

COMPORTEMENTS SEXUELS DES JEUNES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES AU TEMPS DE LA PRÉVENTION BIOMÉDICALE : DES VULNÉRABILITÉS SPÉCIFIQUES CHEZ LES PLUS JEUNES – ENQUÊTE RAPPORT AU SEXE 2023

// SEXUAL BEHAVIOUR AMONG YOUNG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN THE ERA OF BIOMEDICAL PREVENTION: SPECIFIC VULNERABILITIES AMONG THE YOUNGEST – RAPPORT AU SEXE 2023 SURVEY

Zoé Chameau¹ (zoe.chameau@santepubliquefrance.fr), Anna Mercier¹, Annie Velter^{1,2}

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Aix-Marseille Université, Inserm, IRD, Sesstim (Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale), Isspam (Institut des sciences de la santé publique d'Aix-Marseille Université), Marseille

Soumis le 13.08.2025 // Date of submission: 08.13.2025

Résumé // Abstract

Introduction – L'émergence d'outils biomédicaux de prévention du VIH a révolutionné les politiques de santé sexuelle, offrant des alternatives au préservatif. Cependant, leur adoption est encore marginale, notamment chez les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Cette étude vise à analyser leurs conditions de vie, leur rapport à la santé et leurs pratiques de prévention dans un contexte marqué par la construction de l'identité sexuelle, la gestion du risque et des normes sociales contraignantes.

Méthode – Les données proviennent de l'Enquête rapport au sexe (ErAs), réalisée en 2023. Les analyses portent sur 6 371 HSH âgés de 18 à 29 ans répartis en trois classes d'âge : 18-21 ans, 22-25 ans et les 26-29 ans.

Résultats – Les 18-21 ans se distinguent par une plus forte proportion de bisexuels (23% *versus* 15-19%), un cercle amical mixte (50% vs 42-43%), une fréquentation réduite des lieux communautaires gays (41% vs 51-57%). Ils subissent davantage d'injures homophobes (48% vs 28-37%) avec une santé mentale plus dégradée (40% d'anxiété vs 26-33%). Leur accès à la prévention est limité : 43% n'en parlent pas avec leur médecin, 46% n'ont pas fait de test VIH dans l'année (vs 28-33%). Bien que l'usage du préservatif soit plus fréquent (34% vs 29%), leur recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) reste faible (8% vs 23%), et 43% s'exposent au risque de contamination (vs 32-35%).

Conclusion – Les jeunes HSH de 18 à 21 ans apparaissent particulièrement vulnérables. Ces disparités reflètent à la fois un effet d'âge et des déterminants sociaux, identitaires et territoriaux complexes, avec la nécessité de réaffirmer des stratégies de prévention adaptées aux spécificités d'une génération qui grandit dans un contexte de renouvellement des outils et des normes en santé sexuelle.

Introduction – The emergence of biomedical tools for HIV prevention has transformed sexual health policies, offering alternatives to condoms. However, their adoption remains marginal, particularly among young men who have sex with men (MSM). This study aims to analyze their living conditions, health status, and prevention practices within a context shaped by sexual identity formation, risk management, and constraining social norms.

Method – Data come from the Enquête rapport au sexe (ERAS), conducted in 2023. The analyses cover 6,371 MSM aged 18 to 29, divided into three age groups: 18-21, 22-25, and 26-29.

Results – 18-21-year-olds are distinguished by a higher proportion of bisexuals (23% vs 15-19%), a mixed-gender circle of friends (50% vs 42-43%), and reduced attendance at gay venues (41% vs 51-57%). They experience more homophobic slurs (48% vs 28-37%) and poorer mental health (40% anxiety vs 26-33%). Their access to prevention is limited: 43% do not discuss it with their doctor, and 46% have not had an HIV test in the past year (vs 28-33%). Although condom use is more frequent (34% vs 29%), their use of Pre-exposure prophylaxis (PrEP) remains low (8% vs 23%), and 43% expose themselves to the risk of infection (vs 32-35%).

Conclusion – Young MSM aged 18 to 21 appear to be particularly vulnerable. These disparities reflect both an age effect and complex social, identity-related and territorial determinants, highlighting the need to reaffirm prevention strategies tailored to the specificities of a generation growing up in a context of evolving tools and norms in sexual health.

Mots-clés : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Jeunes, Prévention
// **Keywords**: Men who have sex with men, Young, Prevention

Introduction

L'arrivée des outils biomédicaux de prévention du VIH, tels que la prophylaxie pré-exposition (PrEP)¹⁻³ ou le traitement comme prévention (TaSP)⁴⁻⁶, et de leur efficacité démontrée a profondément transformé les politiques de santé sexuelle. En offrant des alternatives efficaces au-delà du préservatif, ces dispositifs ont contribué à une baisse significative des nouveaux diagnostics à VIH en France chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) nés en France⁷. Accessible depuis 2016 et remboursée, la PrEP, par exemple, a vu son accès facilité par l'extension aux médecins généralistes de sa prescription en 2021. Pour autant, son usage demeure encore limité, notamment par les HSH, et en particulier chez les plus jeunes⁸. À l'international, une étude récente souligne également que l'adoption de la PrEP reste plus faible chez les jeunes générations d'HSH, mettant en évidence plusieurs barrières spécifiques liées à l'accessibilité, aux représentations de la PrEP, et à la crainte de stigmatisation⁹. Ces résultats suggèrent que les difficultés rencontrées par les jeunes générations dépassent le contexte français, et renforcent la nécessité d'interroger les déterminants sociaux et générationnels qui façonnent leurs pratiques de prévention.

