

Les premières années de l'épidémie de sida et la conversion politique du mouvement homosexuel

Nicolas DODIER

Résumé

À partir d'une lecture des articles de la revue *Gai Pied*, l'auteur montre comment se sont infléchies les prises de position du mouvement homosexuel face au sida, dans les toutes premières années de l'épidémie (1982-1985). L'article met l'accent sur les interférences entre deux évolutions majeures : la transformation du rapport aux institutions médicales, et la construction d'une nouvelle sexualité, véhiculée notamment par la notion de *safer sex*. Au-delà d'une réévaluation des conduites sanitaires, il s'agit d'une véritable « conversion politique » : le mouvement homosexuel en vient, en quelques années, à revoir toute l'économie des pouvoirs qui régit ses conceptions de la santé, de la stigmatisation et de la sexualité.

Mots clés : homosexualité, sida, mobilisation collective, alerte sanitaire, stigmatisation.

Les toutes premières années de l'épidémie de sida ont été cruciales pour le mouvement homosexuel, et particulièrement en France. On a assisté en quelques années à une reconfiguration spectaculaire et durable des groupes mobilisés, à un déplacement très sensible des discours et des pratiques relatifs à la sexualité, et à une transformation notable du rapport aux médecins et aux chercheurs. C'est de la période 1982-1985 que naissent toute une série d'associations (Vaincre Le Sida, AIDES, Arcat-sida...), de notions (le *safer sex*), de modes d'accès aux soins (le principe du dépistage volontaire, anonyme et gratuit), qui vont s'avérer, pendant vingt ans, au cœur de l'homosexualité, dans un contexte marqué par l'épidémie. Il s'agit, en même temps, d'une période d'intenses controverses, à la fois au sein du mouvement homosexuel, et dans les rapports que celui-ci entretient avec d'autres acteurs¹. Dans un premier temps, de 1981 à environ la mi-1984, les militants homosexuels sont dans l'ensemble peu mobilisés pour éviter l'extension de l'épidémie. Certes, beaucoup d'articles de la presse gay sont consacrés au nouveau syndrome. Mais une grande partie d'entre eux s'interrogent sur la réalité de celui-ci et manifestent une défiance persistante vis-à-vis des compétences et des intentions des scientifiques qui lancent l'alerte. C'est la fin de l'année 1984 qui marque un tournant

¹ On se reportera notamment, concernant les tensions de cette période initiale, à [1, 19, 21-23].

important, l'ensemble du mouvement homosexuel s'étant rallié à la lutte collective contre le sida. Cette réaction tranche avec la mobilisation plus rapide des mouvements gay américains. Aux États-Unis, les médecins gay sont au cœur de l'alerte, et les activistes interpellent très vite les scientifiques et l'administration face au nouveau syndrome². De nombreux représentants influents du mouvement gay français relativisent pendant plusieurs années l'ampleur de l'alerte. Différence également avec la tonalité des prises de position dans la presse non homosexuelle en France. Celle-ci est rapidement gagnée par ce que l'on peut appeler l'option « moderne-libérale » [10]. Moderne, car il s'agit de déléguer aux scientifiques une part importante de la résolution du problème posé par le nouveau syndrome. Mais moderne-libérale, au sens où la circulation dans l'espace public d'une information cohérente, unifiée, et contrôlée par les institutions scientifiques, est considérée comme un outil indispensable pour s'opposer, grâce à la raison, aux attitudes et aux pratiques de stigmatisation, celles-ci étant considérées, du point de vue de l'option moderne-libérale, comme un comportement irrationnel. C'est cette alliance des institutions médico-scientifiques et de la cause libérale (au sens ici d'une lutte contre la stigmatisation) qui en vient rapidement à dominer l'espace public, et qu'est loin de partager, jusqu'en 1985, le mouvement homosexuel.

Un certain nombre d'auteurs ont exploré les dimensions psychosociologiques qui pourraient permettre d'interpréter ce qui a été qualifié, rétrospectivement, de « *déni de réalité* » du mouvement homosexuel face au nouveau syndrome : Michael Pollak [23] a insisté sur la valeur d'« *exutoire* » que recèle l'indignation contre des cibles détournées (en particulier la grande presse et son alarmisme, son goût du sensationnel) en situation d'impuissance ; Frédéric Martel [19] a fait valoir, dans un livre polémique, l'« *aveuglement* » auquel peut conduire la focalisation sur l'homophobie, dans le cadre d'un militantisme homosexuel de type « *identitaire* » ; Philippe Adam [1] a mis en avant les effets de « *l'idéologie* » du mouvement homosexuel de l'époque. J'aimerais dans cet article en revenir à une compréhension plus suivie de tout ce qui a jalonné, dans ces premières années du sida, le déplacement progressif des opinions défendues par les représentants du mouvement homosexuel en France. Plutôt que de chercher d'emblée à pointer les variables qui permettraient d'expliquer un « retard » par rapport à un nouveau risque sanitaire, il s'agira de suivre, à travers une étude des prises de position publiques, les étapes serrées du travail politique dans lequel se sont engagés en public les porte-parole du mouvement gay. Je m'attacherai donc à montrer quelle a été la nature de cette mutation politique, et son ampleur, à un moment clé de l'histoire du mouvement homosexuel. La focalisation des investigations sur la question du « retard » a souvent eu tendance à éclipser, en effet, une saisie plus compréhensive de l'ensemble des déplacements qui ont, en quelques années, affecté les options défendues par le mouvement homosexuel dans son rapport au monde.

Pour conduire cette enquête, je m'appuierai sur une analyse systématique de la revue *Gai Pied* sur la période 1982-1985. *Gai Pied* est à cette époque le journal de la presse homosexuelle le plus diffusé (20 000 exemplaires par numéro en

² Une partie des militants gay américains hésite certes à s'engager initialement dans la lutte. Comme le rappellent par exemple Arno et Feiden [3], lorsque Larry Kramer appelle à agir, en 1981, il est accusé par certains de favoriser l'idée de l'homosexualité comme péché. Mais cette phase est beaucoup plus courte qu'en France, et d'extension beaucoup plus limitée.

1982). Cela dit, il occupe dans le mouvement homosexuel une position spécifique, que Patrice Pinell qualifie de « *politique* » [21], qui s'est construite en lien étroit, concernant les questions de santé, avec l'Association des Médecins Gais (AMG). Cette position s'oppose notamment à la posture plus « communautaire » défendue par le magazine *Samourai*, plus orienté quant à lui vers la mise à disposition de services variés au sein de la communauté homosexuelle, et bientôt proche, concernant le sida, de l'association Vaincre Le Sida. Si *Gai Pied* présente l'intérêt, pour notre propos, d'avoir adopté une position particulièrement défiante vis-à-vis de l'alerte au nouveau syndrome, et donc d'offrir l'exemple d'une conversion particulièrement tendue à la lutte contre le sida, il serait évidemment très intéressant de compléter cette investigation par une enquête équivalente auprès de *Samourai*. Certains des articles de *Gai Pied* ont déjà fait l'objet d'un certain nombre de commentaires, mais la série n'a pas été étudiée, à ma connaissance, d'une façon systématique, alors que c'est elle qui permet de reconstituer comment s'est réalisée la mutation politique.

La méthode de lecture de ces textes est étroitement liée au cadre d'analyse du travail politique que j'ai développé dans une recherche plus vaste destinée à saisir les changements du monde médical autour de l'épidémie de sida³. Une hypothèse centrale est que le travail politique se cristallise sur différents « biens en soi », c'est-à-dire sur des objectifs dont les acteurs estiment qu'ils valent d'être poursuivis en tant que tels. Trois biens en soi ont globalement structuré le travail politique autour du sida. Le premier d'entre eux est « la santé », dans un contexte marqué par la progression d'une épidémie qui va s'avérer particulièrement meurtrière. Ce qui est en jeu, ici, c'est à la fois la prévention du sida et les soins apportés aux malades, ou aux personnes séropositives. Le deuxième bien en soi est la « non-stigmatisation » des personnes atteintes, ou de celles qui sont plus particulièrement exposées à des risques, ce qui recoupe de fait souvent des groupes déjà potentiellement stigmatisés (homosexuels, toxicomanes, prostituées, immigrés...). La lutte contre la stigmatisation est au principe de ce qu'on peut appeler la cause libérale, qui a profondément marqué la dimension « relationnelle » de la mobilisation autour du sida. Enfin, la mobilisation collective autour du sida s'est construite autour de la promotion de l'« authenticité » des individus, entendue ici comme souci d'accomplissement de soi, en rapport notamment avec la sexualité. Ce travail autour du soi est particulièrement présent, nous le verrons, dans les textes de *Gai Pied*. La période 1982-1985 plonge d'emblée le mouvement gay dans un intense travail pour articuler ensemble santé, non-stigmatisation, et authenticité, et pour reformuler les termes par lesquels on aborde chacun de ces biens. Cette formulation et cette défense des biens en soi engage en même temps une reconfiguration massive de la nature des pouvoirs que le mouvement gay tient pour légitimes. C'est en ce sens qu'il s'agit bien d'une mutation « politique ». La représentation du monde proposée par les porte-parole du mouvement gay change radicalement en quelques années, au vu des épreuves qui obligent à requalifier les acteurs et à leur conférer des initiatives (« eux »/« nous », « les médecins gay », « les spécialistes du sida », « les journalistes », tel ou tel d'entre eux...). La lecture se doit d'être attentive à la nature de ces épreuves, aux leçons qui en sont tirées par les acteurs, et à la nouvelle représentation du monde, à la fois biologique et sociale, avec laquelle ceux-ci vont aborder les épreuves à venir.

³ Pour un exposé préliminaire synthétique, voir [9]. On trouvera les développements dans [10].

Deux évolutions sont essentielles dans cette période initiale du sida. La première est la nouvelle forme de confiance progressivement attribuée aux médecins, non gay, qui tendent à se spécialiser dans l'étude du sida. Cette confiance est loin d'être acquise d'emblée. Il reste à saisir comment on est passé d'une situation où les « tireurs d'alarme » pouvaient être suspectés, comme tous les acteurs non gay, de relancer la stigmatisation des homosexuels, à une situation où les représentants du mouvement homosexuel ont délégué à ces spécialistes la recherche épidémiologique et médicale sur le nouveau syndrome et la mise en œuvre des traitements. Nous mettrons ici l'accent sur la réception initiale des alertes⁴, et sur le travail qui a conduit à une redéfinition progressive, mais spectaculaire, de la position conférée initialement aux lanceurs d'alerte. Ce glissement de position des spécialistes est essentiel pour comprendre le passage entre deux manières opposées d'allier santé et cause libérale : le passage de « la lutte contre le tapage stigmatisant », caractéristique des trois premières années, à « la lutte contre le silence stigmatisant » qui s'impose à partir de la fin de 1984. Le deuxième mouvement est la reconfiguration de la sexualité, à travers un travail là encore serré autour des notions de « sujet », de « désir », et de « raison ». Ce travail débouche sur la nouvelle articulation entre santé, stigmatisation et sexualité caractéristique de la notion de *safer sex*. Ces deux mouvements ne sont évidemment pas sans liens, tant sont étroites, particulièrement dans ces années pionnières de la lutte contre le sida, les interférences entre les différentes dimensions du travail politique.

La lutte contre le tapage stigmatisant

La première réaction qui tend à l'emporter, dans *Gai Pied*, face à l'alerte, est une focalisation sur la dimension relationnelle de la nouvelle situation. Tout le travail politique se concentre sur la menace de stigmatisation. La réalité même de la menace sanitaire paraît sujette à caution. La carte du monde est organisée, dans les premiers articles de *Gai Pied*, par la dichotomie établie entre « eux » et « nous ». Par « eux », on entend un acteur collectif très englobant, où l'on trouve à la fois « les médias » et « les médecins » dans leur ensemble. Cette carte se met en place dès le deuxième article, « Kaposi », signé par Claude Lejeune⁵, en février 1982. Elle est amplement reprise par la suite⁶. Nulle distinction, concernant les lanceurs d'alerte, entre la marge active des quelques médecins hospitaliers qui commençait à se mobiliser autour du nouveau syndrome, et les institutions, fait sur lequel insistaient au contraire, au même moment, de nombreux journaux de la presse générale [10]. Nul nom d'ailleurs, de médecin,

⁴ Pour une étude des conditions de réception des alertes sur plusieurs dossiers sanitaires qui ont émaillé la santé publique dans les années 1980-1990 (nucléaire, amiante, prions), on pourra se reporter à [6].

⁵ Claude Lejeune est à la fois président de l'AMG, et auteur de nombreux articles de *Gai Pied* sur la question du sida.

⁶ Voir par exemple Claude Lejeune, « Un mal étrange qui frappe la presse », avril 1982, n° 37 ; « À qui profite le SIDA ? », 9 juillet 1983, n° 77. On notera que le premier article paru sur le nouveau syndrome, en septembre 1981, avant même que les médias français ne s'investissent sur la question, attachait beaucoup plus d'importance à l'alerte (lancée alors uniquement par des américains), et ne s'inquiétait que dans un deuxième temps des conséquences pour la stigmatisation (Antoine Perruchot, « Amour à risques », septembre 1981, n° 30). Ce n'est que par la suite, dans une posture réactive vis-à-vis des prises de position en France émanant d'acteurs non homosexuels, que la distinction eux/nous est devenue la clé essentielle des prises de position homosexuelles.

d'épidémiologiste, de biologiste. L'alerte est vue comme le fait de médecins anonymes, de la presse, autant d'acteurs qui ont avant tout pour caractéristique d'être « autres », de n'être pas « nous ». Et c'est vis-à-vis des nombreuses potentialités de stigmatisation dont peuvent s'emparer ces grandes catégories d'acteurs, que la vigilance est déployée dans les textes⁷. La figure de l'homosexuel comme vecteur principal des maladies transmissibles et de l'hépatite B, et retenu comme bouc-émissaire de problèmes de santé publique, est redoutée⁸. Est visée également la manière dont peuvent être activés, pour une maladie qui est d'emblée associée à des pratiques sexuelles, les ressorts du « moralisme », comme forme pervertie de la morale lorsqu'elle s'applique à la sexualité⁹. Cette vigilance est d'autant plus grande que la première alerte vise les États-Unis, et que les homosexuels français reprennent à cet égard les craintes de gays américains, dans un contexte de montée du puritanisme¹⁰. La vigilance concerne également cette forme particulière de sensationnalisme de la presse qui consiste à exhiber ce qui est justement condamné du point de vue du moralisme (le « vagabondage sexuel », la « licence sexuelle » qui règne dans les bars ou les saunas, etc.). La commisération, cette marque particulière d'intérêt pour les malheureux de la part de ceux qui n'en sont pas, est également redoutée. Une attention critique aussi globalisante n'est pas à l'abri d'une dérive paranoïaque. Et les textes de *Gai Pied* s'en font eux-mêmes l'écho, distillant une inquiétude quant au statut de leur propre inquiétude. L'ironie concernant la « parano » des homosexuels est présente dès les premiers articles. Comme l'écrit Claude Lejeune : « *S'il n'en faut pas plus pour rallumer notre parano, il est impossible de rester indifférent à tous ces jeunes types qui meurent d'avoir trop vécu* »¹¹. Cette inquiétude sur l'inquiétude est d'autant plus vive que les homosexuels français considèrent que leur libération sexuelle est moins assurée qu'aux États-Unis, et que certains se reconnaissent une fragilité psychologique plus grande¹².

Le rejet des homosexuels est ainsi constitué comme menace majeure, à l'instar de ce que l'on trouve dans la presse générale, mais d'une toute autre manière. Ce qui change notamment, c'est la temporalité historique dans laquelle on inscrit cette menace. La presse générale insiste au même moment sur le caractère « archaïque » des réactions de rejet, résurgences de temps anciens qui devraient disparaître dans le cadre d'une gestion « moderne » de l'épidémie basée sur la recherche scientifique [14]. *Gai Pied* propose un tout autre discours. Le journal interprète les conduites de rejet comme le résultat de calculs, œuvrant dans le calme, et favorisés à la fois par des institutions en place et par des scientifiques tout à fait autorisés. Selon *Gai Pied* le rejet n'est pas une figure archaïque, et il est tout autant susceptible d'être activé par des chercheurs attirés que, pour la presse non homosexuelle, par des populations irraisonnées.

⁷ « La route du sperme est coupée », 24 septembre 1982, n° 86.

⁸ Concernant l'imputation de l'accroissement des maladies vénériennes, dans les années 1970, aux pratiques homosexuelles, voir [24].

⁹ La critique du moralisme consiste à épingler une attitude qui transforme en impératifs moraux des types de conduites qui relèvent fondamentalement d'autres formes de rapport à soi et aux autres. Cette critique du moralisme n'est pas une remise en cause de la morale en tant que telle, mais une manière de lui réattribuer sa véritable place, par une limitation de ses domaines d'application.

¹⁰ Antoine Perruchot, « Seulement 29 gais sur 49 cas », 4 juin 1983, n° 72.

¹¹ Claude Lejeune, « Kaposi », février 1982, n° 35.

¹² « US Gai Cancer », janvier 1982, n° 34 ; « Cancer gai out », novembre 1982, n° 44.

Le rapport à la recherche scientifique est marqué, dans *Gai Pied*, par la distinction forte entre deux niveaux : celui de la science en général ; et celui des personnes et des institutions qui font la science. Pour la presse gay de cette époque, la vraie science est une alliée. Le vrai scientifique est exempt de préjugés moraux, il livre des observations sans interprétations. Il est donc possible de s'associer, dans la lutte contre le moralisme, avec des scientifiques éclairés, qui peuvent être des alliés dans le rétablissement de certaines vérités¹³. En revanche, les médecins et les chercheurs, en tant qu'ils ne font pas partie de la communauté homosexuelle, sont clairement critiqués. Par rapport au reste de la presse, la frange des scientifiques réputés pour faire de la vraie science apparaît donc sensiblement différente. Tout d'abord en raison de la contribution de spécialistes autorisés à la stigmatisation. On rappelle ainsi la stigmatisation de l'homosexualité, comme « fléau social », par des instances tout à fait officielles. On épingle par ailleurs leur méconnaissance du monde et des conduites homosexuelles¹⁴. De fait, alors que la presse générale se fait l'écho, au même moment, des avancées de la recherche biomédicale, des textes de *Gai Pied* ironisent sur les errements de la science médicale, et sur la volonté du corps médical de masquer ses carences dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles¹⁵. Est épinglée, également, la grande variabilité du discours des soi-disant « experts ». Dès lors que, concernant la nouvelle maladie, plusieurs théories de la transmission, qui ont vite fait florès, ont été abandonnées les unes après les autres, une attitude prudente est adoptée, qui consiste à prendre ses distances vis-à-vis des opinions émises par les scientifiques, en les soumettant à des contraintes de preuve strictes.

Gai Pied fait par contre l'apologie d'une figure très peu présente dans la presse non homosexuelle : le médecin gay. Celui-ci peut se prévaloir, selon les articles du journal, d'une meilleure connaissance clinique que les autres médecins (il connaît des pathologies spécifiques du milieu homosexuel), et d'un savoir épidémiologique (il a une notion de la prévalence des différentes pathologies). Il sait mettre en relation les pathologies observées et le style de vie des personnes rencontrées, jusque dans le détail de certains gestes. Il entretient avec les patients une relation où ne risquent pas de resurgir des actes de stigmatisation, voire même, du point de vue du patient, un quelconque soupçon, même injustifié. Il comprend, dans l'interaction, les mots utilisés par le patient, sans avoir à les faire expliciter. Partageant avec ses patients une condition commune, il se sent lui-même concerné par toute une série de questions qui gravitent autour des maladies, il peut ainsi les déceler dans les propos de ses patients.

L'Association des Médecins Gais (AMG), créée en 1981, est rapidement forte d'environ 250 praticiens, dont les deux tiers en Île-de-France [1]. Elle assure, face au nouveau syndrome, et compte tenu de ces éléments, la position d'expert de référence dans les premières années. Elle partage cette position avec les journalistes américains qui font partie de la communauté gay, et qui écrivent par exemple dans *New York Native* ou *The Advocate*. Ce sont ces lanceurs d'alerte

¹³ Voir par exemple le compte rendu des positions de Doug Ireland, activiste américain : « Doug Ireland : Rester sur le qui-vive », 14 mai 1983, n° 69.

¹⁴ « Gais toubibs en colloque », mai 1982, n° 38. Philippe Adam ([1], p. 202) rappelle qu'« au cours des années 1970, les médecins extérieurs au monde gay avaient constitué la cible principale des représentants homosexuels qui leur avaient contesté tout droit à la parole sur l'homosexualité ».

¹⁵ « Deux fois victimes du SIDA », 2 juillet 1983, n° 76.

américains qui, prenant très rapidement au sérieux l'idée d'un fléau qui s'abat sur la communauté gay, fournissent dans un premier temps aux homosexuels français l'essentiel des informations sur la réalité du nouveau syndrome ; cette source d'informations est à la fois légitime aux yeux des gays français, et distanciée, leur permettant de relativiser, parce qu'elle est géographiquement éloignée, la réalité sanitaire américaine.

L'inflexion de la lutte contre la stigmatisation

Cette défiance persistante vis-à-vis de l'alerte est la manière par laquelle les militants de la cause homosexuelle articulent, entre 1982 et 1984, défense de la santé et lutte contre la stigmatisation. Mais un autre alliage émerge dans les colonnes de *Gai Pied*. Cette évolution aboutira à un renversement radical du rapport à la stigmatisation : alors que c'est l'excès de bruit autour de la nouvelle pathologie qui est vu, dans un premier temps, comme stigmatisant, c'est au contraire l'indifférence qui sera ensuite le symptôme du mépris et du rejet dont sont victimes les homosexuels. Mais il fallait pour cela que soit totalement réorganisée la place attribuée initialement aux tireurs d'alarme, et à leurs dispositifs. Le mouvement de rapprochement avec les médecins non gay se manifeste tout d'abord par la constitution de dispositifs mixtes d'expertise, avec la volonté de l'AMG d'assurer un regard spécifiquement homosexuel sur la réalité. L'association affiche son souhait que siègent, dans les institutions spécialisées, des experts de la communauté. La participation de l'AMG à la commission spécialisée, au Ministère de la santé, dans la prise en charge de ces maladies « bizarres » est saluée comme une première victoire, et le *black-out* des médias sur le travail de l'AMG comme une preuve supplémentaire de la stigmatisation. Claude Lejeune, président de l'AMG, peut ainsi déclarer : « *Nous avons remporté une grande victoire en arrachant une reconnaissance aux princes qui nous gouvernent : nous participons régulièrement et officiellement à une commission informative du Ministère de la santé sur ces maladies bizarres, déficits immunitaires et autres Kaposi. Cette commission de travail a pour but de répertorier et de publier les éventuels cas français. Il serait d'ailleurs intéressant que les confrères disposant d'informations entrent en contact avec elle* »¹⁶. La confection des dispositifs mixtes se poursuit (colloque AMG avec la présence des « spécialistes français », réunions publiques). La médecine gay fait son entrée à l'hôpital avec les vacances de Patrice Meyer, futur fondateur de l'association Vaincre Le Sida, à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif. On parle dans un article de l'« *institutionnalisation de la médecine rose* »¹⁷.

La volonté des militants homosexuels d'être représentés à l'intérieur des dispositifs de la recherche fait explicitement référence aux luttes des minorités américaines pour se voir reconnaître un savoir propre, et pour posséder un pouvoir de contrôle sur la recherche scientifique. La publication en 1983 du livre de James Jones sur les expériences médicales menées sur des Noirs à Tuskegee entre 1931 et 1972, scandale notoire outre-Atlantique¹⁸, qui a joué un rôle

¹⁶ Albert Rosse, « Quelques questions à Claude Lejeune », juin 1982, n° 39.

¹⁷ Marco Lemaire, « C'est dur d'être un éros », 19 mars 1983, n° 61.

¹⁸ Des Noirs Américains ont été inclus, entre 1932 et 1972, dans cette ville de l'Alabama, dans des expériences au long cours destinées à tester, contre *placebo*, des traitements contre la syphilis, alors qu'il existait déjà des médicaments homologués contre cette maladie [17].

important dans la montée du mouvement de la bioéthique américaine, est cité en exemple : « *Il s'agit que les méthodes utilisées et les résultats soient désormais rendus publics et que, dans ce cas particulier où le risque de "négligences" est toujours possible, les associations aient droit de regard* »¹⁹. La traduction politique, dans des institutions liées au monde biomédical, de cette volonté de présence de représentants des minorités stigmatisées, qui sera quelques années plus tard un élément déterminant de la lutte contre le sida, se fait sentir pour la première fois en France.

C'est aussi parce que, progressivement, les médecins français sont mieux identifiés par les médecins gay, et par les représentants de la cause homosexuelle, que le rapprochement devient possible. La position marginale des médecins français au sein des institutions, la façon dont ils doivent eux-mêmes bricoler des dispositifs de surveillance de l'épidémie, la manière dont ils égratignent l'institution médicale – ce qui apparaît notamment lors de la publication des livres de Jacques Leibowitch et Willy Rozenbaum en 1984 [18, 26] –, laissent penser à une alliance possible qui se voudrait critique vis-à-vis des institutions²⁰. Par ailleurs ces médecins, par leur conduite, donnent des preuves de leur attachement à la cause libérale. Pour cette raison également, ils commencent à être perçus, avec le temps, comme des alliés potentiels. C'est le cas en particulier de Willy Rozenbaum, qui acquiert au fil d'une série d'articles fin 1983-début 1984, une position de référence dans la presse homosexuelle²¹.

Willy Rozenbaum, tout d'abord, une fois l'alerte lancée, prend régulièrement des positions prudentes quant à l'extension de l'épidémie, ce qui s'accorde assez bien avec la lutte contre le tapage qui marque encore la presse homosexuelle. Son insistance à épingle publiquement les dérives à la cause libérale rencontre également un grand succès dans *Gai Pied*. Willy Rozenbaum défend par ailleurs un modèle de relation médecin-malade qui tranche avec l'ancien modèle clinique, particulièrement épinglé par les homosexuels comme « paternaliste ». Il fait partie de ces médecins qui valorisent la figure du malade actif. Son modèle de la médecine se veut plus interactionnel que le modèle classique, conscient des incertitudes, prêt à reconnaître publiquement leur existence, et à les partager avec les patients. C'est par ailleurs un modèle qui revendique une prise de distance vis-à-vis de toute forme de moralisme concernant le mode de vie des patients (sexualité, usages de drogues...). Cette absence de moralisme va plus loin qu'une forme de « compréhension » déjà présente dans certains segments de la tradition clinique²². Elle se veut étayée par les acquis de la psychologie. Willy Rozenbaum cherche à casser la dissymétrie spécialiste-patient en se présentant comme soumis, lui aussi, aux mouvements profonds de sa subjectivité. Il fait part de l'angoisse face à un domaine situé aux confins de la maladie, de la mort et

¹⁹ Dominique Robert, « Le sang des sous-hommes », 28 mai 1983, n° 71. Sur le rôle plus large du mouvement de défense des droits des minorités dans l'émergence de la bio-éthique américaine, voir [25].

²⁰ Claude Lejeune, « Deux livres pour un virus », 21 avril 1984, n° 116, avec un entretien avec Jacques Leibowitch réalisé par Nathan Fain, et des extraits du livre de Willy Rozenbaum.

²¹ Voir notamment : Frank Arnal, « Incertaines incertitudes », 3 septembre 1983, n° 83 ; Roland Surzur, « Une maladie comme les autres » (entretien avec W. Rozenbaum), 8 octobre 1983, n° 88. Ainsi que : « Des "faux SIDA" par centaines », 7 janvier 1984, n° 101 ; Claude Lejeune, « Deux livres pour un virus », 21 avril 1984, n° 116 ; Gai Toubib, « Haro sur les fantasmes », 7 avril 1984, n° 114.

²² Le fait de ne pas sanctionner les malades, et de construire, via une « spécialisation fonctionnelle », une étanchéité entre la pratique médicale et les autres contextes de l'existence des patients, est au cœur des attentes de rôles décrites par Talcott Parsons [20].

de la sexualité. On peut dire de lui ce que Arney et Bergen ([2], p. 46) disent de ces médecins qui, dans d'autres segments de l'univers médical, tendent également à mettre en avant le travail sur l'expérience, celle du malade, mais aussi celle du médecin, celui-ci se présentant comme un « instrument humain » dans sa propre pratique.

On ne saurait trop insister sur le caractère progressif de ce changement d'image des spécialistes non gay du sida du point de vue des homosexuels. Il fallait en effet qu'un certain nombre d'occasions de mises à l'épreuve s'accumulent (dans les dispositifs mixtes, ou dans la circulation des propos sur la scène publique), que des preuves soient données, que l'identification des personnalités en présence s'affine, pour que les homosexuels en viennent à considérer ces médecins non gay tireurs d'alarme comme des alliés potentiels. La critique s'en trouve sensiblement déplacée. De la critique globale d'une catégorie très large (« eux » opposés à « nous »), elle se transforme en une critique rapprochée, circonscrite, ciblée, individualisée, des conduites, des acteurs, des dispositifs. La presse gay commence à distribuer ainsi les bons et les mauvais points dans le cadre d'une vigilance contre l'homophobie toujours présente, mais qui s'est affranchie de la dichotomie de sa carte initiale : Jean-Yves Nau, du quotidien *Le Monde*, est par exemple épinglé pour une phrase sur « la crainte des pouvoirs publics de heurter de front le lobby homosexuel » ; un article du *Quotidien de Paris* du 11 août 1983 pour l'idée qu'il faudrait « protéger la société » (contre les homosexuels) ; épinglée aussi, la circulaire ministérielle relative au don du sang pour en écarter les catégories de personnes exposées au risque de contamination, et donc les homosexuels²³. Ce rapprochement rend d'autant plus possible, en retour, une participation de représentants de la communauté homosexuelle à des dispositifs spécialisés. Mais cette représentation reste largement à instrumenter. Dans un premier temps, outre la participation de l'AMG à des dispositifs mixtes, elle prend la forme de témoignages, qui sont les premiers exemples de prises de parole des personnes concernées : sur la qualité des soins, moyen de faire valoir certaines défaillances majeures²⁴ ; sur l'expérience vécue des homosexuels, comme manière de rectifier, à l'attention des spécialistes de la recherche médicale, la vision qu'ils peuvent avoir du monde gay, comme dans le long article d'Albert Sarman, basé sur une série d'entretiens, « Sida, la rumeur des *backrooms* » (janvier 1984), et qui vise, selon l'auteur, à « remettre à sa vraie place une maladie effrayante parce que mal comprise par la recherche médicale ».

Parce qu'elle a réévalué sa vision des spécialistes non gay du sida, et qu'elle accepte de recourir à ceux-ci pour développer la recherche médicale, la presse homosexuelle tend alors, mais seulement alors, à participer à l'option modernelibérale, à laquelle adhèrent déjà la plupart des acteurs qui s'expriment dans la presse générale. Cette convergence est patente dans les nouveaux mouvements associatifs, qui sont orientés spécifiquement dans la lutte contre le sida. Il s'agit initialement d'associations spécialisées dans le soutien aux malades (Vaincre Le Sida, AIDES) ou dans la collecte de fonds (Association des Artistes Contre le Sida, Arcat-sida). Un milieu du sida prend forme, qui rassemble dans un horizon

²³ Voir par exemple : Frank Arnal, « Incertaines incertitudes », 3 septembre 1983, n° 83.

²⁴ Voir notamment l'affaire de Bruno-Pascal Chevalier, diagnostiqué par erreur comme malade du sida, et dont l'histoire fait l'objet de plusieurs articles : Roland Surzur, « L'hôpital en émoi », 17 décembre 1983, n° 98, ainsi que « Comment faire un mauvais diagnostic », 7 janvier 1984, n° 101, et (non signé) « Bruno-Pascal n'a pas le SIDA », 24 décembre 1983, n° 99.

commun (une lutte « moderne » contre l'épidémie), des acteurs dorénavant très hétérogènes : des médecins, des journalistes, des associations, des personnalités du spectacle ou du monde économique, etc. Ce ciment est à l'origine du consensus qui règne alors sur la scène publique ([15], p. 15). Les capacités acquises dans une critique acérée du monde médico-scientifique qui prévalait dans le cadre d'une carte structurée par l'opposition entre « eux » et « nous », se reconvertissent dans une vigilance d'un type nouveau. Celle-ci se construit en partie dans le sillage des polémiques soulevées par la presse générale (contamination par le sang, et perspective d'un procès judiciaire ; affaire du vaccin de l'hépatite B). Mais elle témoigne également d'un travail autonome de problématisation de la science, plus détaillé. On s'interroge sur la qualité des tests de dépistage²⁵. On critique les conditions de la première annonce relative à l'expérimentation de l'AZT par la firme qui produit la molécule²⁶. On rappelle à l'ordre l'AFP pour l'annonce erronée d'un test prédictif du développement de la maladie chez les séropositifs²⁷. On commence à collecter les opinions des experts sur les traitements, en étant attentif à leurs variations : « *Les spécialistes français de la maladie expriment des opinions très divergentes et quelquefois opposées sur les traitements à administrer aux patients. Tel immunologiste parisien, plus favorable à d'autres antiviraux (en l'occurrence la suramine, n.d.a.) n'hésite pas, en privé, à parler de l'HPA23 comme "escroquerie du siècle"* »²⁸. C'est à cette époque que *Gai Pied* marque un intérêt pour les premiers travaux sociologiques, d'origine anglo-saxonne, sur le début de l'épidémie, qui étaient par des exemples concrets, plus précis que dans la presse générale, l'idée d'un monde d'intérêts, dans lequel les scientifiques sont eux-mêmes partie prenante²⁹.

Cette convergence avec la presse générale est accentuée par l'éclipse de la figure du médecin gay, supplantée par la référence aux spécialistes du sida³⁰. C'est une inflexion générationnelle importante, qui signale le déclin des associations antérieures (AMG), au profit des associations de première génération du sida (Vaincre Le Sida, AIDES, Arcat-sida), elles-mêmes liées (et en particulier AIDES) au petit groupe des médecins qui ont lancé en France l'alerte au sida. Comme le notent Patrice Pinell et son équipe [21], le mouvement collectif contre le sida en vient à se constituer comme relativement autonome par rapport à l'homosexualité. L'étoile des médecins gay pâlit ainsi très nettement dans *Gai Pied*. Certains textes s'en prennent directement aux limites du médecin communautaire, tant sur le plan de la santé, que sur celui de la stigmatisation. Concernant la santé, le médecin communautaire souffre du fait qu'il est moins au courant que les spécialistes du sida des dernières innovations médico-scientifiques. Concernant la stigmatisation, alors que certains médecins spécialistes ont réussi à briser la glace moraliste, ce sont les médecins « communautaires » qui apparaissent paradoxalement comme les plus moralisateurs, car attachés désormais à prendre à partie d'une manière particulièrement vive les pratiques sexuelles contradictoires avec les exigences de prévention, et souhaitant imposer à tous

²⁵ « La bataille des tests », 27 avril 1985, n° 167.

²⁶ « La recherche anti-sida : des progrès ? », 12 octobre 1985, n° 189.

²⁷ « Sida : le film du siècle », 19 octobre 1985, n° 190.

²⁸ Roland Surzur, « La guerre du médicament » (entretien avec W. Rozenbaum), 31 août 1985, n° 183.

²⁹ Voir les deux articles de Denis Altman : « Sida gay : le miroir de l'Amérique », 6 avril 1985, n° 164, et « Amérique : la fin du "fast sex" », 13 avril 1985, n° 165.

³⁰ « SOS Sida », 2 mars 1985, n° 159.

les règles de la communauté³¹. Le fait que les médecins gay continuent, dans le nouveau contexte, à se poser en instance de référence pour la communauté, rencontre une véritable opposition. Cette dévalorisation des médecins gay trouve par ailleurs un écho dans la presse générale. C'est en effet le moment où, rétrospectivement, la phase initiale de la lutte, celle qui s'insurgeait contre le tapage, apparaît comme un moment d'« aveuglement » devant la menace sanitaire. L'AMG se retrouve sur la sellette. *A contrario*, une association comme AIDES symbolise, sur la scène publique, un mouvement associatif émancipé des errements d'un attachement communautaire excessif, et d'emblée acquis à l'option moderne-libérale³². Cette image publique d'AIDES est acquise moyennant une distinction forte entre la face interne et la face publique de l'association. Elle suppose un vrai travail de gestion, par les militants, de la coexistence de ces deux faces : à l'intérieur, une sociabilité homosexuelle marquée ; dans l'espace public, une discrétion de principe sur cette composante de l'activité militante ([1], [23], p. 32). Mais cette mutation du mouvement homosexuel s'est appuyée également, comme nous allons le voir maintenant, sur un travail intense concernant un troisième bien en soi : la promotion d'une sexualité authentique, reconfigurée en profondeur en raison des nouvelles exigences sanitaires.

La construction d'une nouvelle sexualité

Est caractéristique de la presse homosexuelle en général le fait que le sexe y soit abordé comme un domaine essentiel de l'existence, et que soit régulièrement posée, à son propos, la question de l'accomplissement des personnes dans leur authenticité. L'authenticité est véritablement haussée, avec la santé et la non-stigmatisation des homosexuels, au rang de bien en soi. Le fait même d'établir un rapport entre les conduites sexuelles et le souci de l'accomplissement de soi, sous l'angle notamment de la question de l'identité, mais aussi de la réalisation de ce vers quoi l'on est porté « profondément », est au fondement de ce discours. Celui-ci s'inscrit dans ce que Michel Foucault [11] nomme le « dispositif de sexualité ». Mais en quelques années, tout en restant attachée à ce lien établi entre authenticité et sexualité, la presse gay va repenser radicalement la manière d'aborder la libération sexuelle, passant d'une situation où le nouveau syndrome était perçu comme une menace pour cette libération, à un travail politique qui pense le sida comme occasion d'une nouvelle révolution sexuelle qui ne soit pas un retour en arrière. Cette dimension de l'épidémie, qui joue un rôle secondaire dans le travail politique de la presse non homosexuelle, est une composante essentielle de la presse gay. Nous pouvons ici en esquisser l'analyse.

Les premières alertes contribuent à relancer les interrogations sur la libération sexuelle opérée en France depuis quelques années, même si celle-ci est considérée comme moins établie qu'aux États-Unis, modèle en la matière. Plusieurs manières d'articuler les exigences relatives simultanément à la santé et à

³¹ Voir la controverse entre Roland Surzur, journaliste de *Gai Pied*, et l'AMG sur la question du « moralisme ». Un communiqué de l'AMG publié en septembre 1984 est accusé d'isoler la catégorie des homosexuels à partenaires multiples (Roland Surzur, « Comment échapper au sida », 22 septembre 1984, n° 136).

³² Voir notamment Éric Conan, « Les homosexuels français et l'effet SIDA », *Libération*, 21 octobre 1984. Cette critique sera reprise ultérieurement dans le cadre d'une offensive plus systématisée contre les segments « communautaires » du mouvement homosexuel, dans un contexte renouvelé par la présence d'Act Up [19].

l'authenticité affleurent dans un premier temps dans *Gai Pied*, mais seule l'une d'entre elles se maintiendra durablement sur la scène publique. Une première réaction, éphémère (sur la scène publique en tout cas), est une inquiétude rétrospective sur la portée existentielle des plaisirs auxquels les pratiques sexuelles ont permis d'accéder. Elle laisse affleurer un doute sur l'authenticité de cette fameuse libération³³. Une deuxième réaction consiste à entrevoir les possibilités troubles d'intensification du désir dans son jeu complexe avec la mort³⁴. Tout un discours littéraire se déploiera, qui développera les perspectives romanesques d'une telle réaction. Plusieurs figures jalonnent ces romans, qui sont toutes en rapport avec le rapprochement de la mort : l'attrait explicite pour celle-ci, un attrait *excessif* pour l'intensité de la vie, la séduction qu'opère l'image de la mort lorsque celle-ci saisit une personne encore jeune, etc.³⁵. La distance d'un tel discours vis-à-vis des impératifs sanitaires le rendra rapidement suspect sur la scène publique. Il ne reviendra en force qu'une quinzaine d'années plus tard, lors des polémiques sur les conduites de *relapse*, dans un contexte de réaction, de la part de certains homosexuels, contre les dispositifs de prévention qui se sont mis en place au milieu des années 1980.

Plus la menace sanitaire devient tangible, plus est dominante, dans la presse homosexuelle, la troisième réaction, qui cherche à répondre à la question suivante : comment lutter contre la menace sanitaire, tout en préservant les acquis de la libération sexuelle ? Comment garder l'idée qu'une recherche active des plaisirs sexuels est un élément moteur dans l'accomplissement de soi, sans laisser de côté le souci de la vie biologique ? Le travail se fera simultanément sur deux plans, qui refondent une nouvelle économie des pouvoirs au carrefour de la santé et de la sexualité : la formulation d'un « sujet souple » dont le désir est suffisamment malléable pour composer avec les pratiques sexuelles qui intègrent les gestes de prévention, voire même pour être relancé par celles-ci, et l'établissement d'un rapport aux experts qui, sous la forme de l'homosexuel « responsable », rend possible une normativité non dirigiste.

Le travail sur le sujet tout d'abord. Dans un premier temps, l'immixtion des pratiques de prévention contre le sida est très difficile à intégrer dans un discours de la sexualité qui considère le désir comme une force avec laquelle on ne peut négocier, quelque chose dont la valeur provient justement de ce qu'on ne peut pas l'arrêter. Telle est la tonalité d'un certain nombre d'articles : « *Interdisez des lieux de drague et ils iront se reconstituer ailleurs !* », « *Fermez les saunas et d'autres apparaîtront !* ». Les constats faits aux États-Unis sur les changements de conduite³⁶ sont eux-mêmes réinterprétés comme manifestation des différences concernant la sexualité dans l'un et l'autre pays. Les États-Unis serait le pays d'une sexualité d'emblée plus immergée dans l'ordre de la santé, une pratique liée à une hygiène du corps, une gymnastique à la limite du sport. La France serait beaucoup plus attachée à l'ordre du désir, en tant que tel. Mais à mesure

³³ Voir les réflexions de Claude Lejeune dans « US Gai Cancer », janvier 1982, n° 34.

³⁴ Sur la présence de cette figure parmi les homosexuels américains, voir : Arno et Feiden ([3], p. 6).

³⁵ Voir par exemple les romans de : Hocquenghem [16], Collard [7], De Duve [8]. Michael Pollak note le lien entre certaines formes de rapprochement assumé avec la mort (comme dans l'exemple de couples qui ne prennent pas de précautions), et un rapport à la transgression qui fait partie intégrante de l'itinéraire de certains homosexuels : « *Ainsi peut-on rencontrer une imbrication entre la quête homosexuelle et celle du sida et de la mort comme ultime transgression* » ([22], p. 77).

³⁶ Par exemple dans « Des chiffres qui régressent, des savants qui progressent », 3 mars 1984, n° 109.

que la menace devient plus tangible, que les experts non gay apparaissent comme dignes de foi, la référence à la survie prend un relief de plus en plus fort, la force légitime passe du côté de la « fureur de vivre » (prise, moyennant un jeu de mot, dans son sens véritablement biologique, et pas seulement existentiel), et c'est à partir d'elle que va être recomposé le langage du désir. Frank Arnal écrit ainsi, dans son éditorial du 25 août 1984 : « *Prenons nos responsabilités, les chiffres nous auront avertis. Notre fureur de vivre dépasse les problèmes du sexe. Du moins parions-le* ». Il faut donc bien, et même si cela paraît plus difficile qu'aux États-Unis, reconsidérer les pratiques sexuelles, au vu de données épidémiologiques dorénavant considérées comme crédibles³⁷.

