sida. Cas de figure. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales ; 2015, 359 p.
65. Pollak M. Les homosexuels et le Sida: Sociologie d'une épidémie. Paris : Éditions Métailié ; 1988, 228 p. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/meta.polla.1988.01>
66. Trachman M, Gelly M, Girard G. Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux. Population. 2018;73(4):787-807. <https://doi.org/10.3917/popu.1804.0787>.
67. Gabriel G. Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2013.
68. Girard G. Réduire les risques. Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives. Politix. De Boeck Supérieur. 2014;27(108):99-119.
69. Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J et Semaille C. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens. PREVAGAY 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2010;45-46:464-7.
70. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. Curr Opin HIV AIDS. Mars 2012;7(2):99-105. doi: 10.1097/COH.0b013e32834f5cf2. PMID: 22227585; PMCID: PMC3486734.

71. Nguyen VK. The Republic of Therapy : Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS. Duke University Press; 2010; 256p. <https://doi.org/10.1515/9780822393504>.
72. Floersheim C et al. Gouverner des "groupes à risques". Catégorisations et discriminations dans l'action publique. Qui est la communauté ? De la performativité des catégories épidémiologiques du risque dans une association de lutte contre le Sida. Communication au congrès AFSP Lille 2022, s. d.
73. Vernazza P., Hirschel B, Bernasconi E, FlePP M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bulletin des médecins suisses. 2008 ;89(5):165-169.
74. Billioti de Gage S, Le Tri T, Dray-Spira R, groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE. Suivi de l'utilisation de TRUVADA® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition au VIH à partir des données du système national des données de santé. Actualisation des données jusqu'au 30 juin 2019. Novembre 2019
75. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin AE. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. PLoS One. 2020 Jul;15(7):e0234743. doi: 10.1371/journal.pone.0234743. PMID: 32609754; PMCID: PMC7329058.
76. Durso L.E., Meyer I.H. Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Sex Res Soc Policy. 2013;10:35– 42. <https://doi.org/10.1007/s13178-012-0105-2>
77. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. Br J Gen Pract. Mars 2018;68(668):e187-96. DOI: 10.3399/bjgp18X694841
78. Sabadel T, Alessandrin A, Dagorn J, Meidani A, Richard G, Toulze M (dir.). Santé LGBT. Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Lectures. 25 juin 2020. <https://journals.openedition.org/lectures/42381>.
79. Chetcuti N. Hétéronormativité et hétérosocialité. Raison présente. 2012;183(1):69-77. Disponible sur : <https://doi.org/10.3406/raipr.2012.4410>
80. Owens C, Lloyd KR, Campbell J. Access to health care prior to suicide : findings from a psychological autopsy study. Br J Gen Pract. 2004 Apr;54(501):279-81.
81. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. Br J Gen Pract. 2003 May;53(490):365-70.
82. Sandelowski M. Sample Size in Qualitative Research. Research in Nursing & Health. 1995;18(2):179-83. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>.
83. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris : Nathan, collection 128 ; 1996, cinquième tirage 2001. Troisième édition refondue, Armand Colin, 2011.
84. Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. Population. 1997 ;52(6):1485-1537. <https://doi.org/10.2307/1534635>.
85. Girard G. Risque VIH et réflexivité. Logiques de prévention chez des gais séropositifs. Sciences sociales et santé. 2016;34(4):81-107. <https://doi.org/10.3917/sss.344.0081>.