Plus globalement, les HSH âgés de moins de 25 ans présentent plus fréquemment des comportements sexuels à risque¹⁰. S'ils peuvent se montrer moins attentifs à leur état de santé que les jeunes hétérosexuels du même âge¹¹, ils sont confrontés à des difficultés spécifiques, notamment celle d'aborder la question de leur sexualité avec un médecin généraliste¹². Ces éléments ne suffisent pas à expliquer les écarts observés entre classes d'âge. L'étude des vulnérabilités propres aux jeunes HSH nécessite de replacer les outils de prévention dans un contexte plus large, où s'entrecroisent trajectoires sociales, constructions identitaires, et rapports aux normes. En effet, la catégorie des « jeunes HSH » ne renvoie pas à un groupe homogène. Elle recouvre une diversité d'expériences traversées par le genre, la classe, le niveau d'éducation ou encore l'environnement social¹³.

Dès la fin des années 1980, Michael Pollak a souligné le rôle des parcours de socialisation dans l'appropriation des outils de prévention, en insistant sur l'importance des appartenances communautaires et des ressources relationnelles¹⁴. Avec Marie-Ange Schiltz, il a également montré que les jeunes peu intégrés dans les cercles militants ou les espaces communautaires – bars, associations, presse spécialisée – étaient moins exposés aux messages de prévention¹⁵. En effet, les jeunes HSH distants de la scène gay semblent développer des formes de socialisations plus individuelles, parfois discontinues et moins structurées autour d'un discours collectif de prévention¹⁶, et ce, quelles que soient les générations¹⁷. Or, comme l'a récemment souligné Marie Bergström¹⁸, les jeunes générations se distinguent par des transformations profondes dans leur rapport à leur sexualité qui redéfinissent également leur appropriation aux normes et aux outils de prévention.

L'objectif de cet article est d'actualiser les connaissances quant à l'appropriation de l'ensemble des outils de prévention chez les HSH âgés de 18 à 29 ans, divisés en trois classes d'âge et d'explorer comment ces écarts s'articulent avec leurs conditions sociales, leurs modes de vie et leurs comportements sexuels, afin d'identifier l'éventuelle persistance de vulnérabilités propres aux plus jeunes.

Méthodes

Source de données

Rapport au sexe est une enquête transversale anonyme, auto-administrée en ligne, basée sur le volontariat, répétée tous les deux ans depuis 2017. La dernière édition s'est déroulée du 24 février au 6 avril 2023, sous la responsabilité scientifique de Santé publique France, avec le soutien de l'Agence nationale de la recherche | Maladies infectieuses émergentes (ANRS | MIE). Les participants ont été recrutés via différents supports digitaux. Des bannières ont été diffusées, d'une part, sur des applications de rencontres géolocalisées gays et des sites d'informations affinitaires gays ; et d'autre part sur les réseaux sociaux, en ciblant des profils semblables à ceux des visiteurs du site de prévention Sexosafe de Santé publique France. Les participants étaient invités à donner leur consentement pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'était collectée, aucune incitation financière n'était proposée. Les seuls critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être un homme et d'avoir 18 ans ou plus. L'étude était conforme aux directives éthiques de la déclaration d'Helsinki de 1975. Le protocole d'enquête en ligne a été évalué et approuvé par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (IRB00003888 avis n°23-989). Quatre grandes parties composent le questionnaire : les caractéristiques sociodémographiques, le mode de vie et la socialisation, les données de santé, et les comportements sexuels et préventifs au cours des six derniers mois et au cours du dernier rapport selon le type de partenaire (stable ou occasionnel).

Population d'étude

La population incluse dans l'analyse est celle des HSH cis, trans ou non-binaires résidant en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) âgés de 18 ans à 29 ans, répartie en trois classes : les 18-21 ans, 22-25 ans et 26-29 ans.

Variable d'intérêt

Notre variable d'intérêt dans cette étude est un indicateur de couverture préventive contre le VIH des HSH avec des partenaires occasionnels masculins dans les six derniers mois. Il s'agit d'une mesure catégorielle des pratiques sexuelles et de l'utilisation de méthodes de prévention du VIH avec des partenaires masculins occasionnels au cours des six derniers mois avant l'enquête, élaborée à partir de questions sur les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, le statut VIH auto-déclaré, le traitement du VIH, l'utilisation de la PrEP, et l'usage du préservatif¹⁹.

À partir de six catégories, un indicateur binaire de comportement sexuel à risque vis-à-vis du VIH a été construit :

- 1) Pas de pratique de pénétration anale avec des partenaires occasionnels (participants de tout statut VIH) ;
- 2) Pénétration anale avec utilisation systématique du préservatif avec des partenaires occasionnels (participants de tout statut VIH) ;
- 3) Pénétration anale sans préservatif (Pasp) avec des partenaires occasionnels par des participants séropositifs sous traitement anti-VIH avec une charge virale indétectable ;
- 4) Pasp avec des partenaires occasionnels par des participants séronégatifs sous PrEP ;
- 5) Pasp avec des partenaires occasionnels par des participants séropositifs ne suivant pas de traitement contre le VIH ou ayant une charge virale détectable ou dont la charge virale est détectable ;
- 6) Pasp avec des partenaires occasionnels par des participants séronégatifs ou non testés qui ne sont pas sous PrEP.

Les catégories 1 à 4 ont été classées comme « pratique sexuelle sans risque vis-à-vis du VIH ». Les catégories 5 et 6 ont été classées comme présentant un risque de transmission ou d'infection par le VIH.

Plusieurs ensembles de variables ont été considérés dans l'analyse des facteurs associés au comportement à risque lors de rapport sexuel avec un partenaire occasionnel dans les six derniers mois :