C'est le moment où se développe une nouvelle manière d'aborder le rapport entre le sexe et la raison. Cette nouvelle option a commencé à prendre forme comme « appel à la vie raisonnable », manière de rechercher un « juste milieu » entre santé, stigmatisation et authenticité³⁸. Mais cet appel en reste, dans un premier temps, au plan des intentions. Il lui manque en effet un véritable travail pour penser une sexualité susceptible de favoriser un tel objectif. Ce travail commencera à être effectué à partir de l'automne 1984³⁹. Le nouvel alliage entre sexe et raison s'appuie sur une conception du désir qui, mettant en avant la malléabilité de celui-ci, ouvre les possibilités d'en faire non seulement un objet de réflexion, mais également un objet de déplacements. Dans cette perspective, rien n'exclut que ce qui, dans un premier temps, pouvait être perçu comme un obstacle au plaisir, soit dans un deuxième temps réinvesti d'une manière nouvelle au service de celui-ci. À l'idée d'une correspondance directe entre notre personnalité psychologique et nos prédilections pour telle ou telle conduite sexuelle, se substitue l'idée d'un « sujet souple ». L'image du labyrinthe sert de métaphore pour penser les voies de recompositions inédites du désir en fonction des obstacles et des opportunités que celui-ci rencontre sur son chemin. À cette conception du désir est associée une sexualité maîtrisée, qui s'affranchit de pulsions vécues dans le registre de la nécessité. Cette conception d'un sujet malléable n'est pas sans relations avec l'œuvre de Foucault. La « volonté de savoir » comporte déjà clairement, en 1976, une critique de la crispation existentielle propre au dispositif de la sexualité : « *C'est de l'instance du sexe qu'il faut s'affranchir si, par un retournement tactique des divers mécanismes de la sexualité, on veut faire valoir contre les prises du pouvoir, les corps, les plaisirs, les savoirs, dans leur multiplicité et leur possibilité de résistance. Contre le dispositif de sexualité, le point d'appui de la contre-attaque ne doit pas être le sexe-désir, mais les corps et les plaisirs* » ([11], p. 208). Dans un entretien réalisé en mars 1981 et qui paraît à titre posthume en juin 1984, à l'occasion de la mort du philosophe, celui-ci réaffirme explicitement sa conception d'un individu capable de se déplacer lui-même en même temps qu'il explore les possibles, notamment en matière sexuelle, et sans être rappelé à l'ordre d'une personnalité profonde

³⁷ Entre août 1984 et décembre 1984, dix articles sont consacrés au commentaire de chiffres qui font état d'une progression importante de l'épidémie.

³⁸ Voir : *Gai Toubib*, « Les derniers chiffres », 1^{er} octobre 1983, n° 87 ; puis l'éditorial de Frank Arnal du n° 90, 29 octobre 1983.

³⁹ Voir l'éditorial de Frank Arnal du n° 134, 8 septembre 1984 ; ainsi que les commentaires de Marco Lemaire concernant une réunion publique de l'AMG : « 84 : année de tous les dangers », 22 septembre 1984, n° 136.

(comme tendrait à le faire la psychanalyse)⁴⁰. Les pratiques de prévention (coït interrompu, usage du préservatif, baisse du nombre de partenaires...) sont présentées comme autant de possibilités d'inventions nouvelles. Dans ce contexte, les homosexuels qui seraient trop attachés à certaines conduites sexuelles, et qui auraient notamment une prédilection irrésistible pour la multiplicité des partenaires, sont eux-mêmes l'objet d'une nouvelle normativité qui tend à les présenter comme manquant de « maturité », comme les faux symboles de la libération sexuelle⁴¹. Cet ensemble de changements dans le discours de la sexualité se cristallise dans la notion de *safer sex*, avec tous les dispositifs qui lui sont liés : préservatifs, dispositifs d'information, spécialistes chargés de délivrer les messages dans les lieux de la communauté gay, et bientôt études de sciences sociales sur la réception de ces initiatives parmi les homosexuels. Ce nouvel horizon est instauré comme poursuite véritable de la libération sexuelle, il est promu par l'association AIDES, comme « *nouvelle orientation du plaisir sexuel* », il est qualifié de « *véritable révolution sexuelle* » par son président Daniel Defert⁴². Ce travail sur la gestion et l'adaptation au risque du sida infléchit l'entreprise de « rationalisation de la sexualité », déjà présente parmi les homosexuels avant l'épidémie de sida ([5], [13], p. 132). La mise en place du *safer sex* ne suppose pas seulement l'existence de sujets souples. Il lui faut en effet, pour réussir, des sujets « réflexifs », capables de parler des pratiques sexuelles avec leurs partenaires. C'est par ce biais – la promotion d'un sujet capable de discuter, en raison, de sexualité – que le projet moderne-libéral investit la question de l'authenticité. La psychologie devient une composante de la politique. Les adversaires du projet moderne-libéral deviennent les cibles d'une critique qui est à la fois d'ordre psychologique et politique. Michael Pollak attribue ainsi à une immaturité psychologique, notamment concernant la sexualité, la proximité avec les options politiques de type répressif ([22], p. 72-74).

L'émergence de cette nouvelle sexualité, liée au *safer sex*, va de pair avec l'explicitation des rapports de pouvoir entre homosexuels et experts dans cette frange de l'existence désormais située aux confins des trois biens en soi, et que le travail politique commence à articuler de façon très étroite. Émerge ici la figure de « l'homosexuel responsable ». Les contraintes de la « vie raisonnable » conduisent en effet les homosexuels à intégrer dorénavant des jugements d'experts concernant la prévention des risques de contamination. Pour être recevables, ces jugements d'experts doivent eux-mêmes respecter, aux yeux des homosexuels, des contraintes d'ordre relationnel (ils ne doivent pas être considérés comme des « obligations », au risque de dégénérer en nouveau moralisme), et s'insérer dans la nouvelle sexualité (ils doivent laisser une part d'invention personnelle pour rencontrer le désir du sujet, même s'il s'agit d'un sujet « souple »). La figure de l'homosexuel « responsable » va permettre de satisfaire simultanément ces différentes contraintes. Elle devient ainsi une composante essentielle d'un modèle de santé publique, basé, en contexte libéral, et pour lutter contre les risques d'autoritarisme, sur le principe du volontariat. Cette figure de l'homosexuel responsable apparaît dans la presse homosexuelle avec

⁴⁰ « De l'amitié comme mode de vie », 30 juin 1984, n° 126. Voir également l'entretien à la même époque, aux États-Unis dans *The Advocate*, en août 1984, sous le titre : « Michel Foucault, an interview : sex, power and the politics of identity » [12].

⁴¹ Voir les propos du psychiatre Didier Seux recueillis lors d'un entretien (« À l'écoute du sida », 6 octobre 1984, n° 138).

⁴² Roland Surzur, « Le sexe sans risques », 13 juillet 1985, n° 178-179.

les débats sur la sélection des donneurs de sang. Soucieux de lutter contre les risques de discrimination, plusieurs auteurs de *Gai Pied* ont en effet critiqué les initiatives de sélection des donneurs. Cette critique ne s'est pas faite sans un travail politique qui visait à préciser l'image de l'homosexuel que souhaitaient promouvoir ces prises de position. Pour prendre en compte les risques de transmission de la maladie, les textes en question prônent une « *responsabilité des homosexuels* »⁴³. Cette figure de l'homosexuel libre, informé, responsable de ses actes, mais qui n'a pas à se sentir culpabilisé par la diffusion de nouvelles maladies, étoffe le sujet du *safer sex* pour penser son rapport aux experts. Les articles développent une conception « interactionnelle » de la relation avec les experts, construite contre la notion d'obligation. Dans ce schéma, l'expertise médicale ou sanitaire propose des repères à un individu qui les intègre dans sa propre existence, d'une façon qui soit responsable vis-à-vis de soi et des autres. Cette figure de l'homosexuel attentif à sa santé et à celle des autres, mais non assujéti à des obligations assorties de sanctions, peut d'autant plus se déployer qu'elle peut se réclamer des connaissances déjà acquises par les homosexuels en matière de santé (et notamment concernant les maladies sexuellement transmissibles). Dans un contexte où le patient « actif » se voit, au-delà du sida, de plus en plus valorisé par certains segments du monde médical [10], la figure de l'homosexuel responsable en propose une version renouvelée, dotée d'une portée spécifique, liée à cette articulation entre santé, authenticité, et non-stigmatisation propre au travail politique mené parmi les homosexuels au début de l'épidémie de sida. Cette arrivée du *safer sex* va rendre plus facile, en retour, les relations avec les médecins spécialistes du sida. Dès lors que l'on admet une souplesse du désir et du sujet, chacun peut en effet s'entendre suggérer, par un médecin, de changer tel ou tel aspect de ses pratiques sexuelles, sans pour autant penser qu'il doit réinterroger l'ensemble de sa sexualité. À une conception plus souple correspond également une position plus simple pour des médecins non gay. La montée du *safer sex* s'ajoute ainsi aux autres facteurs qui, au même moment, tendent à renforcer la légitimité des spécialistes du sida par rapport aux médecins gay, considérés jusque-là, mais parce que l'on réfléchissait dans le cadre d'une conception beaucoup plus stricte du désir, comme les intermédiaires nécessaires avec les exigences sanitaires, les seuls capables, en leur temps, de ne pas heurter la quête d'authenticité des patients homosexuels.

Conclusion : le nouveau rapport aux institutions médicales

Si la réaction du mouvement homosexuel face à l'alerte au sida a été si complexe, c'est qu'elle n'a pas seulement été une réévaluation des conduites face à un nouveau contexte sanitaire, mais la réévaluation de toute l'économie des pouvoirs à l'intérieur de laquelle les alertes sanitaires pouvaient être elles-mêmes décodées. Outre l'émergence d'une nouvelle réalité sanitaire, ce qui a été en jeu, c'est la révision radicale du crédit accordé aux différentes instances susceptibles de revendiquer une évaluation compétente de cette réalité. Il ne s'agit donc pas seulement d'une nouvelle évaluation des risques, mais d'une transformation

⁴³ Bernard Le Du, « Le sang gai sera accepté, mais... », 12 mars 1983, n° 60 ; Marco Lemaire, « C'est dur d'être un éros », 19 mars 1983, n° 61 ; Antoine Perruchot, « Seulement 29 gais sur 49 cas », 4 juin 1983, n° 72.

des pouvoirs conférés aux différentes instances en charge des risques : une « conversion politique ». Celle-ci s'est accompagnée, en même temps, d'une révision importante des termes par lesquels pouvait être pensée l'articulation entre les différents biens en soi au cœur de l'expérience politique de l'homosexualité (santé, non-stigmatisation, authenticité).

Il ressort de ces quelques années de travail politique intense dans le milieu homosexuel un infléchissement sensible des dispositions à l'égard des institutions médicales. Au tout début du sida, le mouvement homosexuel est marqué par une proximité forte avec la médecine gay, et une mise à distance de tous les autres spécialistes de la biomédecine, en tant qu'ils sont extérieurs à la communauté gay. C'est à l'issue d'une véritable conversion dans l'économie de la confiance, que le principe devient acquis d'une délégation du travail épidémiologique, de la recherche médicale, et d'une prise en charge appuyée sur la science, aux nouveaux médecins du sida. Cette délégation se conjugue volontiers avec le principe de discrétion des homosexuels dans l'espace public, pour tout ce qui concerne le sida. Elle va de pair avec l'éclipse des médecins gay⁴⁴. À l'issue de cette période de conversion, la prise en charge des questions scientifiques s'est retrouvée déléguée à des spécialistes attirés non membres de la communauté homosexuelle. Cette conversion rompt avec cette forme spécifique de contestation de la médecine instituée sur laquelle s'était bâti le mouvement homosexuel dans les années 1970. Mais l'histoire ne s'arrêtera pas là. Car c'est ce rapprochement avec le monde médical, joint au ressort politique spécifique que constitue la cause homosexuelle, qui va rendre ensuite possible, au début des années 1990, la deuxième conversion : la subversion des institutions de la recherche médicale opérée de l'intérieur par les associations de lutte contre le sida [10]. Mais il faudra alors un travail politique d'un genre nouveau, de grande ampleur, centré cette fois-ci sur la figure du séropositif, ou du malade, et il faudra également l'apparition d'une nouvelle génération de militants et de nouvelles associations (Act Up notamment) [4], pour que la référence à la cause homosexuelle favorise l'émergence d'un nouveau type de relations, à nouveau plus offensives, vis-à-vis des médecins et des scientifiques.

⁴⁴ Il s'agit par conséquent, en France, d'une histoire très différente de celle du mouvement homosexuel américain, qui va très rapidement remettre en cause le principe d'une telle délégation. Parmi les nombreuses différences, l'une est assez simple, et explique de nombreuses divergences dans le travail politique conduit de part et d'autre de l'Atlantique. Aux États-Unis, les médecins lanceurs d'alerte étaient eux-mêmes des médecins gay. La lutte contre la stigmatisation s'est donc retrouvée d'emblée du côté de la lutte sanitaire. Une expertise communautaire s'est d'emblée développée, qui faisait du nouveau syndrome une véritable menace. En France, rien de tel. Les lanceurs d'alerte étaient des médecins hospitaliers non gay, et il a fallu un déplacement sensible de l'économie de la confiance pour que soit reconnue une légitimité durable aux médecins et chercheurs du sida.

Références bibliographiques

1. Adam P. *Expérience intime et action collective : sexualité, maladie et lutte contre le sida*. Thèse pour le doctorat de sociologie, EHESS, 1997.
2. Arney WR, Bergen BJ. *Medicine and the management of living : taming the last great beast*. Chicago : The University of Chicago Press, 1984.
3. Arno PS, Feiden KL. *Against the odds : the story of AIDS drug development, politics and profits*. New York : Harper-Collins, 1992.
4. Barbot J. *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*. Collection *Voix et regards*. Paris : Balland, 2002.
5. Béjin A, Pollak M. La rationalisation de la sexualité. *Cahiers Internationaux de sociologie* 1977 ; LXII : 105-25.
6. Chateauraynaud F, Tornoy D. *Les sombres précurseurs : une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*. Collection *Recherches d'histoire et de sciences sociales*. Paris : Éditions de l'EHESS, 1999.
7. Collard C. *Les nuits fauves*. Paris : Flammarion, 1989.
8. De Duve P. *Cargo vie*. Paris : Lattès, 1993.
9. Dodier N. Comment saisir les transformations en cours dans la gestion des risques collectifs ? Une approche sociologique issue de l'épidémie de sida. *Actes de la 18^e séance du séminaire du GIS Risques collectifs et situations de crise*. Paris : CNRS, 2002.
10. Dodier N. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2003 (sous presse).
11. Foucault M. *La volonté de savoir*. Collection *Bibliothèque des histoires*. Paris : Gallimard, 1976.
12. Foucault M. Michel Foucault, une interview : sexe, pouvoir, et la politique de l'identité (1984). In : Foucault M. *Dits et écrits : tome IV (1980-1988)*. Paris : Gallimard, 1994 : 735-46.
13. Giami A, Schiltz MA. Representations of sexuality and relations between partners sex research in France in the era of AIDS. *Annu Rev Sex Res* 1996 ; 7 : 125-57.
14. Herzlich C, Pierret J. Une maladie dans l'espace public : le sida dans six quotidiens français. *Annales ESC* 1988 ; 5 : 1109-34.
15. Herzlich C, Adam P. Urgence sanitaire et liens sociaux : l'exceptionnalité du sida ? *Cahiers Internationaux de Sociologie* 1997 ; 102 : 5-28.
16. Hocquenghem G. *Eve*. Paris : Albin Michel, 1987.
17. Jones JH. *Bad blood : The Tuskegee syphilis experiment*. New York : Free Press, 1981.
18. Leibowitch J. *Un virus étrange venu d'ailleurs : le sida*. Paris : Grasset, 1984.
19. Martel F. *Le rose et le noir : les homosexuels en France depuis 1968*. Collection *L'épreuve des faits*. Paris : Éditions du Seuil, 1996.
20. Parsons T. Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne (1951). In : Herzlich C, ed. *Médecine, maladie et société*. Paris-La Haye : Mouton, 1970 : 169-90.

21. Pinell P, Broqua C, De Busscher PO, Jauffret M, Thiaudière C. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Collection *Science, histoire et société*. Paris : PUF, 2002.
22. Pollak M. *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1988.
23. Pollak M. Histoire d'une cause. *Autrement* mai 1992 ; 130 : 24-39.
24. Quétel C. *Le mal de Naples : histoire de la syphilis*. Collection *Médecine et histoire*. Paris : Seghers, 1986.
25. Rothman D. Human experimentation and the origins of bioethics in the United States. In : Weisz G, ed. *Social sciences perspectives on medical ethics*. Dodrecht et Boston : Kluwer Academic Publishers, 1990 : 185-200.
26. Rozenbaum W, Seux D, Kouchner A. *Sida : réalités et fantasmes*. Paris : POL, 1984.

La crise de la normalisation. Expérience et condition sociales de l'homosexualité en France

Christophe BROQUA, Pierre-Olivier de BUSSCHER

« Vous ne pouvez pas d'une main revendiquer un droit à l'indifférence poussé jusqu'à l'extrême, c'est-à-dire le droit au mariage, à l'adoption, à la procréation médicale assistée, et de l'autre réclamer un droit à la différence, lui aussi absolu, en exigeant la reconnaissance quasi institutionnelle de pratiques communautaires, assortie de comportements de pouvoir dignes d'une confrérie franc-maçonne ».

Alain Minc ([5], p. 65)

Résumé

L'évolution considérable de la visibilité sociale des homosexuel(le)s au cours des dix dernières années semble s'accompagner d'une reconnaissance toujours plus grande. Dès lors, les manifestations durables d'homophobie ordinaire (ou plus spectaculaire) ou les difficultés inchangées des jeunes gays et lesbiennes à traverser l'épreuve du *coming out*, doivent-elles être considérées comme des problèmes périphériques en voie de résolution (eux aussi), ou comme des revers inhérents à l'accroissement de la tolérance envers les homosexuel(le)s ? Cet article insiste sur les paradoxes de la « reconnaissance sociale » des homosexuel(le)s et questionne les effets du processus de normalisation caractérisant la situation actuelle des gays et des lesbiennes en France.

Mots clés : homosexualité, normalisation, visibilité, *coming out*, reconnaissance sociale, homophobie, hétérosexisme.

Juin 1990. La *Gay Pride* réunit à Paris un millier de personnes environ. Unique manifestation du genre sur le territoire national, elle est organisée par une association *ad hoc*, rassemblant différents acteurs impliqués dans le mouvement associatif homosexuel. Celui-ci est alors composé, dans les grandes capitales régionales, de quelques structures, et à Paris, d'une myriade d'associations sans véritable articulation les unes avec les autres, œuvrant dans des domaines d'intervention spécifiques ou vis-à-vis de populations précises. Leur influence

reste limitée, d'autant que la plupart a pour seule vocation la convivialité, depuis la dissolution progressive du pôle politique du mouvement, à la suite de l'élection de François Mitterrand à la présidence de la République en 1981. De cet univers associatif morcelé, seuls deux réseaux nationaux émergent : l'association homosexuelle chrétienne David & Jonathan et la fédération de lutte contre le sida AIDES. Mais paradoxalement, alors que AIDES est au début des années 1990 l'association qui regroupe le plus grand nombre d'homosexuels masculins en France, elle se situe toujours à la périphérie du champ de l'homosexualité ; son président-fondateur réaffirme les risques de « *l'homosexualisation du sida* » dans *Gai Pied* [18]. L'épidémie devient alors prégnante dans la vie des gays, en raison notamment du recours croissant au test de dépistage. Au nombre restreint de malades du début des années 1980, s'est substitué un phénomène de masse représenté par l'ensemble de ceux se sachant infectés et leur entourage : tous ne sont pas atteints, mais tous sont touchés. À l'arrivée de la *Gay Pride*, place de la Bastille, de nombreux manifestants s'allongent lors d'un *die-in* organisé par Act Up.

Aux côtés des associations, plusieurs chars d'établissements commerciaux gay ont défilé. Bars, discothèques, saunas représentent en effet l'autre pôle de la visibilité publique de l'homosexualité. Rares en région, ces lieux de sociabilité et de sexualité sont plus nombreux à Paris, où ils se regroupent principalement dans un périmètre délimité, à l'arrière de l'Hôtel de Ville, remplaçant le quartier de la rue Sainte-Anne qui avait vu l'émergence d'une première vie commerciale homosexuelle à la fin des années 1970. Cette transition entre le quartier de l'Opéra et celui du Marais marque une profonde évolution : au « milieu de la nuit » avec ses établissements aux vitrines aveugles nécessitant de « montrer patte blanche » pour entrer, succède un petit quartier fait d'établissements ouverts au tout-venant, durant de larges tranches horaires, fonctionnant sur le principe d'une sociabilité au quotidien. Quelques restaurants, et même une librairie, s'affichent comme gay à côté des bars. Pourtant ce monde reste bien modeste comparé à celui d'autres capitales occidentales ; on est encore loin d'imaginer le gay parisien prenant sa bière à la terrasse d'un bar, à l'instar de son homologue néerlandais dans le quartier gay d'Amsterdam situé derrière le marché aux fleurs.

Juin 2000. La *Lesbian and Gay Pride* réunit un demi-million de personnes. Elle est le paroxysme d'un mois et demi de festivités durant lequel une dizaine de villes françaises ont connu leur propre défilé. Cette marée humaine dispersée autour d'une centaine de chars prend l'après-midi entier et le début de soirée pour effectuer le long parcours allant de Denfert-Rochereau à Bastille. Au fur et à mesure des arrivées, place de la Bastille, ce sont les rues du Marais qui s'enflent d'une foule bigarrée aux terrasses de café, bloquant en grande partie la circulation dans le « quartier gay » derrière l'Hôtel de Ville. Une part importante des chars est issue d'un mouvement associatif qui s'est démultiplié. À côté des groupes de convivialité toujours plus nombreux, s'affichent les étudiants gay et lesbiennes des campus universitaires et des grandes écoles, les salariés de plusieurs grandes entreprises publiques ainsi que de nombreux représentants des principales associations régionales présentes dans toutes les grandes villes et même dans certaines villes moyennes. Toutes ces structures se regroupent ou se fédèrent dans des collectifs interassociatifs à vocation locale – à l'instar des comités *Gay Pride* et des Centres Gay et Lesbiens – ou thématique – comme le réseau Moules-frites regroupant l'ensemble des associations d'étudiants

homosexuels. À côté de ces associations défilent les grandes structures nationales de défense des droits de l'Homme (la Ligue des Droits de l'Homme, *Amnesty International*), des partis politiques, des syndicats.

Les établissements commerciaux sont toujours présents mais leur contribution au défilé semble presque dérisoire comparée à la visibilité qu'ils ont acquise, passant d'une vingtaine en 1990 – principalement bars, discothèques et saunas – à plus d'une centaine dix ans plus tard, regroupant aussi bien des fleuristes, des boutiques de décoration, une boulangerie et même une pharmacie. Dès le début du printemps, les gays prennent l'apéritif aux terrasses de la rue des Archives, après avoir fait leurs courses au Bazar de l'Hôtel de Ville où ils peuvent, le cas échéant, déposer une liste dans la perspective d'un PaCS. Les rues des Archives, Sainte-Croix de la Bretonnerie, Vieille du Temple, de la Verrerie, des Lombards, forment le cœur du quartier gay où les drapeaux Arc-en-ciel se multiplient en étendard ou en vitrine. Aux États-Unis, des tour-opérateurs vendent la destination Paris comme capitale gay européenne, vantant la richesse et la multiplicité de la vie homosexuelle locale ; de fait, avec plus de quarante établissements autorisant la consommation sexuelle, Paris présente l'une des plus importantes concentrations de lieux à vocation festive ou sexuelle au monde. Le matériel de prévention disponible dans ces établissements rappelle à chacun la présence du VIH, mais depuis l'arrivée des nouveaux traitements, celui-ci semble faire d'une certaine manière « partie du décor » et ne mobilise plus guère comme le montre le reflux important du volontariat à AIDES.

Sur le sentier de la reconnaissance

Ces deux tableaux de la vie homosexuelle à Paris, que sépare à peine une décennie, montrent qu'incontestablement, le statut social de l'homosexualité a connu en l'espace de dix ans une évolution considérable et fulgurante¹.

L'événement que l'on peut considérer comme le signe le plus flagrant de cette évolution est l'adoption du PaCS en 1999, couronnant de succès l'engagement de différents acteurs successivement impliqués dans ce long combat [15]. Et si l'on note les principales dates des évolutions légales concernant l'homosexualité, le chemin parcouru depuis un demi-siècle semble nous mener vers toujours plus d'égalité ou toujours moins de discriminations. En effet, le souvenir s'estompe du délit d'homosexualité en cas de rapport avec un mineur que le gouvernement de Vichy introduit dans le Code pénal [44, 45], et qui devient en 1945, et jusqu'en 1982, l'alinéa 3 de l'article 331 [4, 38]. Loin aussi l'année 1960 qui voit le député Paul Mirguet faire voter un amendement par l'Assemblée Nationale classant l'homosexualité parmi les fléaux sociaux (aux côtés de l'alcoolisme ou de la prostitution), alourdissant considérablement les peines en cas d'outrage à la pudeur consistant en « un acte contre nature avec un individu du même sexe ». Ce n'est qu'au début des années 1980 que sont prises les premières mesures anti-discriminatoires en faveur des homosexuels : en 1981, l'arrivée de la gauche au pouvoir est très rapidement suivie, conformément aux engagements

¹ Les problèmes évoqués dans cet article ne concernent pas exactement de la même manière les hommes et les femmes homosexuel(le)s, et une partie de notre propos, en particulier concernant les effets de l'épidémie de sida, ne s'applique qu'aux premiers ; une véritable analyse comparée de la situation respective des hommes et des femmes du point de vue de la récente normalisation de l'homosexualité reste à faire.

préélectorales, de l'abrogation de l'article discriminatoire sur la majorité sexuelle (passant de 18 à 15 ans pour les rapports entre personnes de même sexe, à l'égal des hétérosexuels) et de la suppression des fichiers de police recensant les homosexuels. C'est un premier grand pas vers l'égalité. Le PaCS sera le second.

Entre temps, une épidémie frappe de plein fouet la population homosexuelle, expliquant en grande partie la reconnaissance légale des couples de même sexe. Car il est probable que les revendications militantes n'auraient pas abouti avec le même succès et que le PaCS ne serait pas devenu un enjeu politique si le sida n'avait pas dramatiquement touché les homosexuels. C'est que les évolutions légales sont conditionnées par la représentation que se font les politiques et les législateurs de ce qui est acceptable ou non par l'opinion, l'argument récurrent contre certaines avancées légales étant que « la société n'est pas prête ». Or la visibilité sociale acquise à l'épreuve du sida par les homosexuels a indéniablement transformé leur image publique et amélioré leur acceptation.

Le second indicateur de cette évolution du statut social des homosexuels réside dans les résultats des différents sondages réalisés au cours des deux dernières décennies², qui montrent combien l'opinion publique a changé depuis dix ou vingt ans³. En effet, les Français qui voient en l'homosexualité « une manière comme une autre de vivre sa sexualité » passent de 54 % en 1986 à 67 % en 1996⁴. Une majorité considère à cette date « que les couples homosexuels devraient avoir le droit d'hériter l'un de l'autre » (77 %), de « bénéficier des réductions couples sur les transports » (60 %) ou de « bénéficier des mêmes avantages que les couples pour les impôts » (59 %). Une petite moitié pense qu'ils devraient avoir le droit de se marier (48 %) et une minorité, d'« adopter, en tant que couples, des enfants » (33 %). Un autre sondage, réalisé en 2000, montre que ces taux n'ont guère évolué au cours de la seconde moitié de la dernière décennie, confirmant le partage des Français au sujet du mariage des homosexuels et leur réticence à l'égard de l'adoption⁵. Un sondage plus récent encore confirme ce rejet de l'adoption d'enfants par des couples homosexuels qui s'affirme quel que soit le cas de figure envisagé, avec toutefois une opinion légèrement moins réticente à l'égard des couples de femmes⁶. Enfin, un sondage réalisé auprès de femmes montre que si elles apprenaient l'homosexualité de leur enfant, elles ne seraient

² Sur les sondages à propos de l'homosexualité depuis le début des années 1970 aux États-Unis et en France, on peut se reporter à [30].

³ Idéalement, il s'agirait de soumettre les différents sondages cités à une lecture critique, mais tel n'est pas l'ambition de cet article, qui suggère cependant de considérer avec réserves les données manipulées.

⁴ Sondage « Les homosexuels dans la société française », IFOP/Le Monde, 22 juin 1996.

⁵ « Les Français se montrent très partagés sur la question du mariage des homosexuels : 48 % y sont favorables (une position nettement majoritaire chez les moins de 50 ans et dans les catégories moyennes et populaires) contre 50 % qui y sont opposés. On notera au passage que les ouvriers, traditionnellement considérés comme plus conservateurs sur la question de l'homosexualité, se situent plutôt à l'avant-garde en ce qui concerne les évolutions du mariage, fussent-elles destinées aux homosexuels. En revanche, les Français restent largement opposés (70 % contre 23 %) au droit d'adopter pour les couples homosexuels. Si les jeunes, les célibataires et les personnes vivant en concubinage y sont un peu plus favorables que la moyenne, le refus reste majoritaire dans toutes les catégories, y compris les sympathisants de gauche (59 % contre 39 %) » (Gilles Corman, sondage « Le PaCS, miroir des avancées et des réticences de la société française envers l'homosexualité », SOFRES/Télu, 1^{er}-2 septembre 2000).

⁶ « 68 % des personnes interrogées y sont hostiles, dont 44 % qui y sont très opposés – une forte intensité –, et seuls 30 % y sont favorables. Les clivages à l'œuvre au sujet du PaCS sont identiques

plus, en 2000, que 18 % à vouloir le faire changer si c'est un garçon (contre 58 % en 1981), et 19 % si c'est une fille (contre 60 % en 1981)⁷.

Le troisième élément qui atteste de l'évolution du statut des gays et des lesbiennes dans la société est la progression considérable qu'a connue la visibilité homosexuelle au cours de ces dernières années. Cette visibilité se manifeste de différentes manières et dans tous les domaines de la vie sociale. C'est évidemment dans les médias qu'elle s'exerce de la manière la plus spectaculaire : fictions, documentaires ou talk-shows comptent régulièrement des personnages ou invités homosexuels⁸. Et c'est aussi dans les médias qu'ont été effectués différents *coming out*⁹ qui allaient marquer l'opinion publique et remporter son assentiment dans certains cas. En l'espace de quatre ans, les mini-événements que représentent ces *coming out* successifs semblent indiquer que l'homosexualité n'est plus vouée à la même condition de rejet qu'elle l'était précédemment. Si le milieu artistique est plus coutumier du fait, c'est d'univers professionnels certes publics mais moins habitués à cela, que sont issus le journaliste Laurent Ruquier et la sportive Amélie Mauresmo qui ouvrent le bal en 1998. À la fin de la même année, c'est au tour des hommes politiques d'entrer dans la ronde, avec tout d'abord Bertrand Delanoë (futur Maire socialiste de Paris) qui témoigne de son homosexualité dans l'émission *Zone interdite* du 22 novembre 1998 sur M6. La même année, Philippe Meynard (conseiller municipal UDF) fait l'objet de pressions alors qu'il est candidat aux élections régionales de 1998 : certains menacent de révéler son homosexualité et lui demandent de se retirer de la campagne mais il maintient sa candidature ; en août 1999, il fait part de ses projets à sa famille et effectue, avec leur accord, son *coming out* auprès du Conseil municipal puis des médias. Vient enfin l'*outing*¹⁰ de Jean-Luc Roméro (conseiller régional d'Île-de-France, groupe RPR), lorsque paraît en octobre 2000 un article dans *E-m@le* mentionnant son homosexualité. La nomination par le nouveau gouvernement de droite en mai 2002 de Jean-Jacques Aillagon, ouvertement homosexuel, comme Ministre de la Culture indique la rapide banalisation du fait, à peine trois ans après les déclarations homophobes de maints députés lors des débats sur le PaCS à l'Assemblée Nationale. Puis, arrive enfin Thomas,

sur la question de l'adoption. Les femmes y sont légèrement plus favorables, les sympathisants de gauche plus que ceux de droite tout en y étant largement opposés (63 % pour 79 % à droite), et les personnes âgées franchement hostiles (83 %). Notons toutefois que les jeunes de 18 à 24 ans, preuve de leur plus grande ouverture, y sont au contraire majoritairement favorables (54 % contre 46 %) et que les 25-34 ans sont partagés (43 % contre 54 %). L'hypothèse de l'adoption d'enfants par des couples d'hommes ou de femmes change-t-elle les jugements ? De manière marginale. Car si 70 % des personnes interrogées se déclarent opposés à l'adoption d'enfants par des couples homosexuels hommes (dont 47 % très opposés), ils ne sont plus que 62 % dans le cas de couples homosexuels femmes (36 % y sont même favorables), soit un écart de 8 points. Quels que soient le sexe, l'âge, le niveau social ou encore la sympathie partisane, l'adoption par des couples de femmes est toujours envisagée de manière plus favorable que pour les couples d'hommes » (Stéphane Harrouch, sondage « Les Français, le PaCS et l'adoption d'enfants par les homosexuels », SOFRES/Femme, 5 septembre 2001).

⁷ Sondage « L'évolution des femmes depuis 20 ans », SOFRES / *Madame Figaro*, 23-24 février 2000.

⁸ Deux animateurs en particulier, Thierry Ardisson (« Tout le monde en parle » sur France 2) et Marc-Olivier Fogiel (« On ne peut pas plaire à tout le monde » sur France 3), invitent régulièrement des personnalités du show-business ou de la télévision ouvertement homosexuelles.

⁹ Le *coming out* est l'acte qui consiste à révéler son homosexualité.

¹⁰ La définition du *outing* ne fait pas consensus ; a minima, il consiste à révéler à grand renfort de médias l'homosexualité d'une personnalité publique. Sur le *outing* en général et sur le cas de J.-L. Roméro en particulier, voir [13].

un jeune homme ordinaire qui, dans un *reality show* dont l'audimat atteint des records (« Loft story »), révèle son homosexualité sous les yeux de millions d'adolescent(e)s le 16 avril 2002. Quelques mois plus tard, ce sera le tour d'Anne-Laure dans l'émission « Star Academy ».

Mais cette visibilité s'exerce aussi dans la vie quotidienne des gays et des lesbiennes ordinaires. Tout d'abord dans la rue, à l'occasion de la Gay Pride, dont l'affluence n'a cessé de croître depuis l'organisation de l'Europride à Paris en 1997, pour atteindre un demi-million de participants en 2000 et devenir ainsi la plus grosse manifestation de rue annuelle dans la capitale [24, 43] ; mais aussi à travers la fréquentation d'un quartier parisien à forte dominante homosexuelle, le Marais [14]. Ensuite par le développement des associations gay et lesbiennes, tant dans les domaines professionnels ou universitaires, que dans l'univers des loisirs [12]. Enfin dans la sphère intime, en posant l'hypothèse d'une augmentation continue des *coming out* auprès de l'entourage amical ou en famille¹¹, en parallèle à l'ensemble de ces actes publics.

En effet, le changement majeur qui semble aujourd'hui marquer la vie des homosexuels, est celui qu'ils connaissent dans l'expérience quotidienne de l'homosexualité, probablement moins cachée qu'autrefois, grâce à un élargissement des champs de tranquillité, un système de tolérance qui ne suppose ni répression, ni pendant totale acceptation.

Les revers de la tolérance : paradoxe ou inhérence ?

Ainsi dépeint, le tableau peut sembler bien idyllique. Différents éléments que nous évoquerons à présent viennent cependant l'assombrir. Au premier rang d'entre eux bien sûr, une épidémie qui a frappé plusieurs générations de gays, dont le début de reconnaissance découle en grande partie, mais qui n'a pas fini de marquer funestement l'expérience individuelle et collective des homosexuels. Les générations qui sont apparues après la grande vague épidémique auraient-elles eu la chance d'y échapper tout en bénéficiant des avancées récentes de la tolérance à l'égard des gays et des lesbiennes ? Rien n'est moins sûr, si l'on en croit les témoignages des jeunes qui aujourd'hui « entrent » dans l'homosexualité : ceux-ci semblent rencontrer les mêmes difficultés qu'autrefois¹². Bien que l'on assiste incontestablement à une transformation des représentations de l'homosexualité qui tend globalement vers une meilleure tolérance, un fond de résistance s'exprime et s'impose comme une tendance lourde. On pense non seulement aux agressions physiques qui perdurent, dont celle perpétrée contre Bertrand Delanoë est un paroxysme, mais aussi à l'homophobie¹³ ordinaire qui s'est traduite dans le champ politique, lors des débats sur le PaCS, par les très nombreuses insultes proférées publiquement contre les homosexuels par les députés de l'opposition d'alors [8].

De même, si l'on observe une amélioration de l'acceptation de l'homosexualité dans les sondages, on reste frappé par le niveau encore très élevé de réticences, à l'égard par exemple du fait que les homosexuels puissent se comporter

¹¹ Des données récentes sur le sujet existent dans les questionnaires recueillis par les deux dernières Enquêtes Presse Gay, mais elles restent inexploitées à ce jour.

¹² Sur les jeunes homosexuels, voir [29, 31, 41]. Voir également la contribution de S. Hefez dans cet ouvrage.

¹³ Pour une définition de l'homophobie, voir [6, 7, 46, 47].

publiquement comme les hétérosexuels (sans même revenir sur le rejet de l'adoption homosexuelle dont nous avons vu qu'il est considérable). En effet, dans un sondage réalisé en 1996¹⁴, 63 % des Français interrogés trouvent « plutôt choquant qu'un couple d'homosexuels s'embrasse dans un lieu public » et 36 % « qu'un couple homosexuel se tienne la main dans un lieu public ». En même temps, les manifestations ou modes de vie communautaires choquent aussi : 46 % trouvent « plutôt choquant l'existence de manifestations ou de défilés homosexuels tels que la Gay Pride » et 24 % « l'existence de bars ou de lieux de rencontres fréquentés principalement par des homosexuels ». De plus, 16 % des Français interrogés considèrent encore l'homosexualité comme « une maladie que l'on doit guérir » (contre 25 % en 1986), et 15 % comme « une perversion sexuelle à combattre » (contre 16 % en 1986). D'autre part, le sondage réalisé par la SOFRES en 2000 auprès de femmes¹⁵ montre que seules 16 % (contre 5 % en 1981) répondent que si elles apprenaient l'homosexualité de leur enfant (qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon), cela ne les gênerait pas. La réponse à la fois la plus massive et dont le taux marque le plus grand changement, « Cela me ferait de la peine mais je le/la laisserais vivre comme il/elle veut » (64 % en 2000 contre 30 % en 1981 dans le cas d'un fils, 63 % contre 29 % dans le cas d'une fille), montre que pour la majorité des femmes, l'acceptation n'irait pas sans s'accompagner de souffrance.

De nombreux indicateurs signalent que les jeunes qui se découvrent homosexuels traversent un processus toujours identique d'épreuves et de souffrances. Par exemple, les appels reçus sur la Ligne Azur témoignent de situations où semble croître la difficulté de vivre l'homosexualité (ou les pratiques homosexuelles) et les réactions homophobes auxquelles elle expose certains [34]. Par ailleurs, la difficulté du passage que doit vivre chaque homosexuel au moment de l'adolescence semble ne pas s'être amoindrie, que l'on se réfère aux courriers adressés à *Télu*, aux appels reçus sur la Ligne Azur ou aux témoignages recueillis par les associations de jeunes gays et lesbiennes. Comment expliquer ainsi que dans un contexte où un homme politique ouvertement homosexuel est élu Maire de Paris et reçoit un soutien important de l'opinion dans l'hypothèse d'une future candidature à la présidence de la République, où le candidat ouvertement homosexuel d'un *reality show* suivi par des millions d'adolescents en devient le gagnant élu par les téléspectateurs, où une sportive ouvertement homosexuelle est l'une des plus populaires de France, les jeunes et gays et lesbiennes expriment les mêmes difficultés d'acceptation de leur homosexualité ou les mêmes expériences de rejet que leurs aînés ?

À un autre niveau, un « paradoxe » apparaît également. Si l'on admet généralement que les constructions communautaires sont le produit de l'exclusion, et que la socialisation homosexuelle vient pallier la difficulté de se socialiser dans un univers hétérosexuel, comment expliquer que les évolutions légales ou sociales, censées renforcer la place des homosexuels dans la société et le droit commun, soient contemporaines d'un développement continu des espaces et des comportements « communautaires » ? Car, en effet, la simple observation de la fréquentation toujours croissante des lieux gay, de l'engagement toujours plus massif dans les associations gay et lesbiennes qui ne cessent de se multiplier, de l'affluence en constante augmentation lors d'événements

¹⁴ Sondage « Les homosexuels dans la société française », IFOP/*Le Monde*, 22 juin 1996.

¹⁵ Sondage « L'évolution des femmes depuis 20 ans », SOFRES/*Madame Figaro*, 23-24 février 2000.

communautaires tels que la *Gay Pride*, le festival de films gay et lesbiens, ou les Universités d'étés homosexuelles, oblige à relativiser les conclusions que Philippe Adam tire des résultats de l'Enquête Presse Gay [1, 2], selon lesquelles le mode de vie communautaire serait en recul, au profit d'un repli sur le couple¹⁶ et d'une socialisation mixte, non spécifiquement homosexuelle, c'est-à-dire en fait hétérosexuelle mais non hétérocentriste¹⁷.

On se trouve donc ici face à des éléments qui semblent se contredire, à des situations apparemment paradoxales. Mais de paradoxal elles n'ont que l'apparence... En effet, les signes de meilleure tolérance à l'égard de l'homosexualité ne garantissent en rien le recul des jugements ou des comportements homophobes ; à l'inverse, on peut même supposer qu'ils les renforcent ou les radicalisent dans certains cas. Il est vrai qu'il est devenu « politiquement correct » de ne plus juger négativement les homosexuels, et la loi qui finira bien par pénaliser l'injure homophobe ne fera qu'entériner ce nouvel « interdit ». Mais de même que le racisme ou l'antisémitisme n'ont pas été éradiqués par leur criminalisation, l'homophobie ne disparaîtra pas du jour au lendemain. Et l'on peut faire l'hypothèse que la visibilité croissante des homosexuels alimente « paradoxalement » le maintien de l'homophobie, selon un processus presque mécanique : plus l'homosexualité devient visible, plus l'homophobie a d'occasions de s'exprimer¹⁸. De nouveau, l'attentat contre Bertrand Delanoë est l'illustration – par l'extrême – de ce processus.

Normalisation et destins homosexuels

La visibilité croissante de l'homosexualité n'augmente pas seulement les risques de susciter des réactions de rejet, elle renforce aussi un phénomène de normalisation dont elle est en partie le produit¹⁹. À chacune des occasions qu'elle a d'être montrée, l'homosexualité se dessine un peu plus nettement, mais en partie comme une fiction car ce qui est donné à voir n'est évidemment qu'une construction « publique » (souvent médiatique). Ce faisant, elle se fige et se rigidifie ; l'apparition au grand jour produit un phénomène de « naturalisation ». Et plus les contours de la catégorie homosexuelle se dessinent nettement, plus elle agit, au choix, comme refuge ou comme repoussoir. Ce faisant, elle contraint ceux qui se découvrent des attirances pour le même sexe à choisir entre deux comportements opposés : s'identifier comme homosexuel ou refuser cette identité sociale. Car la montée de la visibilité homosexuelle rend caduque la logique du « *don't ask, don't tell* » qui a longtemps garanti une relative tranquillité à certains de ceux souhaitant ne pas se positionner socialement. Aujourd'hui, la publicisation croissante de l'homosexualité rend moins facile un tel comportement, et soumet finalement à un « choix tragique » entre le refus de l'identité

¹⁶ Il ne s'agit pas ici de contester ce résultat de l'Enquête Presse Gay, mais plutôt les interprétations auxquelles il donne lieu ici. Pour une autre lecture, voir [42].

¹⁷ On perçoit d'ailleurs mal ici par quel processus défiant les lois de la sociologie une socialisation hétérosexuelle pourrait ne plus être hétérocentriste.

¹⁸ Il serait faux de voir dans notre propos un encouragement à la discrétion : nous considérons simplement la visibilité homosexuelle comme un moyen ou une étape dans un travail de « désinfectiorisation », mais en aucun cas comme un objectif à lui seul satisfaisant.