86. Broqua C, Lert F, Souteyrand Y. Homosexualités au temps du Sida : tensions sociales et identitaires. Paris : édition ANRS ; 2003.
87. Coulmont B. Sociologie des prénoms. Editions La Découverte, Collection : Repères; 2011, 128 p.
88. Sandelowski M. Whatever Happened to Qualitative Description? Research in Nursing & Health. 2000;23(4):334-40.
89. Delor F et Hubert M. Un ré-examen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/Sida. Social Science & Medicine. 2000;50:1557-1570.
90. Delor F. Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque. Paris : L'harmattan ; 1997.
91. Ricœur P. L'identité Narrative. Esprit (1940-), 1988;140/141(7/8):295–304. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable>
92. Giraud G.Émile Durkheim, Le suicide. Lectures, 9 novembre 2007. <https://journals.openedition.org/lectures/473>.
93. Bertaux D, sous la direction de de Singly F. Le récit de vie. Malakoff : Armand Colin ; 2016, 128 p.
94. de Lauretis T. Queer Theory : Lesbian and Gay Sexualities An Introduction. Differences. 1 July 1991; 3 (2): iii–xviii. doi: <https://doi.org/10.1215/10407391-3-2-iii>
95. Beaubatie E. Transfuges de sexe. Passer les frontières du genre. La Découverte, « Sciences humaines » ; 2021. ISBN : 9782348057373.
96. Clair I. Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? Retour sur quarante ans de réticences. Cahiers du Genre. 2013;54(1):93-120.
97. Bourdieu P. La distinction. Critique sociale du jugement, Editions de Minuit, 1979.
98. Bugeja-Bloch F, Lambert A. Le logement, vecteur des inégalités. La Vie des idées. 27 avril 2020.
99. Bessin M, Grossetti M. Les expériences temporelles du confinement : une épreuve inédite de synchronisation. Temporalités [Online]. 2021;34-35. Online since 31 March 2022, connection on 18 September 2022. URL: <http://journals.openedition.org/temporalites/10010>; DOI: <https://doi.org/10.4000/temporalites.10010>
100. Chauvin PM et al. Brèche temporelle et polarisation sociale. Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines. 31 décembre 2021;34-35 Temps confinés. <https://doi.org/10.4000/temporalites.9174>.
101. Martinic R, Gonzalez P, Soto A. Les modalités de temporalisation de l'expérience des temps confinés au Chili. Temporalités [Online]. 2021;34-35. Online since 17 March 2022, connection on 18 September 2022. URL: <http://journals.openedition.org/temporalites/9251> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/temporalites.9251>
102. Chauvin S, Lerch A. Sociologie de l'homosexualité. La Découverte ; 2013.

103. Chetcuti-Osorovitz N, Girard G. Genre, classe et homosexualité : entre continuité et résistances. Une approche comparative des trajectoires gays et lesbiennes. Revue interrogations. 30 novembre 2015 ;21. <http://www.revue-interrogations.org/L-appropriation-d-une-sexualite>.
104. Girard G. France. Les jeunes gais des années 2000 : une "population vulnérable" ? In Les jeunes et la sexualité, Mutations. Paris: Autrement ;2010. P 339-51, <https://doi.org/10.3917/autre.blanc.2010.01.0339>.
105. Becker HS. Outsiders. Études de sociologie de la déviance. Paris : Éditions Métailié ; 1985. ISBN : 9782864249184. DOI : 10.3917/meta.becke.1985.01.
106. Eribon D. Réflexions sur la question gay. Paris: Flammarion, coll. « Champs Essais » ; 2012 (1^{ère} ed. 1999), 624 p.
107. Blidon M, Guérin-Pace F. Un rêve urbain ? La diversité des parcours migratoires des gays. Sociologie. 27 septembre 2013;4(2):119-38.
108. Kaufmann JC. Vie hors couple, isolement et lien social : figures de l'inscription relationnelle. Revue française de sociologie. 1994(4) :593-617. <https://doi.org/10.2307/3322185>.
109. Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'. Éditions Rue d'Ulm, « La Rue ? Parlons-en ! ». 2009, ISBN : 9782728837540. DOI : 10.3917/ulm.furto.2009.01. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/de-la-precarite-a-l-auto-exclusion--9782728837540.htm>
110. Louis E. En finir avec Eddy Bellegueule. Paris: Le Seuil ; 2014, 217 p.
111. Dorais M, Lajeunesse SL. Mort ou vif : Homophobie, intimidation et suicide. Québec : édition TYPO essai ; 2000.
112. Chauvin S. Honte. In : Louis-George Tin (dir.) Dictionnaire de l'Homophobie. PUF ; 2003 (version revue et augmentée 2005). P. 222-226.
113. Grossetti M et Launay L. Turbulences résidentielles et parcours de vie. Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines. 31 décembre 2021;34-35. <https://doi.org/10.4000/temporalites.9518>.
114. Bidart C et al. La Vie en confinement. Enquêter sur un événement historique exceptionnel : objectifs et premiers résultats. article du blog de l'enquête VICO, Toulouse ; 12/05/2020. <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-03103079>
115. COCONEL (Coronavirus et confinement), note de synthèse, vague 1 (recueil des 27-29 mars 2020), confinement et conditions de vie. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/04/Etude-Coconel-Note-n1-confinement-conditions-de-vie-2.pdf>
116. Essadek A., Rabeyron T. Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. Journal of Affective Disorders. 2020;277 :392–393.
117. Jaquet C. Les Transclasses ou la non-reproduction. Paris: PUF ; 2014, 238 p.
118. Saberi P, Scott HM. On-Demand Oral Pre-exposure Prophylaxis with Tenofovir/Emtricitabine: What Every Clinician Needs to Know. J Gen Intern Med. 2020