- des caractéristiques sociodémographiques : identité de genre, âge, niveau d'études, situation financière perçue, situation familiale ;
- la variable sur l'identité de genre a été construite à partir des questions suivantes : « *Actuellement, vous vous considérez comme : 1. Un homme, 2. Une femme, 3. Non-binaire, 4. Autres* ». Et « *Quel est le sexe enregistré au moment de votre naissance sur votre acte de naissance : 1. Masculin, 2. Féminin* ». Leur combinaison a permis de distinguer quatre catégories : 1. Hommes cisgenres, 2. Hommes transgenres FtM (*female to male*, transition femme vers homme), 3. Non-binaires. 4. Autres ;
- la variable sur l'autodéfinition de l'orientation sexuelle proposait quatre items : homosexuel, bisexuel, hétérosexuel, autre (en champs libre) ;
- des variables de socialisation : entourage amical, fréquentation de lieux de convivialité (bar, sauna, backroom), fréquentation des lieux extérieurs de drague, fréquentation des applications de rencontre, de sex parties ;
- des variables relatives à des injures homophobes subies dans plusieurs contextes (lieu de travail ou études, lieu public ou au sein de la famille) et liées à la santé mentale dont des

scores d'anxiété mesurés selon l'indicateur du GAD-7, un outil qui a été développé pour mesurer l'anxiété généralisée à travers sept questions évaluant la fréquence des symptômes sur les deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête. Les répondants notent chaque symptôme sur une échelle de Likert à quatre points, allant de « pas du tout » à « presque tous les jours ». Le score total varie de 0 à 21, avec un seuil de 10 pour indiquer une anxiété modérée à sévère²⁰ ;

- des variables liées aux comportements sexuels, comme le nombre de partenaires, ou la pratique du chemsex (consommation de produits psychoactifs – cocaïne, GHB/ GBL, amphétamines, MDPV, 3-MMC, 4-MMC... – dans un contexte sexuel) ;
- des variables sur la santé sexuelle, filtrés sur les répondants, qui déclaraient avoir eu un partenaire occasionnel masculin dans les six derniers mois : avoir un médecin et parler de prévention sexuelle avec lui ou non, le statut VIH auto-déclaré, le nombre de tests VIH effectués dans les 12 derniers mois, ou encore le lieu du dernier test VIH dans les 12 derniers mois.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons comparé les profils des jeunes HSH âgés des trois classes d'âge (18-21 ans, 22-25 ans et 26-29 ans) selon leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs modes de vie, leurs comportements sexuels et leur santé sexuelle. Ces classes d'âge ont été sélectionnées pour refléter les étapes clés « des autonomies sociales, affectives et sexuelles »¹⁶, permettant ainsi une analyse détaillée des comportements et besoins en santé sexuelle des jeunes HSH¹⁸. Les comparaisons selon l'identification de genre n'ont pas été approfondies ici en raison des effectifs limités dans certaines sous-catégories. Ces analyses feront l'objet d'une publication ultérieure.

Les pourcentages issus des analyses bivariées ont été comparés en utilisant le test d'indépendance du Chi² de Pearson, avec un seuil maximal retenu à 5%. Dans un second temps, nous avons étudié les facteurs associés à la prise de risque de VIH avec les partenaires occasionnels masculins durant les six derniers mois en menant une régression logistique multivariée. Les variables significatives au seuil de 20% en analyse bivariée ont été retenues pour les analyses multivariées. Le seuil de significativité retenu pour les analyses multivariées était de 5%. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel Stata[®] 16.0.

Résultats

Population d'étude

Au total, 23 502 questionnaires Eras ont été complétés et validés en 2023. Un total de 21 044 répondants rapportait être des HSH résidant en France

hexagonale et dans les DROM. Cette population comprenait 6 371 individus âgés de 18 à 29 ans (soit 30% de l'échantillon) dont 6 072 hommes cisgenres (95,3%), 158 hommes transgenres FtM (2,5%), 110 personnes non-binaires (1,7%) et 31 personnes se définissant comme « autres » (0,5%).

Caractéristiques des participants âgés de moins de 30 ans

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et les modes de vie des HSH selon les trois classes d'âge. Les plus jeunes (18-21 ans)

se distinguaient par un profil spécifique, marqué par un niveau de diplôme plus faible (43% ont au plus le baccalauréat, contre 23% pour les deux autres classes d'âge, $p < 0,001$), une précarité économique plus fréquente (17% déclarent des difficultés financières, contre 16% et 13%, $p < 0,001$), ainsi qu'un ancrage territorial moins urbain (20% résident dans des communes de moins de 2 000 habitants, contre 13% pour les deux autres classes d'âge, $p < 0,001$). Ces derniers se distinguaient par une proportion plus importante de participants s'auto-définissant bisexuels (23% contre 19% chez les 22-25 ans et

Tableau 1

Caractéristiques et modes de vie des HSH âgés de moins de 30 ans – Enquête Eras 2023 (n=6 371)

	18-21 ans		22-25 ans		26-29 ans		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Identification								
Homme cisgenre	1 534	94,2	2 237	95,8	2 332	96,9	6 103	95,88
Homme trans (FtM)	64	3,9	57	2,4	37	1,5	15813	2,5
Personne non-binaire de sexe masculin attribué à la naissance	31	1,9	42	1,8	37	1,5	110	1,7
Orientation sexuelle								
Homosexuelle	1 133	69,6	1 754	75,1	1 884	78,3	4 771	74,9
Bisexuelle	381	23,4	434	18,6	364	15,1	1 179	18,5
Autres (hétérosexuelle autre, refus de se définir)	115	7,1	148	6,3	158	6,6	421	6,6
Lieu de naissance								
Étranger	67	4,1	133	5,7	168	7,0	368	5,8
France	1 562	95,9	2 203	94,3	2 238	93,0	6 003	94,2
Niveau d'études								
Baccalauréat ou inférieur	692	42,5	541	23,2	561	23,3	1 794	28,2
1 ^{er} cycle universitaire ou équivalent	843	51,7	748	32,0	675	28,1	2 266	35,6
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire ou équivalent	94	5,8	1 047	44,8	1 170	48,6	2 311	36,3
Taille de la ville-agglomération de résidence								
<2 000 habitants	324	19,9	307	13,1	318	13,2	949	14,9
2 000 à 100 000 habitants	765	47,0	930	39,8	967	40,2	2 662	41,8
>100 000 habitants	540	33,1	1 099	47,0	1 121	46,6	2 760	43,3
Situation professionnelle								
Salarié, indépendant auto-entrepreneur	238	14,6	1 057	45,2	1 952	81,1	3 247	51,0
Chômage, RSA, inactif	79	4,8	180	7,7	220	9,1	479	7,5
Étudiant	1 312	80,5	1 099	47,0	234	9,7	2 645	41,5
Situation financière perçue								
À l'aise financièrement	752	46,2	1 147	49,1	1 443	60,0	3 342	52,5
C'est juste, il faut faire attention	595	36,5	810	34,7	650	27,0	2 055	32,3
Difficile, dettes	282	17,3	379	16,2	313	13,0	974	15,3
Situation familiale								
Célibataire	1 086	66,7	1 343	57,5	1 169	48,6	3 598	56,5
En couple avec un homme	481	29,5	873	37,4	1 134	47,1	2 488	39,1
Autres (en couple avec femme ou autre)	62	3,8	120	5,1	103	4,3	285	4,5
Cercle d'amis								
Majoritairement des personnes gays/homosexuelles	142	8,7	176	7,5	187	7,8	505	7,9
Aussi bien des personnes gays/homosexuelles qu'hétérosexuelles	812	49,8	1 007	43,1	1 018	42,3	2 837	44,5