¹⁹ Il faut entendre ici le terme « normalisation » à la fois dans le sens de « standardisation » et dans celui de « régulation ».

homosexuelle ou son acceptation, celle-ci supposant un parcours socialement défini et un risque accru d'exposition à l'homophobie.

En somme, la visibilité croissante de l'homosexualité et la mise en scène du *coming out* comme étape incontournable de la carrière homosexuelle limite le choix des identifications possibles : d'un côté l'hétérosexualité, de l'autre l'homosexualité. Plus que jamais, les situations intermédiaires deviennent impossibles, comme en témoigne l'invisibilité persistante de ceux qui se reconnaissent comme bisexuels [20]. Ceux qui souhaiteraient pratiquer l'homosexualité sans en faire une identité officialisée auprès de l'ensemble de leur entourage, comme les scénarios de l'homosexualité brossés par les médias au travers principalement de reportages et de témoignages savamment sélectionnés et calibrés indiquent que cela doit être fait, doivent s'aligner sur la catégorie sociale de l'hétérosexualité, car tout semble se passer comme si les pratiques homosexuelles devaient entraîner une révélation totale et une mise en adéquation avec le choix de vie et l'identité sociale endossée²⁰.

Ainsi, un jeune qui se découvre aujourd'hui des attirances homosexuelles le vit sous la forme d'une tension, car l'accroissement de la visibilité de l'homosexualité non seulement ne fait pas disparaître l'homophobie dont notre jeune éprouve toute la prégnance, quand bien même il aurait la chance de ne pas avoir été « repéré » et soumis à l'injure [21], mais le soumet de surcroît à l'injonction du *coming out*. Plus que jamais, « la volonté de savoir » [25] menace les homosexuels qui se découvrent tels. En effet, le parcours homosexuel scénarisé aujourd'hui par tous ceux qui, dans l'espace public, livrent leur version des faits (on pense en particulier aux cas exemplaires des participants aux *reality shows*), n'échappe jamais à la contrainte incontournable du *coming out*. Et c'est même comme l'outil de la libération par excellence qu'il est dépeint par beaucoup aujourd'hui. Le *coming out* doit être intégral : révélation à ses amis tout d'abord, caractérisés par une proximité générationnelle (mais cela reste sans doute le plus facile à faire et le plus fréquemment fait), révélation à ses parents ensuite, puis plus largement à sa famille (grands-parents, etc.) et, à un ultime niveau, dans son milieu professionnel. Bien entendu, le *coming out* médiatique a l'avantage de cumuler l'ensemble des autres formes, tout en parant celui qui s'y livre des attributs du héros. En même temps, l'injonction du *coming out* n'annule en rien la difficulté qui perdure à s'y livrer – qui en fait un véritable « rite d'institution » –, conduisant dans bien des cas à se satisfaire de réactions dont l'homophobie n'est qu'euphémisée²¹.

Une fois passée l'épreuve initiatique du *coming out*, à quelles trajectoires sociales la société voue-t-elle les homosexuels ? Ici encore, les scénarios disponibles sont en nombre limité. Une fois « sorti du placard », l'homosexuel cherchera bien souvent la voie d'une socialisation secondaire, c'est-à-dire d'une socialisation homosexuelle, qui pourra s'opérer notamment au sein des associations gay et

²⁰ Plus que les résultats de l'Enquête Presse Gay, ceux de l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels des Français) montrent combien les pratiques homosexuelles débordent largement le cadre de l'homosexualité exclusive ou identitaire [35, 36].

²¹ Ainsi, le fait que la majorité des mères apprenant l'homosexualité de leur enfant ne chercheraient pas à le faire changer mais éprouveraient de la peine, peut être compris à la fois comme une conséquence de l'intériorisation de la norme homophobe, mais aussi comme l'exercice involontaire et indirect d'une violence symbolique qui procède de la même norme (parce que l'enfant connaît cette réaction au moins par anticipation d'où la difficulté du *coming-out*).

lesbiennes, soutenues dans ce sens par l'État en raison des exigences de la prévention contre le sida²².

Un second élément peut être considéré comme déterminant du statut social des homosexuels à l'heure actuelle : le statut matrimonial. Les débats sur le PaCS ont permis l'émergence dans l'espace public d'une visibilité du couple homosexuel qui, à la suite des situations intolérables engendrées par l'épidémie de sida²³, a pu bénéficier d'une reconnaissance légale et sociale avec, comme revers immédiat, l'expression publique, virulente et parfois haineuse d'une hostilité à cette reconnaissance, et comme contrepartie, une délégitimation des comportements non conformes au scénario douloureusement consenti par la communauté nationale.

En effet, il faut souligner tout d'abord combien la semi-reconnaissance du PaCS a été acquise au prix d'un déferlement de prises de position homophobes ou hétérosexistes, allant de manifestations de rue où l'on vouait « les pédés au bûcher » aux déclarations de députés de droite²⁴, en passant par les « expertises » médiatiques de chercheurs en sciences sociales opposés aux avancées légales [5, 22, 23]. De plus, selon le point de vue que l'on adopte, on insistera davantage sur les avancées que représente l'adoption du PaCS ou sur les inégalités que crée le refus du mariage et de l'adoption, et ce en dépit de situations concrètes d'éducation d'enfants par des couples d'hommes ou de femmes. Ensuite, le phénomène de normalisation de l'homosexualité consécutif de cette semi-reconnaissance de la conjugalité gay et lesbienne a produit, dans les comportements comme dans les représentations publiques, une stéréotypisation de l'image du couple homosexuel, s'opposant au statut du célibataire qui fréquente les *backrooms* et pratique une sexualité multipartenaire. En effet, à la même période, le débat médiatique s'emballait autour d'un retour du risque chez les gays [28], confirmé quelques mois plus tard par les résultats de l'Enquête Presse Gay [3]²⁵. La question du sida et de la gestion différentielle des risques resurgit ici, pour s'affirmer comme un enjeu central dans l'expérience et la condition des homosexuels dans la société française aujourd'hui. Et sans doute, le développement d'une sexualité multipartenaire et parfois non protégée doit-il être compris en partie comme un phénomène de résistance à la normalisation de l'homosexualité.

Si l'on synthétise les éléments qui caractérisent le cadre normatif dominant de l'homosexualité et les étapes biographiques promises par les scénarios que construisent les représentations publiques et principalement médiatiques de l'homosexualité aujourd'hui, on peut sans doute percevoir un sens différent à l'investissement massif dans la sexualité et, pour certains, au refus des normes préventives. Les homosexuels qui ont survécu à la vague épidémique ayant terrassé plusieurs générations d'entre eux savent néanmoins qu'ils ne connaîtront jamais une existence sans sida, c'est-à-dire qu'ils ne vivront jamais dans un environnement social débarrassé du VIH, en raison de sa prévalence dans

²² Sur ce thème, voir [39], ainsi que la contribution de Pierre-Olivier de Busscher dans cet ouvrage.

²³ Nous pensons bien sûr aux différentes formes de non-droit et d'exclusion auxquelles ont été exposés de nombreux hommes à la mort de leur compagnon.

²⁴ Pour un exemple récent de prise de position « intellectuelle » ou « politique » discréditant à la manière « douce » la revendication à l'égalité des homosexuels, voir [27].

²⁵ Pour une lecture critique de la première analyse des résultats de l'Enquête Presse Gay 2000 [3], voir [16].

cette population²⁶ et de l'absence de perspective d'éradication du virus. Ceux qui ont fait le choix d'une identité homosexuelle, notamment en passant par l'épreuve initiatique du *coming out*, auxquels n'est donc reconnu que partiellement un possible statut conjugal et surtout auxquels est encore socialement interdite la « reproduction », n'ont assurément pas le même rapport à l'avenir que les hétérosexuels qui, par l'institution du mariage et de la famille, conçoivent leur destin au travers de la transmission inter-générationnelle ; ce constat s'impose indépendamment de l'adhésion ou non à la revendication de l'homoparentalité. Le rapport spécifique des homosexuels au risque de transmission du VIH pourrait-il ne pas s'en trouver affecté ? La situation ainsi dépeinte laisse entrevoir la difficulté à concilier les normes socialement prescrites aux homosexuels : l'incitation à dire son homosexualité en dépit du risque d'exposition à l'homophobie, l'incitation à la conjugalité en dépit de sa reconnaissance partielle, l'incitation à se protéger du sida en dépit de l'impossibilité de se projeter dans l'avenir sur un mode équivalent à celui des hétérosexuels (par la transmission inter-générationnelle en particulier). On comprend mieux ainsi que certains modes de vie privilégient l'investissement dans la sexualité, en tant qu'espace d'accomplissement (le seul disponible ?), quitte à pondérer la préoccupation du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire à ne plus privilégier la protection face au sida au détriment de l'accomplissement sexuel²⁷.

À ce stade, la lecture faite ici de la situation actuelle des homosexuels dans la société française suggère la nécessité de questionner une nouvelle fois le rôle souvent jugé libérateur du *coming out*, en posant une question cruciale à laquelle l'Enquête Presse Gay permettra peut-être de répondre un jour : à quel sort prédestine finalement l'annonce de son homosexualité ? Le *coming out* voue-t-il à une trajectoire qui permettra la projection dans le futur par un accomplissement au sein du couple – éventuellement reconnu par le PaCS –, ou au contraire à une reconnaissance toujours incomplète interdisant l'investissement dans l'avenir et altérant par-là même le rapport au risque de transmission du VIH, auquel les homosexuels savent qu'ils seront toujours confrontés, de même qu'à la réalité sociale du sida, pour former ce que Michael Pollak nommait un « *groupe de destin* » [40] ?

D'une domination l'autre

En conclusion, nous souhaiterions ouvrir sur de nouvelles questions. Nous l'avons vu, l'homophobie aujourd'hui demeure et ne souffre pas de la visibilité homosexuelle ; elle y trouve au contraire une cible mieux dessinée. Mais cette équation reste fort schématique et l'on doit ici non pas la nuancer mais la compléter d'une hypothèse faisant intervenir une variable dépendante. La visibilité homosexuelle n'a pas partout les mêmes chances de susciter l'homophobie. En l'occurrence, la division la plus déterminante n'est-elle pas celle qui sépare les classes sociales, les personnes appartenant aux catégories défavorisées ayant plus de probabilités de se trouver exposées à l'homophobie, dans leur propre milieu, que les personnes appartenant aux classes supérieures ? Ceci expliquerait très probablement pourquoi l'on retrouve moins de pratiques homosexuelles

²⁶ Voir l'article de R. Pinget *et al.* dans cet ouvrage.

²⁷ Sur la hiérarchisation différentielle des risques et la place qu'y occupe celui qui concerne le VIH, voir [19].

déclarées dans les catégories sociales défavorisées que dans les autres [35, 36]. En outre, cela ne suggère-t-il pas que la haine de classe a toutes les chances de renforcer les comportements homophobes, en particulier lorsque s'y surajoutent des considérations religieuses²⁸ ?

Cependant, introduire la variable des inégalités sociales ou des différences de classes pour rendre compte plus finement des déterminants de l'homophobie ne suffit pas. En effet, l'infériorisation des homosexuels semble découler d'une inégalité plus fondamentale, ancienne et répandue, pour ne pas dire universelle : cette différence fondamentale est celle qui sépare les hommes et les femmes, sous la forme d'une division sociale hiérarchisée des genres, bien entendu défavorable aux femmes, que l'on peut encore nommer avec les théoriciennes féministes des années 1970, ou plus récemment avec Pierre Bourdieu, la « *domination masculine* » [11, 32, 33]. En fait, ce n'est pas « *l'ordre symbolique* » articulant différence des sexes et différence des générations que vient bouleverser la reconnaissance de l'homosexualité, mais bien plutôt l'institutionnalisation de l'hétérosexualité comme seule forme d'union conjugale légitime, en tant qu'elle est, dans notre société, le dispositif qui garantit la perpétuation de la domination des hommes sur les femmes.

Et sans doute n'est-ce pas un hasard si la frange la plus contestataire du mouvement homosexuel redécouvre aujourd'hui ses classiques et, après plusieurs années au cours desquelles ont été tentées l'affirmation de l'identité gay puis sa contestation par le mouvement *queer* [9], en arrive à re-définir comme cible de son combat l'hétérosexualité en tant qu'elle est un « *régime politique* » [48], pour reprendre les termes d'une expression énoncée il y a plus de vingt ans par l'une des principales théoriciennes de la domination hétérosexuelle, Monique Wittig [10]. Car au fond, si l'on veut en finir tant avec l'homophobie qu'avec l'injonction du *coming out* et l'assignation des homosexuels au destin de la semi-reconnaissance, c'est ni plus ni moins l'ordre hétérosexuel dominant lui-même qu'il faudrait voir disparaître. Toute la question reste de savoir ce qui pourrait alors le remplacer... redonnant une évidente actualité à l'appel à la créativité que M. Foucault exprimait peu avant sa mort lorsqu'il soulignait la nécessité de « *s'acharner à être gay* » ([26], p. 295).

²⁸ De manière liée, et sans qu'il soit possible ici d'aborder plus longuement le sujet avec les précautions qu'il impose, il serait grand temps de s'interroger sur les relations entre le racisme et l'homophobie, et de répondre en particulier à la question suivante : les processus d'exclusion sociale génèrent-ils en retour, chez ceux qui en sont victimes, des dispositions à la discrimination d'autres catégories d'exclus ? Sur cette question, concernant plus précisément la situation des minorités ethniques en Amérique du Nord, voir [17].

Références bibliographiques

1. Adam P. Bonheur dans le ghetto ou bonheur domestique ? : enquête sur l'évolution des expériences homosexuelles. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1999 ; 128 : 56-67.
2. Adam P. Lutte contre le sida, PaCS et élections municipales : l'évolution des expériences homosexuelles et ses conséquences politiques. *Sociétés Contemporaines* 2001 ; 41-42 : 83-110.
3. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
4. Bach-Ignasse G. La difficile dépénalisation de l'homosexualité, 1978-1982. *Triangul'ère* 2002 ; 3 : 39-41.
5. Borrillo D, Fassin E, Iacub M. *Au-delà du PACS : l'expertise familiale à l'épreuve de l'homosexualité*. Collection *Politique d'aujourd'hui*. Paris : PUF, 1999.
6. Borrillo D, Lascoumes P. *L'homophobie, comment la définir, comment la combattre ?* Paris : ProChoix, 1999.
7. Borrillo D. *L'homophobie*. Collection *Que sais-je ?* Paris : PUF, 2000.
8. Borrillo D, Lascoumes P. *Amours égales ? : le Pacs, les homosexuels et la gauche*. Collection *Sur le vif*. Paris : La Découverte, 2002.
9. Bourcier MH. *Queer zones : politiques des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*. Collection *Modernes*. Paris : Balland, 2001.
10. Bourcier MH, Robichon S. *Parce que les lesbiennes ne sont pas des femmes : autour de l'œuvre politique, théorique et littéraire de Monique Wittig*. Paris : Éditions gaies et lesbiennes, 2002.
11. Bourdieu P. *La domination masculine*. Collection *Liber*. Paris : Éditions du Seuil, 1998.
12. Broqua C, Fillieule O. Les mouvements homosexuels. In : Crettiez X, Sommier I, eds. *La France rebelle : tous les foyers, mouvements et acteurs de la contestation*. Paris : Michalon, 2002 : 441-55.
13. Broqua C. Outing. In : Tin LG, ed. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : PUF, 2003 : 300-3.
14. De Busscher PO. Le monde des bars gais parisiens : différenciation, socialisation et masculinité. *Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-83 : 235-49.
15. De Busscher PO, Thiaudière C. Le PaCS : un progrès social ou une avancée de l'État ? *Mouvements : sociétés, politique, culture* 2000 ; 8 : 48-53.
16. De Busscher PO, Broqua C. Évolutions récentes de la sexualité des gays en France : apports et limites d'une enquête. *Transcriptase* 2001 ; 91 : 29-34.
17. De Busscher PO. Amérique du Nord. In : Tin LG, ed. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : PUF, 2003 : 21-6.
18. Defert D. L'homosexualisation du sida. *Gai Pied Hebdo* 1990 ; 446 : 61-3.
19. Delor F. *Séropositifs : trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Collection *Logiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 1997.
20. Deschamps C. *Le miroir bisexuel : une socio-anthropologie de l'invisible*. Collection *Modernes*. Paris : Balland, 2002.
21. Éribon D. *Réflexions sur la question gay*. Paris : Fayard, 1999.

22. Fassin E. Le savant, l'expert et le politique. *Genèses : sciences sociales et histoire* 1998 ; 32 : 156-69.
23. Favret-Saada J. La-pensée-Lévi-Strauss. *Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-83 : 53-70.
24. Fillieule O. Gay Pride. In : Éribon D, ed. *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*. Paris : Larousse, 2003.
25. Foucault M. *La volonté de savoir*. Collection *Bibliothèque des histoires*. Paris : Gallimard, 1976.
26. Foucault M. Entretien avec Michel Foucault (1982). In : Foucault M. *Dits et écrits : tome IV (1980-1988)*. Paris : Gallimard, 1994.
27. Grossmann R, Miclo F. *La République minoritaire : contre le communautarisme*. Paris : Michalon, 2002.
28. Le Talec JY. *Le risque du sexe, entre rumeur et réalité : la prévention de la transmission du VIH chez les homosexuels masculins, état des lieux du dispositif à Paris, établi entre janvier et juillet 2000*. Rapport SOS Habitat et Soins/DDASS de Paris, septembre 2000.
29. Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In : Lagrange H, Lhomond B, eds. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Collection Recherches. Paris : La Découverte, 1997 : 183-226.
30. Lhomond B, Michaels S. Homosexualité/hétérosexualité : les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux USA. *Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-83 : 91-111.
31. Lhomond B, Michaels S, Levinson S, Mailloux M. *Jeunes et sexualités*. Rapport DGS/Ministère de la Jeunesse et des Sports/Centre Gai et Lesbien, janvier 2003.
32. Mathieu NC. *L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes*. Collection *Les Cahiers de l'Homme*. Paris : Éditions de l'EHESS, nouvelle série XXIV, 1985.
33. Mathieu NC. *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes, 1991.
34. Mendès-Leite R, Proth B, De Busscher PO. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida : trois essais sur les (homo)sexualités masculines*. Collection *Sexualité humaine*. Paris : L'Harmattan, 2000.
35. Messiah A, Mouret-Fourme E. Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle. *Population* septembre-octobre 1993 ; 48 (5) : 1353-80.
36. Messiah A. Homosexualité, bisexualité : nombre de partenaires, caractéristiques socio-démographiques et pratiques sexuelles. In : Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami A, Spira A, eds. *La sexualité au temps du sida*. Collection *Sociologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF, 1998 : 235-52.
37. Minc A. *Épîtres à nos nouveaux maîtres*. Paris : Grasset, 2003.
38. Mossuz-Lavau J. *Les lois de l'amour : les politiques de la sexualité en France de 1950 à nos jours*. Collection *Documents Payot*. Paris : Payot, 1991.
39. Pinell P, Broqua C, De Busscher PO, Jauffret M, Thiaudière C. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Collection *Science, histoire et société*. Paris : PUF, 2002.
40. Pollak M. *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1988.
41. Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population* 1997 ; 6 : 1485-538.

42. Schiltz MA. Un ordinaire insolite : le couple homosexuel. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1998 ; 125 : 30-43.
43. Sibalis M. L'histoire d'une Gay Pride 1977-2001. *Triangul'ère* 2001, 2 : 611-6.
44. Sibalis M. Les origines de l'ordonnance du 6 août 1942 et du « délit d'homosexualité ». *Triangul'ère* 2002 ; 3 : 31-4.
45. Tamagne F. *Histoire de l'homosexualité en Europe : Berlin, Londres, Paris, 1919-1939*. Collection *Univers historique*. Paris : Éditions du Seuil, 2000.
46. Tin LG. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : PUF, 2003.
47. Welzer-Lang D, Dutey P, Dorais M. *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*. Montréal : VLB Éditeur, 1994.
48. Wittig M. *La pensée straight* (1992). Collection *Modernes*. Paris : Balland, 2001.

Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000)¹

Michael BOCHOW, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Alice MICHEL, Marie-Ange SCHILTZ

Résumé

Les Enquêtes Presse Gay, répétées depuis 1985, ont permis d'évaluer régulièrement le niveau d'adaptation et de connaissance des homosexuels masculins face au risque du VIH. Elles ont montré que la diffusion des gestes de prévention n'était pas homogène et que, contrairement aux consignes de prévention, les stratégies de protection étaient multiples. En cela, elles ont permis d'infléchir les politiques de prévention qui se sont dès lors attachées à cibler certains sous-groupes parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et à prendre au sérieux, sans les condamner mais en informant des dangers connexes à ces choix, les stratégies d'évitement des risques qui renoncent à l'usage du préservatif. Dans cet article sont présentées les principales évolutions de l'adaptation des gays au risque du VIH au cours des 15 ans d'observations.

Mots clés : enquête quantitative, homosexuel masculin, comportement sexuel, recours au test, risque face au VIH, stratégie de prévention, *safer sex*.

Objectifs et arrière-plan des enquêtes

Dès 1984, Michael Pollak lance un programme de recherche sur « les homosexuels face au sida », nouvelle pathologie létale transmissible dont l'apparition se concentre dans des groupes marginalisés en particulier parmi les homosexuels et bisexuels masculins. À l'époque, ce groupe, avec plus des deux tiers des cas enregistrés dans plusieurs pays, est le groupe le plus exposé à une maladie parfois désignée comme la « maladie homosexuelle » ou « maladie des homosexuels ». Alors que l'épidémiologie construit les catégories statistiques des « groupes à risque » à partir de renseignements comportementaux sur les cas déclarés, Michael Pollak s'interroge sur l'existence même du groupe « homosexuel ». En ces temps de définition où rien n'est encore fixé, il s'intéresse aux interactions entre cette classification fortement solidifiée et une identité

¹ Dans la rédaction de cet article, les parties portant sur les évolutions entre 1985 et 1995 ont été analysées par Marie-Ange Schiltz et Michael Bochow, celles portant sur 1997 et 2000 par Marie Jauffret-Roustide et Alice Michel.

homosexuelle floue, souvent indicible, qui se construit sur des comportements socialement réprouvés. Cette interrogation intervient dans un contexte d'autant plus critique que la survenue du sida apparaît à certains comme une menace pouvant mettre en question les nouveaux styles de vie et la conquête du « droit de cité » liés à la toute récente émancipation des homosexuels. Cette inquiétude est en partie à l'origine de la réaction défensive des médias et des porte-parole gays qui ont, dans un premier temps, nié le phénomène par peur de répercussions moralisatrices et répressives avant de s'engager activement dans l'élaboration de règles de précautions aptes à endiguer la propagation du sida ou tout au moins à en freiner le rythme.

Il nous faut rappeler que les années les plus sombres du sida ont aussi été l'époque de la visibilité des homosexuels et de formidables bouleversements dans l'organisation de leur vie affective et sociale. En effet, dans le contexte dramatique qui aurait pu renforcer la stigmatisation et l'exclusion, les homosexuels masculins ont su réagir et s'imposer, d'abord dans le débat public et le choix des politiques de prévention puis, plus généralement, dans la société civile jusqu'à obtenir la reconnaissance juridique du couple homosexuel. L'instrument d'observation mis en place par Michael Pollak permet de suivre, pendant plus de 15 ans, non seulement l'extraordinaire adaptation des homosexuels au risque du VIH, mais aussi la transformation des rapports établis avec les autres homosexuels ou leur entourage social, l'évolution des revendications portées par le groupe, sans oublier l'acceptation de l'homosexuel par son entourage le plus proche.

Les enquêtes et leur méthodologie

Afin d'observer les modes de vie des gays dans leur diversité et de suivre leur adaptation différentielle au risque du VIH, l'observation par voie d'enquête – diffusée dans la presse homosexuelle à partir de 1985 – a été privilégiée (*tableau 1*). Cette approche quantitative, qui permet, dans un contexte dramatique, de s'en tenir à la banalité des faits, est complétée par une série d'entretiens et d'analyse de contenu de textes officiels et de prises de positions issues de la communauté. Les Enquêtes Presse Gay² permettent de suivre depuis 15 ans d'un point de vue sociologique l'évolution des modes de vie et les comportements préventifs des homosexuels masculins vivant en France, en administrant un autoquestionnaire diffusé auprès des lecteurs de la presse gay. L'Enquête Presse Gay est la seule enquête qui fournisse des données quantitatives sur le comportement des homosexuels au niveau de la France entière sur une longue période. Depuis 2002, le sondage Baromètre Gay complète ce dispositif³.

² L'Enquête Presse Gay a été conçue par Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz en 1985 et répétée depuis cette date de manière périodique (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1993, 1995, 1997, 2000). L'Enquête Presse Gay a été reprise en 1997 par le sociologue Philippe Adam au sein du Centre Européen de Surveillance Epidémiologique du Sida puis de l'InVS.

³ Le sondage Baromètre Gay est une étude menée par l'InVS en partenariat avec le Syndicat National des Établissements Gays (SNEG) et l'association AIDES. Initiée pour la première fois en 2000 à Paris, elle vise à compléter le dispositif de l'Enquête Presse Gay et permet d'évaluer l'état de la prévention dans une population particulièrement active sexuellement. Des autoquestionnaires sont distribués par des enquêteurs ou déposés dans des présentoirs dans des établissements gay. En 2002, l'enquête s'est déroulée pour la première fois sur la France entière.

La constitution d'échantillons sur la base de réponse volontaire à un questionnaire inséré dans la presse spécialisée présente le double avantage de recruter rapidement et à peu de frais un grand nombre de répondants et, de ce fait, de répéter l'observation à intervalles réguliers. En revanche, selon les règles de l'observation probabiliste, l'absence de contrôle sur le recrutement n'autorise en aucune façon l'établissement de pourcentages ou de moyennes qui seraient représentatifs des homosexuels. En effet, elle cible uniquement les homosexuels qui lisent ces revues, et ensuite, la longueur du questionnaire (environ 1 heure) et la nécessité du renvoi de celui-ci par courrier, tendent à sélectionner les répondants les plus motivés et les plus instruits⁴. Ainsi, les homosexuels âgés de 25 et 45 ans se caractérisant par un niveau d'études élevé, et issus des classes moyennes supérieures, sont sur-représentés dans l'échantillon.

Malgré les limites de ce recueil de données fondé sur des réponses volontaires, il reste possible de comparer les modes de vie et l'adaptation différentielle entre divers sous-groupes (les cadres, les ouvriers, les jeunes, les moins jeunes, les homosexuels, les bisexuels...). La relative stabilité des caractéristiques sociodémographiques de chaque vague d'observation permet de repérer ce qui reste inchangé ou, au contraire, de suivre les tendances dans les modifications d'attitude. La robustesse des conclusions est assurée par le nombre important d'hommes qui répondent.

En 1985, la première de cette série d'enquêtes sur les modes de vie des homosexuels masculins intervient dans un contexte fortement perturbé par la prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie du sida dans le groupe, les homosexuels représentant deux tiers des cas de sida enregistrés alors. Aussi, à côté de l'étude des modes de vie homosexuels, une problématique de santé publique s'est-elle imposée.

Un questionnaire auto-administré de quatre pages a été diffusé annuellement depuis 1985, d'abord par *Gai Pied*, mensuel bénéficiant d'une large audience nationale auprès des homosexuels ; après la disparition de ce titre en 1992, les supports de diffusion ont été multipliés afin de reconstituer la diversité des publics. Six revues homosexuelles ont accepté d'insérer gratuitement le questionnaire en 1993, puis dix en 1995, neuf en 1997, et vingt revues⁵ et trois sites Internet⁶ en 2000.

Les résultats présentés dans cet article portent sur les Enquêtes Presse Gay réalisées en 1985, 1987, 1989, 1991, 1993, 1995, 1997 et 2000⁷.

⁴ Toutes les études d'audience réalisées auprès des lecteurs de la presse s'accordent sur le fait que la réponse écrite et volontaire, qui exige un effort important, augmente avec le niveau d'études.

⁵ *100 % Beaux Gosses, All Man, Emale, Factory, Fresh, Garçons, Gay Video, Honcho, Hyzberg, Ibiza News, Idol, Illico, Lettre ouverte, Lettres gay, Linkxtra, Men, Pamplemousse, Projet X, Têtu et West & Boy.*

⁶ Citegay.com, Gay.com, Phospho.com.

⁷ Précisons pour le lecteur que, quand les comparaisons portent sur des périodes courtes, les évolutions paraissent parfois importantes alors qu'en élargissant la période d'observation des données (1985-2000), les conclusions apparaissent souvent beaucoup plus nuancées.

Tableau 1.
Présentation du dispositif des Enquêtes Presse Gay en France, 1985-2000

Année	Nombre de retours de questionnaires	Nombre de questionnaires analysés	Enquêtes quantitatives complémentaires	Passation d'entretiens
1985	1 000	1 000		oui
1986	2 600	1 200		oui
1987	2 000	1 200	300 (non-lecteurs, boule de neige)	
1988	1 700	1 500	300 (non-lecteurs, boule de neige)	
1989	1 600	1 500	275 (SPG, organis. homosexuelle)	
1990	2 300	2 000	433 (DJ, organis. homos. chrétienne)	oui
1991	2 200	2 000	12 347 (8 pays européens)	oui
1992	900	900		
1993	3 300	3 300		
1995	2 700	2 700		oui
1997	3 477	3 477		
2000	4 965	4 965	Baromètre Gay 2000	

Les caractéristiques de l'échantillon

Acheter une revue homosexuelle et répondre à une enquête sur les modes de vie « gay » est un acte d'affirmation de son orientation sexuelle. Aussi n'est-il pas surprenant de constater que l'écrasante majorité des hommes qui participent à l'Enquête Presse Gay s'autodéfinissent comme homosexuels ; ils sont 87 % en 1995, 88 % en 1997, et 91 % en 2000. Malgré cet acte d'affirmation, l'anonymat du questionnaire permet de recruter bien au-delà du secteur associatif et des homo/bisexuels qui vivent ouvertement leur sexualité ; l'enquête joint relativement bien les homosexuels provinciaux et ceux qui vivent cachés. Entre 1985 et 1993 la structure des âges reste assez stable ; en 1995, un choix raisonné des revues dans lesquelles sont insérés les questionnaires parvient à rajeunir l'échantillon. En 2000, ce rajeunissement de l'échantillon ne se confirme pas, bien au contraire : les moins de 21 ans sont toujours largement sous-représentés (4 %) ; entre 1997 et 2000, les plus de 35 ans passent de 33 à 44 %, et l'âge moyen des répondants passe de 32,4 à 34,8 ans (*tableau 2*).

Sur l'ensemble de la période, les caractéristiques sociales des répondants sont relativement stables. Chaque année, presque la moitié des répondants résident en région parisienne : un tiers à Paris et un dixième en banlieue. L'enquête recrute principalement les individus les mieux insérés dans la société. Les hommes des classes moyennes (techniciens, enseignants, cadres...) représentent plus de la moitié des répondants. À l'inverse, certaines professions sont faiblement présentes dans l'échantillon : les agriculteurs sont très peu nombreux, 0,2 % de l'échantillon en 2000, de même que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (4 %).

Tableau 2.
Évolution de la structure d'âge des échantillons masculins,
Enquêtes Presse Gay, France, 1985-2000

Année de l'enquête	1985 n = 999	1987 n = 1 225	1989 n = 1 500	1991 n = 2 000	1993 n = 3 300	1995 n = 2 616	1997 n = 3 311	2000 n = 4 753
Âge moyen	31,8 ans	32,2 ans	34,3 ans	34,9 ans	33,4 ans	31,5 ans	32,4 ans	34,8 ans
Non réponse	3 %	6 %	1 %	8 %	2 %	1 %	2 %	2 %
Moins de 35 ans	64 %	65 %	60 %	56 %	67 %	74 %	65 %	54 %
Moins de 21 ans	4 %	6 %	4 %	3 %	3 %	4 %	4 %	4 %
Plus de 35 ans	33 %	37 %	39 %	36 %	32 %	25 %	33 %	44 %

Quelle que soit l'époque, les répondants à l'Enquête Presse Gay se caractérisent par un niveau d'études particulièrement élevé au regard du niveau d'étude de la population masculine en France (*tableau 3*). Dès 1985, 72 % des hommes de l'échantillon ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Entre 1997 et 2000, le niveau d'études tend même à s'élever. En 1997, 20 % déclarent ne pas avoir le baccalauréat contre 17 % en 2000, et 41 % ont au moins un diplôme de deuxième cycle universitaire en 1997 contre 46 % en 2000. Cependant, cette augmentation doit être relativisée. En effet, depuis les années 1960, l'accès des jeunes au baccalauréat a fortement augmenté, passant de 35 % en 1985 à 70 % en 2001 [17]. Ce niveau d'études élevé peut s'expliquer en partie par le fait que les lecteurs qui répondent sont les plus motivés à consacrer une heure au questionnaire. L'Enquête Presse Gay se déroulant sous la forme d'un autoquestionnaire disponible dans la presse, elle exclut de fait les personnes ayant des difficultés à lire et à écrire⁸.

Tableau 3.
Évolution du niveau d'étude des hommes ayant répondu aux
Enquêtes Presse Gay, France, 1985-2000

Niveau d'étude	1985 n = 985	1987 n = 1 223	1989 n = 1 482	1991 n = 1 988	1993 n = 3 287	1995 n = 2 600	1997 n = 3 303	2000 n = 4 717
Faible (inférieur au bac)	27 %	26 %	25 %	25 %	24 %	20 %	20 %	17 %
Moyen (bac, brevet de technicien, 1 ^{er} cycle universitaire)	35 %	33 %	38 %	38 %	38 %	38 %	39 %	37 %
Élevé (2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire, Grandes Écoles)	37 %	30 %	36 %	37 %	38 %	41 %	41 %	46 %

⁸ Concernant les titres de presse, les magazines centrés sur l'information excluent ce type de public, ce qui n'est certainement pas le cas des revues érotiques qui font également partie du panel.

Les styles de vie

L'enquête recrute surtout des hommes qui s'identifient comme « homosexuel » (90 %) et qui ont eu au cours des 12 derniers mois une vie sexuelle exclusivement homosexuelle. La proportion de bisexuels reste stable de 1985 à 1997 : 10 % des répondants se définissent comme bi- ou hétérosexuel. Presque 9 répondants sur 10 (86 %) vivent ou ont déjà vécu en couple, majoritairement en couple homosexuel. En 2000, 91 % des répondants s'identifient comme homosexuels et la proportion de personnes se définissant comme bi- ou hétérosexuels est en diminution, elle atteint 4 %. 50 % vivent en couple homosexuel au moment de l'enquête et 71 % ont eu au moins un partenaire stable de sexe masculin dans les douze mois précédant l'enquête.

Entre 1985 et 1997, on assiste à une augmentation très importante du nombre de répondants qui déclarent rechercher une relation stable, puisqu'ils étaient 18 % en 1985 et sont 59 % en 1997, ce qui correspond sans doute à l'évolution de l'acceptation sociale de l'homosexualité, concrétisée par exemple par la possibilité pour les homosexuels de recourir au PaCS.

L'expérience largement partagée de la vie en couple se traduit par un fort attachement à la lutte en faveur de la reconnaissance de l'union homosexuelle.

Tableau 4.
Évolution de la proportion d'hommes déclarant une relation stable exclusive ou non, dans les douze derniers mois, Enquêtes Presse Gay, France, 1985-2000

Année de l'enquête	1985 n = 999	1987 n = 1 225	1989 n = 1 500	1991 n = 2 000	1993 n = 3 300	1995 n = 2 616	1997* n = 3 311	2000* n = 4 753
Seul	47 %	50 %	44 %	45 %	46 %	39 %	46 %	46 %
Relation stable exclusive	17 %	26 %	26 %	27 %	26 %	26 %	22 %	19 %
Relation stable non exclusive	37 %	23 %	31 %	28 %	29 %	32 %	31 %	33 %
Non réponse	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	4 %	< 1 %	1 %

* Question formulée de façon différente.

En réaction à l'épidémie, en 1987, de nombreux homosexuels abandonnent temporairement le style de vie en couple ouvert aux rencontres extérieures : 37 % en 85 contre 23 % en 1987 ; par la suite et très rapidement, ce taux se stabilise autour de 30 % (tableau 4). En 1995, plus de la moitié des répondants (58 %) déclare une relation stable au moment de l'enquête. Ils sont 53 % en 1997, et 52 % en 2000, à déclarer vivre une relation stable, qu'elle soit ou non exclusive. Dans la moitié des cas, cette relation est récente (moins de deux ans). La nature des relations de couple évolue fortement avec l'âge et surtout, à âge égal, en fonction de la durée de la vie sexuelle et de celle du couple. En 1995, pour les hommes qui vivent en couple, pendant les premières années de la vie sexuelle, dans 67 % des cas la relation stable est exclusive. Avec l'expérience et son corollaire, l'âge, ce taux décroît régulièrement : il est de 51 % après 6 à 10 ans de vie en couple, de 46 % après 11 à 15 ans et enfin de 35 % après 15 ans. Les jeunes homosexuels sont plus nombreux que les autres à s'investir dans un

rapport de fidélité : 55 % des moins de 25 ans engagés dans une relation de couple déclarent cette union « exclusive ». Par la suite ce taux décroît régulièrement ; ainsi, on observe qu'après 35 ans le mode de vie en couple ouvert aux rencontres occasionnelles est nettement majoritaire (plus de 60 %). Si l'on considère la durée de l'union, l'évolution est tout aussi importante : dans 54 % des cas, les couples récents (2 ans au plus) sont exclusifs, au-delà de 10 ans, ce pourcentage chute à 24 %. En règle générale, avec l'âge et l'expérience mais aussi avec la durée de l'union, la relation privilégiée s'accommode de plus en plus de relations sexuelles « extraconjugales ».

On peut voir dans cet attrait pour le modèle du couple « fermé » des plus jeunes un effet lié aux modes de vie qui leur ont été donnés pour modèles ; ceux-ci seront par la suite, avec l'âge et l'expérience, modifiés sous l'influence des codes homosexuels qui incitent plutôt à la multiplicité des rencontres sexuelles ; ils seront également altérés par un phénomène plus général lié à l'évolution de la sexualité conjugale, la non-exclusivité augmentant avec la durée de la vie commune.

Entre 1991 et 1995, on assiste à un mouvement de réinvestissement de la drague homosexuelle. En couple ou seul (*tableau 5*), on constate une augmentation du nombre d'hommes qui ont plus de 5 partenaires dans l'année, et une diminution de la proportion des hommes qui vivent seuls et ont moins de 5 partenaires dans l'année : de 20 % en 1991 ce taux chute à 17 % en 1993 et 12 % en 1995.

À partir de 1997, cette tendance au réinvestissement de la drague homosexuelle est plus difficilement perceptible. Chez les hommes vivant seuls, le pourcentage d'hommes déclarant moins de 5 partenaires dans l'année atteint alors 14 % en 1997 et 15 % en 2000. Et chez les hommes vivant seuls ou en couple, la proportion de ceux qui déclarent plus de 5 partenaires est stable entre 1997 et 2000.

Tableau 5.
Distribution des répondants par mode de vie sociosexuel (vie en couple ou non, et nombre de partenaires dans les douze derniers mois), Enquêtes Presse Gay, France, 1991-2000

Mode de vie	Non réponse	Seul 0 partenaire	Seul 1-5 partenaires	Seul + de 5 partenaires	En couple Exclusif 1 partenaire	En couple 2-5 partenaires	En couple + de 5 partenaires
1991 n = 2 000	1 %	4 %	20 %	21 %	16 %	17 %	22 %
1993 n = 3 300	2 %	2 %	17 %	26 %	14 %	18 %	21 %
1995 n = 2 616	6 %	1 %	12 %	26 %	15 %	16 %	25 %
1997* n = 3 311	3 %	3 %	14 %	28 %	16 %	13 %	22 %
2000* n = 4 753	3 %	3 %	15 %	26 %	19 %	11 %	23 %

* Question formulée de façon différente.

Toutefois, le nombre de partenaires est en hausse entre 1991 et 2000. En 2000, 34 % des répondants déclarent plus de dix partenaires dans l'année, ils étaient 27 % en 1991 (*tableau 6*). Si ce taux reste stable entre 1995 et 2000, il est globalement en augmentation par rapport à 1993 (31 %) et à 1991 (27 %). Derrière ces chiffres se cachent des variations importantes selon l'âge des répondants, les hommes âgés de 31 à 45 ans ayant un nombre de partenaires sexuels plus souvent supérieur à 10 que les homosexuels plus jeunes ou plus âgés, en lien avec la « maturité sexuelle » de ces hommes⁹. De plus selon les années d'enquête, les situations sont extrêmement diversifiées. Chez les 16-20 ans (qui représentent de faibles effectifs dans les enquêtes), on observe une baisse importante des répondants qui déclarent avoir plus de 10 partenaires dans l'année : ils étaient 26 % en 1995, ils ne sont plus que 15 % en 2000 ; de même chez les plus de 60 ans, ils étaient 26 % en 1997 et sont 20 % en 2000. Chez les 41-45 ans, une tendance inverse se dessine puisque sur cette même question, les taux passent de 32 % en 1995, à 37 % en 2000.

Tableau 6.
Distribution des répondants déclarant plus de 10 partenaires par classes d'âge et par an, Enquêtes Presse Gay, France, 1991-2000

Classes d'âge	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60	> 60	Ensemble des classes d'âge
1991 n = 1 834	18 %	26 %	30 %	24 %	32 %	25 %	29 %	26 %	14 %	27 %
1993 n = 3 244	18 %	27 %	33 %	34 %	35 %	35 %	34 %	28 %	20 %	31 %
1995 n = 2 598	26 %	29 %	32 %	41 %	35 %	32 %	38 %	37 %	20 %	34 %
1997 n = 3 201	22 %	26 %	35 %	43 %	41 %	38 %	31 %	32 %	26 %	35 %
2000 n = 4 413	15 %	30 %	34 %	38 %	38 %	37 %	33 %	30 %	21 %	34 %

Lecture : dans la classe 16-20 ans, 18 % déclarent plus de 10 partenaires en 1991 et 1993.

Au cours de la décennie 1985-1995, la fréquentation des lieux de rencontres a fortement évolué (*tableau 7*). Les lieux commerciaux se sont imposés comme lieux de rencontres usuels. En 1985, quatre répondants sur dix étaient habitués des établissements gay, quinze ans plus tard ces établissements sont fréquentés par six répondants sur dix. Les lieux publics (gares, jardins publics, parkings, etc.) continuent d'être fréquentés malgré un léger déclin : en 1985, pour 62 % des répondants ils restent un lieu de rencontre habituel, contre 47 % en 2000. Les messageries (minitel et réseaux téléphoniques), après un fort développement (de 20 % à 35 % entre 1985 et 1988), connaissent un certain tassement, tandis que les petites annonces dans la presse continuent à perdre de leur importance. En 2000, les modalités de rencontres à distance se diversifient avec le développement d'Internet : 12 % des répondants ont eu recours à Internet pour

⁹ La notion de « maturité sexuelle » met en jeu un ensemble d'éléments tels que la confiance en soi, l'acceptation de son orientation sexuelle, l'apparence corporelle, l'expérience sexuelle, etc.

rencontrer des partenaires. Les rencontres par le biais du Web concernent plus particulièrement les 26-35 ans : cette tranche d'âge représente 49 % de ceux qui y ont eu recours, les moins de 25 ans représentant 24 %.

Ces évolutions globales cachent cependant des habitudes différentes selon les générations. Alors que les plus de 30 ans fréquentent de préférence les lieux de drague tels que les jardins publics, les saunas et les *backrooms* (plus de quatre hommes sur dix dans la tranche d'âge 30-40 ans), les plus jeunes sont attirés par la sociabilité des bars, des discothèques ou des soirées entre amis.