Apr;35(4):1285-1288. doi: 10.1007/s11606-020-05651-2. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31965523; PMCID: PMC7174437.

119.

Molina JM, Ghosn J, Delaugerre C, Pialoux G, Katlama C, Slama L, and al. . Incidence of HIV-infection with daily or on demand oral PrEP with TDF/FTC in France. *Topics in Antiviral Medicine*. 2021;29(1):43-44.

120. Annie Velter. Communication sur : Evolution de l'usage de la Prophylaxie Pré-exposition en France parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes - Enquête Rapport au Sexe 2017-2019-2020-2021. Onzième conférence internationale francophone sur le VIH, les hépatites virales et la santé sexuelle, 6 – 9 Avril 2022 à Marseille.

121. Velter A, Saboni , Bouyssou A, Bernillon P, Sommen C, Semaille C. Echantillons de convenance par Internet et par la presse. *Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011*. *Bull Methodol Sociol*. 2015;126(1):46– 66.

122. Lambert A, Cayouette-Remblière J, Guéraud É, Bonvalet C, Girard V, Le Roux G, et al. Logement, travail, voisinage et conditions de vie : ce que le confinement a changé pour les Français. Paris : Institut national d'études démographiques; 2020.

123. Hatzenbuehler ML. Structural stigma and health. In: Major B, Dovidio J, Link B, editors. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2018. P 105–124.

124. Girard, « Insider-outsider », une posture intenable? Retour sur des enjeux de positions dans une recherche sur l'homosexualité et le sida. Août 2015, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01266535>.

125. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535-44.

Liste des figures

Figure 1 – Adaptation du modèle de stress minoritaire de Meyer (2015), dans Cotton et al. (2019)

Figure 2 – Distribution géographique des répondants en France hexagonale en fonction de leur lieu de résidence

Liste des tableaux

Tableau 1 – Les multiples aspects de la vulnérabilité d'un jeune homosexuel face au risque du sida au moment de son «coming out»

Tableau 2 – Cadre théorique inspiré de Delor, pour l'analyse des vulnérabilités psychosociales des HSH face à la crise sanitaire et sociale de la COVID-19.

Tableau 3 – Âge moyen des répondants en fonction des trois sous-groupes constitués et nombre de répondants par sous-groupe

Tableau 4 – Nombre de personnes vivant dans une métropole de plus de 500 000 habitants (Paris, Marseille, Lyon ou Toulouse) en fonction du sous-groupe d'analyse

Tableau 5 – Classification et énumération des autodéfinitions de soi renvoyant à des significations différentes en fonction des enquêtes

Tableau 6 – Résumé des stratégies de prévention du VIH adoptées par les répondants, qui se combinent en fonction des situations

Tableau 7 – Situation actuelle des répondants depuis l'entrée dans un parcours de soin en santé mentale

Tableau 8 : Synthèse des types de vulnérabilité (ou facteurs protecteurs) en fonction des groupes d'analyse, associée à la distribution différenciée des vécus temporels et des niveaux de vulnérabilité

Tableau 9 – Caractéristiques sociodémographiques des répondants du groupe « HSH stables » : âge, département de résidence, statut professionnel, statut conjugal et antécédents de santé de mentale

Tableau 10 – Caractéristiques sociodémographiques des répondants du groupe « fragilisés » : âge, département de résidence, statut professionnel, cisgenre ou transgenre

Tableau 11 – Pour le groupe des « HSH fragilisés », croisement entre la situation de non-acceptation de l'homosexualité par les parents, les antécédents diagnostics au plan psychologique avant l'arrivée de la COVID-19, et les symptômes repérés et le parcours de soin pendant la crise sanitaire