Tableau 1 (suite)

	18-21 ans		22-25 ans		26-29 ans		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Majoritairement des personnes hétérosexuelles	648	39,8	1 107	47,4	1 146	47,6	2 901	45,5
Ne pas avoir d'ami	27	1,7	46	2,0	55	2,3	128	2,0
Utilisation d'applications de rencontres								
Non	490	30,1	610	26,1	629	26,1	1 729	27,1
Oui	1 139	69,9	1 726	73,9	1 777	73,9	4 642	72,9
Fréquentation de lieux extérieurs de drague								
Non	333	81,8	1 910	81,8	1 874	77,9	5 117	80,3
Oui	296	18,2	426	18,2	532	22,1	1 254	19,7
Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)								
Non	967	59,4	1 153	49,4	1 042	43,3	3 162	49,6
Oui	662	40,6	1 183	50,6	1 364	56,7	3 209	50,4
Violences subies								
Injures ou agressions sur un lieu de travail ou études dans les 12 derniers mois	389	23,9	302	12,9	221	9,2	912	14,3
Injures ou agressions sur les lieux publics dans les 12 derniers mois	537	33,0	651	27,9	481	20,0	1 669	26,2
Injures ou agressions famille dans les 12 derniers mois	274	16,8	236	10,1	187	7,8	697	10,9
Score d'anxiété élevé (GAD-7≥10)								
Non	972	59,7	1 574	67,4	1 778	73,9	4 324	67,9
Oui	657	40,3	762	32,6	628	26,1	2 047	32,1
Tentative de suicide vie								
Non	1 291	79,3	1 939	83,0	2 076	86,3	5 306	83,3
Oui	338	20,7	397	17,0	330	13,7	1 065	16,7

p<0,001 pour tous les items, sauf « Utilisation d'applications de rencontre » pour lequel p<0,008.

Note : Les plus jeunes (18-21 ans) se distinguaient par une proportion plus importante de participants s'auto-définissant bisexuelles (23%, contre 19% chez les 22-25 ans et 15% chez les 26-29 ans).

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; FtM : *female-to-male, transition femme vers homme* ; RSA : revenu de solidarité active. GAD-7 : outil développé pour mesurer l'anxiété généralisée à travers sept questions évaluant la fréquence des symptômes sur les deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête.

15% chez les 26-29 ans, p<0,001), rapportant un cercle amical plus souvent mixte d'amis homosexuels et hétérosexuels (50% vs 43% et 42%, p<0,001) et une moindre fréquentation des lieux communautaires gays (41% vs 51% et 57%, p<0,001). Ils indiquaient également être plus exposés aux injures ou agressions homophobes (59% vs 44% et 33%, p<0,001), et ce, plus spécifiquement dans les lieux publics. Leur santé mentale était particulièrement dégradée, avec un score élevé d'anxiété pour 40% d'entre eux (vs 33% et 26%, p<0,001), et un taux de tentative de suicide au cours de la vie plus élevé dans cette tranche d'âge (21%) que les autres (vs 17% et 14%, p<0,001).

Santé et comportements sexuels des jeunes HSH avec les partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois

Concernant leur sexualité, une large majorité (89%) des répondants avaient eu des relations sexuelles avec un homme dans les 12 derniers mois, les plus jeunes avaient une moindre activité sexuelle que leurs aînés : 18% n'avaient pas eu de partenaire masculin dans l'année, contre 7% pour les plus âgés (p<0,001). Plus de la moitié d'entre eux

(3 509) rapportaient au moins un partenaire occasionnel masculin dans les six mois précédant l'enquête. Parmi ces HSH sexuellement actifs, les moins de 22 ans étaient plus souvent monopartenaires que leurs aînés (11% vs 8% et 7%, p<0,001). Sur le plan de la santé sexuelle (tableau 2), 43% des moins de 22 ans déclaraient avoir un médecin généraliste, mais avec qui les questions de prévention sexuelle n'étaient pas abordées (contre 30% et 23%, p<0,001). Dans cette classe d'âge, 35% des répondants ignoraient leur statut sérologique VIH (vs 16% et 9%, p<0,001), et 46% n'avaient pas réalisé de test VIH dans l'année (vs 33% et 28%, p<0,001). Parmi les répondants ayant eu recours au dépistage dans l'année, si les laboratoires d'analyses médicales sont les premiers lieux où le dernier test a été réalisé, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) sont particulièrement fréquentés, et plus spécifiquement par les plus jeunes (39% vs 35% et 28%, p<0,001).

