

Résumé

Dans les années 1970, des organisations de gais et de lesbiennes et ainsi que même des centres de santé destinés aux gais ont été créés pour offrir des services de santé à la communauté homosexuelle. Quand l'épidémie de VIH a frappé dans les années 1980, nombre de ces organisations et centres de santé ont revu leurs priorités pour répondre à l'urgence de la crise du SIDA. A la fin des années 1990, en raison des changements profonds entraînés par l'apparition des traitements antirétroviraux et d'une relative normalisation du sida, plusieurs acteurs influents dans les milieux homosexuels et de la prévention du VIH ont lancé des appels à un retour à la santé gaie pour que soient pris en considération d'autres aspects de la santé qui avaient été négligés pendant plus d'une décennie.

Des examens détaillés d'études menées à la fin des années 1990 sur les problèmes de santé importants pour les personnes gaies, lesbiennes, bissexuelles et transgenres (LGBT) ont relevé des affections qui semblent toucher les minorités sexuelles de façon disproportionnée. Toutefois, on a considéré que la qualité des données disponibles était trop médiocre pour envisager une transposition en mesures concrètes. En 1999, pour tenter de remédier à cette situation, l'American Public Health Association a adopté une résolution dans laquelle elle invite à intensifier la recherche sur la relation entre maladie et orientation sexuelle.

La question de la santé des hommes gais a fait son apparition en Suisse via Dialogai, une organisation homosexuelle de Genève qui est aussi la seule organisation de gais du pays qui accomplit un travail professionnel de prévention du VIH. Dialogai a établi un partenariat de recherche avec l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich pour lancer le Projet santé gaie, dont les objectifs sont les suivants : recueillir des données sur la santé des hommes gais, arrêter des priorités fondées sur des bases de preuve et mettre en œuvre de nouvelles interventions pour répondre aux besoins de la communauté.

Après deux séries de recherches qualitatives par des discussions de groupe et un examen exhaustif de la littérature, la première Enquête sur la santé des hommes gais de Genève – inspirée d’enquêtes nationales sur la santé de la population – a été menée en 2002 auprès de 571 hommes gais recrutés selon un échantillonnage aléatoire «temps-espace». Pour étudier l’existence éventuelle de besoins de santé spécifiques des hommes gais selon les indicateurs clés de santé publique que sont l’état de santé, les comportements liés à la santé et le recours aux soins de santé, nous avons procédé à une comparaison post-hoc avec des témoins appariés de la population générale de l’enquête suisse sur la santé de 2002. Les hommes gais ont fait état, avec une fréquence et une gravité nettement supérieures, de symptômes physiques (AOR=1,72-9,21), d’incapacité de courte durée (AOR=2,56), de facteurs de risque de maladie chronique – à savoir hypercholestérolémie, hypertension artérielle, hyperglycémie et tabagisme – (AOR=1,67-3,89), et d’un recours plus élevé aux services de santé (AOR=1,62-4,28), même après ajustement en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des comportements de santé. Les seules exceptions à cette morbidité plus forte étaient l’attention plus grande portée aux choix alimentaires (AOR=1,66) et un taux moindre d’obésité (AOR=0,54) parmi les homosexuels masculins.

L’Enquête sur la santé des hommes gais de Genève a évalué les troubles psychiatriques courants en utilisant la forme abrégée du Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF) de l’OMS. Presque la moitié (43,7%) de l’échantillon répondait aux critères de diagnostic pour au moins un de cinq troubles mentaux du DSM-IV durant les 12 mois écoulés : dépression majeure 19,2%, phobie spécifique et/ou sociale 21,9% et dépendance à l’alcool et/ou à la drogue 16,7%. Plus d’un quart des cas présentaient une comorbidité avec un autre type de trouble. En dépit du caractère chronique de leur affection, seuls la moitié des hommes souffrant de dépression majeure et un tiers de ceux souffrant de phobie sociale et/ou spécifique

en ont effectivement déclaré. Chez ces hommes, la probabilité d'avoir cherché à se faire soigner était 5 fois plus élevée, ce qui met en évidence l'importance de la prise de conscience d'une affection psychique pour la recherche d'aide. Au total, seuls 35,7% des personnes souffrantes avaient consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale durant les 12 mois écoulés.

L'Enquête sur la santé des hommes gais de Genève a également évalué la suicidalité. Des idées suicidaires (12 mois/vie) ont été rapportées par 22%/55%, des plans de suicide par 12%/38% et des tentatives de suicide par 4%/19% des répondants. Alors que les prévalences durant la vie et les proportions sont similaires dans tous les groupes d'âge, les hommes de moins de 25 ans ont fait état des prévalences les plus élevées sur 12 mois pour les idées suicidaires (35,4%) et les tentatives de suicide (11,5%) et du plus faible coefficient de tentatives (1:3,1 pour les tentatives par rapport aux idées suicidaires). Pour étayer les données recueillies auprès du groupe le plus jeune, nous avons procédé à des analyses secondaires de deux enquêtes nationales sur la santé des adolescents menées en 2002 – à savoir la Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH) et l'enquête auprès des recrues suisses (ch-x). Nous avons comparé les jeunes hommes ayant une attirance homosexuelle ou bisexuelle avec leurs homologues hétérosexuels. Les hommes homosexuels ou bisexuels de 16 à 20 ans étaient nettement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires, de plans et de tentatives de suicide sur 12 mois (OR=2,09-2,26) et d'idées suicidaires (OR=2,15) et de tentatives de suicide (OR=4,68-5,36) depuis le début de leur vie.