Tableau 7.
Évolution des lieux de rencontre des partenaires, Enquêtes Presse Gay, France, 1985-2000 (répondants hommes)

Année enquête	1985 n = 999	1988 n = 1 500	1989 n = 1 500	1993 n = 3 300	1995 n = 2 616	1997 n = 3 311	2000* n = 4 753
Lieux publics							
Endroits publics	47 %	42 %	42 %	43 %	41 %	22 %	23 %
Au hasard dans la rue	29 %	35 %	34 %	31 %	31 %		
Lieux ext. de drague						36 %	36 %
Total	62 %	59 %	58 %	57 %	56 %	45 %	47 %
Réseaux de sociabilité							
Chez des amis	19 %	24 %	27 %	27 %	31 %	22 %	21 %
Au travail	4 %	7 %	9 %	6 %	7 %	7 %	7 %
Total	21 %	26 %	30 %	31 %	33 %	26 %	25 %
Commerces							
Saunas, <i>backrooms</i>	19 %	18 %	18 %	27 %	32 %	37 %	29 %
Bars, disco	25 %	24 %	26 %	33 %	44 %	36 %	33 %
Total	39 %	37 %	38 %	50 %	60 %	55 %	60 %
Messageries							
Annonces	20 %	35 %	37 %	15 %	12 %	7 %	9 %
Minitel	*	*	*	27 %	24 %	31 %	12 %
Réseau téléphonique	*	*	*	17 %	21 %		18 %
Internet							16 %
Total	20 %	35 %	37 %	46 %	43 %	35 %	41 %

* La possibilité de plusieurs réponses à la question n'a pas été spécifiée.

Lecture : en 1985, 47 % des hommes ayant répondu au questionnaire, ont rencontré leurs partenaires dans les endroits publics, plusieurs réponses étant possibles.

La protection des pratiques sexuelles

En 1995, 80 % des répondants de l'enquête déclarent utiliser le préservatif. Ce taux est similaire à celui des enquêtes précédentes. Mais ce pourcentage global masque la grande variabilité d'usage du préservatif. Certaines pratiques sexuelles sont très faiblement protégées alors que d'autres le sont presque toujours ; par ailleurs, le niveau de protection est très inégal selon le type de partenaire (stable ou occasionnel).

En 1995, la fellation reste peu protégée : seuls 10 % des répondants utilisent systématiquement le préservatif avec leurs partenaires occasionnels, ce taux passe à 14 % en 1997 pour redescendre à 8 % en 2000. En 1995, 5 % le font avec leur partenaire stable, ce taux reste le même en 1997 et en 2000. Pour cette pratique très courante, la majorité des gays a adopté une autre forme de protection qui consiste à pratiquer la fellation sans préservatif tout en évitant le sperme dans la bouche (*tableau 8*). Avec les partenaires de rencontre, cette pratique s'est banalisée puisqu'elle passe de 52 % en 1991 à 75 % en 1995 et diminue ensuite pour passer à 68 % en 1997 et 2000. Une des hypothèses explicatives de cette évolution globale sur les dix dernières années est certainement l'effet des campagnes de prévention qui ont recommandé l'évitement du sperme dans la bouche. Avec le partenaire stable, cette précaution est adoptée par la moitié des répondants, avec une tendance à la baisse puisque 56 % des répondants déclarent éviter systématiquement le sperme dans la bouche en 1993 contre 47 % en 2000. Ainsi, les homosexuels adaptent leurs stratégies de protection suivant le degré d'intimité qu'ils ont avec leur partenaire.

Tableau 8.

Proportion de répondants déclarant éviter le sperme dans la bouche, par type de partenaires et par an, Enquêtes Presse Gay, France, 1991-2000

Année	Partenaire stable					Partenaire(s) occasionnel(s)				
	1991 n = 1 417	1993 n = 1 897	1995 n = 1 746	1997 n = 2 470	2000* n = 3 291	1991 n = 1 511	1993 n = 2 489	1995 n = 2 030	1997 n = 2 509	2000* n = 3 707
Pas de fellation	4 %	2 %	2 %	3 %	6 %	10 %	3 %	3 %	3 %	4 %
Jamais d'éjaculation	55 %	56 %	50 %	48 %	47 %	52 %	75 %	75 %	68 %	68 %
Éjacule parfois	33 %	35 %	41 %	36 %	47 %	31 %	20 %	20 %	27 %	28 %
Éjacule toujours	8 %	8 %	7 %	13 %		7 %	3 %	2 %	2 %	

* Question formulée de façon différente.

En ce qui concerne la pénétration anale (*tableau 9*), la protection est très différente selon le type de partenaire ; ainsi, 44 % des répondants interrogés en 1995 et 38 % en 2000 déclarent se protéger toujours avec leur partenaire stable, et 73 % en 1995 puis 70 % en 2000 le font systématiquement avec leurs partenaires occasionnels.

Par rapport à 1995, les années 1997 et 2000 marquent une tendance à la diminution de la protection avec le partenaire stable puisque 40 % des répondants déclarent utiliser systématiquement le préservatif avec leur partenaire stable en

1997 et 38 % en 2000. Toutefois, les dix dernières années marquent une stabilisation puisqu'en 1991, ce taux atteignait également 38 %. Sur la même période, une tendance similaire à la stabilisation s'observe chez ceux qui déclarent ne jamais se protéger lors de la pénétration avec leur partenaire stable, ce taux passant de 35 % en 1991 à 37 % en 2000. En revanche, sur une période d'observation plus restreinte entre 1997 et 2000, l'absence de protection avec le partenaire stable est en augmentation, de 31 à 37 %.

Avec les partenaires occasionnels, la protection systématique lors de la pénétration est globalement en hausse sur la décennie, de 53 % en 1991, elle passe à 70 % en 2000, même si 2000 laisse percevoir une tendance à un comportement de protection moins systématique (les taux atteignant 73 % en 1995 et 1997). Cette tendance devra être étudiée avec attention dans le cadre des prochaines enquêtes. Ceux qui déclarent ne jamais se protéger lors de la pénétration avec un partenaire occasionnel constituent un groupe de plus en plus minoritaire, ils étaient 8 % en 1993, et ne sont que 2 % en 2000.

Quand on examine de plus près le statut sérologique, les données font apparaître des variations. En effet, une augmentation très importante des prises de risque est perceptible chez les séropositifs¹⁰. Ainsi, en 2000, 35 % déclarent avoir des pénétrations jamais ou parfois protégées avec leur partenaire occasionnel alors qu'ils étaient 17 % en 1997. Et dans la même ligne, en 1997, 76 % des séropositifs déclarent utiliser systématiquement le préservatif avec leur partenaire occasionnel, alors qu'ils ne sont plus que 60 % en 2000.

Tableau 9.
Évolution de la pratique et de la protection de la pénétration anale, par type de partenaires et par an, Enquêtes Presse Gay, France, 1991-2000

Année	Partenaire stable					Partenaire(s) occasionnel(s)				
	1991 n = 1 423	1993 n = 1 869	1995 n = 1 739	1997 n = 2 443	2000 n = 3 264	1991 n = 1 521	1993 n = 2 643	1995 n = 2 018	1997 n = 2 288	2000 n = 3 656
Pas de pénétration	14 %	11 %	11 %	13 %	10 %	29 %	19 %	17 %	16 %	13 %
Pénétration toujours protégée	38 %	37 %	44 %	40 %	38 %	53 %	64 %	73 %	73 %	70 %
Pénétration occasionnellement protégée	13 %	10 %	13 %	16 %	14 %	12 %	10 %	9 %	8 %	14 %
Pénétration jamais protégée	35 %	43 %	33 %	31 %	37 %	6 %	8 %	3 %	3 %	2 %

Les Enquêtes Presse Gay identifient ainsi des évolutions importantes entre 1991 et 2000 : la protection systématique de la pénétration a fortement augmenté dans le cadre des rencontres occasionnelles (les trois quarts des répondants en 2000 contre un peu plus de la moitié en 1991) alors qu'elle est relativement invariante avec le partenaire stable, aux alentours de 40 % entre 1991 et 2000. Alors même que les messages de prévention ont fermement insisté sur le principe d'un

¹⁰ Dans les prochaines Enquêtes Presse Gay, il serait intéressant d'avoir des données sur le statut sérologique des partenaires sexuels afin de mieux évaluer la réalité des prises de risque.

comportement identique quel que soit le partenaire (privilegié ou de rencontre, séropositif ou séronégatif), au cours de la période, les répondants ont établi une différence de plus en plus marquée selon la nature de la relation avec leurs partenaires sexuels.

Les stratégies d'évitement du risque et les prises de risque

Ces différences de protection selon les pratiques et le type de partenaire indiquent que l'utilisation du préservatif n'est qu'un élément de l'adaptation au risque du VIH. Au début de l'épidémie, quand les consignes de prévention étaient à la fois alarmantes et hésitantes et pas encore assurées d'une protection efficace par le préservatif, de nombreux répondants avaient opté pour une certaine prudence, attitude délaissée par la suite au profit du « tout-préservatif ». En effet, depuis le début des années 1990, la stratégie qui consiste à limiter certaines pratiques sexuelles avec les partenaires occasionnels est en diminution notable : ainsi, la proportion d'hommes qui ne pratiquent pas la fellation avec leurs partenaires occasionnels passe de 10 % en 1991 à 3 % en 1995 et en 1997 et 4 % en 2000 (*tableau 8*). La diminution est encore plus forte pour la pratique de la pénétration : 29 % des répondants ne pratiquaient pas la pénétration en 1991 avec leurs partenaires de rencontre, ils ne sont plus que respectivement 19 % en 1993, 17 % en 1995, 16 % en 1997 et 13 % en 2000 (*tableau 9*).

Entre 1991 et 1995, on constate une augmentation significative de l'activité sexuelle – mesurée en nombre de partenaires dans l'année – compensée par une augmentation significative de la proportion de répondants qui se protègent systématiquement avec leurs partenaires occasionnels. Cette évolution est confirmée par d'autres indicateurs ; au cours de cette même période, on enregistre une forte diminution des stratégies de minimisation d'exposition au risque du VIH que sont la limitation du nombre de partenaires et l'abandon de certaines pratiques sexuelles avec les partenaires occasionnels.

Comme l'illustre le *tableau 10*, la limitation et la sélection des pratiques, des lieux et des partenaires ont atteint un maximum en 1991. Depuis, les homosexuels font de plus en plus confiance à la protection des pratiques par le préservatif et abandonnent toute forme de sélection. Ces indicateurs globaux donnent une mesure de l'impact des messages de prévention qui ont à partir des années 1990 privilégié le « tout-préservatif ». Mais ces résumés masquent la complexité des stratégies d'évitement du risque mises en œuvre par les homosexuels.

La protection de la pénétration a fortement augmenté dans le cadre des rencontres occasionnelles (53 % en 1991 contre 73 % en 1995 et 70 % en 2000) alors qu'elle est relativement stable avec le partenaire stable (de 38 % en 1991 à 44 % en 1995, et 38 % en 2000). Cette moindre protection entre partenaires stables s'appuie sur la pratique fréquente et répétée du test de dépistage du VIH et la connaissance des statuts sérologiques. La vie en couple incite à faire le point. Selon la concordance ou la discordance des statuts, les stratégies de protection sont très différentes. Dans leur intimité, les couples séronégatifs, assurés de leur statut sérologique, ont majoritairement abandonné toute forme de protection : plus des deux tiers ne se sont pas protégés lors de la dernière pénétration anale en 1995 comme en 2000. Malgré les risques potentiels d'une surcontamination, le quart des couples séropositifs ne prend pas de précaution en 1995, et près de la moitié en 2000. En revanche, l'obligation du *safer sex* est

Tableau 10.
**Évolution des stratégies d'évitement du risque VIH,
 Enquêtes Presse Gay, France, 1985-2000**

	1985 n = 999	1987 n = 1 225	1989 n = 1 500	1991 n = 2 000	1993 n = 3 300	1995 n = 2 616	1997 n = 3 311	2000 n = 4 753
Protection des pratiques sexuelles								
Je pratique le <i>safer sex</i>	*	*	*	57 %	57 %	58 %	64 %	*
J'ai toujours pratiqué une forme de <i>safer sex</i>	*	*	*	8 %	11 %	11 %	*	*
Je prends des précautions pendant l'acte sexuel	24 %	56 %	68 %	*	*	*	*	*
Limitation et sélection des pratiques sexuelles, des lieux et des partenaires								
Abandon de la pénétration	10 %	13 %	12 %	*	*	*	*	*
Je me limite à la masturbation et aux caresses	*	*	*	21 %	16 %	14 %	*	*
J'ai diminué le nombre de mes partenaires	29 %	35 %	34 %	43 %	22 %	19 %	28 %	25 %
Je choisis mes partenaires avec plus de précautions	*	*	*	35 %	19 %	16 %	19 %	*
J'ai renoncé à fréquenter certains lieux de drague	23 %	27 %	23 %	23 %	14 %	13 %	*	*
Je recherche une relation stable	18 %	29 %	35 %	42 %	28 %	30 %	59 %	*
Stratégie de couple								
Moi et mon partenaire sommes fidèles	*	*	*	8 %	15 %	17 %	*	*
Je pratique le <i>safer sex</i> seulement en dehors de ma relation stable	22 %	15 %	14 %	*	*	*	*	*
Maintien des risques								
J'ai décidé de ne pas changer ma sexualité, même si je prends des risques	*	*	*	2 %	4 %	2 %	*	*

* Pas de question.

Note : plusieurs réponses possibles.

intégrée dans la vie de presque tous les couples discordants, surtout lorsque le partenaire non contaminé est assuré de sa séronégativité.

Le type de partenaire, stable ou occasionnel, influe sur les prises de risque telles que les pénétrations anales non protégées. Le *tableau 11* illustre la fréquence de ces rapports en introduisant l'élément de la sérodiscordance VIH.

La proportion de répondants déclarant au moins un risque dans l'année évolue peu pour les partenaires stables. Au sein d'un couple, lorsque l'un des partenaires est séropositif, la déclaration d'une pénétration anale non protégée est relativement rare ; ce taux augmente fortement lorsque les répondants doutent de leur statut ou n'ont pas effectué le test.

Pour les partenaires occasionnels, la proportion de ceux qui ont pris des risques avec des partenaires dont la sérologie est discordante, donc connue, tend à

diminuer. En revanche, la proportion de ceux qui ont pris des risques avec un partenaire dont la sérologie est inconnue augmente de façon significative entre 1995 et 2000. Ce point inquiétant devra être vérifié lors des prochaines enquêtes.

Tableau 11.

Évolution de la fréquence des pénétrations anales non protégées au cours des douze derniers mois, avec des partenaires de statut sérologique VIH discordant avec le répondant ou de statut sérologique inconnu, Enquêtes Presse Gay, France, 1995-2000

Fréquence des pénétrations anales non protégées déclarées au cours des douze derniers mois	1-2 par an	3-4 par an	6-10 par an	1 fois par mois	1 fois par semaine	Effectif des répondants ayant déclaré au moins un risque dans l'année
Avec le partenaire stable (sérologie VIH discordante)						
1995	19 %	9 %	10 %	14 %	49 %	227
1997	35 %	15 %	12 %	8 %	29 %	285
2000	19 %	13 %	13 %	15 %	40 %	454
Avec des partenaires occasionnels (sérologie VIH discordante)						
1995	56 %	17 %	11 %	10 %	6 %	223
1997	44 %	17 %	10 %	14 %	14 %	86
2000	42 %	19 %	16 %	12 %	8 %	129
Avec des partenaires occasionnels de sérologie VIH inconnue						
1995	62 %	18 %	9 %	6 %	5 %	253
1997	60 %	21 %	9 %	4 %	5 %	285
2000	52 %	23 %	10 %	7 %	8 %	547

Deux types de prise de risque sont à différencier : les prises de risque relevant d'une simple défaillance, et les prises de risque répétées, se repérant par leur nombre et leur régularité (1 fois par mois, par semaine). Avec le partenaire stable, l'exposition régulière au risque est majoritaire tandis qu'avec les partenaires occasionnels, le modèle de la défaillance ponctuelle est nettement prédominant. Mais la proportion des prises de risque régulières avec des partenaires de sérologie inconnue en 2000 tend à croître par rapport à 1997.

Le recours au test de dépistage du VIH

La pratique du test continue à progresser (*tableau 12*). En 2000, seulement 13 % des répondants n'ont pas effectué de test contre 14 % en 1997, 12 % en 1995, 18 % en 1993, 31 % en 1989 et 49 % en 1987. Cette progression est surtout perceptible entre 1987 et 1995. On observe également que la pratique du test est de plus en plus répétée ; en 1987, ils étaient 26 % à avoir effectué plusieurs tests, ils sont 66 % en 2000. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées à ce sujet, telles que la banalisation du test et le vieillissement des répondants de

l'Enquête Presse Gay. Cette vérification répétée du statut sérologique est à mettre également en perspective avec le doute et la peur à la suite de comportements qui auraient pu exposer au risque d'une contamination.

Tableau 12.

Distribution des hommes répondants par recours au test de dépistage du VIH (au cours de la vie), Enquêtes Presse Gay, France, 1985-2000

Année	1985	1987 n = 1 221	1989 n = 1 491	1991 n = 1 994	1993 n = 3 270	1995 n = 2 587	1997 n = 3 298	2000 n = 4 708
Non	*	49 %	31 %	21 %	18 %	12 %	14 %	13 %
Un test	*	26 %	25 %	26 %	33 %	23 %	24 %	21 %
Plusieurs tests	*	25 %	44 %	53 %	48 %	65 %	62 %	66 %

Les tests sont en général très récents : dans 40 % des cas le dernier examen a été effectué dans les six derniers mois en 1995 comme en 2000. Par ailleurs, on observe que le recours au test est rythmé par le calendrier et, plus particulièrement, par les vacances estivales : des pics sont observables en juin et en septembre.

On peut distinguer trois types de recours au test. En 1995, un répondant sur cinq (21 %) a intégré le dépistage du VIH dans son bilan de santé et effectue ainsi régulièrement cet examen. À côté de cette première pratique, devenue routinière, on observe que dans 13 % des cas, le test accompagne certains événements de la vie affective : pour 5 % des répondants, cet examen permet de faire le point après une rupture affective ; par ailleurs, 8 % des répondants l'utilisent pour savoir s'ils peuvent abandonner l'usage du préservatif dans leur relation de couple. Mais la pratique majoritaire se fait sous l'impulsion de la crainte : 50 % des répondants recourent au test pour trancher et peut-être mettre fin à leur inquiétude, inquiétude souvent diffuse (dans 30 % des cas). Les raisons du recours au test sont diverses. Si le contrôle reste majoritairement un moyen de gérer l'angoisse, il est, dans certains cas, intégré dans un système d'auto-surveillance banalisé, ou encore parfois utilisé comme un outil qui permet de gérer la prévention.

Bien que plus faible que les années précédentes (*tableau 13*), la proportion de séropositifs parmi les répondants de l'enquête reste relativement importante : elle est de 15 % en 1995, contre 17 % en 1993. Entre 1986 et 2000, la prévalence du VIH parmi les répondants testés est en baisse, elle passe de 22 % à 15 %.

La baisse de la prévalence globale du VIH peut être, pour une part, liée à des variations de composition des échantillons ; ainsi, il semblerait que la baisse constatée en 1995 soit principalement liée au rajeunissement de l'échantillon. Mais cette interprétation est insuffisante ; en effet, la baisse globale de la prévalence du VIH entre 1986 et 2000 dissimule des variations importantes selon les tranches d'âge. Ainsi, entre 1991 et 2000, la diminution de la prévalence se concentre parmi les jeunes adultes ; sur cette période dans la tranche d'âge des 26-30 ans, le taux de séropositifs passe de 22 % en 1991 à 7 % en 2000 (*tableau 14*). Ce constat doit être modulé par les résultats de l'enquête 2000 qui se caractérisent par un renversement de tendance parmi les plus jeunes et

surtout parmi les plus âgés : chez les 46-50 ans le taux de séropositivité passe de 9 % en 1997 à 29 % en 2000. Chez les plus de 60 ans, après une diminution entre 1991 et 1995 (de 4 % à 0 %), la tendance est à la hausse puisqu'elle atteint 11 % en 2000. Les facteurs explicatifs de ces variations sont multiples : décès des malades, vieillissement des répondants, arrivée des multithérapies après 1995 et amélioration de la « survie » des séropositifs, qui peut entraîner une hausse de la prévalence, mais aussi une reprise des comportements à risque (dans le cas où ces contaminations seraient récentes).

Tableau 13.
Proportion parmi les hommes testés de répondants séropositifs au VIH,
Enquêtes Presse Gay, France, 1986-2000

Année	1986 n = 389	1987 n = 625	1988 n = 882	1989 n = 1 031	1990 n = 1 437	1991 n = 1 581	1992 n = 6 95	1993 n = 2 662	1995 n = 2 288	1997 n = 2 824	2000 n = 4 095
Séropositifs	22 %	16 %	20 %	18 %	20 %	20 %	17 %	17 %	15 %	13 %	15 %

Tableau 14.
Distribution des hommes répondants testés séropositifs au VIH par classe d'âge,
Enquêtes Presse Gay, France, 1991-2000

Âge	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60	> 60	Effectif testé
1991	11 %	11 %	22 %	26 %	23 %	23 %	20 %	18 %	4 %	1 587
1993	2 %	7 %	18 %	24 %	19 %	21 %	19 %	17 %	5 %	2 179
1995	8 %	7 %	13 %	23 %	25 %	20 %	13 %	12 %	0 %	2 244
1997	0 %	3 %	9 %	17 %	20 %	16 %	9 %	12 %	5 %	2 824
2000	4 %	3 %	7 %	15 %	21 %	24 %	29 %	16 %	11 %	4 029

Le niveau et les sources d'information, l'accès différentiel aux connaissances et aux gestes de prévention

Au début de l'épidémie, l'enjeu de la communication a été de permettre une bonne connaissance des modes et des stratégies d'évitement de la contamination en promouvant les comportements efficaces et en invalidant ceux qui l'étaient moins ou pas du tout. En 1996, le succès des multithérapies modifie les priorités de l'information. L'information se concentre sur les bénéfices des multithérapies, modulés par leurs aspects problématiques en termes d'effets secondaires et d'impact sur la prévention. Le succès thérapeutique n'est pas total, l'infection à VIH n'est pas curable ; si la maladie peut être contrôlée, les prises de médicaments sont lourdes et contraignantes et induisent souvent des effets secondaires invalidants. La difficulté d'articuler le succès clinique des multithérapies avec une exhortation à la prudence est désormais au cœur de la prévention.

Malgré les avancées thérapeutiques, il est nécessaire de maintenir des comportements préventifs qui peuvent apparaître comme étant ceux d'un autre temps, le temps des aînés pour les plus jeunes, le temps de la peur et de la mort pour les autres.

Des questions sur les opinions des répondants face à l'éventualité d'un relâchement collectif ou individuel de la prévention induit par l'existence de nouveaux traitements laissent percevoir des évolutions préoccupantes entre 1997 et 2000. En effet, en 1997, 45 % des répondants étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec l'affirmation selon laquelle « en raison de l'existence des nouveaux traitements, les homosexuels se protègent moins qu'avant » ; ils sont 70 % en 2000. Concernant leur attitude personnelle, les homosexuels sont plus nombreux (mais dans une moindre mesure) à déclarer se protéger moins qu'avant du fait des nouveaux traitements : de 8 % en 1997 à 12 % en 2000.

En 2000, de nouvelles questions autour de la prophylaxie post-exposition ont été intégrées à l'Enquête. La majorité des homosexuels (68 %) déclarent connaître l'existence de ce dispositif, les mieux informés étant les 35-44 ans, déclarant un nombre plus élevé de partenaires, habitant Paris et à haut niveau de diplômes.

La situation actuelle : érosion du *safer sex* ?

Depuis le début de l'épidémie de sida, les comportements des homosexuels masculins vis-à-vis de la protection lors des pratiques sexuelles ont évolué. Dans un premier temps, des stratégies de « sélection » des partenaires et d'« évitement » des lieux de rencontre sexuelle ont été adoptées. Dans un deuxième temps, des stratégies « protectionnistes » leur ont succédé, consistant principalement à utiliser le préservatif et/ou à ne pas éjaculer dans la bouche. Le *safer sex* qui apparaît comme la « norme » dans les années 1990, semble ne plus être la référence¹¹.

À partir de 1996, l'introduction des nouveaux traitements a suscité un climat d'optimisme susceptible de provoquer un relâchement de la prévention : celui-ci n'est pas perceptible dans l'Enquête Presse Gay de 1997, mais il l'est dans l'enquête 2000. Ainsi, le sida n'est apparemment plus perçu comme une menace aussi présente qu'auparavant. Au cours de l'année 2000, les débats autour de la question de la recrudescence des comportements à risque chez les homosexuels masculins se sont développés à travers les thématiques du *relapse* (relâchement des comportements préventifs), puis du *bareback* (littéralement « monter à cru », avoir des rapports non protégés), en lien avec l'optimisme thérapeutique et la lassitude vis-à-vis du préservatif. En France, le réseau RENAGO [18] identifie une hausse importante des gonococcies depuis 1998 et plus particulièrement chez des hommes de la région parisienne. La recrudescence de la syphilis à Paris, en particulier chez les homosexuels, est également observée en 2000 [15].

Par rapport à 1997, l'Enquête Presse Gay 2000 montre une recrudescence des prises de risque parmi les gays. En effet, certains indicateurs suggèrent une tendance au relâchement de la prévention : recrudescence des maladies sexuellement transmises (MST) déclarées, prises de risque plus importantes chez les

¹¹ Voir l'article de P. Plauzolles dans cet ouvrage.

séropositifs, tendance à la diminution de l'utilisation systématique du préservatif avec les partenaires stables, optimisme face aux avancées thérapeutiques. Ce relâchement apparent de la prévention peut s'expliquer par différents facteurs, tels que la lassitude et la difficulté à maintenir une protection systématique sur le long terme, des expériences de prise de risque non suivies de contamination, ou encore le désir de transgression, et enfin le fait que les individus ne sont plus directement confrontés à des deuils et n'ont plus peur de mourir [16].

Toutefois, il ne s'agit que de tendances sur des périodes courtes (1997-2000) qui restent délicates à confirmer et à interpréter et qu'il conviendra de suivre dans les prochaines années. Une nouvelle Enquête Presse Gay sera réalisée en 2003-2004 par l'InVS en partenariat avec l'ANRS. Elle abordera de nouvelles problématiques, utiles pour comprendre les comportements de prévention chez les homosexuels masculins, telles que le mal-être, la réduction des risques sexuels et la consommation de substances psychoactives.

Conclusion

Les quinze années d'observation de l'Enquête Presse Gay [1-13] fournissent une vision complète des changements de comportements sexuels, de recours au test de dépistage, mais aussi des différents temps de réactions à l'épidémie. L'adaptation est complexe. C'est l'inquiétude croissante qui caractérise les premiers temps de l'épidémie, mais, faute de modèles et de références, les réactions se limitent à un repli sur soi, à la réduction des partenaires et à l'évitement des saunas et des *backrooms*. Dans ce climat d'incertitude, émergent les « pionniers » de la prévention – ceux qui les premiers intègrent l'usage du préservatif – et les précurseurs de la mobilisation contre le sida. Instruits, parisiens et touchés personnellement dans leur cercle d'amis, ils s'engagent pour une cause que les responsables de la santé publique de l'époque ne prennent pas encore au sérieux. Ils organisent le combat en créant les associations de lutte contre le sida. À partir de 1986-1987, la généralisation du test de dépistage rend visible l'ampleur de l'épidémie parmi les homosexuels. Cette prise de conscience favorise la mobilisation communautaire et la diffusion des principes du *safer sex* parmi les classes moyennes et, plus tard, parmi les plus jeunes, les employés et les ouvriers. Lorsqu'en 1987 les préservatifs sont enfin en vente libre et que les pouvoirs publics organisent les premières campagnes d'information, le mouvement de *safer sex* parmi les homosexuels est largement amorcé. À partir de 1988, alors que l'épidémie continue ses ravages dans la communauté, les Enquêtes Presse Gay montrent une stabilisation du *safer sex* à un niveau élevé, mais insuffisant pour enrayer les contaminations. Au tournant des années 1990, les enquêtes mettent en évidence une augmentation de l'activité sexuelle mesurée en nombre de partenaires, et une diversité des stratégies de protection. Les homosexuels abandonnent les modifications de styles de vie qu'ils avaient adoptées sous la contrainte, pour faire de plus en plus confiance à la protection des pratiques. Alors même que les messages de prévention maintiennent fermement l'idée d'une protection constante, la protection varie fortement selon les pratiques sexuelles, la nature des relations entre les partenaires et leur statut sérologique. Cette protection différenciée s'explique par le fait que les homosexuels sont informés des risques différentiels attachés à chaque acte sexuel, et par le fait qu'ils sont alors massivement testés et prennent en compte leur

statut sérologique et celui de leur partenaire surtout dans les relations stables où la confiance entre les partenaires peut s'établir. Par ailleurs, les résultats des enquêtes invalident l'idée que le risque subsiste uniquement aux marges de la communauté, en particulier parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sans se définir comme homosexuels, parmi les jeunes et les hommes socialement défavorisés. Les analyses montrent que des hommes bien informés, qui ont adopté le *safer sex*, rendent compte de leur difficulté à maintenir en permanence un dispositif de protection parfaitement efficace. En 1996, les nouvelles thérapies changent la donne. Leur succès peut contrarier l'effort de prévention. Les dernières enquêtes confirment un relâchement de la prévention dans de nombreux segments de la population homosexuelle. Ce relâchement se traduit par une banalisation des prises de risque dans certains sous-groupes de la population, en particulier parmi les jeunes, les multipartenaires, les couples ouverts, les couples sérodifférents et les hommes séropositifs.

Il semble que la prise de risque, tout comme les stratégies de protection, aient changé de nature. Globalement, la gestion du risque, loin de se résumer ni au préservatif systématique ni à l'utilisation non-systématique des préservatifs, obéit désormais de plus en plus à des stratégies individuelles. Comprendre dans leur spécificité les nouveaux modes de rapport au risque et de protection tels qu'ils sont mis en place à l'échelle individuelle doit sans conteste constituer l'objet des futures enquêtes, faute de quoi elles manqueraient leur objet.

Nouveaux enjeux autour de la prévention

Au-delà des chiffres issus de l'Enquête Presse Gay, le champ de l'homosexualité et du sida est actuellement en prise à des débats autour de la réduction des risques chez les homosexuels. Évoqué dans sa dimension internationale lors de la Conférence sur le sida à Barcelone en 2002 [14], ce thème a été relancé en France lors de l'expérimentation de la campagne de prévention initiée par Aides-Provence dans un sauna parisien durant l'été 2002 autour du message « *Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer* », ou « *Tu baises sans capote, mets au moins du gel !* », thème repris ensuite lors de journées de réflexion organisées par le Crips et Aides en octobre 2002. Cette thématique de la réduction des risques chez les homosexuels suscite de vives polémiques au sein des associations de lutte contre le sida. Appliquée aux homosexuels, la réduction des risques serait une approche de la prévention qui consisterait à prendre en considération l'existence de rapports non protégés dans cette population et d'appréhender différentes dimensions telles que les pratiques sexuelles, le statut sérologique des partenaires, le niveau de la charge virale. Les homosexuels ne seraient donc plus dans une stratégie d'annulation du risque, mais de minimisation de celui-ci. Cette notion de réduction des risques est sujette à polémique dans la mesure où elle consiste à exiger d'un individu un comportement rationnel dans une situation qui peut être considérée comme irrationnelle (la non-utilisation du préservatif), certains acteurs la qualifiant de « prévention au rabais » ou redoutant même que le discours de la réduction des risques mettant l'utilisation systématique du préservatif au second plan puisse inciter ceux qui ne prendraient pas habituellement de risques à le faire.

Références bibliographiques

Principales publications de l'Enquête Presse Gay

1. Adam P. Bonheur dans le ghetto ou bonheur domestique ? Enquête sur l'évolution des expériences homosexuelles. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1999 ; 128 : 56-67.
2. Adam P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *BEH* 2002 ; 18 : 77-9.
3. Adam P, Delmas MC, Brunet JB. Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay : de l'impact perçu par les individus à la mesure d'une influence effective. In : ANRS, ed. *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1999 : 43-58.
4. Adam P, Delmas MC, Hamers F, Brunet JB. Attitudes et comportements préventifs des homo- et bisexuels masculins à l'époque des nouveaux traitements antirétroviraux. *BEH* 1999 ; 41 : 171-3.
5. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
6. Adam P, Schiltz MA. *Relapse et cantonnement du risque aux marges de la « communauté » : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête « presse gaie »*. In : Calvez M, Schiltz MA, Souteyrand Y, eds. *Les homosexuels face au sida : rationalités et gestion des risques*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1996 : 11-23.
7. Pollak M. *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1988.
8. Pollak M, Schiltz MA. Identité sociale et gestion d'un risque de santé : les homosexuels face au sida. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1987 ; 68 : 77-102.
9. Pollak M, Schiltz MA. *Six années d'enquête sur les homo- et bisexuels masculins face au sida*. Rapport ANRS/EHESS, 1991.
10. Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population* 1997 ; 6 : 1485-538.
11. Schiltz MA. Un ordinaire insolite : le couple homosexuel. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1998 ; 125 : 30-43.
12. Schiltz MA. *Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes*. Rapport CAMS/CERMES/ANRS, mars 1998.
13. Schiltz MA, Adam P. *Les homosexuels face au sida : enquêtes 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH*. Rapport CAMS, CERMES, ANRS, 1995.

Autres références citées

14. Bochow M. L'érosion du *safer sex* chez les homosexuels masculins. *Transcriptase* n° 104 spécial XIV^e Conférence de Barcelone, automne 2002 : 55-7.
15. Couturier E, Dupin N, Janier M, et al. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *BEH* 2001 ; 35-36 : 168-169.
16. Dannecker M. Contre le déni du désir sexuel. *Infothèque sida* 2000 ; 1 : 4-10.
17. Esquieu P, Poulet-Coulibando P. Vers un enseignement secondaire de masse (1985-2001). In : *Données sociales 2002*. Paris : Insee, 2002 : 71-80.
18. Goulet V, Sednaoui P, Laporte A, Billy CH, Desenclos, JC. Augmentation du nombre de gonococcies identifiées par le réseau RENAGO. *BEH* 1999 ; 26 : 109-11.

Apports des enquêtes quantitatives dans la connaissance des comportements sexuels et préventifs chez les homosexuels et bisexuels masculins

Philippe PLAUZOLLES, France LERT

Résumé

La plupart des études quantitatives mises en place pour étudier l'évolution des comportements préventifs et sexuels des homosexuels et bisexuels masculins suivent principalement deux méthodologies différentes : les enquêtes transversales répétées, et les cohortes. Cet article évalue les apports de ces études quantitatives en se basant sur neuf enquêtes transversales répétées et quatre études de cohortes réalisées dans quelques pays : France, Royaume-Uni, Suisse, Allemagne, Pays-Bas, Australie et États-Unis. Après avoir décrit les principaux biais inhérents à ces enquêtes, les auteurs étudient l'intérêt de chaque méthode pour documenter les comportements sexuels et préventifs ainsi que leurs évolutions, au travers de certains indicateurs : le nombre de partenaires sexuels, les différents modes de vie, les formes sociales de la sexualité, les pratiques sexuelles, la protection des pratiques sexuelles, les antécédents d'infections sexuellement transmissibles et l'utilisation du test de dépistage.

Mots clés : étude quantitative, enquête transversale répétée, cohorte, comportement sexuel et préventif, homosexuel masculin, bisexuel masculin.

Les premières études sociologiques qui n'abordent l'homosexualité ni comme un délit ni comme une maladie ont été réalisées à l'étranger au début des années 1970. L'arrivée du sida a conduit, dans de nombreux pays occidentaux, à une multiplication des recherches portant sur les comportements dès le milieu des années 1980. Il s'agissait, dans une population touchée de plein fouet par l'épidémie, d'en appréhender le retentissement sur les comportements, d'identifier les situations ou comportements à risque, de concevoir et d'évaluer les actions de prévention. S'agissant de mesurer et comprendre les changements de comportement et leur impact sur la diffusion de l'infection VIH, les dispositifs de recherche reposent sur deux types de méthodologie : les enquêtes transversales répétées et les enquêtes longitudinales ou cohortes. Les premières ont classiquement un objectif descriptif sur un groupe ou une population, tandis que le protocole prospectif des secondes vise d'abord à identifier les facteurs associés aux séroconversions

mais également à comprendre les changements individuels de comportements et leurs déterminants. Cet article propose de rendre compte des avantages et limites de chacune de ces méthodologies et de leur apport respectif à la mesure et à la compréhension des changements de comportements.

Dans un premier temps, cette étude s'attache à rappeler les principales limites méthodologiques des deux stratégies d'étude quant à leur capacité à représenter au sens statistique une population « cachée », et donc difficile à atteindre. Ensuite, elle envisage l'intérêt de chaque méthode, pour documenter les comportements sexuels et préventifs ainsi que leurs évolutions à travers les indicateurs devenus classiques pour caractériser les comportements sexuels et préventifs des homosexuels masculins : le nombre de partenaires sexuels, les modes de vie, les formes sociales de la sexualité, les pratiques sexuelles, la protection des pratiques sexuelles, les antécédents d'infections sexuellement transmissibles et l'utilisation du test de dépistage.

Cette étude se base sur neuf enquêtes transversales répétées (*tableau 1*) et quatre études longitudinales (*tableau 2*) réalisées dans différents pays : la France (Enquête Presse Gay), le Royaume-Uni (*National Gay Men's Sex Surveys ; London Gay Mens' Surveys ; 4 Gym Project*), la Suisse (Programme HSH « Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes »), l'Allemagne (*Gay Men, AIDS and Safer Sex in Germany*), les Pays-Bas (*Amsterdam Cohort Studies on HIV infection and AIDS*), l'Australie (*Sydney Gay Community Periodic Surveys ; Male Call Project ; Sydney Men and Sexual Health Study*), et les États-Unis (*Young Men Survey ; San Francisco Young Men's Health Study ; Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)*).

Les enquêtes quantitatives et leurs principales limites méthodologiques

Les biais, liés à chaque méthodologie, et renforcés par les types de populations et de comportements étudiés, sont importants à considérer, car ils peuvent limiter la généralisation des résultats observés et des associations identifiées entre comportements, expositions et infection VIH.

Les biais de sélection

Les biais de sélection, ou biais de recrutement ou de participation, interviennent lors de la constitution de l'échantillon d'enquête, c'est-à-dire lors du processus par lequel les sujets sont choisis au sein de la population. Or la population globale des homosexuels et bisexuels masculins, celle à partir de laquelle les échantillons doivent être constitués, est une population qui ne peut être caractérisée de façon univoque : parmi les divers critères possibles, on citera les pratiques sexuelles déclarées au cours de la vie ou dans la période récente, l'attraction pour les personnes de même sexe, les modes de vie ou l'identification à la communauté homosexuelle. Compte tenu de la faible fréquence de ces critères dans la population générale, les méthodes classiques de sondage en population ne peuvent être utilisés, comme l'a d'ailleurs montré l'enquête d'Analyse des comportements sexuels des Français (ACSF), qui a finalement identifié comme homosexuels les hommes déclarant avoir eu au moins une fois des pratiques sexuelles avec un autre homme (4,1 % de l'effectif global) [15]. Ainsi, les différentes enquêtes auprès

Tableau 1.
Les enquêtes transversales répétées

Pays	Méthode	Périodicité	Échantillon
France Enquête Presse Gay	Questionnaires auto-administrés diffusés dans la presse gay En 2000 : 20 revues, 4 sites Internet	Étude réalisée annuellement de 1985 à 1993, puis répétée en 1995, 1997 et 2000	N85 = 1 000 N2000 = 4 753
Suisse Programme HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)	Questionnaires auto-administrés insérés dans la presse gay, diffusés par les associations, bars et saunas	Étude initiée en 1987, répétée en 1990, 1992, 1994, 1997 et 2000	N = 800 à 1 200 en fonction des années
Allemagne Gay men, AIDS & safer sex in Germany	Questionnaires auto-administrés diffusés dans la presse gay	Étude initiée en 1987 6 ^e vague en 1999	N99 = 2 995
Royaume-Uni The Gay Men's Sex Surveys	Questionnaires courts auto-administrés, diffusés lors d'événements gay, dans les centres de promotion sanitaire VIH et dans des hebdomadaires gay gratuits	Étude initiée en 1993, répétée en 1994, 1995, 1997, 1998 et 1999 2000 : « London Counts »	N97 = 4 370 N99 = 9 322 N2000 = 1 649
Royaume-Uni The London Gay Men's Surveys	Questionnaires auto-administrés, diffusés dans les bars, clubs, saunas et services génito-urinaires	Étude initiée en 1996, répétée en 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000	N96 = 2 363 N2000 = 1 958
Royaume-Uni The 4 gym project	Questionnaires auto-administrés, dans des salles de gym à Londres	Étude initiée en 1997, répétée régulièrement jusqu'en février 2000	N97 = 1 004 N2000 = 792
Australie The Sydney Gay Community Periodic Surveys	Questionnaires auto-administrés diffusés lors de la Gay Pride, dans des lieux sociaux et sexuels gays et services MST	Étude réalisée tous les 6 mois depuis 1996 afin de compléter les données de la SMASH	N96 = 1 611 N99 = 2 401
Australie The Male Call	Enquêtes comportementales et épidémiologiques réalisées par téléphone	Étude initiée en 1992 et répétée en 1996	N92 = 2 583 N96 = 3 039
États-Unis The Young Men Survey	Questionnaires en face-à-face, dans 6 villes : Baltimore, Dallas, Los Angeles, Miami, San Francisco, Seattle. Méthode du Time Site Sampling : construction d'un échantillon aléatoire des lieux fréquentés par une population cible (ici jeunes gays) et des heures de cette fréquentation	Étude réalisée entre 1994 et 1998	N = 3 492 194 lieux publics fréquentés par des jeunes gay

Tableau 2.
Les études longitudinales

Pays	Méthode	Périodicité	Échantillon/catégorie
Australie SMASH : Sydney Men And Sexual Health Study BRASH : Brisbane MMASH : Melbourne	Comprend un aspect sociocomportemental sur l'impact du VIH dans la vie sexuelle et sociale, et un aspect clinique sur l'évaluation de la progression de la maladie Interview en face-à-face (90 min à 2 h) ; lieux au choix du participant	Étude initiée en octobre 1992 Interviews tous les 6 à 12 mois jusqu'en 1999	N92 = 903 N99 = 1 143 (Perdus de vue + incorporation de 580 personnes)
Pays-Bas The Amsterdam Cohort Studies	Étudie la prévalence et l'incidence de l'infection VIH/sida ; les facteurs de risques de transmission et les changements dans les comportements sexuels ; l'histoire naturelle de l'infection et les interventions dans l'infection VIH Recrutement par presse gay + boule de neige	Début : octobre 1984-avril 1985 Séropositifs et séroconvertis sont vus tous les 3 mois Séronégatifs : tous les 6 mois (tous les 3 mois jusqu'en octobre 1988)	au total N = 1 846 avril 1985-février 1988 : seulement séronégatifs pour étudier la séroconversion depuis février 1988 : séropositifs et séronégatifs mais en nombre limité juin 1995 : campagne de recrutement pour les jeunes de moins de 30 ans
États-Unis MACS : Multicenter AIDS Cohort Studies	Conduit depuis 1984 dans 4 centres urbains : Baltimore, Chicago, Pittsburgh, Los Angeles Interview en face-à-face, examens physiques, tests neurologiques, prises de sang	Étude initiée en 1984 Interviews à 6 mois d'intervalle	N = 5 000 environ
États-Unis The San Francisco Young Men's Health Study	Interview à domicile Test VIH (pour séronégatifs)	Début en mars 1992 avec 4 vagues successives	N1 = 420 ; N2 = 408 ; N4 = 508 Échantillon constitué à partir du 21 ^e recensement et résidant dans les zones à plus forts taux de sida

des homosexuels masculins, pour constituer les échantillons d'étude, utilisent des moyens (par voie de presse, ou directement dans des lieux de rencontre, par boule de neige ou encore par téléphone) permettant à la population cible de s'inclure sur la base du volontariat et d'une auto-évaluation de son appartenance à la population d'étude. De ce fait, des biais systématiques sont introduits dans les enquêtes qui ne permettent pas de calculer des grandeurs et des moyennes représentatives de la population « cible ». Ces biais de sélection se retrouvent dans toutes les enquêtes, qu'elles soient transversales ou longitudinales et quel que soit le mode de recrutement. Ils sont majorés dans les études longitudinales, car l'identification nominative et l'engagement demandé sur le long terme sélectionnent encore davantage les individus inclus dans les études. Il faut y ajouter un

phénomène d'attrition, les individus qui cessent de participer au suivi longitudinal au fil du temps ayant souvent des caractéristiques particulières qui doivent être prises en compte. Ces biais ont une influence directe sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants : les enquêtes recrutent principalement les individus les mieux insérés dans la société. Dans toutes les enquêtes, en effet, on retrouve des hommes dont le profil sociodémographique est similaire. Ils se caractérisent par un haut niveau d'études, appartiennent aux classes moyennes supérieures, et résident dans les grandes agglomérations. Les classes d'âge comprises entre 25 et 45 ans sont les plus représentées, avec une grande difficulté à recruter des hommes se situant au début ou en fin de carrière sexuelle, ou ceux qui vivent en marge de la communauté gay.