En matière de couverture préventive (figure), un tiers des moins de 30 ans rapportaient avoir utilisé systématiquement un préservatif lors de pénétrations

Tableau 2

Santé et comportements sexuels des HSH âgés de moins de 30 ans ayant au moins un partenaire occasionnel dans les 6 derniers mois (n=3 509), Enquête Eras 2023

	18-21 ans		22-25 ans		26-29 ans		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	835	23,8	1 295	36,9	1 379	39,3		
Avoir un médecin et parler prévention sexuelle avec lui								
Médecin et discussions de prévention sexuelle	291	34,9	619	47,8	781	56,6	1 691	48,2
Médecin mais pas discussion de prévention sexuelle	360	43,1	385	29,7	313	22,7	1 058	30,2
Pas de médecin	184	22,0	291	22,5	285	20,7	760	21,7
Statut VIH et biomédical déclaré								
VIH- et PrEP	78	9,3	264	20,4	389	28,2	731	20,8
VIH- sans PrEP	459	55,0	807	62,3	844	61,2	2 110	60,1
VIH+	4	0,5	15	1,2	22	1,6	41	1,2
VIH inconnu	294	35,2	209	16,1	124	9,0	627	17,9
Nombre de tests VIH dans les 12 derniers mois								
Aucun	381	45,6	431	33,3	383	27,8	1 195	34,1
1 test	163	19,5	215	16,6	199	14,4	577	16,4
2 tests	118	14,1	200	15,4	221	16,0	539	15,4
3 tests et plus	173	20,7	449	34,7	576	41,8	1 198	34,1
Lieu du dernier test VIH effectué								
Dans un laboratoire médical avec ordonnance	191	42,1	428	49,5	590	59,2	1 209	52,2
Dans un laboratoire médical sans ordonnance	32	7,0	62	7,2	57	5,7	151	6,5
Dans un CeGIDD	175	38,5	300	34,7	276	27,7	751	32,5
Dans un hôpital	20	4,4	27	3,1	26	2,6	73	3,2
Chez moi avec un autotest	17	3,7	27	3,1	31	3,1	75	3,2
Autres dont association, établissement de convivialité	19	4,2	20	2,3	16	1,6	55	2,4
Nombre de partenaires masculins dans les 6 derniers mois								
Aucun	4	0,5	10	0,8	17	1,2	31	0,9
Un partenaire	94	11,3	106	8,2	102	7,4	302	8,6
2 à 5 partenaires	385	46,1	602	46,5	575	41,7	1 562	44,5
6 à 10 partenaires	183	21,9	279	21,5	353	25,6	815	23,2
Plus de 10 partenaires	169	20,2	298	23,0	332	24,1	799	22,8
Pratique du chemsex dans les 6 derniers mois								
	69	8,3	175	13,5	234	17,0	478	13,6
Comportement sexuel à risque face au VIH dans les 6 derniers mois								
	356	42,6	453	35,0	443	32,1	1 252	35,7

p<0,001 pour tous les items.

PrEP : prophylaxie pré-exposition ; CeGIDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ; Chemsex : consommation de produits psychoactifs (cocaïne, GHB/GBL, amphétamines, MDPV, 3-MMC, 4-MMC, ...) dans un contexte sexuel.

Note : Sur le plan de la santé sexuelle, 43% des moins de 22 ans déclaraient avoir un médecin généraliste avec qui la prévention n'était pas abordée (contre 30% et 23%).

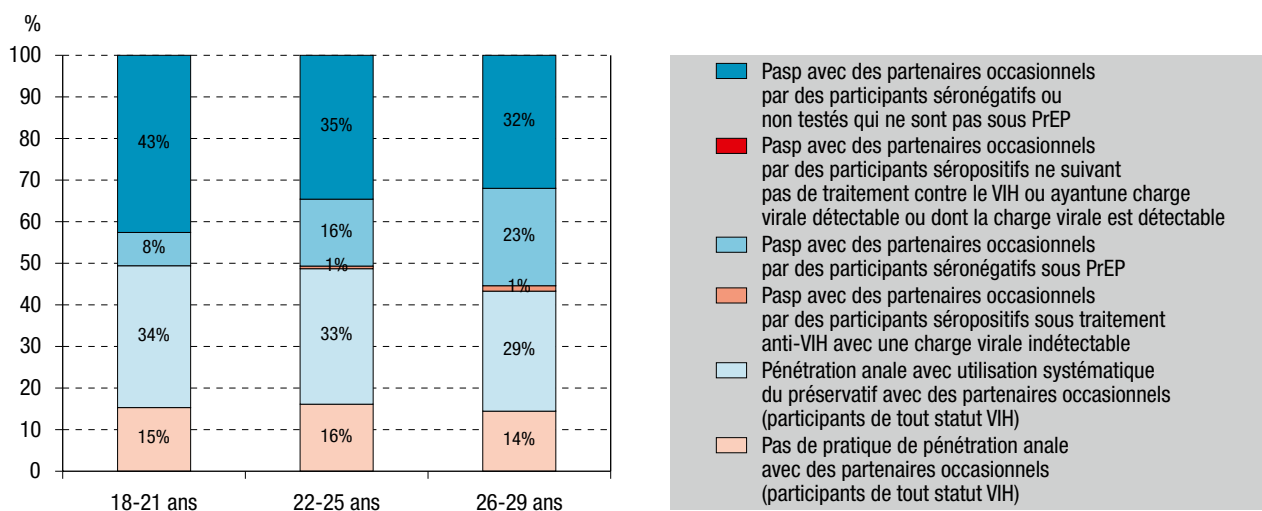
anales avec leurs partenaires occasionnels dans les six derniers mois. Cette proportion est légèrement plus élevée chez les plus jeunes (34% chez les 18-21 ans vs 29% chez les 26-29 ans, p<0,05). L'usage de la PrEP s'élevait à 17%, avec des différences significatives entre classes d'âge : 8% des moins de 22 ans rapportaient en avoir eu l'usage contre 23% pour les 26-29 ans (p<0,001). La part de jeunes HSH vivant avec le VIH étant très faible (1%), la catégorie des participants séropositifs au VIH avec une charge virale indétectable est de l'ordre de 0,8% avec une légère augmentation avec l'âge (0,4% chez les 18-21 ans vs 1,3% chez les 26-29 ans, p<0,05).