Tableau 12 – Manières dont sont structurés les récits des répondants qui s'autoconfinent – avec des extraits de témoignages et des synthèses de l'auteure

Tableau 13 – Manières dont sont structurés les récits des répondants qui s'autoconfinent tout en reprenant une activité sexuelle – avec des extraits de témoignages et des synthèses de l'auteure

Tableau 14 – Manières dont sont structurés les récits des répondants qui reprennent des activités sociales et sexuelles au moment du déconfinement – avec des extraits de témoignages et des synthèses de l'auteure

Tableau 15 – Caractéristiques d'âge, de localisation géographique, de niveau d'étude et de genre des répondants du groupe « HSH précarisés »

Tableau 16 – : Profession des parents, sources de revenus et appartenance de classe des enquêtés du groupe « HSH précarisés »

Tableau 17 – Pour le groupe des « HSH précarisés » : croisement de la situation de non-acceptation de l'homosexualité par les parents, des antécédents diagnostics sur le plan psychologique avant l'arrivée de la COVID-19, et des symptômes repérés et parcours de soin pendant la crise sanitaire

Tableau 18 – De quel « placard » et coming-out est-il question selon les enquêtés « HSH précarisés », en fonction de leur classe sociale d'origine et de la phase de construction identitaire qu'ils traversent ? Où se situent-ils entre volonté d'autonomie ou nécessité de protection ?

Tableau 19 – Le processus de vulnérabilisation décomposé et reconstitué dans l'échantillon COVIGAY et d'après le modèle de Delor

Liste des abréviations

CIM-11 – Classification internationale des maladies

HAS – Haute autorité de santé

HSH – Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IST – Infection sexuellement transmissible

FtM – Female to Man, homme transgenre

LGBTQI+ – Personnes lesbiennes, gays ou bisexuelles, ainsi que trans, queer, intersexes ou se définissant comme non-binaires

NPS – Nouveaux produits de synthèse

OMS – Organisation mondiale de la santé

PrEP – Prophylaxie pré-exposition au VIH

RdR – Réduction des risques (et des dommages)

SESSTIM – Unité mixte de recherche : Sciences Économiques et Sociales & traitement de l'information médicale

TasP – Treatment as Prevention

Annexes

Annexe n°1 – Certificat du comité d'évaluation éthique de l'Inserm

Annexe n°2 – Annonce publiée en ligne pour le recrutement des participants

Annexe n°3 – Fiche d'information aux participants

Annexe n°4 – Grille d'entretien de l'étude COVIGAY

Annexe 1 : Certificat du comité d'évaluation éthique de l'Inserm

CEEI / IRB
Comité d'Evaluation Ethique
de l'Inserm

IRB00003888



Inserm

La science pour la santé
From science to health

CEEI / IRB Monsieur Gabriel GIRARD
Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm Equipe SESSTIM – Inserm U1252
Aix-Marseille Université
Dossier suivi par : Christine Dosquet 27 boulevard Jean Moulin
ceei@inserm.fr 13005 MARSEILLE

Nos réf: CD/EB 20-154

Paris, le 15 décembre 2020

Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint votre **avis n°20-750** pour votre projet intitulé :

" Etude qualitative des conséquences sociales de l'épidémie de Covid-19 chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France – COVIGAY ",

examiné lors de la réunion du CEEI du 15 décembre 2020.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Emilie Bujead
Secrétaire du CEEI

République Française

CEEI / IRB de l'Inserm
101 rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13

Annexe 2 : Annonces publiées en ligne pour le recrutement des participants



COVIGAY

Etude sociologique sur les conséquences du Covid-19 chez les hommes gays et bisexuels, cis ou trans

L'étude COVIGAY vise à mieux comprendre comment le contexte sanitaire actuel affecte les conditions de vie, la sexualité et la santé des hommes (cis ou trans) qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

Vous avez envie de partager votre expérience ? Pour en savoir plus, rendez-vous sur : <http://bit.ly/covigay>

COVIGAY.

Étude sociologique sur les conséquences du Covid-19 chez les hommes (cis ou trans) ayant des relations sexuelles avec des hommes en France.