Pour limiter ces biais de sélection et atteindre des sous-groupes mal pris en compte, comme les bisexuels et les jeunes, des modes de recrutement originaux ont été utilisés.

Ainsi, par exemple, l'enquête *Male Call*, vaste enquête australienne réalisée par téléphone en 1994 et répétée en 1996, a favorisé le recrutement des bisexuels. Les auteurs attribuent cette particularité au recrutement et à la passation du questionnaire par téléphone ; cette méthode semble encourager un plus grand dévoilement par rapport à une interview en face-à-face. Le téléphone permettrait un bon équilibre entre la convivialité du contact entre personnes et le contact anonyme. De plus, l'interviewé garde le contrôle de la situation en étant en mesure de terminer l'interview à chaque instant, ce qui contribue probablement à augmenter sa confiance et à le rendre plus ouvert [14].

Autre méthode originale, celle du *Time Site Sampling* utilisée aux États-Unis pour le recrutement des jeunes homosexuels (*The Young Men Survey*). Cette méthode repose sur l'élaboration d'une base de sondage constituée des lieux fréquentés par la population cible, ici les jeunes homosexuels, et des heures de fréquentation de chaque lieu. Pour une identification exhaustive des lieux, les auteurs ont utilisé plusieurs sources comprenant des publications de la communauté gay, des professionnels de santé publique, des informateurs locaux et des *focus group* composés de représentants de la population « cible ». Ainsi des rues, des bars, des commerces, des discothèques, des associations, des saunas, des clubs de sport et d'autres lieux publics (jardins et plages) ont été systématiquement identifiés. Ils ont été ensuite observés afin de connaître les heures de fréquentation. Des couples lieu-horaire ont été ensuite définis sur la base de segments de quatre heures caractérisés par la présence d'au moins sept jeunes éligibles. Les segments ont ensuite été tirés au sort pour le recrutement et la passation des questionnaires sur le terrain [22]. Par son organisation complexe cette méthode est onéreuse ; toutefois elle permet d'intégrer des populations difficiles à atteindre et de limiter ainsi les biais de représentativité ou d'autosélection.

Les biais de classement

La qualité de la caractérisation des comportements, des facteurs de risque ou des groupes à risque dépend de la fiabilité des réponses des individus au questionnaire. Lorsque cette catégorisation n'est pas suffisamment fiable, les individus peuvent se trouver mal classés, ce qui affecte la qualité des résultats et leur interprétation : il s'agit alors de biais de classement.

Ces biais de classement sont introduits de diverses manières. Tout d'abord, la collecte des informations est rétrospective sur le semestre ou l'année précédents et induit des problèmes de mémorisation qui ne sont pas forcément homogènes. Par exemple, on constate dans de nombreuses enquêtes, que les hommes séropositifs ou malades sont plus nombreux que les autres à déclarer au moins une pénétration anale non protégée dans l'année avec un partenaire occasionnel de statut sérologique inconnu ou différent du leur. Selon Michael Bochow, responsable scientifique de l'enquête allemande, cette déclaration de risque plus fréquente pourrait être liée au fait que les personnes atteintes ont une sensibilité plus forte aux risques encourus et mémorisent mieux les accidents : « *si les séropositifs parlent plus souvent de contacts sexuels à risque, cela peut indiquer qu'ils rendent compte plus scrupuleusement de leurs relations sexuelles que les hommes qui n'ont pas le problème d'être séropositifs ou qui ne le savent pas* » [3].

Ces biais de classement peuvent également être introduits dans les études par le phénomène des non-réponses. Dans la plupart des enquêtes, des taux élevés de non-réponses sont constatés, notamment chez les plus jeunes répondants, sur les questions d'exposition au risque, sur les pratiques sexuelles ou les stratégies d'évitement du risque. Ces taux importants de non-réponses se répercutent dans le classement des moins de 20 ans pour lesquels, par exemple, la proportion de stratégie d'évitement non déterminée est la plus importante. Ces biais peuvent affecter l'estimation des risques.

L'effet cohorte

Les études longitudinales doivent prendre en compte les problèmes liés à « l'effet cohorte » pour réduire les erreurs de classement. Les participants à une cohorte sont interviewés régulièrement sur leurs comportements et leurs intentions. Cette répétition des entretiens peut affecter les réponses sur les comportements, les prises de risque et les intentions, voire même les infléchir effectivement : c'est « l'effet de participation à la cohorte ». Celui-ci peut se répercuter sur les résultats à plusieurs niveaux : une sous-estimation des comportements à risque, ou une plus grande identification homosexuelle des participants par augmentation de la confiance et donc de l'affirmation de soi.

Un autre type d'effet cohorte peut exister et affecter l'interprétation des résultats, notamment en termes de mortalité ou de morbidité. Les personnes les plus actives sexuellement de la cohorte ont certainement été infectées ou sont décédées plus tôt que les personnes les moins actives sexuellement. L'évolution des taux de mortalité ou de morbidité au cours du temps dans la cohorte ne sera pas alors attribuable aux changements de comportement mais plutôt aux caractéristiques des personnes qui restent présentes dans la cohorte. Ces effets cohorte doivent être systématiquement évalués pour l'interprétation de la portée des observations.

L'interprétation des associations en terme de causalité

Les enquêtes transversales ont essentiellement un objectif descriptif. En effet, elles portent sur les sujets de la population étudiée présents au moment de l'enquête et mesurent l'exposition au risque et/ou l'état de santé « instantanés ». Quand une information rétrospective est collectée, elle est souvent succincte et peut être affectée par un biais de mémorisation, comme on l'a vu. Classiquement,

les associations statistiques entre les variables ne doivent pas être interprétées comme des relations causales comme il est souvent tentant de le faire.

Les études de cohortes sont plus adaptées pour explorer les facteurs de risque, ou pour préciser une association déjà suspecte. Elles traitent de façon plus pertinente la temporalité entre les événements, les situations, les comportements ou les affections. De plus, les variables sont documentées aux différentes étapes de suivi de façon prospective.

Contraintes logistiques

Les enquêtes transversales reposant sur de larges échantillons recrutés par des médias ou dans des événements communautaires sont peu coûteuses. Au contraire, pour les cohortes, la méthodologie est relativement lourde et coûteuse : les échantillons sont souvent importants, les procédures d'inclusion contraignantes compte tenu de l'engagement à long terme des participants, la recherche et l'interrogation des individus à chaque étape du suivi (tous les six mois ou tous les ans) demandent une logistique et des ressources conséquentes ; enfin, la production des résultats est plus lente du fait même du caractère longitudinal. Elles contribuent donc moins à l'adaptation des stratégies d'intervention que les enquêtes transversales répétées qui, elles, sous réserve d'une interprétation prudente, produisent des résultats plus rapides et à moindre coût pour suivre la situation.

Les indicateurs de comportements sexuels et préventifs dans les grandes enquêtes quantitatives

Le nombre de partenaires sexuels

Le nombre de partenaires sexuels a un double intérêt : c'est une mesure de l'activité sexuelle et un indicateur d'exposition au risque. Les résultats permettent de décrire l'évolution du multipartenariat au cours des vingt dernières années. Dans les années 1980, la réduction du nombre de partenaires a été, avec l'utilisation du préservatif et le recours au test de dépistage, une des stratégies adoptées pour faire face au risque de transmission du VIH. Puis, dans les années 1990, cette stratégie a pris moins de place et la baisse du nombre de partenaires sexuels s'est arrêtée ; enquêtes transversales et cohortes mettent alors en évidence chez les répondants un réengagement progressif dans le multipartenariat, avec une stabilisation dans les dernières enquêtes (2000).

Le nombre de partenaires augmente avec l'âge, avec un taux maximum de multipartenariat entre 30 et 40 ans. Toutefois, les cohortes indiquent que les plus jeunes n'ont pas moins de partenaires que les plus âgés dans les 6 mois précédant chaque entretien de suivi. Ce sont les hommes les plus intégrés dans la sous-culture gay, vivant dans les grandes agglomérations, qui semblent être plus engagés dans le multipartenariat. Les enquêtes qui utilisent diverses techniques pour recruter les participants ont mis en évidence un nombre de partenaires sexuels significativement différent en fonction du type de recrutement. Par exemple, les répondants recrutés lors des « Gay Pride » sont plus engagés dans une relation de couple monogame, qui se traduit par un nombre de partenaires sexuels plus faible.

Les enquêtes transversales indiquent des prises de risque plus importantes chez les répondants engagés dans le multipartenariat : la déclaration de pénétrations

anales non protégées, en particulier avec des partenaires de statut différent ou inconnu, augmente lorsque le nombre de partenaires sexuels se multiplie. Ces enquêtes montrent aussi que les séropositifs ont un nombre de partenaires plus élevé, résultat qui n'est pas systématiquement retrouvé dans les cohortes.

Les modes de vie

Les deux types d'études quantitatives permettent de suivre l'évolution du contexte social de la sexualité et de décrire les différents modes de vie homosexuels. Ces enquêtes mettent en évidence la fréquence élevée du célibat qui, contrairement à la population générale, n'est pas synonyme d'une vie libre de tout engagement affectif. En effet, la plupart des participants, à un moment donné, entretiennent une relation privilégiée avec un autre homme. Ainsi, à côté des répondants strictement célibataires, on distingue divers types de couples : exclusifs ou non, cohabitants ou non.

On constate au cours du temps une attirance de plus en plus importante des répondants pour la vie de couple. Toutefois, la nature des relations évolue fortement avec l'âge. C'est au moment de la maturité, entre 25 et 45 ans, que l'on retrouve la plus forte proportion d'hommes engagés dans une relation élective. Les répondants de plus de 45 ans et ceux de moins de 25 ans sont moins nombreux dans ce type de relation. La nature de la relation change également en fonction de la durée de la vie sexuelle et de celle du couple. Durant leurs premières années de vie sexuelle, la majorité des couples sont engagés dans une relation exclusive ; par la suite, cette exclusivité devient moins fréquente pour ne concerner qu'un faible nombre de répondants au bout de quinze ans de vie sexuelle.

Ces études permettent de mettre en évidence des caractéristiques particulières chez les répondants engagés dans une relation de couple. Ce sont les plus jeunes qui s'investissent le plus dans un rapport de fidélité et ont, en général, moins de partenaires sexuels comparé aux répondants célibataires. Les hommes engagés dans une relation stable sont aussi sexuellement plus actifs en terme de nombre de rapports sexuels. Par ailleurs, les hommes vivant en couple comptent dans leur entourage autant de personnes hétérosexuelles qu'homosexuelles ; leur homosexualité est en général mieux acceptée au sein de la famille et par les collègues. Le couple favorise souvent le dévoilement de l'homosexualité.

À l'intérieur du couple, on observe une association entre la durée de la relation et l'utilisation de préservatifs pour la pénétration anale : ce sont les couples formés le plus récemment qui ont utilisé le plus souvent un préservatif au cours de la dernière pénétration anale.

L'intérêt des enquêtes longitudinales est de permettre la mise en évidence des divers types de trajectoires au cours du temps. À partir des données des différentes cohortes, trois trajectoires se dégagent. En premier lieu, les hommes qui sont toujours engagés dans une relation de couple, avec le même partenaire ou des partenaires successifs ; pour certains hommes, le célibat n'existe que par intermittence. En second lieu, les répondants qui ne sont jamais en couple et ont seulement des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. Enfin, les hommes qui évoluent dans des relations de couple plus ou moins stables.

Les formes sociales de la sexualité

Ces études permettent de décrire la fréquentation par les homo/bisexuels masculins d'un large éventail de modes de rencontre de partenaires sexuels. Depuis une vingtaine d'années, ces modes se sont diversifiés : lieux publics (gares, cinémas, parcs), rue, lieux commerciaux gay comme les bars, discothèques, *backrooms* ou saunas, mais aussi réseaux personnels de sociabilité comme les soirées privées ou le milieu professionnel. À côté des classiques petites annonces, la messagerie gay s'est développée utilisant les moyens traditionnels de communication (minitel et téléphone) ou Internet.

Les caractéristiques sociales et personnelles des individus diffèrent suivant les lieux fréquentés. Le degré d'insertion des répondants dans la communauté homosexuelle semble déterminant dans l'utilisation de ces différents lieux et moyens de rencontre. Les personnes les moins intégrées dans la communauté gay semblent plus attirées par les lieux publics, Internet et les petites annonces. Ces hommes connaissent moins de personnes contaminées, résident dans de petites agglomérations et ont un entourage principalement composé d'hétérosexuels. En revanche, les bars, les saunas, les discothèques, les réseaux de sociabilité (entourage professionnel et privé), les *backrooms* et la rue sont davantage fréquentés par des hommes plus attachés à la communauté gay. Ils sont aussi plus proches de l'épidémie par la connaissance de personnes atteintes, moins nombreux à avoir un réseau d'amis principalement hétérosexuels et résident majoritairement dans de grandes agglomérations. D'autres facteurs sont associés à ces modes de sociabilité : les lieux axés sur la « consommation sexuelle » (saunas, *backrooms*) sont surtout fréquentés par des hommes âgés de 30 à 40 ans, souvent engagés dans une relation stable non exclusive caractérisée par un fort multipartenariat. Les jeunes fréquentent plus communément les bars et les discothèques.

La plupart des répondants fréquentent différents types de lieux (deux ou trois) pour rencontrer des partenaires sexuels. Cependant, le choix des lieux de rencontre est avant tout déterminé par des paramètres géographiques, économiques et sociaux, et ne résulte pas seulement d'une spécialisation des désirs ou du libre choix des répondants. Dans les enquêtes transversales répétées, on observe au fil du temps une modification de la sociabilité des homosexuels avec un cloisonnement de moins en moins fort entre les sphères sociale, professionnelle, affective et sexuelle.

L'exposition au risque par des rapports non protégés est plus élevée parmi les répondants qui fréquentent des établissements commerciaux tels que saunas et *backrooms*, qui sont aussi plus nombreux à déclarer des antécédents d'infections sexuellement transmissibles. S'ils sont aussi plus nombreux à pratiquer le *safer sex* avec leurs partenaires de rencontre, les expositions restent cependant plus fréquentes. Certaines études de cohorte qui permettent des questionnaires plus détaillés ont cherché à préciser le lien entre pratiques sexuelles et préventives et modes de sociabilité sexuelle (fréquentation des divers types de lieux de rencontre), par des questionnaires détaillés sur les 6 derniers mois qui limitent les biais de mémorisation. La plupart des hommes ont des rapports sexuels non protégés dans un seul type de lieu. Bien que le nombre de pénétrations anales non protégées soit important dans la plupart des lieux de rencontre, l'intimité du domicile favorise cette pratique à haut risque. En revanche, si l'on considère le nombre moyen de partenaires avec qui les répondants pratiquent des pénétrations anales non protégées, les lieux publics, *backrooms* et saunas sont en tête.

Les enquêtes de cohorte suggèrent que le risque de séroconversion est associé à la fréquence des rapports non protégés mais aussi à la prévalence de l'infection dans les clientèles masculines fréquentant les divers types de lieux de rencontre.

Les pratiques sexuelles

Les enquêtes décrivent les pratiques sexuelles courantes : pratiques manuelles, buccales, génitales et anales et d'autres plus spécifiques, telles que le sexe en groupe ou l'utilisation d'accessoires. Les répondants déclarent des pratiques sexuelles différentes selon leur statut relationnel, en couple ou avec des partenaires occasionnels. En effet, avec le partenaire stable, les pratiques sexuelles sont plus diversifiées et certaines pratiques, telles que la fellation ou la pénétration anale, sont pratiquées plus fréquemment. Les pratiques sexuelles sont aussi nettement différentes selon le statut sérologique des répondants. Les couples dans lesquels un des partenaires est séropositif ou dont le statut vis-à-vis de l'infection VIH n'est pas connu s'abstiennent plus fréquemment de pratiquer la pénétration anale que les partenaires de couples dont les deux membres ont le même statut sérologique.

D'une manière générale, dans les enquêtes les plus récentes, on observe un redéploiement du répertoire sexuel chez la plupart des répondants, avec notamment un réengagement dans les pratiques sexuelles potentiellement à risque. Ce réinvestissement dans des pratiques à risque est particulièrement observable avec des partenaires de rencontre.

Les enquêtes de cohortes ont permis d'évaluer le risque associé aux différentes pratiques sexuelles dans la transmission du VIH. Ils ont montré notamment que le rôle passif dans la pénétration anale exposait à un risque accru de transmission du VIH. La question de la transmission du VIH lors de la fellation a été particulièrement étudiée dans certaines études. Elles confirment l'existence de transmission oro-génitale mais concluent que ce risque peut être surestimé par la non-déclaration de pénétrations passives (Griesven, 1992).

Le protocole prospectif a également permis de mettre en évidence des prises de risque augmentées dans la période précédant la contamination puis un retour au comportement antérieur. Les données longitudinales indiquent en effet que beaucoup d'hommes ont dans leur trajectoire des périodes ponctuelles de prise de risque.

La protection des pratiques sexuelles

Depuis le début de l'épidémie, les diverses enquêtes ont décrit les différentes stratégies déployées par les homosexuels pour faire face à l'infection à VIH. Ce sont les « stratégies de sélection et d'évitement du risque » qui ont été les premières mises en place par les homosexuels ; elles consistaient en une réduction du nombre de partenaires et en l'évitement des lieux tels que les saunas et les *backrooms*. Par la suite, ce sont des « stratégies protectionnistes », qui évitent l'échange de certains fluides corporels (sperme, sécrétions) pendant l'acte sexuel, par l'abandon de la pénétration anale ou par l'usage de préservatifs qui ont pris le relais. Au début des années 1990, la majorité des répondants ont donc opté pour le *safer sex*. Les différentes enquêtes, transversales et longitudinales, décrivent ainsi un nombre élevé de répondants qui déclarent utiliser régulièrement des préservatifs. Toutefois, ces résultats globaux masquent une grande variabilité dans

l'utilisation du préservatif en fonction des pratiques et du type de partenaire, stable ou occasionnel.

À partir des études réalisées en 2000, on constate une recrudescence des comportements à risque chez les homosexuels et bisexuels masculins. Avec les partenaires occasionnels, on observe une répétition des prises de risque, notamment une augmentation de la fréquence des pénétrations anales non protégées. Ces prises de risque varient selon les caractéristiques sociodémographiques des participants. Elles sont accrues chez les sujets les plus jeunes, les séropositifs, les résidents de grandes agglomérations mais aussi les hommes les plus actifs sexuellement. Avec le partenaire stable, les résultats indiquent, également, une augmentation de la fréquence des pénétrations anales non protégées. Le couple peut représenter un cadre privilégié de survenue des comportements sexuels à risque.

Cependant, on constate que les hommes qui ont relâché leurs comportements préventifs ne constituent pas un groupe homogène et distinct. Il apparaît dans les analyses longitudinales que, plus que des facteurs sociodémographiques, ce sont des facteurs personnels qui favorisent la survenue des comportements à risque, tels qu'un attachement important aux pratiques anales ou encore le rejet des préservatifs.

Les enquêtes transversales décrivent une augmentation de la proportion d'hommes pratiquant le *safer sex*, mais ceci ne signifie pas nécessairement que ceux qui ont adopté ces pratiques à un moment donné ont maintenu de tels comportements au cours du temps. L'apport des cohortes réside dans l'étude des différents niveaux d'adoption et de maintien des normes du sexe à moindre risque au sein de la population homosexuelle. Par l'analyse de l'évolution au cours du temps des comportements individuels, les cohortes ont permis de mettre en évidence la difficulté pour les répondants de maintenir durablement ces pratiques préventives. Ainsi, il apparaît que même si la majorité des répondants ont adopté les normes du *safer sex*, la plupart ont des difficultés à les observer de façon constante. À un moment donné, y compris parmi ceux qui ont parfaitement intégré les normes du sexe à moindre risque, des pratiques sexuelles à haut risque peuvent survenir.

Les infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont un indicateur très réactif d'exposition au risque, rendant ainsi compte du niveau de protection des pratiques sexuelles.

Lorsque les différentes enquêtes évaluent la fréquence de ces infections dans la population d'étude, les résultats sont identiques. Au cours des années 1980, on note une diminution régulière de la proportion des IST, témoignant ainsi d'une large diffusion des pratiques sexuelles à moindre risque. À partir de 1988, alors que le *safer sex* ne progresse plus parmi les répondants, on constate une stagnation de ces infections. Depuis la seconde moitié des années 1990, les données issues des différentes enquêtes confirment la recrudescence de ces infections : augmentation du taux de répondants ayant contracté des herpès, des gonococcies rectales ou uro-génitales, des condylomes, ou encore l'hépatite B ou la syphilis. La recrudescence de ces maladies corrobore les résultats des études réalisées par les réseaux de surveillance des IST de la plupart des pays. Le nombre d'IST au cours de la vie apparaît fortement lié au nombre de partenaires sexuels et à

la pratique non protégée de la pénétration anale. On observe donc une augmentation du nombre de ces infections déclarées avec l'âge : la fréquence est plus élevée pour les hommes en pleine maturité sexuelle, âgés de 30 à 45 ans, puis se stabilise après 45 ans. Cependant au cours du temps, les premières IST sont survenues de plus en plus tard dans la vie des homosexuels masculins : dans les années 1990, les répondants déclarent des premiers cas d'IST autour de 30 ans, alors que dans les années 1980, ceux-ci s'observaient entre 20 ans et 25 ans. Par ailleurs, les répondants séropositifs et ceux qui résident dans de grandes agglomérations semblent, eux aussi, plus affectés par ces infections.

En revanche, les enquêtes transversales, comme les études longitudinales, fournissent peu d'éléments pour étayer le rôle promoteur de ces IST dans l'acquisition ou la transmission du VIH.

Le test de dépistage du VIH

En fonction de la méthode d'étude employée, on observe des résultats différents à propos de la pratique du dépistage. En effet, on constate que la plupart des participants aux cohortes ont déjà pratiqué un examen sérologique pour le VIH, et que la majorité de ces hommes effectuent, de façon constante, un test au cours de l'année précédant chaque interview. La proportion de personnes testées dans les cohortes est largement supérieure à celle relevée dans les enquêtes transversales. La participation à l'étude semble motiver la pratique régulière de tests sérologiques et, de ce fait, rend difficilement généralisables ces résultats à la population. Cette méthode d'enquête ne paraît pas être un outil adapté pour évaluer le recours au test.

De ce fait, les enquêtes longitudinales se sont principalement intéressées à déterminer l'impact du dévoilement du statut sérologique sur les comportements sexuels et préventifs des répondants. Au cours du temps, les résultats révèlent un effet différentiel selon le type de partenaires, stable ou occasionnel. Les hommes séro-négatifs et ceux qui ne sont pas testés ont réduit leur pratique de la pénétration anale passive avec leurs partenaires occasionnels, mais pas avec leurs partenaires stables. Par contre, il apparaît que la proportion de participants séropositifs qui pratiquent la pénétration anale active avec des partenaires occasionnels reste constante.

En revanche, les enquêtes transversales répétées sont plus adéquates pour étudier le recours au test. Elles permettent de rendre compte du niveau de diffusion du test de dépistage dans la population homosexuelle. Depuis sa disponibilité en 1985, la pratique du test a progressé continuellement, avec une stabilisation en 2000. Au fil des enquêtes, la pratique du test répété paraît de plus en plus fréquente. De plus, les enquêtes transversales répétées permettent d'étudier les différents types de recours au test de dépistage. Dans la majorité des cas, la pratique du test est un acte volontaire relevant de l'initiative de la personne, mais ses motivations sont diverses. On distinguera trois types de recours au test. Premièrement, dans la majorité des cas, les répondants recourent au test pour lever une inquiétude. Cette crainte peut être diffuse, motivée par des problèmes de santé, ou bien liée à une prise de risque. Deuxièmement, certains répondants utilisent le test en routine comme un élément d'un bilan de santé. Enfin, le test peut être associé à des événements particuliers de la vie affective dans une perspective préventive : abandon de l'usage du préservatif dans une relation de couple ou encore vérification du statut sérologique après une rupture affective.

Par ailleurs, ces enquêtes transversales répétées permettent de mettre en évidence des profils sociodémographiques différents parmi les répondants en fonction du mode et de la fréquence d'utilisation de ces tests. On observe ainsi des associations significatives entre l'utilisation du test et des comportements sexuels à risque : nombre élevé de partenaires, fréquence accrue des rapports anaux, fréquence accrue des rapports non protégés. Comparés aux répondants qui recourent au test de façon répétée, les hommes qui ne sont pas testés ont, pour la plupart, une sexualité moins active avec un répertoire sexuel limité et ont peu de contact avec la communauté gay, une partie ayant un mode de vie hétérosexuel.

Conclusion

Au cours des 15 ans sur lesquels porte ce survol des enquêtes comportementales, les observations sur les modes de vie des homosexuels masculins et sur leur rapport au VIH se trouvent au croisement de l'histoire du sida, de l'histoire sociale et politique de l'homosexualité, de l'effet de génération et, au niveau individuel, de l'effet de maturation et de vieillissement d'une ou deux générations. Ces différents effets sont trop liés, dans une période si brève, pour être démêlés de façon satisfaisante, et ce d'autant que la population homosexuelle est hétérogène et que les changements se diffusent de façon différenciée selon les milieux sociaux, l'urbanisation ou la distance à la communauté gay. De plus, on peut aussi considérer que la richesse des études réalisées est restée en partie sous-exploitée, en raison de l'évolutivité rapide du rapport au sida. En effet, au cours de la période considérée, les questions posées aux chercheurs investis dans les études sur la vie des homosexuels face au VIH ont été souvent imposées par l'actualité scientifique du sida et le mouvement social. Les résultats des recherches ont aussi nourri le mouvement communautaire et les politiques de prévention, en les obligeant à réagir et à s'ajuster. Le renouvellement des générations d'adolescents et de jeunes hommes entrant dans la sexualité impose la poursuite de ces recherches dans un contexte marqué par l'installation endémique de l'infection VIH dans la population homosexuelle. Le dispositif de recherche doit permettre une observation continue de la situation, qui donnera la possibilité de saisir les situations nouvelles et de mettre alors rapidement en place les études permettant d'en comprendre les ressorts. Les enquêtes transversales répétées gardent toute leur utilité, les cohortes étant conçues, à l'instar de ce qui a été fait aux Pays-Bas, comme un observatoire dynamique sur lequel greffer par des méthodes variées (questionnaires, entretiens ouverts, *focus group* voire examens biologiques, etc.) le traitement de questions très pointues.

Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport INVS/ANRS/DGS, mars 2001.
2. Adib S, Joseph J, Ostrow O, *et al.* Relapse in sexual behavior among homosexual men : a 2-year follow-up from the Chicago MACS/CCS. *AIDS* 1991 ; 5 : 757-60.
3. Bochow M. The importance of contextualizing research : an analysis of data of the German gay press surveys. In : Wright MT, Simon Rosser BR, de Zwart O, eds. *New international directions in HIV prevention for gay and bisexual men*. New York : Harrington Park Press, 1998 : 37-48.
4. Bochow M. *Gay men, AIDS and safer sex in Germany : new developments. Results of a survey conducted in 1999 via the gay press and commissioned by the German Federal Centre for Health Education (BZgA, Cologne)*. Original report, 2000.
5. Coutinho RA, Goudsmit J, Lange JMA, Miedema F. *The Amsterdam cohort studies on HIV and AIDS : a summary of the results 1984-1995*. Original report, 1996.
6. Davidovich U, de Wit J, Albrecht N, *et al.* Increase in the share of steady partners as a source of HIV infection : a 17-year study of seroconversion among gay men. *AIDS* 2001 ; 15 : 1303-8.
7. Dodds J, Mercey D. *Monitoring high risk sexual behaviour amongst gay men in London 2000*. Original report, 2001.
8. Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, *et al.* *Évaluation de la stratégie de prévention du sida en suisse : sixième rapport 1996-1998*. IUMSP de Lausanne : Cahiers de recherche et de documentation, 1999.
9. Elford J, Bolding G, Maguire M, *et al.* Peer-led HIV prevention among gay men in London (The 4 gym project) : intervention and evaluation. In : Watson J, Platt S, eds. *Researching health promotion*. London : Routledge, 2000 : 206-30.
10. Ekstrand M, Stall R, Paul J, Osmond D, Coates T. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS* 1999 ; 13 : 1525-33.
11. Hickson F, Weatherburn P, Reid D, *et al.* *Vital statistics : findings from the National Gay Men's Sex Survey 1999*. London : Sigma Research, Original report, 1999.
12. Hickson F, Hartley M, Weatherburn P. *London counts : HIV prevention needs and interventions among gay and bisexual men in the sixteen London Health Authorities*. London : Sigma Research, Original report, 2000.
13. Katz M, MacFarland W, Guillin V, *et al.* Continuing high prevalence of HIV and risk behaviors among young men who have sex with men : The Young Men's Survey in San Francisco bay area in 1992 to 1993 and in 1994 to 1995. *J AIDS* 1998 ; 19 : 178-81.
14. Kippax S, Van de Ven P, Crawford J, *et al.* *Male call 96, National telephone survey of men who have sex with men*. NCHSR, Original report, 1998.
15. Messiah A, Mouret-Fourme E. Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle. *Population* 1993 ; 48 (5) : 1353-80.
16. Osmond D, Page K, Wiley J, *et al.* HIV infection in homosexual an bisexual men 18 to 29 years of age : The San Francisco Young Men's Health Study. *Am J Publ Health* 1994 ; 84 (12) : 1933-7.

17. Pollak M, Schiltz MA. *Six années d'enquêtes sur les homo- et bisexuels masculins face au sida, 1985-1990*. Rapport ANRS, 1991.
18. Prestage G, Van de Ven P, Campbell D, et al. *Sydney gay community surveillance report. baseline data, january 93-june 95*. NCHSR, Original report, 1995.
19. Prestage G, Van de Ven P, Knox S, et al. *The Sydney gay community periodic surveys 1996-1999 changes over time*. NCHSR, Original report, 1999.
20. Prestage G, Van de Ven P, Grulich A, et al. *SMASH, Changes in behaviours over time*. NCHSR, Original report, 2000.
21. Schiltz MA. *Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes*. Rapport CAMS/CERMES/ANRS, mars 1998.
22. Valleroy LA, Mackellar DA, Karon JM, et al. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *JAMA* 2000 ; 284 (2) : 198-204.
23. Van Griensven GJP. *Epidemiology and prevention of HIV infection among homosexual men*. Original report, 1989.
24. Waldo C, McFarland W, Katz M, et al. Very young and bisexual men are at risk for HIV infection : the San Francisco Bay area Young Men's Survey II. *J AIDS* 2000 ; 24 : 168-74.

Bilan épidémiologique de vingt ans d'épidémie de sida chez les homosexuels et bisexuels masculins en France

Roselyne PINGET, Josiane PILLONEL, Anne LAPORTE

Résumé

Les hommes homosexuels ont été durement touchés par le sida dans certains pays d'Europe de l'Ouest dont la France, ainsi qu'aux États-Unis. Le nombre de nouveaux cas de sida a augmenté jusqu'en 1990, s'est stabilisé, puis a brutalement décliné à partir de 1996 avec l'utilisation à grande échelle de puissantes associations d'anti-rétroviraux. Le sida, maladie mortelle, est devenu une maladie chronique, touchant essentiellement les personnes non dépistées et non prises en charge. Cependant, la prévention de l'infection par le VIH chez les homosexuels reste une priorité, car il s'agit d'une population où la prévalence du VIH est élevée et où de nouvelles contaminations par le virus ont lieu. En effet, l'augmentation du nombre de gonococcies diagnostiquées, et la réapparition de la syphilis parmi les homosexuels séropositifs dans les grandes villes, témoignent d'un relâchement de la prévention observé également dans les enquêtes de comportement. Les déterminants de ce relâchement sont mal connus.

Mots clés : homosexuel, épidémiologie, VIH/sida, IST, *relapse*.

La forte diminution du nombre de cas de sida enregistrée dans les pays occidentaux depuis 1996, la part toujours croissante parmi les cas de sida des personnes contaminées par rapports hétérosexuels et la forte implication des homosexuels dans la lutte contre le sida ont implicitement amené à envisager que l'épidémie était maîtrisée parmi les homosexuels et bisexuels. Cependant, dans un contexte de résurgence d'infections sexuellement transmissibles telles que la syphilis et les gonococcies chez les homosexuels, notamment ceux séropositifs pour le VIH, il paraît utile de faire le point sur vingt ans d'épidémie en France et de comparer cette situation à celle des autres pays européens et des États-Unis.

Le sida en France chez les homosexuels et bisexuels masculins

Les données sur le sida sont issues des notifications obligatoires des cas de sida dont la surveillance a été mise en place en France en 1982, l'obligation de déclaration datant de 1986. Les données présentées sont redressées pour tenir

compte des délais de notification. En revanche, elles ne sont pas corrigées pour la sous-déclaration, qui est estimée à environ 15 % pour les cas et à environ 20 % pour les décès.

Évolution de l'incidence¹ des cas et des décès

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2001, 23 681 cas de sida² ont été diagnostiqués en France chez des hommes contaminés par rapports homosexuels, ce qui représente 43 % de la totalité des cas. Les deux autres populations touchées par l'épidémie sont les usagers de drogues injectables (UDI) et les hétérosexuels qui représentent respectivement 22,5 % et 22 % de l'ensemble des cas.

L'épidémie de sida parmi les homosexuels peut être décrite en cinq phases (*figure 1*) : une phase d'augmentation rapide du nombre annuel de nouveaux diagnostics du début de l'épidémie jusqu'à la fin des années 1980, une phase de plateau jusqu'en 1994 (près de 2 500 nouveaux cas en 1994) puis une amorce de diminution à partir de 1995, très fortement accentuée entre 1996 et 1997 (-47 %) et enfin une faible diminution du nombre de nouveaux cas pour les années récentes. Le nombre de nouveaux cas de sida chez les homosexuels est de 409 en 2001 ce qui représente une diminution d'environ 12 % par rapport à 1999 (*figure 1*).

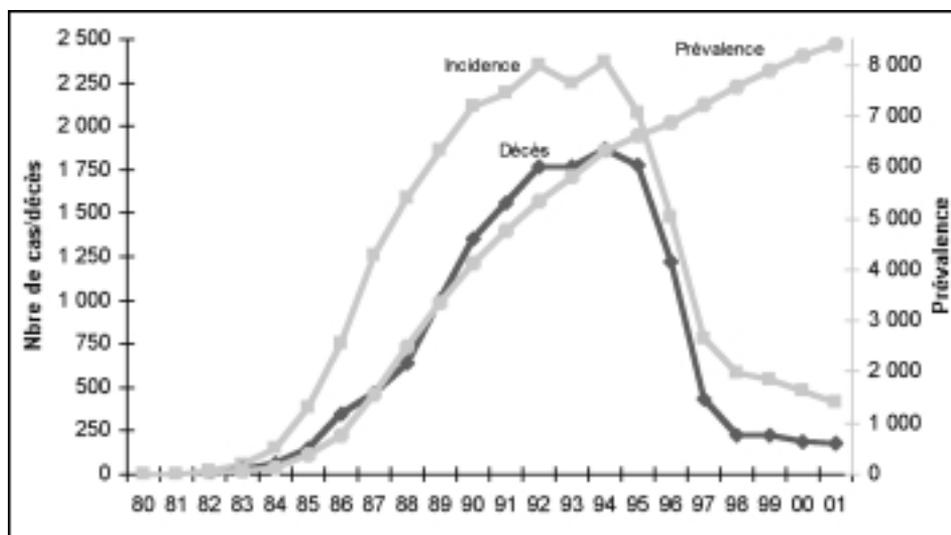


Figure 1.

Incidence et prévalence du sida, nombre de décès par année de décès pour les personnes contaminées par rapports homosexuels (France, données redressées au 30 septembre 2002).

¹ Nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année.

² Données redressées pour tenir compte des délais de notification mais ne prenant pas en compte la sous-déclaration.

L'évolution du nombre de décès par sida a suivi une courbe proche de celle des cas mais en quatre phases : une ascension du nombre de décès jusqu'en 1992, un plateau entre 1993 et 1995 (près de 1 900 décès par an), une diminution très importante entre 1996 et 1997 (- 64 %) et une faible diminution pour les années récentes (- 11 % entre 1999 et 2001). En 2001, le nombre de décès par sida est estimé à 175².

La très forte diminution du nombre des cas de sida et du nombre de décès observée entre 1996 et 1997 est due à l'utilisation des puissantes associations d'antirétroviraux à partir du deuxième semestre de 1996 [14]. Cependant, le nombre de nouveaux cas étant supérieur au nombre de décès, le nombre de personnes vivantes atteintes de sida continue à augmenter. Ainsi la prévalence³ du sida chez les homosexuels n'a cessé d'augmenter au cours du temps (environ 3 % par an entre 1999 et 2001) et elle est estimée à environ 8 400 au 31 décembre 2001.

Des évolutions de même type ont été constatées pour les cas de sida diagnostiqués chez les UDI et chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels. Toutefois chez ces dernières, le nombre de nouveaux cas ne diminue plus et le nombre cumulé de personnes vivantes atteintes de sida a augmenté d'environ 10 % entre 1999 et 2001. L'analyse par nationalité des cas contaminés par rapports hétérosexuels montre une augmentation de la proportion de cas ayant la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne : inférieure à 25 % jusqu'en 1997, elle n'a cessé de croître depuis, pour atteindre 38 % en 2001. C'est à partir de 1997 que le nombre de cas hétérosexuels est devenu supérieur au nombre de cas homosexuels. Pour les nouveaux cas de sida diagnostiqués en 2001, la répartition des trois principaux modes de contamination est la suivante : homosexuels 25 %, UDI 15 % et hétérosexuels 48 %.

Depuis la diffusion en 1996 des puissantes associations d'antirétroviraux, les données de surveillance du sida ne reflètent plus, comme au début de l'épidémie, l'évolution avec quelques années de retard des contaminations par le VIH. Elles représentent maintenant un indicateur des pratiques de dépistage et de la diffusion des traitements parmi les séropositifs ; en permettant de connaître les caractéristiques des personnes n'ayant pas eu accès au dépistage de leur infection VIH ou n'ayant pas bénéficié de traitements antirétroviraux, ces données aident ainsi à mieux orienter les actions de prévention secondaire⁴. Sur la période 1999-2001, la proportion de personnes qui n'ont pas eu accès au dépistage du VIH est de 45 % pour les cas de sida liés à une contamination homosexuelle, de 15 % pour les cas liés à une contamination par usage de drogues injectables et de 57 % parmi les cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle. Par ailleurs, l'absence de traitement antirétroviral préalable au diagnostic de sida, malgré la connaissance de la séropositivité, concerne 44 % des cas liés à une contamination homosexuelle, 48 % des cas liés à l'usage de drogues injectables et 55 % des cas liés à une contamination hétérosexuelle (*figure 2*).

³ Nombre de personnes vivantes atteintes de sida au 31 décembre de chaque année.

⁴ Mesures prophylactiques mises en œuvre pour les personnes infectées par le VIH, non atteintes de sida pour éviter qu'elles ne développent la maladie.

Depuis 1997, la proportion d'homosexuels non dépistés⁵ avant le diagnostic de sida est stable (43 %) de même que la proportion des dépistés⁶ non traités (28 %) et celle des traités⁷ (29 %). Pour les cas survenant chez les UDI, ces proportions sont également stables alors que chez les hétérosexuels, la part des non-dépistés augmente au cours du temps (*figure 2*).

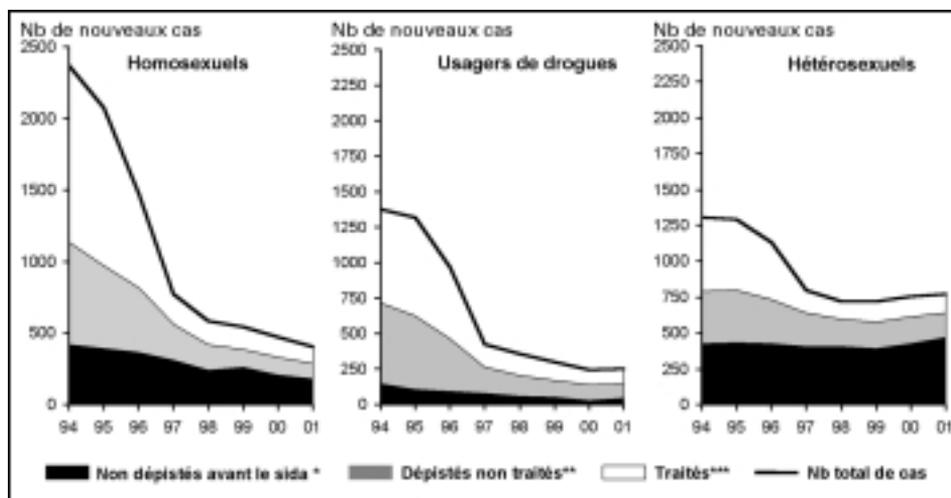


Figure 2.

Nouveaux cas de sida par année de diagnostic selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral avant le sida (France, données redressées au 30/09/2002).

* Séropositivité découverte moins de trois mois avant le diagnostic de sida.

** Connaissance de la séropositivité au moins trois mois avant le sida mais pas de traitement anti-rétroviral.

*** Traitement antirétroviral d'au moins trois mois avant le diagnostic de sida.

Caractéristiques sociodémographiques des cas de sida diagnostiqués chez les homosexuels et bisexuels masculins

Les caractéristiques sociodémographiques étudiées sont l'âge, la région de domicile et la catégorie socioprofessionnelle au diagnostic de sida. Pour ces deux dernières variables, deux périodes ont été comparées : du début de l'épidémie jusqu'à 1991, et la période 1999-2001.

Âge

L'âge moyen au diagnostic de sida pour les cas liés à une contamination homosexuelle est passé de 34 ans en 1982 à 41 ans en 1997, et est resté stable ensuite. Les homosexuels non dépistés sont en moyenne plus âgés que ceux qui ont été traités. Depuis le début de l'épidémie, l'âge moyen est comparable chez les homosexuels et les hétérosexuels. Chez les UDI en revanche, il est

⁵ Découverte de la séropositivité VIH moins de trois mois avant le diagnostic de sida.

⁶ Connaissance de la séropositivité au moins trois mois avant le sida mais pas de traitement antirétroviral.

⁷ Traitement antirétroviral d'au moins trois mois avant le diagnostic de sida.

plus faible (*figure 3*), et un vieillissement continu et important est observé, ce qui est probablement le reflet d'une diminution des nouvelles contaminations dans cette population. En revanche, la stabilité de l'âge au diagnostic de sida chez les homosexuels et bisexuels et chez les hétérosexuels ne plaide pas en faveur d'une diminution des nouvelles contaminations dans ces populations.