Au total, 36% des HSH âgés de moins de 30 ans ont rapporté ne pas utiliser de moyen de prévention avec leurs partenaires occasionnels dans les six derniers mois. Cette proportion était de 43% parmi les 18-21 ans, du fait de la moindre utilisation des outils de prévention biomédicale, contre 35% pour les 22-25 ans et 32% pour les 26-29 ans, (p<0,001).

Les résultats de l'analyse multivariée des facteurs associés aux comportements sexuels à risque de VIH avec les partenaires occasionnels masculins dans les six derniers mois (tableau 3), maintiennent ces différences au détriment des jeunes HSH âgés

Figure

Indicateur de couverture préventive face au VIH selon le statut des enquêtés (n=3 509), Enquête Eras 2023



Pasp : pénétration anale sans préservatif ; PrEP : prophylaxie pré-exposition.

Note : Parmi les HSH âgés de 18 à 21 ans, 15% déclaraient ne pas avoir pratiqué la pénétration anale avec leurs partenaires occasionnels masculins dans les six derniers mois précédant l'enquête, 34% avaient pratiqué la pénétration anale et utilisé systématiquement le préservatif avec ces partenaires, 8% avaient pratiqué la pénétration anale sans préservatif mais étaient séropositifs pour le VIH avec une charge virale indétectable, 8% avaient pratiqué la pénétration anale sans préservatif mais étaient séronégatifs pour le VIH et utilisaient la PrEP, 43% avaient pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec des partenaires occasionnels dans les six derniers mois alors qu'ils étaient séronégatifs ou non testés pour le VIH et n'utilisaient pas la PrEP.

Tableau 3

Facteurs associés au comportement sexuel à risque de VIH avec au moins un partenaire occasionnel masculin dans les six derniers mois (n=3 509), Enquête Eras 2023

	Effectifs	%	p	OR	IC95%	p	ORa	IC95%	p
Âges									
18-21 ans	356	42,6	<0,001	1,57	[1,31-1,88]	<0,001	1,22	[1,01-1,48]	0,039
22-25 ans	453	35,0	<0,001	1,14	[0,97-1,33]	0,118	1,12	[0,95-1,33]	0,160
26-29 ans	443	32,1	<0,001	Ref.			Ref.		
Niveau d'études									
Baccalauréat ou inférieur	445	47,8	<0,001	2,54	[2,13-3,03]	<0,001	2,16	[1,77-2,63]	<0,001
1 ^{er} cycle universitaire ou équivalent	450	36,4	<0,001	1,58	[1,34-1,87]	<0,001	1,40	[1,17-1,68]	<0,001
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire ou équivalent	357	26,6	<0,001	Ref.			Ref.		
Situation financière									
Juste, difficile, voire endetté	670	39,2	<0,001	1,35	[1,18-1,55]	<0,001	1,18	[1,02-1,37]	0,023
À l'aise financièrement	582	32,3	<0,001	Ref.			Ref.		
Taille de la ville									
Moins de 2 000 habitants	211	44,1	<0,001	1,80	[1,46-2,21]	<0,001	1,40	[1,12-1,75]	0,003
2 000 à 100 000 habitants	542	38,8	<0,001	1,44	[1,24-1,67]	<0,001	1,25	[1,07-1,46]	0,005
Plus de 100 000 habitants	499	30,6	<0,001	Ref.			Ref.		
Cercle d'amis majoritairement homosexuel									
Non	1 154	36,4	0,004	1,43	[1,12-1,82]	0,004	1,46	[1,14-1,86]	0,003
Oui	98	28,7	0,004	Ref.			Ref.		
Avoir plus de 5 partenaires masculins dans les 6 derniers mois									
Non	638	33,7	<0,001	0,83	[0,72-0,95]	0,007	0,74	[0,64-0,86]	<0,001
Oui	614	38,0	<0,001	Ref.			Ref.		

OR : odds ratio ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; Ref. : valeur de référence.

Note : Les personnes ayant un niveau bac ou inférieur présentent un risque significatif : ORa=2,16 [1,78-2,63], comparées à celles ayant suivi un second ou troisième cycle universitaire, et ce gradient se retrouve également pour les personnes ayant un niveau bac+2 ou équivalent (1,40 [1,17-1,68]).

de 18-21 ans par rapport aux 26-29 ans (odds ratio ajusté (ORa)=1,22 [1,01-1,48]), toutes choses égales par ailleurs.

Le niveau d'études apparaît comme un facteur important. Les personnes ayant un niveau bac ou inférieur présentent un risque significatif (2,16 [1,77-2,63]), comparées à celles ayant suivi un second ou troisième cycle universitaire, et ce gradient se retrouve également pour les personnes ayant un niveau bac+2 ou équivalent (1,40 [1,17-1,68]). La précarité financière est également associée à une prise de risque (1,18 [1,02-1,37]). De même, les personnes vivant dans une commune de moins de 2 000 habitants (1,40 [1,12-1,75]) ou de taille moyenne (1,25 [1,07-1,46]) sont plus à risque que celles vivant dans une grande agglomération. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir un cercle d'amis majoritairement homosexuel est associé à un risque plus important (1,46 [1,14-1,86]). Concernant l'activité sexuelle, les participants ayant moins de cinq partenaires masculins occasionnels dans les six derniers mois, présentent un risque significativement plus faible (0,74 [0,64-0,85]), comparé à ceux ayant eu plus de cinq partenaires.

Discussion

Nos résultats révèlent des usages contrastés des outils de prévention du VIH parmi les jeunes HSH, et de grandes vulnérabilités chez les plus jeunes. Ces écarts s'inscrivent dans des réalités sociales complexes, où se croisent conditions de vie, expériences relationnelles, rapports à l'identité sexuelle, et accès inégal aux ressources en santé.

Au cours des dernières décennies, l'homosexualité a graduellement bénéficié d'une reconnaissance juridique et sociale accrue, portée par des avancées législatives majeures (telles que le Pacs et le mariage pour tous), ainsi que par une acceptabilité croissante au sein de la population générale²¹. Cette évolution a contribué à une meilleure visibilité et légitimité des modes de vie gays, créant un cadre social a priori plus favorable pour les jeunes HSH.