Confinement/reconfinement, gestes-barrière, distanciation sociale, crises sanitaire et sociale... La pandémie de Covid-19 occupe notre quotidien depuis près d'un an. L'étude COVIGAY vise à mieux comprendre les conséquences de ce contexte sanitaire sur les conditions de vie, la sexualité et la santé des hommes (cisgenres ou trans) qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Il s'agit d'une recherche sociologique qualitative, basée sur des entretiens individuels d'une durée approximative d'une heure.

Le sujet vous intéresse ? Vous avez envie de partager vos expériences ? Pour en savoir plus, rendez-vous sur [cette page](#) !

L'étude est menée par Gabriel Girard, sociologue et chercheur au SESSTIM (Inserm – IRD – Aix-Marseille Université).

Annexe 3 : Fiche d'information aux participants

COVIGAY - Étude qualitative des conséquences sociales de l'épidémie de Covid-19 chez des hommes (cis ou trans) ayant des relations sexuelles avec des hommes en France

Le chercheur en charge du projet est Gabriel Girard (gabriel.girard@inserm.fr).

Objectifs de la recherche

Documenter et analyser les conséquences sociales et sanitaires du Covid-19 chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes résidant en France.

Critères de participation à la recherche

Pour participer à cette recherche, vous devez :

- Être un homme, cisgenre ou trans
- Vous identifier comme un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Avoir 18 ans ou plus.

Déroulement de la recherche

Si vous acceptez de participer, un entretien avec un chercheur d'une heure environ vous sera proposé, au moment de votre choix. L'entretien aura lieu en visioconférence ou par téléphone, afin de respecter les mesures de prévention contre le Covid-19. Si vous donnez votre accord, il sera enregistré à partir d'un dictaphone, afin de ne pas modifier vos propos au moment de la retranscription. Une fois la recherche achevée, les enregistrements seront détruits. Si vous vous opposez à l'enregistrement des notes seront prises par le chercheur.

Confidentialité et anonymat

Votre nom et prénom ne seront pas mentionnés lors de la retranscription. Les données sont traitées de façon anonyme. Un pseudonyme vous sera attribué et aucune donnée personnelle ou identifiante ne sera retranscrite ou utilisée dans le processus de recherche (analyse, publication, communication).

Consentement

En acceptant de participer à l'entretien vous consentez à participer à la recherche.

Vos droits

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. À tout moment, vous êtes libre de ne pas répondre à une question ou d'interrompre votre participation à la recherche, et cela n'aura aucune conséquence.

La recherche fera l'objet de publications dans des revues et de communications dans des conférences. Vous pouvez demander d'avoir une information sur les résultats globaux de cette recherche en contactant directement le promoteur de la recherche, Gabriel Girard. Les résultats seront également disponibles à la fin de l'année 2021 sur le site du SESSTIM (<https://sesstim.univ-amu.fr/>), sous la forme d'un document synthèse.

Annexe 4 : Grille d'entretien COVIGAY

Cette grille d'entretien établit les grandes thématiques qui guideront les entretiens semi-directifs. Étant donnée la diversité des profils de répondants recherchés (utilisateurs de PrEP, personnes vivant avec le VIH, personnes pratiquant le Chemsex), un tronc commun est proposé, assorti de modules spécifiques.

Tronc commun

Introduction/présentation

La première partie de cet entretien consiste à mieux vous connaître et à me donner des points de repères concernant votre vie sociale et affective :

- Pour commencer, pourriez-vous vous présenter en quelques mots : âge, lieu de naissance, lieu de résidence, niveau de diplôme, situation professionnelle ou scolaire, autodéfinition de l'identité sexuelle et de genre ?
- Votre identité sexuelle est-elle bien acceptée par votre entourage, vos parents ?
- Actuellement, quelle est votre situation conjugale ou affective ? Depuis combien de temps ?
- Habituellement (hors Covid), fréquentez-vous des lieux gays ? A quelle fréquence ?
- Avez-vous déjà effectué un test pour le VIH ? Si oui, quel est votre statut sérologique ?
 - S- : A quand remonte votre dernier test ?
 - S+ : Quand avez-vous eu connaissance de votre séropositivité ?
- Vous sentez-vous appartenir à une « communauté » gay ? Si oui pourquoi, et comment cela se manifeste-t-il pour vous ? Si non, pourquoi ? Plus généralement, comment définiriez-vous cette ou ces communautés ? Avez-vous une autre ou d'autres communautés d'appartenance, si oui la(les)quelle(s) ?
- Profession des parents ? Frères/sœurs ? Nombre, âge et profession ?