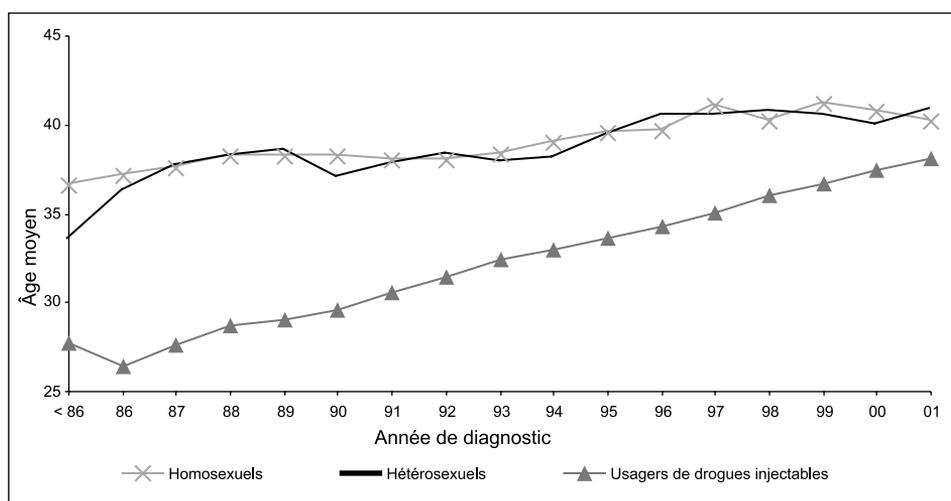


Figure 3.
Âge moyen au diagnostic de sida pour les trois principaux modes de contamination (France, données du 30 septembre 2002).

Chez les homosexuels, l'évolution du nombre de cas de sida par classe d'âge montre que, depuis le début de l'épidémie, le plus grand nombre de cas de sida est toujours diagnostiqué chez les 30-39 ans (*figure 4*). Mais c'est aussi pour cette classe d'âge que la diminution du nombre de cas a été la plus forte entre 1996 et 1997. C'est ensuite la classe d'âge 40-49 ans où le nombre de cas est le plus important. Depuis 1995, les cas plus âgés (50 ans et plus au diagnostic de sida) sont plus nombreux que les cas jeunes (moins de 30 ans). Mais sur la période 1999-2001, le nombre de cas diminue parmi les 50 ans et plus, et se stabilise chez les moins de 30 ans.

Région de domicile

Alors que jusqu'en 1991, 60 % des homosexuels atteints de sida étaient domiciliés en Île-de-France, Paris regroupant la quasi-totalité des cas, cette proportion n'est que de 36 % sur la période 1999-2001, avec 66 % des cas domiciliés à Paris et 22 % dans les départements de la petite couronne. Sur la période récente (1999-2001), 10 % vivent dans la région Rhône-Alpes, 9 % dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), 5 % dans la région Languedoc-Roussillon et moins de 5 % dans chacune des autres régions.

Par comparaison, sur la période 1999-2001, 21 % des UDI atteints de sida sont domiciliés en PACA, et 39 % en Île-de-France. Pour les hétérosexuels, les

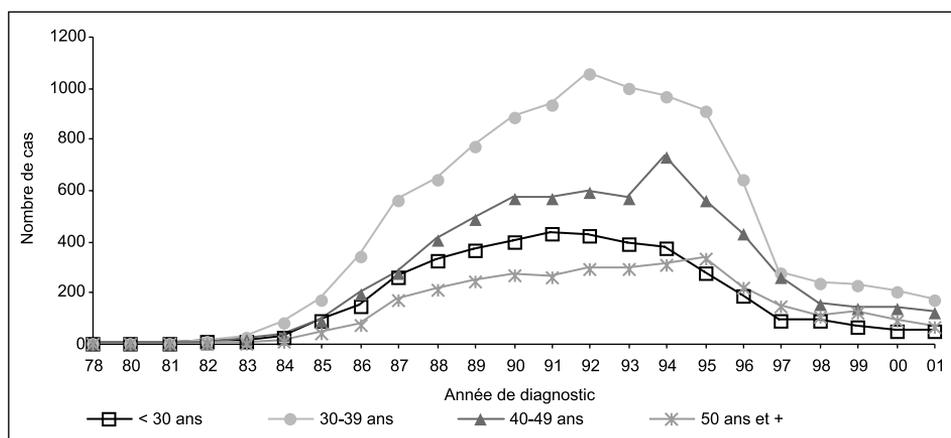


Figure 4.
Nombre de cas de sida par classe d'âge et par année de diagnostic pour le mode de contamination homosexuel (France, données redressées au 30 septembre 2002).

principales régions de domicile, sur cette même période, sont l'Île-de-France (45 %) et les départements d'Outre-Mer (16 %). Cette répartition est assez stable depuis 1991 que ce soit pour les UDI ou pour les hétérosexuels.

Catégories socioprofessionnelles

Jusqu'en 1991, 85 % des homosexuels atteints de sida avaient un emploi, ils ne sont plus que 71 % sur la période 1999-2001. Par comparaison, pour les UDI et les hétérosexuels atteints de sida, les proportions de personnes ayant un emploi étaient respectivement de 46 % et 60 % au début de l'épidémie et de 40 % et 51 % pour la période 1999-2001.

Jusqu'en 1991, les cadres et les professions intermédiaires représentaient 43 % des homosexuels atteints de sida et les ouvriers 10 %. Ces proportions ont évolué au cours du temps avec une diminution de la part des cadres et des professions intermédiaires et une augmentation de celle des ouvriers sur la période 1999-2001 (respectivement 38 % et 16 %). Par contre, la part des employés est stable au cours du temps (environ 30 %). Par comparaison, les UDI atteints de sida appartiennent le plus souvent aux catégories ouvriers et employés (7 actifs sur dix) qu'à celles de cadres et de professions intermédiaires (2 actifs sur dix) et cette répartition est stable au cours du temps. Les hétérosexuels atteints de sida sont plus souvent des ouvriers (31 % au début de l'épidémie, 37 % en 1999-2001) que des cadres et des professions intermédiaires (20-25 % des actifs sur l'ensemble de la période), la catégorie des employés est stable (1 actif sur trois).

Description clinique

Nombre de lymphocytes CD4 au diagnostic de sida

La restauration immunitaire induite par les puissantes associations d'antirétroviraux se traduit par un niveau des lymphocytes CD4 plus haut chez les personnes traitées. Ainsi à partir de 1997, le déficit immunitaire au diagnostic de sida est

plus marqué chez les homosexuels non dépistés (et donc non traités) avant le sida (nombre moyen de CD4+ < 100/mm³) que chez les homosexuels traités par antirétroviraux (nombre moyen de CD4 compris entre 175 et 225/mm³) (figure 5).

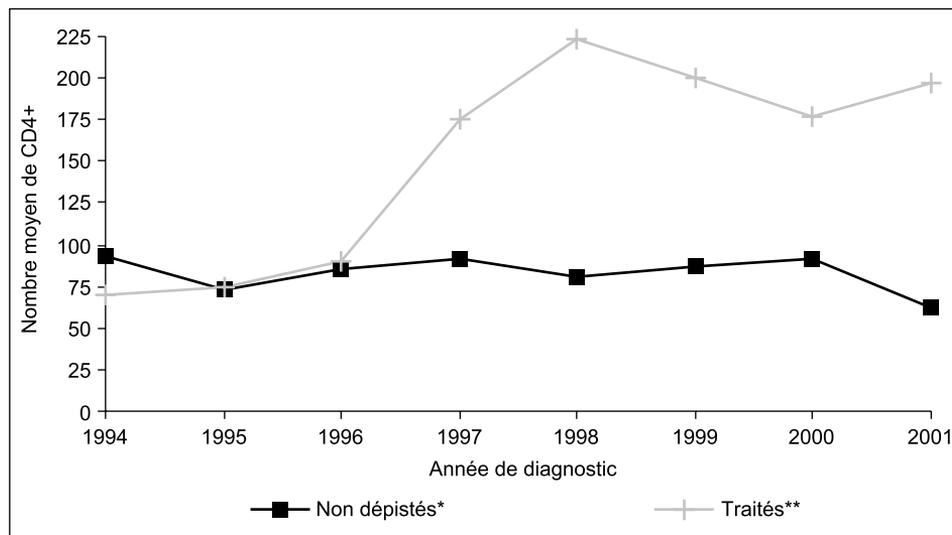


Figure 5.

Nombre moyen de lymphocytes CD4 (par mm³) au diagnostic de sida selon la connaissance ou non de l'infection avant le sida et la prise ou non d'antirétroviraux avant le sida chez les homosexuels (France, données du 30 septembre 2002).

* Séropositivité découverte moins de trois mois avant le diagnostic de sida.

** Traitement antirétroviral d'au moins trois mois avant le diagnostic de sida.

Les pathologies de diagnostic de sida

La fréquence des pathologies d'entrée dans le sida est différente chez les personnes ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral et chez celles qui ne découvrent leur séropositivité qu'au diagnostic de sida (figure 6). Ainsi, sur la période 1999-2001, les pathologies de diagnostic de sida chez les homosexuels ayant bénéficié de traitements antirétroviraux sont, par ordre de fréquence décroissant, la maladie de Kaposi (19%), les lymphomes, la candidose de l'œsophage, la pneumocystose (14-15% chacune). En revanche, chez ceux qui ne découvrent leur infection VIH qu'au diagnostic de sida, la pneumocystose (39%) et le Kaposi (26%) sont les pathologies de diagnostic de sida les plus fréquentes ; viennent ensuite la toxoplasmose cérébrale et la candidose œsophagienne (11,5% chacune).

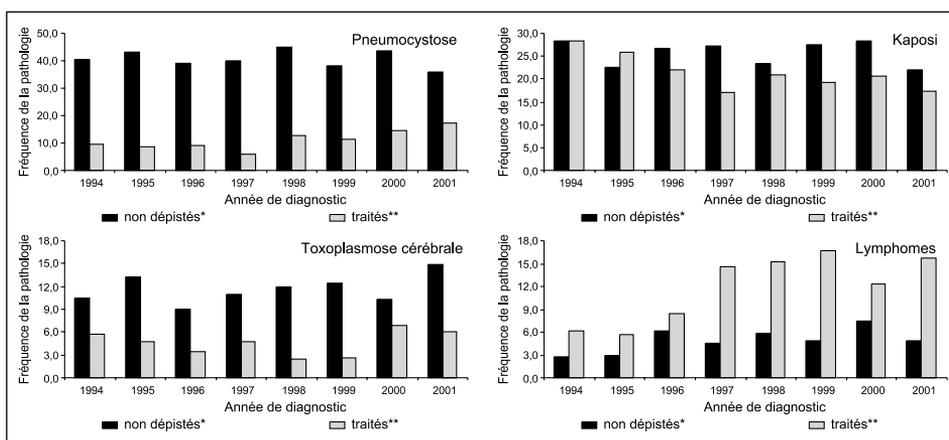


Figure 6. Fréquence de la pneumocystose, du Kaposi, de la toxoplasmose cérébrale et des lymphomes en pathologie d'entrée dans le sida selon le dépistage et le traitement de l'infection VIH parmi les homosexuels atteints de sida (France, données du 30 septembre 2002).

- * Séropositivité découverte moins de trois mois avant le diagnostic de sida.
- ** Traitement antirétroviral d'au moins trois mois avant le diagnostic de sida.

La situation du sida chez les homosexuels dans les autres pays d'Europe et aux États-Unis

Europe de l'Ouest

Au début de l'épidémie, en Europe de l'Ouest⁸, les homosexuels représentaient le groupe de transmission le plus important [6, 16] (figure 7). À partir de 1990, le nombre de cas est devenu plus élevé chez les UDI. Enfin, pour les cas de sida diagnostiqués en 2001, c'est chez les hétérosexuels que l'on observe le plus de cas (36 %) alors que les cas observés chez les UDI ne représentent plus que 32 % et ceux observés chez les homosexuels 19 %.

Chez les homosexuels diagnostiqués en 2001, les plus forts taux de cas de sida par million d'habitants en Europe de l'Ouest sont observés en Espagne, au Portugal et en France, respectivement 8, 7 et 6 cas par million d'habitants. L'Italie et l'Allemagne ont des taux de 5 cas par million d'habitants et la Suisse et la Grèce des taux de 4 cas par million d'habitants. Toutefois, la part des homosexuels parmi les cas de sida n'est pas la même dans ces différents pays. En 2001, elle est d'environ 18 % en Suisse et en Italie, de 13 % en Espagne, de 6 % au Portugal alors qu'elle représente plus du quart des cas diagnostiqués au Royaume-Uni et près de la moitié des cas diagnostiqués en Allemagne et en Grèce.

⁸ L'Europe de l'OMS regroupe 51 pays et se divise en 3 grandes zones géographiques l'Europe de l'Ouest, l'Europe du Centre et l'Europe de l'Est, qui ont des caractéristiques épidémiologiques très différentes en ce qui concerne l'infection VIH et le sida.

L'Europe de l'Ouest de l'OMS comprend les 15 pays de l'Union Européenne, ainsi que l'Andorre, l'Islande, Israël, l'île de Malte, la principauté de Monaco, la Norvège, Saint-Marin et la Suisse.

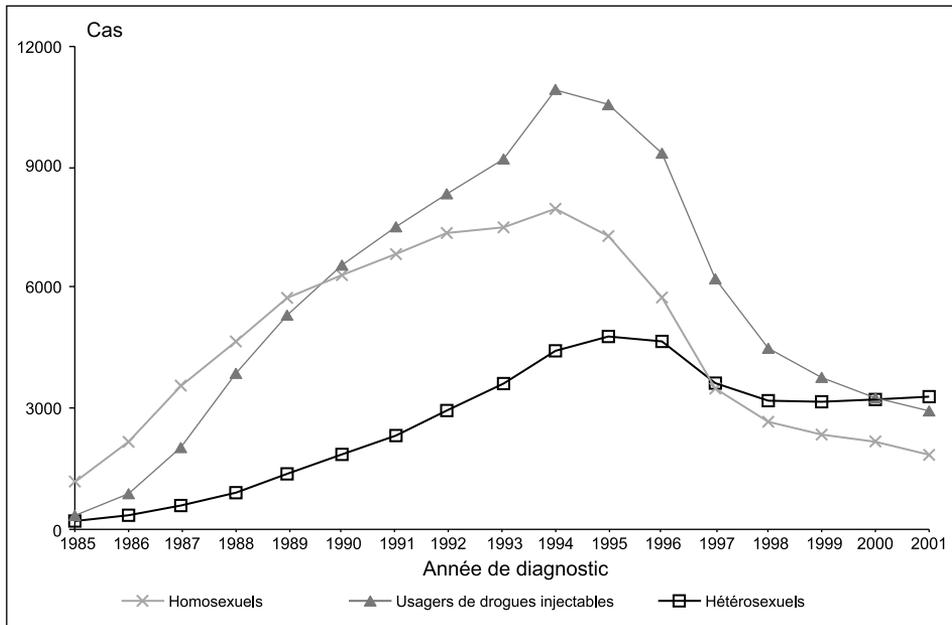


Figure 7.

Nombre de nouveaux cas de sida par année de diagnostic et selon les trois principaux modes de contamination des cas de sida diagnostiqués dans la région Ouest de l'Europe (données redressées, source EuroHIV [16]).

États-Unis

Aux États-Unis, les cas liés à une contamination homosexuelle représentent 46 % du total des cas de sida notifiés jusqu'au 31 décembre 2000, ceux liés à l'utilisation de drogues injectables 25 %, et ceux liés à une contamination hétérosexuelle 11 % [4]. Pour ces trois principaux modes de contamination, l'évolution de l'épidémie de sida a été la même qu'en France et en Europe, et pour les années récentes, la baisse plus marquée du nombre de nouveaux cas pour les homosexuels et les UDI que pour les hétérosexuels est également observée. Même s'il existe une augmentation du nombre de cas attribués à une contamination hétérosexuelle, les homosexuels restent aussi une population lourdement touchée par l'épidémie. Une nouvelle génération d'homosexuels a remplacé l'ancienne qui avait bénéficié de la mise en place de stratégies de prévention : il s'agit d'une population homosexuelle issue de minorités marquées par une forte homophobie, un fort taux de pauvreté et de chômage, éléments qui sont autant d'obstacles à l'accès au dépistage, au diagnostic et au traitement. Du fait de la forte stigmatisation sociale, ces minorités homosexuelles peuvent avoir du mal à se reconnaître comme telles et donc être moins accessibles aux messages de prévention.

L'infection à VIH

La prévalence

France

La prévalence du VIH a été estimée par la méthode des rétrocalculs à partir des cas de sida et par la méthode directe à partir d'études de prévalence dans certaines populations⁹. Les deux méthodes ont abouti à une estimation de la prévalence fin 1997 comprise dans une fourchette de 70 000 à 127 000 cas. La répartition par mode de contamination est environ d'un tiers pour les contaminations homosexuelles, d'un quart pour les contaminations par usage de drogues injectables et de 40 % pour les contaminations hétérosexuelles. En ce qui concerne les homosexuels et bisexuels, l'autodéclaration du statut sérologique reste pour le moment la principale source d'information sur la prévalence du VIH [1]. La prévalence autodéclarée est plus élevée à Paris (19 % en 2000) que dans le reste de la France (12,5 % en 2000).

Europe

Au Royaume-Uni et à Amsterdam depuis le début des années 1990, en Espagne dans six grandes villes dont Madrid depuis 1998, la surveillance de la séroprévalence VIH est continue, basée sur du dépistage anonyme non corrélé, à partir d'échantillons recueillis pour la sérologie de la syphilis dans les cliniques prenant en charge les infections sexuellement transmises [7]. À Amsterdam, les niveaux de prévalence ont régulièrement baissé jusqu'en 1998 : ils sont passés de plus de 20 % en 1990 à moins de 10 % en 1998. Cependant depuis 1999, la prévalence est en hausse, et elle atteint 15 % à Amsterdam en 2001 (*figure 8*). À Londres, la prévalence a baissé entre 1990 et 1999, puis elle a fortement augmenté entre 1999 et 2000, passant de 7 % à 11 %. Au Royaume-Uni, les taux de prévalence sont plus élevés à Londres que dans le reste du pays, où ils sont stables à 2-3 %. Dans les six villes espagnoles, les taux de prévalence sont de 10 % à 13 % par année entre 1999 et 2001. À Barcelone, une autre étude fait état d'une augmentation de la prévalence qui est passée de 14 % en 1995 à 18 % en 2000. À Zurich enfin, une étude réalisée en 1998 chez des homo/bisexuels fréquentant les lieux de rencontre gay retrouve des taux de prévalence de 12 %.

En Allemagne, la prévalence autodéclarée, stable autour de 10-11 % de 1991 à 1996, atteint 15 % en 1999.

Toutefois, chez les hommes plus jeunes la prévalence n'a augmenté ni en France ni en Allemagne, et au Royaume-Uni l'augmentation de la prévalence a été moins marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus âgés.

En Europe de l'Ouest, différentes études régionales ou nationales indiquent des taux de prévalence du VIH de l'ordre de 10 % à 20 % parmi les hommes homosexuels ou bisexuels.

⁹ ANRS – Action coordonnée n° 23, « Dynamique de l'épidémie ».

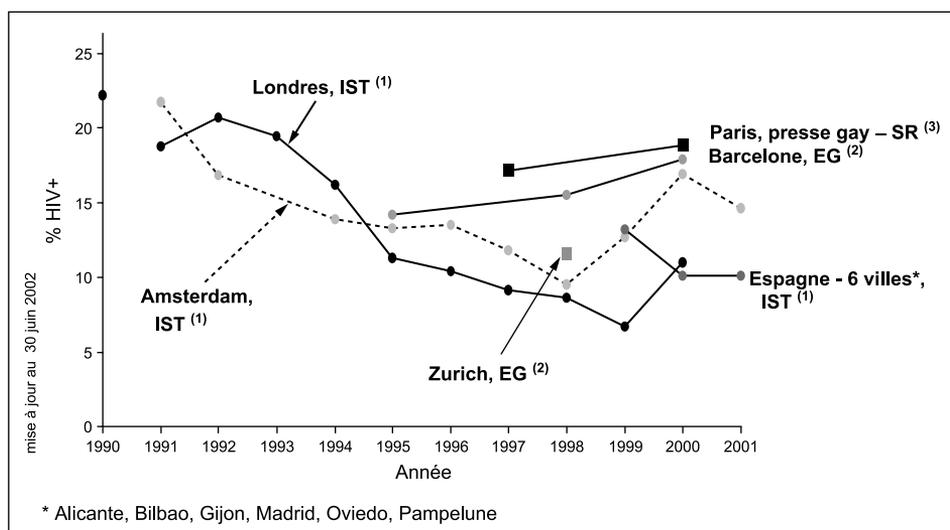


Figure 8.

Études de prévalence de l'infection HIV parmi les homosexuels/bisexuels dans de grandes villes d'Europe de l'Ouest, 1990-2001 (source : EuroHIV [7]).

- (1) Cliniques prenant en charge les infections sexuellement transmises.
- (2) Établissements fréquentés par les homosexuels.
- (3) Prévalence auto-reportée.

États-Unis

La séroprévalence VIH en 1997 est beaucoup plus élevée parmi les Afro-américains que pour les autres ethnies dans la plupart des états américains, notamment chez les homosexuels, quel que soit le lieu d'étude (cliniques prenant en charge les infections sexuellement transmises, établissements fréquentés par les homosexuels). Une étude de cohorte menée de 1994 à 1997 dans 7 villes des États-Unis dans des établissements fréquentés par de jeunes homosexuels américains âgés de 15 à 22 ans a montré une prévalence de 14 % pour les homosexuels afro-américains et de 3 % pour les homosexuels d'origine blanche [12].

Les nouveaux diagnostics d'infection VIH

En Europe de l'Ouest, les pays les plus touchés par l'épidémie de sida (la France, l'Espagne, l'Italie) n'ont pas de données nationales sur les cas d'infection VIH nouvellement diagnostiqués. La France a mis en place cette surveillance des cas d'infection VIH nouvellement diagnostiqués début 2003. Parmi les infections nouvellement diagnostiquées, notifiées par dix pays d'Europe de l'Ouest¹⁰ sur la période 1995-2000 [15], 37 % sont imputables à des relations homosexuelles et une légère diminution (- 12 %) du nombre annuel de notifications a été observée entre 1995 et 2000. Sur la même période, les infections nouvellement diagnostiquées liées à des relations hétérosexuelles et à l'usage de drogues injectables

¹⁰ Belgique, Danemark, Allemagne, Islande, Irlande, Norvège, Luxembourg, Suède, Suisse et Royaume-Uni.

représentent respectivement 35 % et 8 %. Une diminution (– 32 %) des notifications annuelles pour les UDI et une forte augmentation pour les hétérosexuels (+ 48 %) sont constatées.

Quelques motifs pour rester vigilants face à l'évolution de l'épidémie à VIH dans la population homosexuelle

Dans les pays industrialisés, la diminution du nombre de cas de sida parmi les homosexuels et bisexuels masculins parallèlement à une augmentation du nombre de cas contaminés par relations hétérosexuelles ne doit pas amener à considérer que la transmission de l'infection à VIH est maîtrisée chez les hommes homosexuels. Diverses études [3, 5, 10], dont certaines, fondées sur l'utilisation de tests désensibilisés [5, 10], ont permis de mettre en évidence une incidence élevée de l'infection à VIH chez les jeunes homosexuels. Cette méthode repose sur l'utilisation d'un test moins sensible après le diagnostic positif d'infection VIH avec un test de dernière génération : un résultat positif avec le test sensible et négatif avec le test désensibilisé permet de conclure à une infection récente. Une surveillance virologique utilisant cette méthode a été mise en place en France en 2003, ce qui permettra à l'avenir de disposer d'estimations d'incidences de l'infection à VIH. En effet, depuis la large diffusion des puissantes associations d'antirétroviraux, la surveillance des cas de sida reflète l'accès au dépistage et aux traitements mais ne permet plus de reconstituer, avec plusieurs années de décalage, la dynamique de l'infection.

Le fait que la surveillance des cas de sida et d'infection à VIH liés à une contamination homosexuelle reste d'actualité est d'autant plus certain que l'augmentation de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) comme la gonococcie, et surtout la réapparition sur un mode épidémique de la syphilis dans les grandes villes des pays occidentaux, dont Paris, principalement chez des homosexuels masculins, laissent supposer une reprise des comportements à risque ces dernières années.

Les tendances évolutives des gonococcies [11]

Il existe en France, depuis 1985, une surveillance épidémiologique des gonococcies fondée sur un réseau volontaire de laboratoires privés et hospitaliers¹¹. Ce réseau a permis de constater une diminution très importante du nombre de gonococcies entre 1986 et 1997 chez les hommes et chez les femmes. Entre 1997 et 2000, le nombre de souches de gonocoques identifiées par les laboratoires a augmenté de manière importante, surtout en Île-de-France. Cependant en 2001, une diminution du nombre de gonococcies est observée chez les hommes (*figure 9a*) dans toutes les régions tandis que le nombre de souches ano-rectales reste au même niveau (*figure 9b*). La diminution du nombre de souches urétrales pour l'année 2001 est difficile à interpréter ; elle nécessite d'être confrontée aux données disponibles ultérieurement.

¹¹ RENAGO : Réseau national des gonocoques.

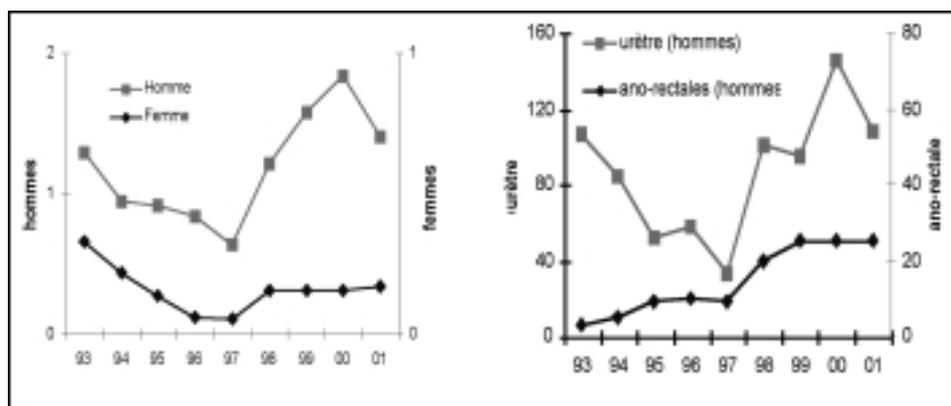


Figure 9.

Évolution du nombre moyen de souches de *N. gonorrhoeae* identifiées par les laboratoires du réseau RENAGO (source : Goulet V. [11]).

9a. Évolution du nombre de gonocoques/laboratoire selon le sexe du patient RENAGO, 1993-2001.

9b Évolution du nombre de souches de gonocoques urétrales et ano-rectales isolées en Ile-de-France, 1993-2001.

La recrudescence de la syphilis [8, 9]

Bien qu'à déclaration obligatoire en France, du début des années 1940 à juillet 2000, les cas de syphilis étaient très peu notifiés par les cliniciens. Il existait cependant des données nationales en provenance des dispensaires anti-vénériens (DAV) jusqu'en 1990 et des rapports d'activité de certains d'entre eux par la suite. À partir de ces données, il a été possible de montrer que le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire¹² a chuté jusqu'en 1987, est resté stable jusqu'en 1990 puis que la syphilis est devenue rare jusqu'en 2000. Le diagnostic de plusieurs cas de syphilis précoce sur une période de six semaines en 2000 dans le DAV de l'hôpital Tarnier à Paris a amené l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à mettre en place fin 2000 une enquête épidémiologique dans 5 des 9 DAV parisiens qui avaient déclaré 99 % des IST dépistées en 1999. Cette enquête a abouti à la mise en place d'un réseau de surveillance.

Les données provisoires du réseau de surveillance donnent les résultats suivants : au 21 novembre 2002, pour Paris, 381 cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce) ont été diagnostiqués : 30 cas en 2000, 148 cas en 2001 et 203 en 2002. Sur les 381 cas, 88 % étaient homosexuels ou bisexuels masculins, 12 % étaient hétérosexuels. Sur ces 381 personnes atteintes de syphilis infectieuse, 208 (55 %) étaient séropositives pour le VIH et

¹² La syphilis évolue spontanément en plusieurs phases, dont certaines sont asymptomatiques. La syphilis primaire se caractérise par l'apparition, en moyenne 3 semaines après le contact infectant, d'un chancre et d'une adénopathie satellite, la syphilis secondaire se caractérise par des éruptions cutanées survenant en moyenne trois mois après le contact infectant. La syphilis primaire et la syphilis secondaire sont spontanément régressives mais très contagieuses ; en l'absence de traitement se développe la syphilis tertiaire caractérisée par des atteintes cutané-muqueuses, neurologiques et cardiaques. Les phases asymptomatiques de la maladie, où seul le diagnostic sérologique est possible, sont appelées syphilis latente précoce (sérologie positive de moins de 1-2 ans) et tardive (sérologie positive de plus de 1-2 ans).

parmi elles, 176 (85 %) connaissaient leur séropositivité VIH avant le diagnostic de syphilis et 32 (15 %) ont découvert leur séropositivité VIH lors du diagnostic de syphilis. L'âge moyen global est de 36,6 ans. Dans le réseau de surveillance à Paris, l'augmentation du nombre de cas de syphilis primaire, indicateur d'une infection récente, témoigne du maintien de la transmission de la syphilis (figure 10).

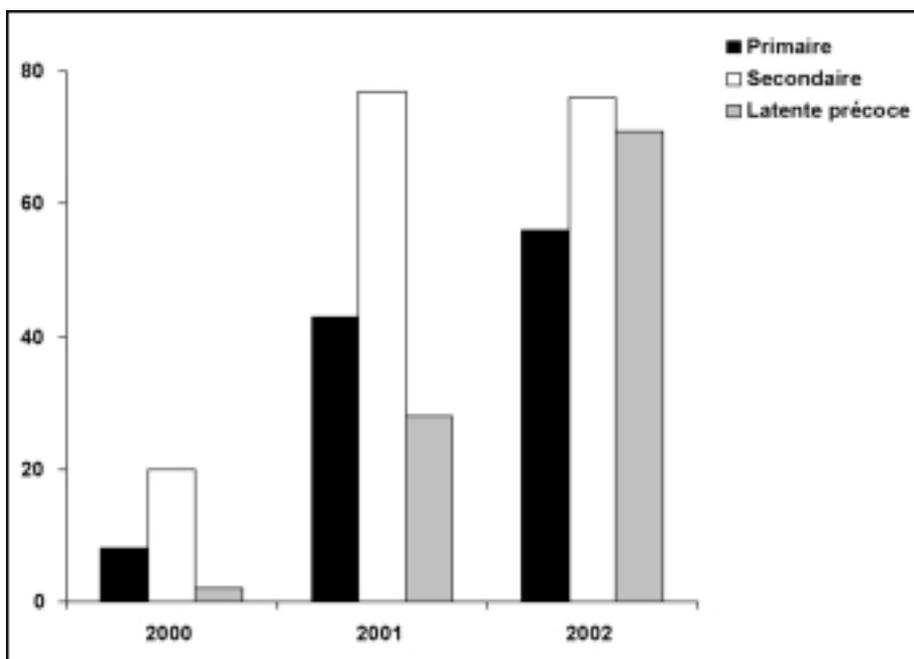


Figure 10.

Nombre de cas par type de syphilis et par an, Paris, 2000-2002 (source : Couturier E. [9]).

Une campagne d'incitation au dépistage de la syphilis a eu lieu de mai à septembre 2002 ciblant les professionnels de santé, les acteurs de prévention associatifs, et le public homosexuel. Cette campagne consistait en une information sur la syphilis, une incitation au dépistage et une offre ponctuelle (du 15 mai au 30 septembre 2002) de dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans tous les CDAG parisiens. L'impact de cette campagne de dépistage a été évalué par l'InVS : il a été observé une recrudescence du nombre des consultants, une augmentation temporaire (mai à juillet) de la proportion d'homosexuels consultant dans les CDAG et une prévalence de la syphilis 9 fois plus élevée parmi les homosexuels (2,38 %) que parmi les hétérosexuels multipartenaires (0,27 %) ; la prévalence globale du VIH était de 0,99 % (IC95 % [0,74-1,24]), elle était de 0,94 % [0,65-1,22] pour les personnes indemnes de syphilis et de 11,01 % IC95 % [5,12-16,89] parmi les personnes atteintes de syphilis.

L'augmentation des IST témoigne d'une augmentation des comportements à risque. Une augmentation des contaminations par le VIH est donc à craindre, notamment dans la population homosexuelle, et ce d'autant plus que l'efficacité

de la transmission lors d'un contact anal réceptif est multipliée par dix par rapport à un contact vaginal.

La recrudescence des IST ne concerne pas seulement la France mais aussi d'autres pays d'Europe de l'Ouest comme les Pays-Bas, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni [15] et aussi les États-Unis [5].

Le relâchement des pratiques de prévention

Le relâchement des pratiques de prévention chez les homosexuels masculins a aussi été mis en évidence dans différentes enquêtes menées par voie de presse (Enquête Presse Gay instaurée en 1985) et par questionnaire dans des établissements gay parisiens (Sondage Baromètre gay initié pour la première fois en 2000). Les homo/bisexuels avaient rapidement réagi à l'émergence du sida, dès les années 1980, par une restriction de leur activité sexuelle suivie d'une intégration de l'utilisation du préservatif et des pratiques de dépistage. Au début des années 1990, un réengagement dans la sexualité s'est produit, avec des comportements de prévention maintenus à un niveau élevé. Cependant, dans l'Enquête Presse Gay 2000 [1], par comparaison avec les résultats de l'Enquête Presse Gay 1997, un relâchement des comportements de prévention est noté, à travers deux constats : la diminution très importante du nombre de répondants qui réduisent le nombre de leurs partenaires sexuels, et un niveau d'activité sexuelle élevé. En outre, chez certains des répondants séropositifs, on observe une reprise de l'activité sexuelle par rapport à 1997 du fait d'un meilleur état de santé depuis l'amélioration des traitements (87 % des répondants séropositifs à l'enquête sont sous traitement et 62 % d'entre eux ont une charge virale indétectable). Sans négliger l'aspect positif d'une telle évolution, les auteurs soulignent l'éventualité de l'accroissement des risques de transmission du VIH en l'absence de prévention, d'autant plus qu'entre 1997 et 2000, la reprise des pratiques à risque a augmenté, non seulement avec les partenaires réguliers, mais plus encore avec des partenaires occasionnels. Les résultats du sondage Baromètre gay 2000 [2] vont dans le même sens : prises de risque notamment chez les jeunes de moins de 25 ans, chez les hommes multipartenaires, ou chez ceux qui sont séropositifs et qui fréquentent régulièrement les « sex-clubs ». Le relâchement des comportements de prévention est aussi perceptible à travers l'augmentation de la proportion de répondants à l'Enquête Presse Gay déclarant avoir eu une IST au cours des douze derniers mois (13 % en 1997, 16 % en 2000), notamment en Île-de-France. Il ressort de cette enquête que la prévalence des IST est particulièrement forte chez les multipartenaires parisiens dans la classe d'âge des 35-44 ans et plus encore chez ceux qui sont séropositifs.

L'un des thèmes prioritaires de l'Enquête Presse Gay 2000 était de connaître l'impact de l'introduction des multithérapies puissantes et de la mise à disposition des prophylaxies post-exposition. Des échelles standardisées d'optimisme ont été mises au point au niveau international afin de pouvoir établir des comparaisons entre les différentes enquêtes sur les comportements de prévention des homosexuels masculins depuis l'avènement des multithérapies puissantes. Les résultats de l'Enquête Presse Gay vont dans le sens de la contribution de l'« optimisme face aux traitements » dans les prises de risque observées, mais seulement pour une faible minorité de la population homosexuelle et sans qu'il puisse s'agir d'un facteur explicatif à lui seul. D'autres études, présentées à Barcelone

en 2002, lors de la quatorzième Conférence internationale sur le sida, récusent que l'optimisme face aux traitements soit un facteur principal du relâchement des comportements de prévention et de la résurgence de certaines IST chez les homosexuels masculins. L'hypothèse de l'optimisme ne peut en effet expliquer pourquoi le risque de rapports non protégés est trois fois plus élevé chez les homosexuels masculins que chez les hétérosexuels. De plus, cet optimisme qui ne concerne qu'une faible minorité d'homosexuels pourrait n'être qu'une justification *a posteriori* d'une absence de comportements de prévention. En réalité, la difficulté de maintenir sur le long terme des comportements de prévention et la banalisation du risque constituent d'autres explications possibles de ce relâchement [13]. De fait, en 1989-1990, une augmentation du nombre de gonococcies avait déjà été notée chez les homosexuels aux États-Unis et dans divers pays d'Europe, et une augmentation de l'incidence de l'infection VIH avait pu être relevée dans une cohorte d'homosexuels aux Pays-Bas. Il devient nécessaire d'entreprendre des études qualitatives pour mieux cerner les déterminants des comportements de prévention.

Conclusion

En vingt ans, l'épidémie de sida a touché, au 31 décembre 2001, près de 24 000 homosexuels masculins en France, dont plus de 15 000 sont décédés. Grâce à la prévention de la transmission du VIH d'une part, et à la diffusion des puissantes associations d'antirétroviraux d'autre part, les conséquences de l'infection à VIH sur la santé des homosexuels ont été réduites de manière sensible. Cependant, plusieurs indicateurs suggèrent que le niveau de prévention de la transmission sexuelle du VIH s'est altéré dans la communauté homosexuelle ces dernières années en France, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis. Il est cependant trop tôt pour en mesurer pleinement les conséquences sur l'incidence de l'infection à VIH. La surveillance de cette incidence, mise en place début 2003 en France, représente un enjeu majeur pour ces prochaines années, afin d'anticiper et de faire évoluer les politiques publiques de manière réactive à l'évolution de la transmission.

Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
2. Adam P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *BEH* 2002 ; 18 : 77-9.

3. Catania JA, Osmond D, Stall RD, *et al.* The continuing HIV epidemic among men who have sex with men. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 907-14.
4. CDC. HIV and AIDS – United States, 1981-2000. *MMWR* 2001 ; 21 : 430-4.
5. CDC. HIV incidence among young men who have sex with men – seven US cities, 1994-2000. *MMWR* 2001 ; 21 : 440-4.
6. Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida. *Surveillance du VIH/ SIDA en Europe : rapport du 2^e semestre 2001*. Saint-Maurice : InVS, 2002, n° 66.
7. Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida. *Surveillance du VIH/ SIDA en Europe : rapport du 1^{er} semestre 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2002, n° 67.
8. Couturier É, Dupin N, Janier M, *et al.* Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *BEH* 2001 ; 35-36 : 168-9.
9. Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau AL, Warszawski J, Laporte A. Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris. In : *Sida, VIH et MST : état des lieux en 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 3-4.
10. Dukers NHTM, Spaargaren J, Geskus RB, *et al.* HIV incidence on the increase among homosexual men attending an Amsterdam sexually transmitted disease clinic : using a novel approach for detecting recent infections. *AIDS* 2002 ; 16 : F19-24.
11. Goulet V, Laurent E, Sednaoui P. Diminution des gonococcies dans le réseau RENAGO. In : *Sida, VIH et MST : état des lieux en 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 5-6.
12. Karon JM, Fleming PL, Richard W. HIV in the United States at the turn of the century : an epidemic in transition. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (7) : 1060-8.
13. Laporte A. Un nouveau relâchement des comportements de prévention chez les homosexuels masculins : rôle des avancées thérapeutiques ? *Eurosurveillance mensuel* 2002 ; 7 (2) : 15-6.
14. Lot F, Pillonel J, Pinget R, Cazein F, Gouezel P, Laporte A. Diminution brutale du nombre de cas de sida : rôle des nouvelles stratégies thérapeutiques ? *BEH* 1997 ; 11 : 43-5.
15. Nicoll A, Hamers F. Are trends in HIV, gonorrhoea and syphilis worsening in western Europe ? *Br Med J* 2002 ; 324 : 1324-7.
16. Semaille C, Alix J, Downs AM, Hamers F. L'épidémie d'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'Ouest en Est. In : *Sida, VIH et MST : état des lieux en 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 17-9.

Infections sexuellement transmises chez les homosexuels et bisexuels masculins en France

Michel JANIER, François LASSAU, François DENIAUD

Résumé

Après une diminution historique des MST dans la communauté gay (1985-1998) due à la peur du VIH, on assiste à une réaugmentation de la syphilis et de la gonococcie, deux maladies qui avaient pratiquement disparu. Cette recrudescence est à rapprocher des prises de risque actuellement en augmentation chez les homosexuels, et particulièrement chez les homosexuels séropositifs pour le VIH. Ce phénomène de *relapse* pourrait être corrélé en partie à l'utilisation des multithérapies et doit faire craindre de nouvelles contaminations VIH.

Mots clés : homosexualité, syphilis, gonococcie, herpès génital, sexe oral, *relapse*.

Historiquement, l'importance du multipartenariat chez les homosexuels et les bisexuels masculins a toujours été responsable d'une grande fréquence d'infections sexuellement transmises (IST).

À partir du milieu des années 1980, la peur du sida et de l'infection par le VIH a considérablement modifié les comportements sexuels, particulièrement dans la communauté homosexuelle, et renforcé la prévention contre l'ensemble des IST. Cependant, depuis 1998, nous assistons en France à la résurgence de maladies qui avaient pratiquement disparu, comme la gonococcie et la syphilis, qui touchent préférentiellement les homosexuels et sont le résultat du relâchement manifeste de la prévention.

Gonococcies

Il n'existe, en France, aucun recueil de données systématique concernant les gonococcies, qui ne sont plus à déclaration obligatoire depuis juin 2000 [12]. Le réseau RENAGO regroupant 200 laboratoires volontaires depuis 1986 montre cependant qu'une diminution de 126 cas a été observé en 1997, puis une remontée depuis 1998 avec 240 cas et 300 cas en 2000 [8]. Cette remontée est surtout significative dans les laboratoires parisiens. Ainsi, au Centre Clinique et Biologique des Maladies Sexuellement Transmises (MST) de l'Hôpital Saint-Louis, un recueil épidémiologique exhaustif de toutes les gonococcies est organisé depuis cinquante ans. Le nombre d'urétrites gonococciques masculines n'a cessé de diminuer depuis le début des années 1970 avec une accélération

de la décroissance à partir des années 1980. Une diminution a été observée en 1997 avec 43 cas seulement pour l'ensemble de l'année. Depuis 1998, une remontée, certes relative, est notée avec une centaine de cas par an depuis cette date. L'analyse de ces données montre :

- une représentation croissante des homosexuels masculins qui constituaient 10 % des cas en 1986, 20 % en 1995, 55 % en 1998 et 60 % pour les trois années 1999-2001 ;
- une forte prévalence de séropositivité VIH (7 % parmi les cas de gonococcies en 1990, 20 % depuis 1994 auxquels il faut ajouter 7 % de refus de test) ;
- enfin, la fréquence de la fellation comme source unique supposée de contamination (environ 50 % pour les années 1999-2001 chez les homosexuels).

Le *tableau 1* montre que sur 147 urétrites gonococciques masculines consécutives observées en 1999-2000, 55 % des cas sont survenus chez des homosexuels (n = 81) et 45 % chez des hétérosexuels (n = 66). 35 % des homosexuels avec urétrite gonococcique étaient séropositifs pour le VIH contre 1,6 % des hétérosexuels ($p < 10^{-4}$) [11]. La fellation comme seul mode reconnu de contamination intervenait dans 50 % des cas chez les homosexuels et 8 % des cas chez les hétérosexuels ($p < 10^{-3}$). Enfin, 12,5 % des homosexuels et 4,5 % des hétérosexuels avaient un portage concomitant de gonocoque dans le pharynx.

Tableau 1.
**Urétrites gonococciques masculines (Hôpital Saint-Louis, janvier 1999-mai 2001)
(d'après [11])**

	Homosexuels (n = 81)	Hétérosexuels (n = 66)
Fellation = seul risque	50 %	8 % ($p < 0,001$)
NG pharynx	12,5 %	4,5 % ($p = 0,1$)
NM pharynx	17,5 %	6 % ($p = 0,03$)
NG + NM pharynx	0 %	1 %
VIH +	35 %	1,6 % ($p < 0,0001$)

NG : *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque) ; NM : *Neisseria meningitidis* (méningocoque).