Cependant, comme le souligne Wilfried Rault, cette évolution du regard social ne signifie pas pour autant la banalisation des parcours des jeunes gays²². Ces derniers continuent de présenter des spécificités marquées par rapport à l'ensemble des jeunes hétérosexuels, notamment en termes de comportements à risque face au VIH, et d'expériences fréquentes de mal-être, avec une prévalence des tentatives de suicide significativement plus élevée que d'autres populations²³.

C'est précisément dans cette optique que nos données apportent un éclairage particulier. Nous avons choisi de placer la focale sur les HSH âgés de 18 à 21 ans comparativement à ceux âgés de 22 à 29 ans. Cette distinction permet de saisir un groupe en début de parcours sexuel adulte, encore marqué par des enjeux identitaires et relationnels par rapport aux HSH plus âgés. Nos résultats indiquent que les HSH âgés de 18 à 21 ans déclarent une moindre utilisation des outils de prévention, avec un recours

moins fréquent à la PrEP et un usage du préservatif légèrement supérieur à celui des tranches d'âge plus anciennes. Une proportion plus élevée de rapports sexuels non protégés est observée dans ce groupe, ce qui peut être associé à un risque accru d'exposition au VIH. Ces observations suggèrent une influence possible des normes préventives hétéronormatives, ainsi qu'une connaissance limitée des stratégies de prévention adaptées aux besoins spécifiques des HSH. Par ailleurs, l'orientation sexuelle et les enjeux liés à la construction identitaire à cet âge pourraient contribuer à expliquer ces dynamiques préventives²⁴. Dans un contexte où l'hétéronormativité reste prédominante²⁵, l'étape du *coming out* se caractérise par une tension entre reconnaissance personnelle de l'orientation sexuelle et crainte du rejet familial ou social. Cette dynamique influence profondément la manière dont ces jeunes investissent leur sexualité et accèdent aux ressources de prévention. Par ailleurs, notre échantillon inclut une proportion plus importante de jeunes HSH s'identifiant comme bisexuels, une identification qui peut réduire le sentiment d'appartenance à la communauté gay et les éloigner des dispositifs de prévention spécifiquement ciblés. Nos résultats montrent, que le fait d'être distant des pairs homosexuels apparaît comme un facteur associé à la prise de risque. Cette observation renforce l'idée que l'intégration dans les réseaux de sociabilité gay favorise un meilleur accès aux ressources préventives pouvant contribuer à réduire les comportements à risque¹¹. Dans le même temps, la banalisation relative de l'homosexualité dans les discours sociaux et politiques ne s'est pas toujours accompagnée d'une offre de prévention suffisamment adaptée aux jeunes générations.

De plus, de nombreux jeunes HSH rapportent des réticences à évoquer leur sexualité avec les professionnels de santé, ce qui peut retarder ou empêcher l'accès aux dispositifs de prévention^{26,27}. Le dévoilement de son identité sexuelle reste rarement abordé avec le médecin généraliste, particulièrement lorsque ce dernier est le médecin de famille²⁸. Dans ce contexte, le manque de formation et d'écoute du corps médical peut ainsi entraver l'identification des besoins, l'orientation vers les dispositifs appropriés, et le maintien dans la prévention sur le long terme.

Ces difficultés relationnelles s'inscrivent dans un contexte plus large d'inégalités sociales et économiques qui constituent un obstacle majeur à la santé et à la prévention jeunes HSH. Ceux déclarant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ou une situation financière difficile sont en effet plus exposés à des pratiques à risque et recourent moins à la PrEP. Des travaux antérieurs avaient déjà souligné l'existence de groupes vulnérables socio-économiquement exposés à un risque élevé d'infection par le VIH²⁹. Par ailleurs, ces résultats corroborent d'autres recherches mettant en lumière les effets cumulatifs de la précarité, des violences homophobes et de l'exclusion sociale sur les trajectoires de santé des minorités sexuelles³⁰⁻³². Dans notre échantillon, les plus jeunes HSH rapportent une exposition accrue aux injures homophobes, tant sur le lieu d'études ou de travail

que dans les espaces publics ou familiaux, avec des niveaux d'anxiété élevés et des tentatives de suicide plus fréquentes que dans la population générale³³. Le lieu de résidence des enquêtés, constitue également un facteur différentiel : vivre en dehors des grandes métropoles, où les ressources en santé sexuelle sont moins accessibles ou moins visibles, constitue un frein supplémentaire à l'accès aux outils de prévention³⁴.

Cette étude, du fait de sa méthodologie basée sur le volontariat, induit des biais de participation tendant à surreprésenter les hommes les plus identifiés à la communauté gay³⁵, d'autant plus parmi le groupe d'âge des plus jeunes susceptibles d'être des personnes sexuellement précoces et plus affirmées quant à leur identité que leurs aînées³⁶. Elle offre, cependant, un aperçu précieux grâce à un recrutement diversifié via les réseaux sociaux, capturant ainsi une variété de profils sociodémographiques.

Les trajectoires préventives de ces jeunes HSH, nés entre 2002 et 2005, ne semblent pas différentes de celles des générations antérieures, comme l'a montré Marie-Ange Schiltz dès 1997 en décrivant le parcours de jeunes homosexuels et cette étape d'appropriation des modes de vie et d'intégration des comportements préventifs, rendant compte d'un effet d'âge plus que d'une rupture générationnelle¹⁶.

Pour répondre à ces défis, il est crucial de développer des stratégies de prévention qui tiennent compte de la diversité de parcours, de lieux de vie et d'expériences subjectives des jeunes HSH. Cela inclut l'amélioration de la formation des professionnels de santé pour mieux accueillir les minorités sexuelles et le renforcement de lutte contre les violences homophobes. Une approche intégrée, combinant prévention, soutien psychologique et réduction des inégalités est essentielle pour créer des dispositifs de santé plus inclusifs et durables pour tous les jeunes HSH. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, *et al.* Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: A cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2014;14(9):820-9.
- [2] McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet Infect Dis.* 2016;387(10013):53-60.
- [3] Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, *et al.* On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2015;373(23):2237-46.
- [4] Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, *et al.* Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: An international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV.* 2018;5(8):e438-e47.
- [5] Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, *et al.* Risk of HIV transmission through condomless

sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): Final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet.* 2019;393(10189):2428-38.