Expérience Covid-19

Nous allons maintenant parler de l'épidémie de Covid-19, de votre perception de cette épidémie et de son impact sur votre vie :

- En partant de manière chronologique, comment avez-vous perçu l'émergence de l'épidémie entre janvier et mars 2020 ? Comment cette perception a-t-elle évolué au cours du temps ?
- Comment s'est passé pour vous le confinement de mars à mai 2020 ?
 - Avez-vous été confiné ?
 - Lieu du confinement et personnes avec qui vous avez été confiné ?
 - Conditions de vie / de travail ?
 - Santé physique et mentale ? Usage d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs ? Consultation de professionnels de santé ?
 - Consommation de produits psychoactifs ?
 - Rapport à la fête / aux sorties ?
 - Activité sexuelle ? Combien de partenaires ?
 - Prévention, dépistage, soin en lien avec le VIH et les IST ?
 - Suivi des autres soins habituels ?
 - Sociabilités en ligne ou en présence ?
 - Difficultés éventuelles (violences, isolement, perte de salaire ou d'emploi, etc.) ?
 - Impact global sur votre vie ?
- Comment s'est passé pour vous le déconfinement à partir du 11 mai 2020 ?
 - Conditions de vie / de travail ?
 - Santé physique et mentale ? Usage d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs ? Consultation de professionnels de santé ?
 - Consommation de produits psychoactifs ?
 - Activité sexuelle ?
 - Prévention, dépistage, soin en lien avec le VIH et les IST ?
 - Suivi des autres soins habituels ?
 - Sociabilités en ligne ou en présence ?
 - Difficultés éventuelles (violences, isolement, perte de salaire ou d'emploi, etc.) ?
 - Changements pour votre vie ?

- Au regard de cette expérience, comment avez-vous vécu les périodes de reconfinement/déconfinement/couvre-feu depuis ?
- A titre personnel :
 - Pensez-vous avoir été infecté vous-même ? Certain de vos proches ?
 - Avez-vous effectué un dépistage ou plusieurs ? Si oui dans quelles circonstances ?
 - Avez-vous été hospitalisé ?
 - Avez-vous été confronté à l'hospitalisation au décès d'un ou de plusieurs proches ?
- A titre personnel, quelle est votre perception des risques liés au Covid ? Efficacité des mesures de freinage ? Acceptabilité ? Cela a-t-il évolué dans le temps ?
- Plus généralement, depuis le début de cette pandémie, comment avez-vous vécu les mesures de prévention (masque, gel, distanciation sociale, couvre-feu, etc.) ? Comment cela a-t-il affecté votre vie et votre sexualité ? Votre santé mentale ?
- Êtes-vous vacciné ? Souhaitez-vous l'être ?
- Comment évaluez-vous la stratégie gouvernementale face à l'épidémie ?

Liens entre les épidémies VIH et Covid-19

Abordons maintenant les parallèles entre VIH et Covid :

- Comment l'épidémie actuelle et les risques qui y sont associés ont-ils affecté, sur le moyen terme, vos comportements sexuels et/ou de prévention VIH ? Votre perception des risques ?
 - Avec votre partenaire régulier ?
 - Avec vos partenaires occasionnels ?
- Selon vous, est-ce que ces deux épidémies sont comparables ? Si oui (ou si non), pourquoi ?
 - Pour ceux qui répondent oui : comment évaluez-vous la réaction collective des gays dans les deux épidémies ?

En conclusion

- Pour finir, comment envisagez-vous le monde d'après ? Quelles sont vos projections pour le futur ?

Module spécifique PrEP

Vous avez indiqué prendre (ou avoir pris) la PrEP au cours de l'année 2020.

- Pourriez-vous me raconter rapidement votre historique personnel de l'utilisation de la PrEP : initiation, interruptions éventuelles, contextes, etc. ?
- Comment a évolué votre rapport à la PrEP durant l'année 2020 ? Quel a été l'impact du Covid (ou d'autres facteurs) ?
- Quelles sont les difficultés (éventuelles) que vous avez vécu dans ce cadre ?
- Si vous avez interrompu la PrEP, dans quelles conditions ? Avez-vous repris par la suite ? Si oui dans quelles conditions ?
- S'il y en a eu, comment se sont déroulées les relations avec les professionnels de santé et/ou des intervenants associatifs en lien avec la PrEP au cours de l'année 2020 ?
- Plus généralement, comment estimez-vous vos risques vis-à-vis du VIH ?