Ces données soulignent clairement l'importance de l'homosexualité masculine et de la fellation dans la réaugmentation des cas d'urétrite gonococcique. Par ailleurs, le réservoir pharyngé semble jouer un rôle majeur dans la persistance de l'infection [13] avec des implications spécifiques : en particulier, le fait que la grande majorité des gonococcies pharyngées sont asymptomatiques et que le portage pharyngé concomitant de gonocoque et de méningocoque, fréquent chez les homosexuels, expose au risque de transfert de résistance (pénicilline) au méningocoque. Enfin, sur le plan pratique, la recherche d'une gonococcie pharyngée est indispensable en cas de pratiques de sexe oral non protégées ; en effet, ce portage gonococcique pharyngé doit être pris en compte pour le traitement, le seul antibiotique dont l'efficacité dans les gonococcies pharyngées est reconnue étant la ceftriaxone.

Syphilis

La syphilis n'est plus à déclaration obligatoire, en France, depuis juin 2000. Ces déclarations n'étaient en réalité plus faites que par les dispensaires anti-vénériens (DAV). Une décroissance régulière des cas de syphilis depuis les années 1950 avait été constatée et la syphilis avait pratiquement disparu dans les années 1990-1997. Ainsi, dans les trois centres de MST les plus importants de Paris (Hôpital Saint-Louis, Clinique Tarnier, Institut Alfred Fournier), seulement 4 cas avaient été observés en 1998 et 9 cas en 1999.

Une réapparition de nouveaux cas de syphilis précoce a été notée en 1999 [7] avec une augmentation rapide jusqu'en 2001. En janvier 2000, une étude prospective à l'initiative de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) a été lancée dans cinq centres MST de Paris *intra-muros* puis étendue en province et chez des praticiens libéraux [4]. Entre janvier 2000 et juin 2002, 293 cas ont été colligés, pour la plupart à Paris et en Île-de-France (83 %) : 282/293 (96 %) étaient des hommes, dont (88 %) étaient homosexuels (248/282). L'âge moyen était de 36,1 ans (médiane 35). Les cas se distribuaient en syphilis secondaires (54 %), primaires (26 %) ou sérologiques précoces (20 %). L'infection à VIH était très fréquente : 171/293 (58 %) étaient séropositifs pour le VIH (64 % chez les homosexuels et 33 % chez les hétérosexuels). Parmi les patients séropositifs pour le VIH, 144/171 (84 %) connaissaient leur séropositivité, et ce depuis 6,4 ans en moyenne. Parmi eux, 71 % étaient traités par une multithérapie (la moitié d'entre eux ayant une charge virale indétectable). Concernant les prises de risque de ces patients, 80 % rapportaient des partenaires sexuels occasionnels, 80 % n'utilisaient jamais de préservatifs pour les fellations et seulement 2 % de manière systématique et, enfin, 50 % utilisaient systématiquement des préservatifs pour les pénétrations anales (et 2 % n'en utilisaient jamais). Il semble donc qu'environ 50 % des cas de syphilis précoce observés dans cette étude aient pu être transmis lors de pratiques de sexe oral [5].

En mai 2002, un programme (Alerte Syphilis) a été lancé à Paris par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Société Française de Dermatologie, l'InVS et la Municipalité de Paris, dans l'objectif de dépister et traiter le plus rapidement possible les cas de syphilis précoces et ainsi réduire le pool des cas infectieux. Ce programme reposait sur la mobilisation de la communauté gay, des médecins, des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des laboratoires, avec des programmes éducatifs pour les médecins et les laboratoires d'analyses médicales, un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans les CDAG, et des actions d'information dans les lieux communautaires gay. Le programme a ensuite été étendu dans les villes où des cas de syphilis avaient été identifiés à partir de l'automne 2002.

Épidémiologie de la gonococcie et de la syphilis chez les homosexuels, dans les autres pays

Des épidémies similaires de syphilis précoce chez des homosexuels ont été observées à la même période dans plusieurs pays occidentaux : au Royaume-Uni, en Irlande, en Norvège, aux Pays-Bas, en Belgique, aux États-Unis (Californie et Côte Est) et au Canada [10].

Quant aux gonococcies, elles ont également augmenté en Suède, particulièrement chez les homosexuels (de 2,5 cas pour 100 000 par an en 1996 à 8 cas pour 100 000 par an en 1997) [3]. Aux Pays-Bas, les gonococcies ont augmenté depuis 1998, l'incidence ayant été multipliée par 2 (les homosexuels représentent 50 % des cas) et l'incidence des gonococcies anales multipliée par 4 sur la même période. Il existe, également, une recrudescence des gonococcies au Royaume-Uni (augmentation de 30 % depuis 1998) et aux États-Unis depuis 1998 (augmentation de 125 % chez les homosexuels dont 25 % sont séropositifs pour le VIH). Le nombre de gonococcies rectales a été également multiplié par 2 dans beaucoup de grandes villes américaines. Au total, la concomitance de l'épidémie de syphilis précoce touchant surtout les homosexuels et de la recrudescence relative de gonococcies, indique manifestement un relâchement de la prévention dans le milieu homosexuel.

Autres MST

Les infections à *Chlamydia trachomatis* ne semblent pas plus fréquentes chez les homosexuels que chez les hommes hétérosexuels bien que le portage pharyngé et anal de *Chlamydia trachomatis* semble être sous-estimé [14].

L'herpès génital HSV2 est moins fréquent chez les hommes homosexuels que chez les hommes hétérosexuels. En revanche, l'herpès anal est plus fréquent ainsi que les herpès génito-anaux HSV1. L'herpès génito-anal HSV1 est, en particulier, corrélé avec les pratiques d'anilingus [9].

Quant aux condylomes, ils n'ont rien de très particulier chez les homosexuels en dehors de la plus grande fréquence de localisations anales et des difficultés thérapeutiques qui en découlent. Les infections à papillomavirus sont surtout problématiques chez les hommes séropositifs pour le VIH, avec le risque de dysplasie anale et de cancer anal. Enfin, les homosexuels sont particulièrement exposés à l'hépatite B. La vaccination est absolument indispensable. Des épidémies d'hépatite A ont également été décrites chez les homosexuels masculins [6].

La transmission sexuelle du virus *Human Herpes Virus type 8* (HHV8) est bien documentée chez les homosexuels sans que l'on sache très précisément quel type de pratiques sexuelles est le plus à risque (probablement le sexe oral).

Augmentation des prises de risque chez les homosexuels masculins

La recrudescence des gonococcies et l'épidémie de syphilis précoce observées dans la plupart des pays occidentaux indiquent une reprise des comportements à risque. Ceux-ci doivent faire craindre une augmentation des nouvelles contaminations VIH bien que nous n'ayons, pour le moment en France, aucune donnée épidémiologique qui le prouve. Un faisceau de facteurs favorisant cette reprise des risques existe : mauvaise information et prévention insuffisante chez les plus jeunes, utilisation de drogues, d'alcool, rencontres via Internet, impact des multithérapies et enfin lassitude. En particulier, les relations entre les comportements à risque et les multithérapies sont complexes : les multithérapies diminuent l'infectiosité des patients ; en diminuant la mortalité par sida, elles augmentent

le nombre des sujets infectés ; elles peuvent être responsables d'une moindre peur du sida ; enfin et surtout, par leurs effets bénéfiques sur l'infection VIH, elles diminuent la morbidité, améliorent le bien-être des patients qui retrouvent en même temps qu'une meilleure santé, une sexualité plus active. Il s'agit, en fait, plus d'un retour à des comportements sexuels antérieurs qu'à l'émergence de comportements sexuels nouveaux.

Les prises de risque semblent augmenter davantage chez les hommes séropositifs pour le VIH que chez les séronégatifs. Enfin, l'idée que les homosexuels se font de l'efficacité d'une multithérapie prophylactique en cas de prise de risque, pourrait intervenir dans la prise de risque elle-même.

Cette reprise des comportements à risque a été soulignée dans deux études effectuées par Philippe Adam et son équipe en 2000, l'une dans la presse gay, l'autre dans les lieux communautaires gay. La première (Enquête Presse Gay 2000) est une enquête périodique effectuée depuis 1985 [1]. Elle concerne 4 753 homosexuels et bisexuels masculins, lecteurs de vingt revues gay ou consultant quatre sites Internet spécialisés. Elle a été réalisée en 2000 et comparée à l'enquête de 1997 qui avait collecté 3 311 réponses. Il s'agit d'homosexuels et bisexuels de niveau éducatif élevé. Plus de 78 % d'entre eux reconnaissent au moins un partenaire occasionnel dans l'année (contre un peu plus de 76 % en 1997). 12,5 % se déclaraient séropositifs pour le VIH et 13,8 % n'avaient jamais fait de test (contre respectivement 11,2 % et 14,2 % en 1997). 50 % des répondants avaient un partenaire régulier. Environ 16 % avaient eu une MST dans l'année (contre 13 % en 1997). La fréquence des MST était plus importante chez les Parisiens (21 %) que chez les provinciaux (14 %). Elle était également plus importante chez les patients séropositifs pour le VIH (30 %) que chez les hommes séronégatifs (15 %).

Chez les hommes ayant eu un partenaire occasionnel dans l'année (n = 3 150), 88 % pratiquaient avec ce dernier la fellation et 75 % la pénétration anale.

Au total, lors d'une fellation, près de 89 % de l'ensemble des hommes ayant des partenaires occasionnels ne se protégeaient pas systématiquement, et près de 75 % de l'ensemble des hommes ne se protégeaient jamais. Près de 17 % ne se protégeaient pas systématiquement lors des pénétrations (et 2 % jamais). La part des hommes déclarant au moins une pénétration non protégée dans l'année est passée de 17 % à 23 % entre 1997 et 2000. Le taux était plus important en Île-de-France (25 %), chez les moins de 25 ans (31 %), et chez les séropositifs pour le VIH (38 %). 11 % des hommes séropositifs pour le VIH ayant eu des partenaires occasionnels, ont eu des pénétrations non protégées avec des partenaires dont ils connaissaient la séronégativité VIH ; inversement, 5 % des hommes séronégatifs pour le VIH ont eu des pénétrations non protégées avec des partenaires occasionnels dont la séropositivité VIH était connue.

Par ailleurs, moins de 2 % estimaient que la confiance en la multithérapie thérapeutique avait augmenté leur prise de risque et 7 % pour la multithérapie prophylactique.

Au total, l'étude montre que la prise de risque n'est plus désormais accidentelle mais régulière. L'évolution est la plus nette dans le cas de la sexualité avec des partenaires occasionnels : accentuation significative de la fréquence des rapports et moindre utilisation des préservatifs pour les pénétrations. Ceci est particulièrement significatif chez les hommes séropositifs pour le VIH dont la plupart

bénéficient d'un traitement antirétroviral qu'ils considèrent comme bénéfique, et qui leur a permis de reprendre des activités sexuelles précédemment réduites ou interrompues.

La deuxième étude dite « Baromètre Gay 2000 » a été pratiquée sur un mois, en décembre 2000, auprès de 64 établissements gays parisiens (dont 33 avec consommation sexuelle sur place) [2]. Il s'agissait de bars ou d'établissements avec sexe (sauna, sex club). 17 200 questionnaires ont été diffusés avec un taux de retour de 12 % (2 026 questionnaires remplis). La moyenne d'âge des répondants était de 34 ans, de niveau éducatif élevé, 91 % avaient déjà fait un test VIH et 16,5 % se déclaraient séropositifs. 60 % avaient eu un partenaire stable dans l'année et 80 % au moins un partenaire occasionnel. Parmi ceux ayant eu un partenaire occasionnel (n = 1 620), la fellation était pratiquée par 98 %, le *rimming* (anulingus) par 78 %, la pénétration active par 84 % et la pénétration passive par 71 %. Seulement 8 % ne pratiquaient jamais de pénétration. 52 % d'entre eux avaient été priés par leur partenaire occasionnel de ne pas utiliser de préservatifs (ceci est surtout net chez les hommes séropositifs, 72 %). 31 % ont eu des pénétrations anales non protégées (54 % pour les séropositifs et 27 % pour les séronégatifs) ($p = 10^{-4}$). En analyse multivariée, chez les hommes séronégatifs pour le VIH, les pénétrations anales non protégées étaient corrélées à l'âge jeune inférieur à 25 ans : OR 2,2 [1,6-3,2] et au nombre de partenaires sexuels : plus de 10 partenaires sexuels, OR 1,6 [1,2-2,2]. Chez les hommes séropositifs, la pénétration anale non protégée était corrélée au nombre de partenaires sexuels : plus de 10 partenaires sexuels, OR 1,9 [1-3,8] $p < 10^{-3}$, et à la fréquentation des sex clubs : OR 2,3 [1,2-4,4] $p < 10^{-3}$. Par ailleurs, 17,2 % avaient eu une MST dans l'année (26 % chez les séropositifs et 16 % chez les séronégatifs) ($p < 10^{-4}$) ; il s'agissait, le plus souvent, d'une blennorragie ou de condylomes.

Au total, cette étude montre également une fréquence élevée de prise de risque dans la communauté homosexuelle, en particulier chez les hommes séropositifs pour le VIH.

L'Enquête Presse Gay montre également que seulement 66 % sont vaccinés contre l'hépatite B et 40 % contre l'hépatite A.

Interrelations IST-VIH

Les interrelations entre les IST et le VIH sont extrêmement étroites. Les IST constituent un observatoire des comportements sexuels. Les données les plus récentes, en France, montrent que la recrudescence de ces IST touche assez spécifiquement la communauté homosexuelle et est fortement corrélée à la séropositivité VIH. Elle traduit une reprise des comportements à risque confirmée par les deux études réalisées auprès des homosexuels et particulièrement chez les homosexuels séropositifs pour le VIH. Bien qu'il n'y ait pas de données chiffrées, une augmentation des nouvelles contaminations VIH est à craindre, autant par les prises de risque que par le fait que les IST, quelles qu'elles soient (surtout les ulcérations et les érosions génitales mais également les urétrites) augmentent le risque d'acquisition et de transmission du VIH. Par ailleurs, les IST posent des problèmes particuliers chez des séropositifs : difficultés thérapeutiques (en particulier pour la syphilis), risque d'augmenter la répllication du VIH et enfin, gravité

particulière des IST (en particulier, pour l'herpès génital et les condylomes avec le risque de dysplasie et de cancer anal).

L'information et la prévention doivent être ciblées sur un message associant les IST et le VIH. La gravité de l'infection VIH doit de nouveau être soulignée concernant, en particulier, les effets secondaires des médicaments antirétroviraux et le risque d'échappement thérapeutique, virologique et immunologique. L'information doit se faire sur les MST, en général : importance de la vaccination contre l'hépatite B et contre l'hépatite A, dépistage régulier de la syphilis dans les populations à risque, protection des rapports oro-génitaux contre la transmission des IST.

La campagne de lutte contre la syphilis a montré que des injections de rappel en direction du corps médical étaient nécessaires, de même que les messages en direction des populations les plus à risque, en particulier dans les lieux communautaires gays. Ces actions conjuguent une action collective, visant à identifier et à traiter le plus vite possible les cas infectieux, et les messages d'utilisation du préservatif. Il est difficile de savoir si les messages de prévention appelant à l'utilisation à 100 % des préservatifs pour la pénétration anale comme pour la fellation, sont plus efficaces que les messages de prévention plus réalistes visant simplement à essayer de diminuer les risques pour la frange de population qui, même informée, est engagée dans des comportements sexuels à risque. Dans l'exemple de l'utilisation des préservatifs, la bonne observance de la protection des rapports anaux se fait bien souvent au détriment de la protection des rapports oro-génitaux. Peut-on s'en satisfaire en privilégiant un moindre risque plutôt que le risque zéro ? L'observance réelle oscille entre des arrangements avec les règles et la gestion des risques en vue d'un risque global acceptable.

La politique de prévention contre le VIH et les MST nécessite, avant tout, une bonne connaissance épidémiologique de la situation, ce qui n'est pas le cas actuellement, particulièrement sur les nouvelles contaminations VIH. La prise de conscience que la lutte contre les IST et le VIH doit être commune est un préalable indispensable.

Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
2. Adam P. Baromètre gay : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *BEH* 2002 ; 18 : 77-9.
3. Berglund T, Fredlund H, Giesecke J. Epidemiology of the reemergence of gonorrhoea in Sweden. *Sex Transm Dis* 2001 ; 28 : 111-4.

4. Couturier E, Dupin N, Janier M, *et al.* Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *BEH*, 2001 ; 35-36 : 168-9.
5. Couturier E, Dupin N, Janier M, *et al.* Syphilis : increasing trends in Paris, France, 1998-2001. *XIVth AIDS International Conference*, Barcelona, 7-12 July 2002.
6. Delarocque-Astagneau E, Valenciano M, Dariosecq JM, *et al.* Une épidémie d'hépatite A chez des homosexuels masculins à Paris en 2000. *BEH* 2001 ; 44 : 207-9.
7. Dupin N, Jdid R, N'Guyen YT, *et al.* Syphilis and gonorrhoea in Paris : the return. *AIDS* 2001 ; 15 : 814-5.
8. Goulet V, Sednaoui P. Recent increase of gonococcal infections in France. *Int J STD AIDS* 2001 ; 12 (suppl 2) : 94.
9. Janier M, Méouchi R, de la Salmonière P, *et al.* Genital herpes : virological, serological and epidemiological study of 78 consecutive cases in Paris (France). *Int J STD AIDS* 2001 ; 12 (suppl 2) : 150.
10. Lacey HB, Higgins SP, Graham D. An outbreak of early syphilis : cases from North Manchester General Hospital. *Sex Transm Infect* 2001 ; 77 : 311-3.
11. Lassau F, Casin I, Janier M. Epidemiological study of male gonococcal urethritis in a STD clinic in Paris (France), 1985-2000. *Int J STD AIDS* 2001 ; 12 (suppl 2) : 94-5.
12. Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France : recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994 ; 70 : 15-21.
13. Russell JM, Azadian BS, Roberts AP, *et al.* Pharyngeal flora in a sexually active population. *Int J STD AIDS* 1995 ; 6 : 211-5.
14. Sulaiman MZ, Foster J, Pugh SF. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection in homosexual men. *Genitourin Med* 1987 ; 63 : 179-81.

Aspects sociaux de la vie avec le VIH des homosexuels masculins.

Quelles spécificités ?

France LERT, Rosemary DRAY-SPIRA, Yolande OBADIA, Catherine MARIMOUTOU, Anne-Déborah BOUHNİK

Résumé

Une enquête menée auprès des personnes séropositives pour le VIH consultant à l'hôpital a été réalisée par questionnaire dans les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), en 2001 (n = 889). Elle permet d'appréhender les traits communs et les différences entre les patients infectés lors de rapports homosexuels et les malades contaminés par d'autres voies. Le groupe des homosexuels, d'âge comparable au reste de l'échantillon, comportant moins d'étrangers, se distingue par un niveau d'études plus élevé, le maintien de l'activité professionnelle et un plus haut niveau de revenu. Diagnostiqués plus tard que les usagers de drogues, ils ne se différencient pas par les critères biologiques et le stade de l'infection. Ils sont moins souvent que les autres groupes en invalidité en Île-de-France mais pas en PACA. La cohabitation en couple est homogène dans tout l'échantillon. Dans l'utilisation des aides sociales et psychologiques, la variable groupe de transmission ne joue pas un rôle déterminant. Comme l'ont bien montré les recherches sociologiques, malgré l'importance de l'affiliation à la communauté homosexuelle dans la confrontation à la rupture biographique que constitue l'annonce de la séropositivité et les ressources que les patients homosexuels y trouvent en termes d'information sur la maladie, le groupe de transmission n'apparaît pas ici discriminant pour les variables qui appréhendent la qualité des relations avec le médecin et les soignants.

Mots clés : séropositivité, caractéristiques sociales, conditions de vie, étude descriptive.

La diffusion de l'infection VIH chez les homo/bisexuels masculins observée sur la base des données de la déclaration obligatoire semble s'être faite en traversant du haut vers le bas les catégories sociales¹. En effet, alors que 85 % des homosexuels étaient professionnellement actifs au moment du sida en 1991, ils ne sont plus que 71 % en 1999-2001. Ce reflux de l'activité professionnelle a pour corollaire l'évolution de la structure des catégories professionnelles puisque la part des cadres et professions intermédiaires baisse de 43 % à 38 % et celle des ouvriers passe de 10 % à 16 %. Ces informations se rapportent à des infections anciennes et ne reflètent donc pas forcément la situation de ces

¹ Voir l'article de R. Pinget *et al.* dans cet ouvrage.

hommes lorsqu'ils ont été contaminés ou que leur séropositivité a été diagnostiquée. L'interprétation des informations professionnelles au moment du sida est double : d'une part il peut y avoir eu effectivement une diffusion de l'infection VIH du haut vers le bas des catégories sociales au cours du temps, d'autre part les hommes infectés qui ont déclaré la maladie dans la période récente peuvent appartenir plus que les autres à ces catégories sociales moins favorisées, en raison d'un moins bon accès aux soins, d'une moindre qualité de la prise en charge ou d'une moindre observance. L'observation d'un reflux de l'activité professionnelle, alors même que l'on dispose de traitements efficaces stabilisant la maladie, apparaît quelque peu paradoxale.

Diverses études ont aussi mis en exergue l'impact différent du diagnostic de la maladie VIH chez les hommes homosexuels. Dans ses recherches sur la vie quotidienne des personnes séropositives, J. Pierret [4, 5] a montré que la rupture biographique que constitue le diagnostic de la séropositivité jusqu'au début des années 1990 se traduisait différemment chez les hommes hémophiles contaminés par des produits sanguins et chez les homosexuels masculins. Pour les hommes homosexuels, la confiance dans la médecine, le travail sur le corps, la valorisation des relations affectives, l'investissement professionnel constituaient des ressources face à la maladie pour « construire l'espoir », alors que pour les hémophiles la contamination ébranlait fortement le rapport à la médecine, réactivait la culpabilité associée à la transmission de l'hémophilie au sein de la famille et mettait en question le travail comme mode de normalisation. Si la séropositivité pouvait produire un renforcement biographique en accentuant les composantes identitaires antérieures pour les homosexuels, elle venait ruiner pour les hémophiles leurs efforts de normalisation [4]. Dans le travail postérieur mené en 1997 sur les personnes asymptomatiques à long terme, sous-groupe très particulier donc de personnes infectées par le VIH, la dimension biographique apparaissait sous un jour bien différent : l'inscription collective de la maladie était atténuée au profit de celle de destin individuel et d'exceptionnalité, le temps depuis le diagnostic était valorisé et non plus la période antérieure. De ce fait, les différences entre les groupes constitués en référence aux modes de contaminations étaient arasées [5]. D'autres travaux ont montré la place des homosexuels dans la reconstruction d'une expertise communautaire, leur capacité à s'appuyer sur les ressources communautaires, permettant un dialogue plus équilibré avec les médecins et une plus grande autonomie dans les décisions concernant les choix thérapeutiques [1, 2, 7].

L'étude réalisée en 2001 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Île-de-France sur la situation sociale des personnes séropositives fréquentant les hôpitaux permet de mettre en perspective la situation des homosexuels masculins parmi la population séropositive au début des années 2000 [3].

Rappel de la méthodologie

L'objectif de l'enquête commandée par le Commissariat Général du Plan dans le cadre de l'évaluation de la politique publique du sida était d'évaluer la connaissance et l'utilisation des dispositifs d'aide mis en place par les pouvoirs publics ainsi que la satisfaction des bénéficiaires. Le choix s'est porté sur les deux régions les plus touchées par l'infection à VIH, soit l'Île-de-France et la région PACA, qui représentent à elles deux plus de la moitié des cas de sida déclarés

en France. Pour disposer d'un effectif suffisant pour comparer les deux régions, il a été convenu d'enquêter un échantillon de 500 personnes dans chacune d'elles.

Les données ont été recueillies par un questionnaire standardisé, relativement bref, administré sous forme d'entretiens en face-à-face. À ce questionnaire s'ajoutaient des données médicales succinctes portant sur la maladie VIH et le traitement antirétroviral.

Dans la mesure où il n'existe aucune base de données au niveau national ou régional qui répertorie de façon exhaustive les personnes séropositives pour le VIH, l'échantillonnage a été pratiqué dans les deux régions sur la base des enquêtes disponibles (enquête « un jour donné » de la DREES et déclaration obligatoire des cas de sida), afin d'estimer la répartition de l'échantillon entre les services spécialisés. Compte tenu de la part importante des soins hospitaliers parmi les personnes diagnostiquées et de la difficulté à atteindre le groupe minoritaire des patients suivis principalement en ville, il avait été décidé de restreindre l'enquête au milieu hospitalier spécialisé. Pour avoir une large couverture des situations, l'enquête a aussi été réalisée dans les services de court séjour et dans les services de soins de suite et de réadaptation.

En Île-de-France, 18 structures représentatives des 35 existantes ont été enquêtées, dont 4 de moyen séjour, tandis qu'en PACA, toutes les structures ont été sollicitées soit 14 services de court séjour et 4 services de soins de suite et de réadaptation. Au total, dans les deux régions, 996 patients ont été interrogés, 504 en Île-de-France et 492 en région PACA. Les résultats présentés ici portent sur les 889 patients vus en consultation ou en hôpital de jour.

Ces données donnent une image des personnes séropositives prises en charge à l'hôpital aujourd'hui. Pour éviter d'accorder un poids excessif aux patients venant fréquemment à l'hôpital (et donc plus susceptibles d'être inclus dans l'enquête), les données ont été pondérées en affectant à chaque individu une pondération correspondant à l'inverse du nombre de séances ambulatoires dans les 12 derniers mois. Par ailleurs, les analyses ont été faites par région compte tenu de leur poids différent dans la population atteinte. Les analyses multivariées ont été conduites en tenant compte de façon systématique des caractéristiques démographiques (âge, sexe, nationalité), du niveau d'études, et des caractéristiques de la maladie (groupe de transmission, ancienneté du diagnostic, infection VHC, caractéristiques cliniques et biologiques). On s'attachera dans cet article à analyser la place relative des homosexuels par rapport aux autres catégories de patients définies par le groupe de transmission.

Critères démographiques et caractéristiques de la maladie

Les hommes contaminés à l'occasion de rapports homo/bisexuels représentent, en 2001, 34,6 % des répondants en Île-de-France et 31 % en PACA. Agés en moyenne de 40 ans, ils ne se distinguent pas des autres groupes de transmission pour l'âge. Ils comptent une plus forte proportion de personnes de nationalité française (91 % et 98 % *versus* 75 % et 84 % en moyenne) ; leur niveau d'études est plus élevé, puisque 83,4 % des répondants en Île-de-France et 60,4 % en PACA infectés lors de rapports homosexuels déclarent avoir fait des études jusqu'au bac ou après, alors qu'ils ne sont que 58,5 % et 43 % en moyenne. On n'observe pas, dans le groupe « homosexuel », de différence du niveau d'études

en fonction de la date de diagnostic de l'infection VIH qui témoignerait d'un déplacement de l'épidémie avec le temps vers des catégories sociales moins favorisées, comme le laissent suspecter les données de l'InVS.

Sur le plan épidémiologique, la maladie VIH a été diagnostiquée à un âge plus tardif : 66 % après 30 ans en Île-de-France et 59 % en PACA contre 62 % et 45 % pour l'ensemble de l'échantillon. Les hommes du groupe de transmission « homosexuels » ne se distinguent pas pour le classement au stade sida (pour l'ensemble des répondants : 32,7 % en Île-de-France et 21,4 % en PACA). Ces hommes sont aussi moins souvent co-infectés par le VHC que les toxicomanes bien sûr, mais aussi que les autres groupes (*tableau 1*). L'infection par le VHC est cependant beaucoup plus fréquente parmi ces hommes qu'en population générale où la prévalence est estimée à 1 %.

Tableau 1.

Pourcentage de sujets co-infectés par le VHC selon le mode de contamination parmi les consultants ambulatoires en Île-de-France et PACA (N = 889)

	Rapports homo/bisexuels	Usagers de drogues par voie intraveineuse	Rapports hétérosexuels	Autres modes de transmission	Total
Île-de-France (p < 0,0001)	7,8	88,9	9,2	22,3	25,5
PACA (p < 0,0001)	4,7	89	20,8	21,5	38,8

La co-infection apparaît fortement associée à la consommation de drogue. En effet, parmi les homosexuels co-infectés par le VHC, 46,6 % déclarent avoir consommé au moins une fois dans leur vie de la cocaïne, de l'héroïne ou du crack contre 8,8 % des non-infectés.

Emploi, invalidité, revenu

Globalement, par rapport aux autres patients, les homosexuels se caractérisent par une activité professionnelle plus fréquente et des revenus plus élevés, ces deux dimensions, étroitement liées entre elles, étant aussi corrélées au niveau d'études (*tableau 2*). On observe également d'une façon générale que la situation sociale des patients est plus favorable en Île-de-France qu'en PACA, ce qui est le reflet de la situation générale dans les deux régions, en particulier en matière d'emploi.

L'appartenance au groupe de transmission « homosexuel » apparaît comme un facteur associé, toutes choses égales par ailleurs, au maintien de l'emploi en Île-de-France, mais pas en PACA où le taux d'activité ne se différencie pas entre les groupes de transmission ; les autres variables associées à l'absence d'emploi sont le faible niveau d'études, la co-infection par le VHC et le stade sida.

L'attribution de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui devrait faciliter le retour à l'emploi ou l'accès à la formation des personnes en invalidité est moins fréquemment utilisée par les homosexuels séropositifs (8 % dans les deux régions contre 12 % et 15 % pour l'ensemble des répondants) ; les homosexuels masculins disposent des atouts de la qualification

Tableau 2.

Pourcentage de sujets en activité professionnelle selon le mode de contamination parmi les consultants ambulatoires en Île-de-France et PACA (N = 889)

	Rapports homo/bisexuels	Usagers de drogues par voie intraveineuse	Rapports hétérosexuels	Autres modes de transmission	Total
Île-de-France ($p < 0,0001$)	72,6	38,6	50,9	41,7	55,2
PACA ($p < 0,0001$)	56,7	33,3	43,6	66,2	45,4

et de leur niveau d'études pour conserver ou retrouver un emploi sans avoir recours à une mesure dont l'efficacité apparaît relativement modeste.

L'invalidité est la figure inversée de l'activité professionnelle : 16,7 % des patients infectés par rapports homosexuels en Île-de-France et 35,1 % en PACA sont en invalidité. Pour la reconnaissance de l'invalidité, les homosexuels se rapprochent des groupes « hétérosexuels » et « autres modes de transmission » et s'opposent aux « usagers de drogues », dont le niveau d'invalidité est de 51,5 % en Île-de-France et 69,5 % en PACA. La région, le niveau d'études, l'ancienneté du diagnostic, la co-infection par le VHC et le stade de la maladie sont les autres facteurs associés au passage en invalidité.

L'allocation d'invalidité peut être versée soit sous forme d'une pension de la Sécurité sociale dont le montant dépend du salaire antérieur, soit sous forme d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) si la durée d'activité antérieure à la mise en invalidité est insuffisante ; l'AAH est plafonnée comme tous les minima sociaux. Lorsqu'ils sont en invalidité, les homosexuels perçoivent plus souvent une pension de la Sécurité sociale que les autres groupes compte tenu de leur passé professionnel. Leur allocation d'invalidité est donc probablement plus élevée.

Cependant, le revenu est étroitement dépendant du maintien de l'activité professionnelle (*tableau 3*). Ramené à la taille du ménage selon les règles classiques (un adulte du ménage compte pour 0,7 et un enfant pour 0,5), le niveau de ressources des homosexuels est plus élevé que celui des autres groupes, mais avec une forte différence entre les deux régions.

Tableau 3.

Pourcentage de sujets ayant un revenu rapporté à la composition du ménage > 1 140 €/mois selon le mode de contamination parmi les consultants ambulatoires en Île-de-France et PACA (N = 863)

	Rapports homo/bisexuels	Usagers de drogues par voie intraveineuse	Rapports hétérosexuels	Autres modes de transmission
Île-de-France	72,8	24,1	17,4	38,3
PACA	43,1	11,6	18,2	45,5

Vie en couple

L'enquête ne portait pas sur la vie sexuelle et affective : seule la composition du ménage a été recueillie. Les personnes séropositives vivent beaucoup moins souvent en couple (44,8 % en Île-de-France et 38,2 % en PACA pour l'ensemble de l'échantillon et 42,6 % et 26,9 % pour les hommes du groupe « homosexuel ») que les personnes de même âge en population générale. Le fait de vivre ou non en couple ne diffère pas en fonction de l'ancienneté de la maladie, alors que la perte d'un conjoint ou compagnon séropositif, ou la difficulté à maintenir ou créer une vie de couple avec l'aggravation de la maladie, pourraient conduire à une telle association. L'absence de données chronologiques sur le moment des unions et des ruptures par rapport à l'histoire de la maladie, ne permet pas de comprendre cette situation : les personnes séropositives étaient-elles déjà plus souvent seules avant la contamination, ont-elles rompu très vite leur union ou ont-elles été abandonnées ou rejetées après le diagnostic sans pouvoir renouer des relations durables ?

Utilisation des dispositifs d'aide sociale et de soutien psychologique

Dès les premières années de l'épidémie, des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour soutenir les personnes atteintes par le VIH/sida aux différentes étapes de la maladie. Des solutions originales (aide à domicile, permanences associatives, activités conviviales, appartement thérapeutique, groupes de soutien etc.) ont été développées souvent à l'initiative et avec une forte implication des associations². L'étude envisageait ainsi l'utilisation des diverses formes de soutien psychologique (psychologue/psychiatre, groupe de soutien, téléphonie sociale), les aides sociales plus lourdes (aide à domicile, logement en appartement de coordination thérapeutique, logement en hôtel) ainsi que l'aide reçue des proches pour les actes de la vie quotidienne.

À l'exception des aides au logement qui concernent principalement les usagers de drogues, les diverses formes d'aides ne sont pas associées aux groupes de transmission (*tableau 4*). Leur utilisation est déterminée par des critères sociaux (emploi, ressources, isolement) et ce d'autant que ces aides sont souvent accordées sous conditions de ressources. Les aides plus lourdes, logement et aide à domicile sont par ailleurs associées à l'aggravation de la maladie (stade sida, invalidité). Ceci est aussi vrai de l'aide reçue des proches dans la vie quotidienne (22 % en Île-de-France et 34 % en PACA). Le niveau élevé de besoins non satisfaits chez des patients dont la maladie est moins avancée (résultats non montrés) peut être interprété comme une inadaptation des dispositifs d'aide à des personnes encore en bonne santé et qui ont préservé une certaine insertion sociale ; ceci alors même que des dispositifs adaptés pourraient prévenir les ruptures sociales s'ils étaient utilisés plus tôt dans la maladie.

² Vaincre Le Sida a été la première association française de lutte contre le sida apportant d'abord de façon bénévole, puis de façon professionnelle, une aide aux personnes atteintes à domicile ; cette aide par des volontaires a également été l'une des premières activités de l'association AIDES.

Tableau 4.
Utilisation des dispositifs de soutien et d'aide sociale parmi les consultants ambulatoires en Île-de-France et PACA (%)

		Ensemble des patients		Homosexuels	
		Recours	Besoin ressenti mais pas de recours	Recours	Besoin ressenti mais pas de recours
Psychiatre/psychologue*	IDF	26,1	14,0	22,1	14,7
	PACA	26,6	18,4	21,5	24,7
Lignes téléphoniques*	IDF	10,0	7,4	10,8	4,3
	PACA	7,3	9,1	5,2	11,8
Réunions de soutien*	IDF	7,5	14,4	11,1	9,0
	PACA	6,2	16,9	8,6	17,8
Aide à Domicile**	IDF	6,9	15,5	9,0	14,1
	PACA	11,1	22,9	10,4	16,8
Appartement de coordination thérapeutique**	IDF	5,8	7,6	1,8	3,4
	PACA	2,5	7,9	0,4	6,6

* Dans les 6 mois, ** entre 1995 et 2001.

Discriminations

Les patients ont également été interrogés sur les discriminations dont ils ont été l'objet au cours des 5 dernières années dans les différentes sphères de la vie sociale. Au total un peu plus d'un tiers des répondants rapportent avoir été victimes d'attitudes de rejet ou de discriminations dans la sphère du travail, de la vie sociale, dans leur entourage ou dans leur vie sexuelle. La fréquence des différents types de discriminations n'est pas associée au groupe de transmission. Les discriminations dans les différents types de relations deviennent plus fréquentes avec l'apparition d'une invalidité qui rend le secret sur la séropositivité plus difficile à maintenir. En revanche, les répondants déclarent peu de discriminations ayant trait à la sphère sexuelle, ce qui tient peut-être à leur désengagement de la vie sexuelle en raison de la maladie.

Confiance et relations avec le médecin et les soignants

Le médecin joue un rôle central dans la prise en charge des personnes atteintes par le VIH/sida, pour toutes les décisions thérapeutiques mais aussi dans l'orientation vers les aides sociales et psychologiques. Ce rôle s'est encore accru depuis que l'efficacité des antirétroviraux a fait de l'infection VIH une maladie chronique, dont le suivi est principalement ambulatoire, les autres soignants, notamment les infirmières, ayant moins de contact avec les personnes atteintes aujourd'hui qu'à l'époque où les hospitalisations étaient fréquentes.

Le sida a engendré, grâce au développement d'une expertise collective des personnes atteintes, des relations médecin-malade rééquilibrées qui laissent plus de place à l'autonomie du patient. Dans leur travail sur l'information des patients en matière d'innovations thérapeutiques, Barbot et Dodier [1] montrent que les

malades homosexuels se situent plutôt dans la posture qu'ils définissent comme un « agencement de postures hétérogènes » : le patient est capable de faire des choix parmi une pluralité de points de vue, celui du médecin n'étant qu'une source d'information parmi d'autres (information associative, témoignages d'autres patients, positions de différents services ou médecins, etc.). Cette position par rapport au savoir spécialisé serait facilitée par la sociabilité homosexuelle, la forte présence de la maladie et la confrontation des expériences permettant à ces hommes séropositifs de se forger une vision propre du savoir médical.

La confiance dans le médecin, le rôle des divers professionnels dans la prise en charge, la satisfaction quant à l'information donnée au cours des consultations sur les traitements, ou la prise en compte des effets secondaires des médicaments, étaient envisagés dans le questionnaire. Les évaluations des patients sont dans l'ensemble très positives. On aurait pu s'attendre à des réponses différentes de la part des malades homosexuels par rapport aux autres patients, plus isolés, moins éduqués, moins informés et, si l'on suit Barbot et Dodier, moins critiques. Or les réponses ne diffèrent pas. Ce sont les patients contaminés par usage de drogues qui se montrent plus modérés dans l'expression d'une évaluation positive.

Conclusion

Les résultats de cette enquête quantitative paraissent atténuer l'idée, pourtant validée par les études qualitatives, selon laquelle les homosexuels masculins séropositifs et les autres groupes de patients auraient des rapports différents à la maladie. Les enquêtes par questionnaire rendent compte d'un éventail plus large de la population d'étude que les recherches par entretien ouvert, qui cherchent plutôt à contraster les individus interrogés pour faire apparaître la trame fine des processus ou des situations. De plus, les enquêtes par entretien sélectionnent, à la différence des enquêtes par questionnaire, des individus qui sont à l'aise à l'oral, et qui souvent souhaitent témoigner à travers l'entretien d'une expérience individuelle, l'inscrire ainsi dans une histoire collective que le chercheur transcrira, ou encore trouver enfin l'occasion d'exprimer à voix haute une expérience intime que le secret a contraint à taire. On trouve une bonne explication de cette différence de méthodologie et de son corollaire en termes de recrutement des personnes enquêtées dans les travaux de Pierret [5]. Dans son étude menée en 1990 sur la vie quotidienne des séropositifs, les patients qui ont été sélectionnés par les médecins se sont trouvés avoir tous une activité professionnelle. Le groupe de malades participant à l'étude présentée ici représente des situations sociales plus diversifiées qui sont absentes des travaux qualitatifs, compte tenu des conditions d'entretien beaucoup moins contraignantes (20 à 30 minutes un jour de consultation et dans un local du service) et d'un contenu plus neutre du questionnaire. Dans son étude plus récente consistant en entretiens répétés avec les personnes traitées par une antiprotéase dans le cadre de la cohorte APROCO, J. Pierret [6] observe que les patients, au-delà de leur biographie, partagent l'histoire commune du « remodelage médical » que représente le traitement par un médicament nouveau et efficace, sans pour autant partager une identité collective de malades infectés par le VIH/sida. Les différents types de carrière identifiés dans cette étude longitudinale – continuer à vivre normalement, apprendre à avoir une vie normale, reprendre une vie normale,

mettre en place la normalisation de sa vie – ne sont pas associés aux modes de vie qui renvoient aux différents groupes de transmission. Trois principes structurent ces carrières : le rapport au travail, le secret et la vie de couple. L'auteur conclut que les traitements actuels tendent à mettre les patients dans un rapport identique et homogène à l'infection VIH. La dimension identitaire de l'expérience homosexuelle de la séropositivité, que les travaux sociologiques décrivent, tendrait donc à s'atténuer.

Les résultats présentés ici vont plutôt dans ce sens. Ils invitent à prendre en compte la dimension sociale tant dans la recherche que dans les actions ciblées en ne surestimant pas les ressources communautaires qui ne sont pas également accessibles sur tout le territoire et à tous les groupes sociaux. La situation sociale relativement meilleure des homosexuels masculins infectés par le VIH/sida tient à des caractéristiques antérieures à la maladie (niveau d'étude, nationalité, parcours professionnel) qui déterminent le niveau d'activité professionnelle et le revenu. Les ressources communautaires ne jouent pas dans ce domaine un rôle majeur. De plus, les homosexuels masculins subissent, comme l'illustre la différence entre les deux régions étudiées, les effets de contexte économique et social général. S'ajoute sans doute à cette différence, sans qu'on ait pu l'appréhender ici, le contexte de vie même des homosexuels masculins, qui différencie l'anonymat et la vie communautaire gay des grandes agglomérations, de l'espace soumis au contrôle social, et souvent homophobe, des villes moyennes ou des régions rurales.

Références bibliographiques

1. Barbot J, Dodier N. L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH. *Sciences Sociales et Santé* 2000 ; 18 (1) : 74-117.
2. Epstein S. Activism, drug regulation, and the politics of therapeutic evaluation in the AIDS era : a case study of ddC and the « surrogate markers » debate. *Social Studies of Science* 1997 ; 27 (5) : 691-726.
3. Obadia Y, Lert F, Marimoutou C, Dray-Spira R, Bouhnik AD. *Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH-sida et les réponses apportées par le système de soins et les services sociaux*. Rapport pour le Commissariat général du Plan, 2001.
4. Pierret J. Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH. *Sciences Sociales et Santé* 1997 ; 15 (4) : 97-120.
5. Pierret J. Vivre avec la contamination par le VIH : contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix. *Sciences Sociales et Santé* 2001 ; 19 (3) : 5-34.
6. Pierret J, et le groupe APROCO. *Vivre avec les multithérapies dans l'infection par le VIH. Analyse longitudinale 1998-2000 dans le cadre de la cohorte APROCO* Paris : CERMES, 2002 : 184 p.
7. Rudelic-Fernandez D, Lert F. *L'information des personnes atteintes par le VIH face aux avancées de la recherche biomédicale*. Rapport CRIPS-Inserm U88, 2001.

Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé

Résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

Brigitte LHOMOND, Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES

« Even when such aspects of [a lesbian's daily] life have been considered, they have been used to show the way her sexuality expresses itself in this non sexual activity. Rarely, for example, has her sexual activity been viewed as something that can be, and is, an expression of other forms of social activity »¹.

John Gagnon, William Simon, 1973

« Le recours des hommes à la violence ou à la menace contre les femmes sert deux objectifs : l'un est d'exclure les femmes de certains domaines ou de restreindre leur champ d'action, l'autre de les obliger à un certain comportement. Les deux interagissent de telle façon qu'aboutir à l'un des objectifs est aider à l'aboutissement de l'autre ».