[6] Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA.* 2016;316(2):171-81.

[7] Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin. Octobre 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/665021/4436825?version=1>

[8] Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2023. *Epi-phare.* 2023. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2023/>

[9] Haggipavlou L, Hamshaw RJ. Barriers to PrEP Uptake in young U.K. Men who have sex with men. *J Prev Health Promot.* 2023;4(3-4):404-33.

[10] Chameau Z, Velter A. Rapport Eras – Enquêtes Rapport au Sexe – 2017-2019-2021-2023. Saint-Maurice: Santé publique France. (à paraître en 2026).

[11] Hammoud MA, Vaccher S, Jin F, Bourne A, Maher L, Holt M, *et al.* HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake among gay and bisexual men in Australia and factors associated with the nonuse of PrEP among eligible men: Results from a prospective cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;81(3):e73-e84.

[12] Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? *Sante Publique.* 2021; 33(1):101-12.

[13] Bourdieu P. « La jeunesse n'est qu'un mot », entretien avec Anne-Marie Métailié, « Les jeunes et l'emploi », Association des âges. 1978. p. 520-30.

[14] Pollak M. Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie. Paris: Éditions Métailié; 1988. 228 p.

[15] Pollak M, Schiltz MA. Six années d'enquête sur les homo- et bisexuels masculins face au sida : livre des données. *Bulletin de Méthodologie Sociologique.* 1991;31(1):32-48.

[16] Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population.* 1997;52(6):1485-537.

[17] Méthy N, Meyer L, Bajos N, Velter A. Generational analysis of trends in unprotected sex in France among men who have sex with men: The major role of context-driven evolving patterns. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171493.

[18] Bergström M. La sexualité qui vient. Jeunesse et relations intimes après #MeToo. Paris: Éditions La Découverte; 2025. 392 p.

[19] Holt M, Chan C, Broady TR, MacGibbon J, Mao L, Smith AKJ, *et al.* Variations in HIV prevention coverage in subpopulations of Australian gay and bisexual men, 2017-2021: Implications for reducing inequities in the combination prevention era. *AIDS Behav.* 2024;28(5):1469-84.

[20] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.

[21] Bajos N, Moreau C, Andro A, Bohet A, Lot F, Bergström M, *et al.* Contexte des sexualités en France – Premiers résultats de l'enquête CSF – 2023. Paris: Inserm-ANRS-MIE; 2024. <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-de-la-grande-enquete-nationale-contexte-des-sexualites-en-france-2023/69505/>

[22] Rault W. Parcours de jeunes gays dans un contexte de reconnaissance : banalisation des expériences ou maintien des singularités ? *Agora débats/jeunesses.* 2011;57(1):7-22.

- [23] El Khoury Lesueur F, Léon C, Heron M, Sitbon A, Velter A. Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2021(6-7):97-104. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_1.html
- [24] Amsellem-Mainguy Y, Vuattoux A. Les liens sociaux numériques. Chapitre 2 : Exposition de soi et de « sa » sexualité à l'adolescence : pratiques, normes et représentations. Paris: Éditions Armand Colin; 2021. p. 51-72.
- [25] Natacha C, Girard G. L'appropriation d'une sexualité minorisée. Trajectoires de jeunes lesbiennes et gays en France de 17 à 35 ans. ¿ Interrogations? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales. 2015.
- [26] Gilles M, Tetart M, Huleux T, Thill P, Meybeck A, Robineau O. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) knowledge among general practitioners in 2020: A French survey. Infect Dis Now. 2023;53(3):104649.
- [27] Potherat G, Tassel J, Épaulard 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. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/12/2019_12_2.html
- [28] Velter A, Chetcuti-Osorovitz N. Premières socialisations des jeunes lesbiennes et gays en France sous le prisme des rapports de genre. Sextant Revue de recherche interdisciplinaire sur le genre et la sexualité. 2018;(35):131-49.
- [29] Velter A, Ousseine YM, Duchesne L, Lydié N. Non-use of combination HIV prevention tools and its determinants among men who have sex with men living in France. Infect Dis Now. 2022;52(6):341-8.
- [30] dos Santos M. Examen des vulnérabilités psychosociales des HSH durant la première année de la crise de la COVID-19. [Thèse]. Aix-Marseille Université; 2022. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03827030>
- [31] Duchesne L, Lydié N, Velter A. Violences homophobes subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en 2019. Enquête rapport au sexe. Bull Epidemiol Hebd. 2021(6-7):105-11. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_2.html
- [32] Girard G. France. Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle). In: Les jeunes gais des années 2000 : une « population vulnérable » ?. Paris: Éditions Autrement; 2010. p 339-51.
- [33] Léon C, Du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Epidemiol Hebd. 2024(3):42-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html
- [34] Chameau Z, Champenois K, Lert F, Lefrançois R, Mercier A, Velter A. Disparités géographiques et sociales du recours au dépistage et à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) résidant en Île-de-France. Bull Epidemiol Hebd. 2024(14):286-95. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/14/2024_14_1.html
- [35] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Bernillon P, Sommen C, Semaille C. Échantillons de convenance par Internet et par la presse Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011. Bulletin de méthodologie sociologique. 2015;126(1):46-66.
- [36] Méthy N, Velter A, Semaille C, Bajos N. Sexual behaviours of homosexual and bisexual men in France: A generational approach. PLoS One. 2015;10(3):e0123151.

Citer cet article

Chameau Z, Mercier A, Velter A. Comportements sexuels des jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au temps de la prévention biomédicale : des vulnérabilités spécifiques chez les plus jeunes – Enquête rapport au sexe 2023. Bull Epidemiol Hebd. 2025;(19-20):354-63. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/19-20/2025_19-20_1.html