Module spécifique personnes VIH

Vous avez indiqué vivre avec le VIH.

- Pourriez-vous me raconter rapidement votre historique personnel de l'expérience du VIH (date estimée de l'infection, date de la prise en charge et de l'initiation du traitement) ?
- Est-ce que l'irruption du Covid a affecté votre vie avec le VIH ? Si oui comment ?
- S'il y en a eu, comment se sont déroulées les relations avec les professionnels de santé et/ou des intervenants associatifs en lien avec le VIH au cours de l'année 2020 ?
- Quelles sont les difficultés (éventuelles) que vous avez vécu dans ce cadre ?

Module spécifique Chemsex

Vous avez indiqué faire usage de produits en contexte sexuel.

- Pourriez-vous me raconter rapidement votre historique personnel de l'expérience des produits en contexte sexuel ? Définissez-vous vos pratiques comme relevant du Chemsex ? Ou un autre terme ?
- Comment se sont passées vos consommations au cours de l'année 2020 ?

- Maintien/adaptation/interruption/augmentation ?
- Avez-vous eu des enjeux d'approvisionnement en produits le cas échéant ? Comment les avez-vous gérés ?
- Vos réseaux amicaux ou relationnels en lien avec le chemsex, s'il y en a, ont-ils joué un rôle particulier de soutien ou d'entraide durant cette année ? Ou l'inverse ?
- S'il y en a eu, comment se sont déroulées les relations avec les professionnels de santé et/ou des intervenants associatifs en lien avec les consommations au cours de l'année 2020
- Quelles sont les difficultés (éventuelles) que vous avez vécu dans ce cadre ?

- - -

Nous arrivons au terme de cet entretien :

- Avez-vous des questions ?

Merci de votre participation !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



Résumé

Contexte :

L'irruption de la pandémie de COVID-19 a agi comme un révélateur et un amplificateur d'inégalités sociales de santé préexistantes. Les hommes gays et bisexuels (HSH) – cisgenres et transgenres – constituent par ailleurs une population affectée de manière disproportionnée par le VIH et les IST, les problématiques liées à la consommation de produits psychoactifs, les discriminations, les violences et les enjeux de santé mentale.

Objectif :

L'objectif de ce travail de thèse est de décrire l'expérience vécue par les HSH de l'échantillon durant la première année de la crise sanitaire et d'analyser les écarts repérés entre ces différentes expériences en termes de vulnérabilité psychosociale.

Méthode :

Ce travail de thèse est une étude qualitative qui s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés par un sociologue et une interne de médecine générale auprès de quarante HSH résidant en France, entre février et mai 2021. À partir d'une modélisation théorique de la vulnérabilité des HSH face au risque VIH (Delor & Hubert, 2003) et d'une analyse descriptive interprétative (Sandelowski, 2000) assistée par Nvivo, il s'est agi d'examiner les différents niveaux et aspects de la vulnérabilité psychosociale de cette population, dans le contexte de la crise sanitaire.

Résultats :

Sur cette période, les HSH de cette étude sont affectés principalement par des problèmes de santé mentale. Cependant, on repère des contrastes marqués entre différents profils de répondants, ce qui a conduit à effectuer une classification en trois groupes (HSH stables, fragilisés et précarisés). La synthèse des facteurs de vulnérabilité permet d'entrevoir des leviers d'intervention pour les médecins généralistes réalisant de la prévention, récemment devenus primo-prescripteurs de PrEP. L'hétérogénéité des niveaux de vulnérabilité conduit à questionner l'utilité de la catégorisation en « groupes à risques » pour une pratique de la médecine générale selon une approche biopsychosociale.

Conclusion :

En France, les hommes gays – cisgenres et transgenres – ont vécu la crise de la COVID-19 de façon contrastée, selon des caractéristiques sociologiques et/ou médicales que l'analyse a permis d'identifier.

Mots clefs : HSH, COVID-19, vulnérabilité psychosociale, santé mentale, PrEP, infection par le VIH, chemsex, sociologie de l'homosexualité, santé sexuelle, soins primaires