L'Enquête sur la santé des hommes gais de Genève a été renouvelée en 2007 et 2011 en ciblant la santé mentale. Elle a évalué la compréhension et l'expérience des hommes gais face à la santé mentale en incluant les compétences en matière de santé mentale avec des éléments d'épidémiologie culturelle. Une vignette évoquant la dépression a été identifiée comme telle par 44,1% de l'échantillon total et par

61,9% des hommes ayant souffert de dépression majeure durant les 12 mois écoulés. La discrimination (33,2%), le rejet par autrui (21,4%) et la solitude (24,9%) étaient les raisons le plus souvent données pour une susceptibilité plus élevée chez les homosexuels masculins. Toutefois, les hommes souffrant de dépression majeure ont signalé les problèmes amoureux ou de relation (32,5%) et professionnels (28,9%) comme étant les causes les plus communément perçues de dépression récente. Pour le premier épisode de dépression, ce sont les problèmes amoureux ou de relation (21,9%), d'acceptation de son homosexualité (21,1%) et familiaux (20,2%). Les soutiens non médicaux comme parler à un ami proche (91,6%), des exercices de relaxation ou la méditation (84,4%) et l'activité physique (83,5%) ont été le plus souvent cités comme étant utiles pour la améliorer la situation décrite dans la vignette dépression. Voir des amis (17,2%) et faire du sport (17,2%) étaient les activités non professionnelles les plus fréquemment mentionnées par les hommes souffrant de dépression majeure. Une attitude positive à l'égard des homosexuels faciliterait le recours à des professionnels et la communication avec ces derniers. Alors que les hommes gais ont de nombreux points communs avec la population générale pour la désignation, les causes perçues et la recherche d'aide, les enquêtes ont mis en évidence certaines spécificités en matière de compréhension et d'expérience.

Prises dans leur ensemble, ces constatations semblent indiquer que la prévalence plus élevée de la dépression chez les hommes gais peut être due à une prévalence supérieure de causes semblables à celles de la population générale et à l'existence de causes propres aux gais. De plus, les âges médians lors de la première apparition des symptômes de l'humeur ou d'anxiété ou la première tentative de suicide sont décalés avec les âges médians des principales étapes du développement homosexuel (coming out), ce qui porte à penser que les difficultés psychosociales rencontrées durant ces phases pourraient déclencher des troubles psychiatriques et/ou des tendances suicidaires chez certains homosexuels masculins

pendant l'enfance, l'adolescence et au début de l'âge adulte. Aussi bien la dépression que les tendances suicidaires continuent ensuite de présenter des niveaux élevés de chronicité/réurrence parmi les adultes gais.

Première intervention dans le domaine de la santé mentale pour une communauté homosexuelle, Blues-out est une campagne de sensibilisation à la dépression conçue sur le modèle de l'Alliance européenne contre la dépression (EAAD), qui a déjà fait ses preuves. L'évaluation pré-post intervention a confirmé des niveaux de reconnaissance de la dépression et de Blues-out comparables à ceux trouvés dans la population générale. Un tiers des répondants (32,9%) a reconnu Blues-out dans l'évaluation post intervention en 2011. Ces hommes étaient plus susceptibles d'estimer utiles le recours à des spécialistes et les traitements psychologiques et d'identifier correctement la dépression et le risque plus élevé de dépression chez les homosexuels masculins. Malgré la faible ampleur des effets observés, des baisses nettes marquées (18-28%) ont été constatées entre 2007 et 2011 dans les plans de suicide depuis le début de la vie, les idées de suicides durant les 12 mois écoulés, les cas autodéclarés de dépression depuis le début de la vie et la détresse psychologique durant les 4 dernières semaines. Une priorité devrait être d'évaluer et de mettre en œuvre des interventions de santé publique en santé mentale au sein de ces populations à forte prévalence.

Le Projet santé gaie de Genève a été une collaboration fructueuse entre la communauté et les milieux de la recherche, qui a fait de la Suisse un centre d'excellence pour la santé des minorités sexuelles. Depuis sa conception en 2000, de nombreuses initiatives ont été lancées dans le monde et, dans le domaine de la santé publique, on reconnaît de plus en plus largement les minorités sexuelles comme groupe ayant des besoins particuliers dans le domaine de la santé. Un tableau d'ensemble est en train d'apparaître, mais des recommandations appellent à mener des études supplémentaires pour renforcer la base de preuve, en particulier, à

prendre en compte l'orientation sexuelle comme indicateur sociodémographique de manière systématique dans les grandes enquêtes sur la population générale. Ces données contribueraient à prouver les disparités en matière de santé et faciliteraient une approche syndémique pour analyser un système complexe de multi-morbidité avec des facteurs multiples à des niveaux multiples, en vue de servir de base à de bonnes politiques et à des mesures efficaces pour améliorer la santé des minorités sexuelles.