Jalna Hanmer, 1977

Résumé

À partir des données de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, réalisée en 2000, cet article compare la situation des femmes ayant eu des rapports homosexuels ou étant attirées par les femmes comparées à celle des autres femmes. Ces femmes se situent plutôt dans les catégories socialement favorisées et vivent surtout dans les grandes agglomérations. Plus souvent célibataires, elles ont une vie sexuelle plus diversifiée, commencée plus tôt, avec un plus grand nombre de partenaires, majoritairement des hommes. Elles sont plus souvent fumeuses, rapportent des consommations plus fréquentes d'alcool et surtout d'autres drogues. Elles subissent plus souvent des agressions physiques ou sexuelles. Leur état de santé témoigne d'un mal-être psychologique plus fréquent, notamment des tentatives de suicides plus nombreuses. Ces résultats, dans un domaine inexploré jusqu'alors en France, sont cohérents avec les données de la littérature anglo-saxonne. Ils témoignent des difficultés rencontrées dans des situations qui conjuguent indépendance et marginalité sociales.

Mots clés : femme, homosexualité, hétérosexualité, violence, santé.

¹ « Même quand de tels aspects de la vie [quotidienne des lesbiennes] ont été pris en compte, ils ont été utilisés pour montrer comment c'est la sexualité qui s'exprime dans les activités non sexuelles. Rarement, par exemple, cette activité sexuelle a été perçue comme quelque chose qui peut être, et est, une expression d'autres formes d'activité sociale ».

Peu d'études quantitatives se sont intéressées aux femmes homosexuelles, ou aux femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, même si le nombre de publications, provenant pour l'essentiel des États-Unis, a augmenté ces dernières années. La plupart de ces études sont fondées sur des échantillons non aléatoires : recrutement auprès d'associations ou de lieux commerciaux, de lectrices de journaux, échantillons boules de neige, ce qui limite la généralisation des résultats. Les études qui permettent de comparer ces femmes avec les hétérosexuelles sont encore moins nombreuses. Des données françaises sur le sujet font défaut. Plusieurs éléments peuvent expliquer cet état de fait. Les questions sur l'attraction et les pratiques sexuelles sont rarement posées, en dehors des enquêtes sur la sexualité. L'épidémie de sida a multiplié le nombre d'enquêtes, et si la problématique de l'homosexualité ou de rapports sexuels avec des partenaires de même sexe est aujourd'hui plus présente, c'est quasi exclusivement pour les hommes, pour des raisons épidémiologiques de risque de transmission du VIH. Quand ces questions sont posées, les échantillons, souvent de petites dimensions, limitent les possibilités d'analyse prenant en compte l'orientation sexuelle. La raison la plus profonde, en ce qui concerne l'homosexualité des femmes, semble bien être le désintérêt des sciences sociales et de l'épidémiologie vis-à-vis de cette question, qu'il se manifeste par la non-prise en compte de données disponibles dans les enquêtes, ou par l'oubli de questions sur cette dimension, y compris dans des études relevant du champ de la sexualité, de la reproduction ou de la santé en général. Pourtant plusieurs études étrangères ont montré les risques différentiels pour la santé de ces femmes, ainsi qu'une structuration contrastée de la biographie sexuelle et des modes de vie.

L'objectif de cet article, basé sur l'analyse d'un large échantillon aléatoire, représentatif à l'échelle nationale des femmes adultes, est de montrer comment les dimensions de l'homosexualité considérées dans l'enquête Enveff (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France)² sont associées à des parcours biographiques différenciés, en lien avec des expériences de violences et des difficultés de santé plus fréquentes.

Méthode de l'enquête ENVEFF

La collecte des données

Les données ont été recueillies de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans. La collecte a été effectuée selon la méthode Cati (collecte assistée par téléphone et informatique) par un groupe d'enquêtrices professionnelles.

Les « ménages » éligibles étaient ceux, équipés d'un téléphone fixe, y compris sur liste rouge (à partir de la déclinaison automatique de numéros et un tirage au sort ultérieur), comprenant au moins une femme âgée de 20 à 59 ans et

² L'équipe de recherche Enveff : Maryse Jaspard, démographe, responsable de l'enquête, Elizabeth Brown, démographe, Institut de démographie de l'Université Paris I (Idup) ; Stéphanie Condon, géographe, Jean-Marie Firdion, statisticien, Institut national d'études démographiques (Ined), Annik Houel, psychologue, Université de Lyon II ; Dominique Fougeyrollas-Schwebel, Brigitte Lhomond, Florence Maillochon, Marie-Ange Schiltz, sociologues, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) ; Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, épidémiologiste, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

parlant assez couramment le français. Parmi les femmes qui auraient dû être interrogées, le taux de refus global est estimé à 18 %.

Comparé à la population féminine métropolitaine de même âge décrite par l'enquête Emploi de l'Insee de 1999, l'échantillon présente de légères distorsions dans sa structure par âge, par catégorie socioprofessionnelle, par statut d'activité, et selon leur mode de vie, ce qui nous a conduit à l'application de coefficients de redressement.

Le questionnaire

L'entretien, d'une durée moyenne de 45 minutes, était mené à partir d'un questionnaire fermé, constitué de trois parties. La première recueillait les données sociodémographiques et contextuelles, des éléments de biographie, dont la sexualité, et des informations sur l'état de santé. La deuxième partie portait sur les violences subies lors des douze derniers mois, dans différents contextes de vie : les espaces publics, le milieu de travail ou d'études, le couple, les relations avec un ex-conjoint, la famille d'origine et le cercle des proches, ainsi que les consultations ou visites à domicile. Des faits étaient présentés, qui décrivaient des violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles, par exemple avoir été insultée, ou avoir été giflée ou frappée, sans que les termes de violence ou d'agression soient utilisés. Une troisième partie concernait les violences physiques subies depuis l'âge de 18 ans et les agressions sexuelles subies depuis l'enfance.

L'analyse statistique

Le test du Chi-2 a été utilisé pour comparer les caractéristiques des femmes ayant eu des rapports sexuels avec des femmes, ou ayant déclaré une attirance pour les femmes, à celles des autres femmes. Si nécessaire, le test de comparaison de moyennes a été appliqué (âge au premier rapport sexuel, par exemple). Les différences ont été considérées non significatives (« ns » dans les tableaux) pour un degré de signification p supérieur à 0,05.

Des modèles de régression logistique ont été mis en œuvre afin d'estimer l'intensité de l'association entre l'orientation sexuelle et divers indicateurs de santé ou de violences, tout en ajustant sur les principales caractéristiques qui, différenciant les femmes attirées par les femmes ou ayant eu des rapports homosexuels des autres femmes, seraient susceptibles d'expliquer les différences observées.

Indicateur d'homosexualité : définition et fréquence

Dans l'enquête, deux questions relatives à l'orientation sexuelle ont été posées : l'une sur l'attirance pour d'autres femmes et l'autre sur le fait d'avoir eu des rapports sexuels avec des femmes. L'attirance par les femmes, quel que soit son degré, concerne 4 % des répondantes. Majoritairement, cette attirance pour le même sexe va de pair avec une attirance pour les hommes : 67 % des femmes attirées par les femmes sont surtout attirées par les hommes, 21 % autant par les deux sexes, 8 % surtout par les femmes et 4 % uniquement par les femmes.

Des rapports homosexuels au cours de la vie sont déclarés par 1 % des femmes ayant eu des rapports sexuels et par 0,1 % au cours des douze derniers mois.

Parmi les femmes ayant eu des rapports homosexuels la grande majorité, 93 %, ont eu également des rapports avec des hommes. Les relations homosexuelles sont d'autant plus fréquentes que l'attrance pour les femmes est prépondérante : ainsi 29 % des femmes attirées surtout par des hommes ont eu des rapports homosexuels, 17 % de celles qui sont attirées autant par les deux sexes, 64 % des femmes attirées surtout par des femmes et 89 % des femmes attirées uniquement par des femmes.

Plus des deux tiers (69 %) des femmes ayant une attrance pour les femmes n'ont eu des rapports sexuels qu'avec des hommes. Par ailleurs, 0,1 % des femmes uniquement attirées par des hommes ont eu une femme comme partenaire sexuelle au cours de leur vie.

Les proportions d'attrance et de pratiques homosexuelles sont plus faibles que celles de l'enquête sur les comportements sexuels en France (ACSF) : 7 % des femmes de 18 à 59 ans déclaraient une attrance pour les femmes, 2 % des rapports avec des femmes au cours de la vie et 0,3 % dans les douze derniers mois [32]. Sans doute, outre la thématique différente des deux enquêtes, la place de la question sur l'attrance dans l'enquête Enveff, au début de la partie concernant la vie sexuelle, et précédée d'une introduction précisant la nature « intime » des questions à venir, qui pouvaient « ne pas concerner » la répondante, peut en partie expliquer cette moindre fréquence. Par ailleurs, dans toute enquête, les femmes qui déclarent une attrance ou des pratiques homosexuelles sont celles qui l'assument et sont prêtes à le dire dans un entretien. En ce sens elles représentent la part la plus « affirmée » des femmes concernées.

Aucune question sur l'auto-identification – se considérer lesbienne, bisexuelle ou hétérosexuelle – n'a été posée dans l'enquête ENVEFF. Cette question n'est d'ailleurs quasiment jamais posée dans les enquêtes en population générale en France. Elle semble réservée aux enquêtes sur les homosexuel(le)s, à qui il serait alors légitime de poser cette question, comme s'ils ou elles étaient les seuls à avoir une orientation sexuelle à définir (par exemple, cette question est posée dans les enquêtes Presse gaie, menées en France depuis 1985). Cette question est plus fréquemment utilisée dans les enquêtes en population générale aux États-Unis [1, 4, 10, 14, 16, 22]. Les liens, mais aussi les divergences entre ces trois dimensions, attrance, pratiques et identité, ont été discutés par Stuart Michaels dans l'analyse de l'enquête sur les comportements sexuels aux États-Unis [22]. Dans différentes enquêtes, tant en France que dans les pays anglo-saxons, la majorité des femmes auto-identifiées comme lesbiennes déclarent avoir eu des partenaires hommes au cours de leur vie, voire dans les douze derniers mois, que les enquêtes portent sur des échantillons représentatifs de la population [22] ou sur des populations d'homosexuel-le-s [2, 8, 9]. L'organisation de la vie sexuelle et les changements dans le cycle de vie sont complexes [13] et la pression à l'hétérosexualité est forte, surtout pour les femmes [24].

L'enquête Enveff ne posait pas de question sur l'autodéfinition ou identification des répondantes. De plus, comme la grande majorité des femmes ayant eu des rapports homosexuels ont eu une vie essentiellement hétérosexuelle, y compris au cours des douze derniers mois, il serait inadéquat et abusif de qualifier de lesbiennes, d'homosexuelles ou même de bisexuelles, l'ensemble des femmes qui ont eu des rapports avec des femmes. Le faible nombre de femmes vivant une relation de couple avec une femme au moment de l'enquête (n = 8), ou ayant

eu des relations sexuelles uniquement avec des femmes ($n = 3$) ou encore ayant eu des relations homosexuelles dans l'année écoulée ($n = 5$) ne permet pas de les distinguer comme sous-groupe.

Pour cet article, un indicateur d'orientation sexuelle a été construit à partir des deux questions disponibles. Trois modalités sont distinguées : 1) les femmes ayant eu au moins une femme comme partenaire sexuelle au cours de leur vie, quelle que soit leur attirance, qui représentent 1,2 % de l'échantillon analysé ($n = 78$) ; 2) les femmes ayant déclaré une attirance pour les femmes et n'ayant eu que des partenaires hommes, soit 2,4 % ($n = 160$) ; 3) les femmes attirées uniquement par des hommes et ayant eu uniquement des partenaires hommes, soit 96,4 % ($n = 6 172$). Ainsi l'échantillon de la présente analyse comprend 6 410 femmes ayant eu des rapports sexuels et qui ont donné l'information sur le sexe de leurs partenaires.

Éléments sociodémographiques

La distribution de l'âge n'est pas significativement différente entre les trois groupes (*tableau 1*). En revanche, les femmes qui ont eu des rapports homosexuels et, dans une moindre mesure, les femmes attirées par les femmes habitent plus souvent les grandes agglomérations et notamment la région parisienne. Elles sont plus souvent célibataires. Les femmes qui ont eu des rapports avec des femmes vivent plus souvent en couple non cohabitant ou n'ont pas de relation de couple ; elles sont aussi beaucoup plus souvent sans enfant que l'ensemble des femmes ayant eu des rapports hétérosexuels, quelle que soit leur attirance. Les femmes ayant eu des rapports homosexuels et les femmes attirées par les femmes ont plus fréquemment un niveau d'études élevé et exercent une profession de cadre, supérieur ou moyen. Pourtant, leur origine sociale, mesurée par la profession de leur père et de leur mère, n'est pas significativement différente. Leur statut d'emploi n'est pas différent de celui des autres femmes. Ces résultats sont proches de ceux d'enquêtes sur les comportements sexuels, tant en France, en Europe qu'aux États-Unis, en particulier en ce qui concerne les différences selon le lieu de résidence, le niveau d'études et le fait d'être célibataire [25, 31, 33] Cette sur-représentation des femmes qui ont eu des rapports homosexuels dans la catégorie des urbaines les plus diplômées, moins inscrites dans les institutions sociales de l'hétérosexualité (mariage et maternité), peut se comprendre comme un effet d'un environnement moins contraignant qui autoriserait plus facilement les relations homosexuelles. On peut aussi envisager que des pratiques homosexuelles entraîneraient des choix de vie où les pressions sociales et normatives sont moins fortes. Enfin, il est possible que certaines pratiques ou sentiments minoritaires soient plus dicibles quand la position est plus élevée dans l'échelle sociale.

Éléments de la biographie sexuelle

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels et, dans une moindre mesure, celles attirées par les femmes, ont débuté leur vie sexuelle plus tôt que les autres femmes (*tableau 2*). L'âge moyen au premier rapport est de 16,8 ans pour celles qui ont eu des rapports homosexuels, 17,8 pour celles qui déclarent une attirance homosexuelle et 18,5 ans pour les autres femmes. Cette relative précocité a déjà

Tableau 1.
Caractéristiques sociales et démographiques des femmes selon les pratiques et l'attrance sexuelles

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
Âge					
20-24 ans	16,0	9,2	10,3		
25-34 ans	26,9	28,6	27,7	ns	ns
35-44 ans	29,7	26,9	27,9		
45-59 ans	27,4	35,3	34,1		
Agglomération					
Rural	11,3	22,9	29,3		
< à 5 000 habitants	9,4	0,9	6,2		
5 000 à 19 999 habitants	9,1	10,4	11,0	p < 0,001	p < 0,01
20 000 à 199 999 habitants	11,7	16,6	17,8		
200 000 et plus	22,0	25,6	18,9		
Région parisienne	36,5	23,6	16,8		
État civil					
Célibataire	65,6	41,4	30,4		
Mariée	22,2	50,7	57,8	p < 0,001	p < 0,05
Divorcée séparée	9,0	5,3	8,5		
Veuve	3,3	2,6	3,2		
Être en couple actuellement					
Pas de relation de couple actuelle	34,2	22,3	19,6		
Couple cohabitant	42,2	65,7	71,9	p < 0,001	ns
Couple non cohabitant	23,6	12,0	8,5		
Sans enfant					
	55,1	29,9	24,0	p < 0,001	ns
Niveau de diplôme					
Aucun	2,8	7,3	9,6		
Premier degré	21,6	22,4	32,8	p < 0,01	p < 0,001
Deuxième degré	31,8	28,2	30,4		
Supérieur	43,8	42,2	27,1		
PCS					
Agricultrices	1,0	0,0	1,1		
Artisanes		1,4	2,9		
Commerçantes	0,0				
Cadres supérieures	24,5	10,6	6,8		
Professions intermédiaires	28,2	23,4	14,9		
Employées	22,7	28,3	36,1	p < 0,001	p < 0,01
Ouvrières	4,2	5,6	9,2		
Retraitées	0	0,4	1,4		
Autres inactives	19,4	30,2	27,6		
Statut d'emploi					
Active occupée	71,9	64,8	62,2		
Chômage	11,1	7,5	10,0	ns	ns
Autres inactives	17,1	27,7	27,8		

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{re} et 3^e colonnes.

S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes hétérosexuelles attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

été observée auprès des jeunes en France [21] ainsi que pour les adultes dans divers pays d'Europe [31]³. Cette entrée dans la sexualité, qui se fait très majoritairement avec un homme, se fait moins souvent, pour les femmes attirées par les femmes, par un rapport qu'elles souhaitent. Qu'elles aient eu des rapports homosexuels ou, dans une moindre mesure, qu'elles soient attirées par les femmes, leur premier partenaire est plus souvent un homme dont elles n'étaient pas amoureuses, voire un homme qu'elles venaient juste de rencontrer. Alors que près de la moitié des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par des hommes, 47 %, ont eu leur premier rapport avec leur conjoint ou futur conjoint, c'est le cas pour seulement 31 % des femmes attirées par les femmes, et pour 10 % de celles ayant eu des rapports homosexuels. Parmi ces dernières, 19 % ont eu leur premier rapport sexuel avec une femme.

Le nombre de partenaires au cours de la vie est plus élevé pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, et aussi, avec une moindre amplitude, pour celles déclarant une attirance pour les femmes : respectivement 36 % et 16 % d'entre elles ont eu plus de 10 partenaires comparé à 5 % des autres femmes. Alors que 38 % de ces dernières n'ont eu qu'un seul partenaire, le quart des femmes attirées par les femmes sont dans cette situation. Aucune femme ayant eu des rapports homosexuels n'a eu qu'un-e seul-e partenaire ; en effet, les femmes ayant eu uniquement des rapports avec des femmes ont toutes eu plus d'une partenaire et les autres sont nécessairement multi-partenaires, ayant eu des rapports avec au moins un homme et une femme. De même, au cours de l'année écoulée, le pourcentage de femmes ayant eu plus d'un partenaire est plus élevé chez les femmes ayant eu des rapports homosexuels (14 %), chez celles qui sont attirées par les femmes (7 %), que chez les autres femmes (3 %).

De manière générale, la précocité sexuelle est fortement corrélée au nombre de partenaires [5]. Quand on prend en compte l'orientation sexuelle, 16 % des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, ayant eu leur premier rapport avant quinze ans, ont eu plus de 10 partenaires, 3 % quand le premier rapport a eu lieu entre 19 et 24 ans, et aucune quand ce premier rapport a eu lieu après 24 ans. En revanche, parmi les femmes qui ont eu des rapports avec des femmes, la part de celles qui ont eu plus de 10 partenaires, un peu plus d'un tiers, varie peu selon l'âge au premier rapport, lorsque celui-ci a eu lieu avant 25 ans. Ce même phénomène se retrouve avec une moindre amplitude pour les femmes attirées par les femmes : la proportion de celles qui ont eu plus de 10 partenaires au cours de leur vie, de l'ordre de 15 %, est assez stable, quel que soit l'âge au premier rapport avant 25 ans. Les femmes ayant eu des rapports homosexuels et celles attirées par les femmes ont eu aussi un plus grand nombre de relations de couple de plus de 6 mois.

Les femmes qui ont eu des partenaires des deux sexes au cours de leur vie, c'est-à-dire la très grande majorité des femmes ayant eu des rapports homosexuels, ont eu un nombre plus élevé de partenaires hommes que femmes. Ainsi, alors que la moitié d'entre elles n'ont eu qu'une seule partenaire, les trois quarts ont eu au moins trois partenaires hommes. La vie sexuelle des femmes ayant

³ Théo Sandfort, comparant les résultats d'enquêtes sur la sexualité dans divers pays européens, montre que l'expérience homosexuelle est liée à un âge plus précoce au premier rapport pour les femmes. Ainsi, dans l'enquête ACSF en France, 5 % des femmes ayant eu leur premier rapport avant 17 ans ont eu des rapports homosexuels, au lieu de 2 % des femmes ayant eu leur premier rapport à 17 ans ou plus tard.

eu des rapports avec des femmes est donc principalement hétérosexuelle, avec un multi-partenariat masculin fréquent.

On retrouve ces mêmes éléments, plus grand nombre de partenaires au cours de la vie et de l'année écoulée, prépondérance des partenaires hommes pour les femmes ayant eu des partenaires des deux sexes, dans les enquêtes récentes sur la sexualité, tant en France qu'aux États-Unis [22, 25].

Tableau 2.
Éléments de la biographie sexuelle des femmes selon les pratiques et l'attirance sexuelles

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
Âge moyen au premier rapport					
Moyenne (années)	16,8	17,8	18,5	p < 0,001	ns
Âge au premier rapport sexuel					
14 ans ou moins	8,1	6,2	2,6		
15-16 ans	32,2	13,6	14,2		
17-18 ans	37,7	37,1	42,3	p < 0,001	p < 0,05
19-24 ans	17,7	41,7	37,9		
25 ans ou plus	4,4	1,4	3,2		
Le 1^{er} rapport était...					
Souhaité	79,5	76,4	85,4		
Non souhaité mais accepté	19,1	19,8	13,3	ns	p < 0,01
Forcé	1,5	3,8	1,3		
Le 1^{er} partenaire était...					
Le conjoint ou futur conjoint	9,6	31,5	47,2		
Qq'un dont vous étiez amoureuse	59,0	49,4	43,4		
Qq'un de connu dont vous n'étiez pas amoureuse	24,6	13,3	6,6	p < 0,001	p < 0,001
Qq'un juste rencontré	6,8	5,7	2,5		
Autre	0	0	0,4		
Nombre de partenaires vie					
Un	0	25,3	38,1		
Deux ou trois	16,8	17,7	30,0	p < 0,001	p < 0,001
Quatre à dix	46,8	41,2	26,9		
Plus de dix	36,4	15,8	5,0		
Nombre de partenaires 12 mois					
Aucun	13,9	12,1	11,0		
Un	71,7	81,2	86,1		
Deux	9,9	5,0	2,1	p < 0,001	p < 0,05
Trois ou plus	4,5	1,8	0,7		

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{re} et 3^e colonnes.

S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes hétérosexuelles attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

Contraception, santé sexuelle et reproductive

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels sont beaucoup plus nombreuses à n'avoir aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête, 40 %, que les femmes hétérosexuelles attirées ou non par les femmes, 19 % (*tableau 3*). C'est surtout la pilule qui est moins utilisée : 26 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels la prennent, 34 % des femmes attirées par les femmes et 42 % des autres femmes. La part des utilisatrices du stérilet est légèrement inférieure pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels. Le préservatif, comme contraceptif actuel, est plus souvent utilisé par les femmes attirées par les femmes, 17 %, au lieu de 9 % pour les femmes attirées uniquement par les hommes⁴. L'utilisation des préservatifs comme contraceptif au cours de la vie est également plus fréquente pour les femmes qui déclarent une attirance homosexuelle, 72 %, ou des rapports homosexuels, 66 %, que pour les autres femmes, 53 %.

L'usage du préservatif à un moment quelconque de la relation actuelle comme protection vis-à-vis du VIH est un peu plus fréquent pour les femmes qui ont eu des rapports homosexuels, 25 %, que pour les deux autres groupes de femmes mais la différence n'est pas significative. La pratique du test de dépistage des anticorps anti-VIH a été plus souvent réalisée par les femmes ayant eu des rapports homosexuels, et plus souvent de façon répétée. Ainsi, pratiquement un quart d'entre elles, 24 %, ont effectué trois tests ou plus, au lieu de 12 % des femmes attirées uniquement par les hommes⁵. Globalement, la pratique de ce test n'est pas différente pour les femmes attirées par les femmes et pour les femmes attirées uniquement par les hommes.

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels sont nettement moins nombreuses que les autres femmes à avoir été enceintes, elles sont d'ailleurs plus nombreuses à ne pas avoir d'enfant (*tableau 1*). Parmi celles qui l'ont été, elles sont plus nombreuses que les femmes attirées uniquement par les hommes à avoir pratiqué une interruption volontaire de grossesse (IVG) : 49 % au lieu de 20 %. Alors que le pourcentage de femmes ayant été enceintes est voisin, les femmes attirées par les femmes ont également une fréquence plus élevée d'IVG, 36 %, que les femmes attirées par les hommes.

La fréquence d'infections sexuellement transmissibles au cours de la vie est significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, 25 %, et pour celles attirées par les femmes, 14 %, que pour les autres femmes, 9 %. Pour l'ensemble des femmes ces infections sont en très grande majorité des mycoses puis, moins fréquemment, des infections par le virus de l'herpès.

⁴ Pour l'ensemble des femmes, l'utilisation du préservatif comme contraceptif actuel est d'autant plus fréquente que le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois augmente : 9 % pour les femmes ayant eu un seul partenaire, 18 % pour celles qui en ont eu 2, et 25 % pour celles qui en ont eu 3 ou plus.

⁵ Pour une analyse plus détaillée de la pratique du test et de l'usage du préservatif dans l'enquête Enveff, on peut se reporter au rapport de Marie-Ange Schiltz, Maryse Jaspard et l'équipe Enveff « Femmes et VIH », ANRS, 2002.

Tableau 3.
Contraception, santé sexuelle et reproductive selon les pratiques et l'attirance sexuelles

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
Contraception actuelle*					
Pilule	25,5	34,5	41,8		
Stérilet	15,2	19,6	17,8		
Préservatif	10,0	16,7	9,5	p < 0,001	ns
Autre méthode	8,9	10,5	12,2		
Aucune méthode contraceptive	40,3	18,7	18,7		
Préservatif comme contraception au cours de la vie	66,5	71,9	52,7	p < 0,05	p < 0,001
Préservatif comme protection contre le VIH dans la relation actuelle**	25,0	18,7	17,2	ns	ns
Pratique du test de dépistage du VIH au cours de la vie					
Jamais	28,5	45,7	46,4		
Une fois	30,9	24,1	27,8		
Deux fois	16,9	12,2	14,1	p < 0,01	ns
Trois fois ou plus	23,7	18,0	11,7		
Avoir été enceinte au cours de la vie	54,1	82,6	78,9	p < 0,001	ns
Avoir fait une IVG***	49,0	36,4	19,7	p < 0,001	p < 0,001
Infection sexuellement transmissible au cours de la vie	24,6	14,3	9,3	p < 0,001	p < 0,05

* Parmi les femmes non ménopausées ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

** Au moins à un moment de la relation, parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

*** Parmi les femmes ayant été enceintes.

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{re} et 3^e colonnes.

S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

Ces éléments qui caractérisent les femmes ayant eu des rapports homosexuels – moindre contraception actuelle, usage plus fréquent du préservatif comme contraceptif au cours de la vie, recours plus fréquent au test de dépistage du VIH, à l'IVG, infections sexuellement transmissibles plus fréquentes – sont à mettre en rapport avec certaines caractéristiques de leur vie sexuelle, notamment l'âge plus précoce au premier rapport et le plus grand nombre de partenaires hommes. Lorsqu'on ajuste sur l'âge, le niveau d'études, la taille d'agglomération,

la situation de couple, l'âge au premier rapport et le nombre de partenaires, le fait d'avoir effectué un test de dépistage du VIH, ainsi que d'avoir fait une IVG, n'est pas plus fréquent pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels. De même, la fréquence de l'usage du préservatif comme contraception au cours de la vie devient identique que les femmes aient eu des rapports homosexuels ou non. En revanche, la prise en compte de ces caractéristiques ne modifie pas le fait que les femmes ayant eu des rapports homosexuels utilisent moins souvent une méthode contraceptive actuellement et qu'elles ont un risque plus élevé d'avoir eu des infections sexuellement transmissibles. Le risque accru d'infections sexuellement transmissibles pour les femmes attirées par les femmes n'est plus significatif après ajustement sur ces caractéristiques.

Éléments de sociabilité actuelle

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels et celles attirées par les femmes ont une sociabilité plus diverse. Elles sont en général plus nombreuses à pratiquer des activités de loisirs en groupe et à sortir seule le soir, quelle qu'en soit la raison (*tableau 4*). La participation à des associations est plus fréquente pour les femmes attirées par des femmes, ce qui n'est pas le cas pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels. Les différences observées sont certes liées à leur mode de vie. Lorsqu'on prend en compte simultanément l'âge, le niveau d'études, la taille de l'agglomération, la vie en couple et le fait d'avoir des enfants, les différences observées persistent uniquement en ce qui concerne les sorties seule le soir, en particulier pour aller au cinéma ou au spectacle ainsi que pour aller au restaurant ou dans un bar.

Les femmes qui ont eu des rapports homosexuels, ainsi que celles qui sont attirées par les femmes, parlent plus souvent que les autres de leurs problèmes personnels à des amis ou des connaissances. Le conjoint est l'interlocuteur privilégié pour l'ensemble des femmes mais celles ayant une attirance pour les femmes sont un peu moins nombreuses à le choisir comme confident. En revanche, elles parlent plus souvent avec des professionnels de santé, qu'elles consultent d'ailleurs plus fréquemment quand ils sont spécialisés en santé mentale (voir *tableau 7*).

Consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels sont beaucoup plus souvent fumeuses que les femmes attirées par les hommes, 50 % au lieu de 29 % (*tableau 5*). Le pourcentage de fumeuses n'est pas significativement plus élevé parmi les femmes attirées par les femmes, 34 %, que parmi les femmes attirées par les hommes. Les femmes ayant eu des rapports homosexuels et celles attirées par les femmes sont plus nombreuses à avoir consommé beaucoup d'alcool à l'occasion de fêtes, de moments difficiles – particulièrement pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels – ou à avoir ressenti le besoin de diminuer leur consommation au cours des 12 derniers mois. Ces résultats concernant la consommation de tabac et d'alcool ont été observés par plusieurs études, aussi bien auprès des jeunes que chez les adultes [1, 4, 10, 16, 30, 33].

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels et celles attirées par les femmes sont aussi beaucoup plus nombreuses à avoir consommé du cannabis ou

Tableau 4.
Éléments de sociabilité selon les pratiques et l'attrance sexuelles

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
Pratique d'une activité sportive, de loisir ou culturelle, en groupe					
Non	49,2	56,7	62,2	p < 0,001	p < 0,01
Une seule	21,9	21,2	25,1		
Plusieurs	28,9	22,1	12,7		
Participation à une association					
Non	78,1	70,2	81,6	ns	p < 0,01
Une seule	18,4	22,6	13,6		
Plusieurs	3,5	7,2	4,8		
Sortir seule le soir, au cours du dernier mois					
Pour rejoindre des amis	62,8	50,8	38,0	p < 0,001	p < 0,01
Pour aller au cinéma ou spectacle	38,2	35,7	19,6	p < 0,001	p < 0,001
Pour aller dans un bar ou restaurant	29,2	21,6	11,4	p < 0,001	p < 0,001
Pour aller à une réunion d'association	26,2	32,3	24,8	ns	p < 0,05
Sans raison particulière	65,6	42,6	32,7	p < 0,001	p < 0,01
En cas de problèmes personnels, se confier à :					
Conjoint ou ami/e*	81,6	82,2	88,6	ns	p < 0,05
Personnes de la famille	58,6	63,8	66,5	ns	ns
Amis	81,5	80,2	63,8	p < 0,01	p < 0,001
Religieux	7,9	7,6	7,0	ns	ns
Professionnel médical ou social	31,8	49,0	26,8	ns	p < 0,001
Autres personnes	14,8	14,9	7,9	p < 0,05	p < 0,01

* Pour les femmes qui ont une relation de couple actuellement.

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{re} et 3^e colonnes.

S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes hétérosexuelles attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

d'autres drogues, tant au cours de leur vie que durant la dernière année ; ces consommations concernent plus souvent les femmes ayant eu des rapports homosexuels que celles qui ont déclaré une attrance pour les femmes. Parmi les autres drogues, c'est essentiellement pour le LSD, la cocaïne et l'ecstasy, substances le plus souvent citées par les répondantes, qu'on observe les plus grandes différences. Par exemple, 10 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels ont pris du LSD au cours de leur vie, et 7 % de la cocaïne, au lieu de respectivement 0,4 % et 0,5 % des femmes attirées uniquement par les hommes. Plusieurs études nord-américaines montrent que l'utilisation de marijuana et de cocaïne est plus fréquente pour les femmes homosexuelles que dans la population générale [4, 27].

Tableau 5.
Consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances selon l'attriance et les rapports homosexuels

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
Consommation de tabac					
Fumeuses	49,5	33,8	29,2	p < 0,001	ns
Alcool dans les 12 mois					
Boire beaucoup à l'occasion d'une fête	61,0	32,0	19,0	p < 0,001	p < 0,001
Boire beaucoup à l'occasion de moments difficiles	13,6	5,3	2,5	p < 0,001	p < 0,05
Avoir ressenti le besoin de diminuer la consommation d'alcool	15,7	13,8	3,8	p < 0,001	p < 0,001
Consommation de cannabis					
Dans les 12 mois	29,0	14,5	3,0	p < 0,001	p < 0,001
Au cours de la vie	63,6	35,9	10,7	p < 0,001	p < 0,001
Consommation d'autres drogues*					
Dans les 12 mois	3,1	1,5	0,2	p < 0,001	p < 0,01
Au cours de la vie	13,2	7,3	1,4	p < 0,001	p < 0,001

* Questions distinctes pour les substances suivantes : ecstasy ; amphétamines ; cocaïne ; LSD, acide, champignon hallucinogène ; médicaments détournés de leur usage (coupe-faim, codéine...) ; des produits à inhaler (éther, colle, solvants) ; autres substances (crack, héroïne, opium, par exemple).

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{re} et 3^e colonnes. S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

Si l'usage de drogues, tant de cannabis que d'autres drogues, est plus fréquent chez les plus jeunes, quelle que soit leur orientation sexuelle, il faut noter que chez les femmes ayant eu des rapports homosexuels, avoir fumé du cannabis dans sa vie reste une expérience majoritaire quel que soit l'âge : alors que 94 % de ces femmes de 20 à 25 ans en ont consommé, elles sont encore une majorité, 53 %, chez celles qui ont plus de 45 ans ; ces pourcentages sont respectivement de 25 % et 3 % chez les femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes.

Violences subies au cours de la vie et des 12 derniers mois

Les femmes qui déclarent des rapports homosexuels ou une attriance pour les femmes sont plus nombreuses à avoir eu des conditions d'enfance ou d'adolescence difficiles : elles ont plus souvent subi des sévices ou des coups répétés, respectivement 9 % et 11 % au lieu de 4 % pour les autres femmes. Elles ont aussi, notamment les femmes ayant eu des rapports homosexuels, plus souvent constaté de graves tensions ou un climat de violence entre leurs parents, 40 %

et 20 % au lieu de 15 %. De même, elles ont eu plus souvent un grave conflit avec leurs parents, 24 % et 18 % au lieu de 8 %. D'ailleurs, elles ont quitté plus fréquemment le domicile de leurs parents à la suite d'un conflit, respectivement 22 % et 13 % au lieu de 6 %.

Les violences au cours des douze derniers mois

Les femmes qui ont eu des rapports avec des femmes et, dans une moindre mesure, celles qui déclarent une attirance pour les femmes, sont plus souvent victimes de violences : ainsi, au cours des 12 derniers mois, 47 % des premières et 38 % des secondes ont subi des insultes, pour 22 % des autres femmes ; de même, 26 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels ont subi des atteintes sexuelles (pelotage, être suivie, avoir été confrontée à un exhibitionniste ou avoir subi des avances sexuelles non désirées) pour 9 % des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par des hommes (*tableau 6*). Quand elles ont eu des rapports homosexuels, elles sont plus souvent victimes d'agressions physiques (giffes, coups, brutalités physiques, menace avec arme ou tentative de meurtre) : 22 % au lieu de 4 % des femmes hétérosexuelles attirées par les hommes. En revanche, les fréquences d'agressions sexuelles (attouchements sexuels, tentatives de viol et viols), bien que légèrement supérieures, ne sont pas significativement différentes.

Si l'on analyse dans quels cadres ces violences sont survenues au cours des 12 derniers mois, les tendances suivantes se dégagent. Dans les espaces publics, alors que la fréquence des agressions physiques n'est pas significativement différente selon l'attirance et les pratiques sexuelles, de 1 % à 3 %, les atteintes sexuelles (surtout le fait d'être suivie et les pelotages) sont beaucoup plus fréquentes pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, 22 %, que pour les femmes hétérosexuelles attirées par les hommes, 8 %. Au travail, 7 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels ont subi des agressions physiques et 11 % des atteintes sexuelles ; pour respectivement 1 % et 2 % des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes. Les différences sont essentiellement observées pour les avances sexuelles non désirées. Dans la famille ou le cercle des amis, où ces agressions concernent moins de 1 % des femmes, aucune variation n'est observée selon l'orientation sexuelle. Dans le couple, les agressions physiques sont plus fréquentes pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, 12 %, au lieu de 2 % des femmes attirées uniquement par les hommes ; la fréquence des agressions sexuelles est également plus élevée, 4 %, au lieu de 1 %. Parmi le petit nombre de femmes en couple avec une femme, aucune ne déclare des agressions physiques ou sexuelles de la part de sa compagne.

Dans le cadre de leur relation de couple actuelle avec un homme, les femmes ayant eu des rapports homosexuels ainsi que celles attirées par les femmes sont plus nombreuses à déclarer qu'elles en sont elles-mêmes venues aux mains lors de disputes, respectivement 6 % et 4 %, que les autres femmes, 1 %. De même, elles sont plus nombreuses à déclarer qu'il leur est arrivé de gifler ou frapper un adulte au cours des 12 derniers mois, respectivement 5 % et 4 %, que les autres femmes, 2 %. Ces femmes semblent faire preuve d'un comportement un peu plus agressif, soit qu'elles reconnaissent plus facilement leur propre agressivité, soit qu'elles fassent preuve d'une plus grande capacité à l'agir.

Les violences au cours de la vie

La fréquence des violences physiques depuis l'âge de 18 ans est très supérieure chez les femmes qui ont eu des rapports homosexuels : 42 % en ont été victimes, ainsi que chez les femmes attirées par les femmes : 31 % d'entre elles en ont subi, au lieu de 17 % des autres femmes (*tableau 6*). Ce sont essentiellement des coups et brutalités physiques. De manière générale, les auteurs d'agressions physiques sont principalement des hommes : 84 % des victimes de brutalités physiques ont été agressées par un homme, 93 % pour les tentatives de meurtre, quelle que soit leur orientation sexuelle⁶.

Si les femmes ayant eu des rapports homosexuels ou celles attirées par des femmes ont été plus souvent victimes de violences dans presque tous les cadres de vie, c'est surtout dans le couple – où la fréquence est la plus élevée pour toutes les femmes – que les différences sont le plus prononcées. Ainsi, 26 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels et 19 % des femmes attirées par des femmes ont été victimes de la violence physique d'un conjoint au lieu de 9 % des autres femmes.

Les agressions sexuelles sur l'ensemble de la vie, toujours commises par des hommes, sont également beaucoup plus fréquentes pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels ou une attirance pour les femmes. Le quart d'entre elles, environ, en ont été victimes au lieu de 11 % des autres femmes. Les attouchements sexuels, qui ont eu lieu principalement dans l'enfance, ont été imposés plus fréquemment aux femmes qui déclarent une attirance pour les femmes (16 % d'entre elles en ont été victimes pour 5 % des femmes attirées uniquement par les hommes). Celles qui ont eu des rapports homosexuels et celles qui déclarent une attirance pour les femmes sont, en moyenne, deux fois plus nombreuses à avoir subi des viols et trois fois plus nombreuses à avoir subi des tentatives de viol⁷.

Cette différence dans la fréquence des agressions sexuelles se retrouve dans les différents cadres de vie. Par exemple, 14 % des femmes attirées par les femmes ont subi des agressions sexuelles dans les espaces publics au lieu de 5 % des femmes hétérosexuelles attirées par les hommes. Parmi les femmes ayant eu des relations homosexuelles, 9 % ont été victimes d'agressions sexuelles de la part d'un conjoint pour 2 % des femmes attirées uniquement par les hommes.

Plusieurs auteurs montrent que la fréquence des abus sexuels dans l'enfance est élevée parmi les femmes homosexuelles [18, 26, 28]. Nos résultats sont plus nuancés. Si les agressions sexuelles subies dans l'enfance ou l'adolescence sont plus fréquentes pour les femmes attirées par les femmes, la différence n'est pas significative pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels. Pour ces dernières, la fréquence des agressions sexuelles après 18 ans est beaucoup plus élevée : 15 % au lieu de 5 % pour les femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes.

⁶ Quand les agressions physiques sont commises par une femme, il s'agit de la mère ou belle-mère de la victime dans le plus grand nombre de cas.

⁷ On retrouve ce même phénomène dans l'enquête ACSF sur les comportements sexuels en France : 10 % des femmes de 18 à 59 ans sexuellement attirées par des femmes, et 12 % des femmes ayant eu des relations sexuelles avec des femmes ont subi des rapports sexuels contraints au cours de leur vie pour 4 % des autres femmes (chiffres non publiés, Lhomond et Michaels, données personnelles).

Tableau 6.
Violences physiques et sexuelles subies selon les pratiques homosexuelles et l'attrance

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
Violences au cours des 12 mois					
Insultes	47,0	38,2	21,7	p < 0,001	p < 0,001
Atteintes d'ordre sexuel*	26,4	14,2	9,3	p < 0,001	ns
Agressions physiques	21,8	6,1	4,0	p < 0,001	ns
Agressions sexuelles	3,3	2,5	1,1	ns	ns
Agressions physiques ou sexuelles	22,2	8,3	4,7	p < 0,001	p < 0,05
Violences au cours de la vie (inclus les 12 derniers mois)					
Agressions physiques depuis 18 ans	41,5	30,8	17,4	p < 0,001	p < 0,001
Coups et brutalités physiques	39,9	28,0	14,9	p < 0,001	p < 0,001
Tentatives de meurtre	7,7	10,1	5,3	ns	p < 0,05
Agressions sexuelles depuis l'enfance	24,6	27,3	11,1	p < 0,001	p < 0,001
Attouchements sexuels	9,4	16,3	5,4	ns	p < 0,001
Tentatives de viol	15,4	14,1	5,8	p < 0,001	p < 0,001
Viols	6,9	5,2	2,8	p < 0,05	ns
Agressions sexuelles avant 15 ans	6,3	13,2	4,1	ns	p < 0,001
Agressions sexuelles avant 18 ans	8,8	16,7	6,0	ns	p < 0,001
Agressions sexuelles après 18 ans	15,1	10,6	5,0	p < 0,001	p < 0,01
Agressions physiques ou sexuelles	56,4	46,2	23,8	p < 0,001	p < 0,001

* Les atteintes d'ordre sexuel comprennent le fait d'avoir été suivie, d'avoir été confrontée à un exhibitionniste ou d'avoir subi des « pelotages » ainsi que des avances sexuelles non désirées au travail au cours des 12 derniers mois.

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{re} et 3^e colonnes.

S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes hétérosexuelles attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

Globalement, 22 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels et 8 % des femmes attirées par les femmes ont subi des agressions physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois au lieu de 5 % des autres femmes. Environ la moitié des femmes ayant eu des relations avec des femmes ou étant attirées par elles ont subi des agressions physiques ou sexuelles dans leur vie alors que moins d'un quart des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par des hommes en ont été victimes.

Certaines caractéristiques sociodémographiques, de biographie sexuelle et de mode de vie liées à l'orientation sexuelle sont associées à des fréquences plus

Tableau 7.
Associations entre les agressions physiques ou sexuelles et les pratiques et attirance sexuelles : odds ratios bruts et ajustés

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels		Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes		Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes
Agressions physiques au cours des 12 mois					
Bruts	6,8	(3,8-11,9)	1,6	(0,8-3,1)	1
Ajustement 1	5,6	(3,1-10,0)	1,5	(0,8-3,1)	1
Ajustement 2	4,0	(2,2-7,3)	1,4	(0,7-2,7)	1
Ajustement 3	3,5	(1,9-6,6)	1,2	(0,6-2,5)	1
Agressions physiques depuis 18 ans					
Bruts	3,4	(2,1-5,4)	2,1	(1,5-3,0)	1
Ajustement 1	2,9	(1,8-4,6)	2,1	(1,4-3,0)	1
Ajustement 2	1,7	(1,0-2,8)	1,6	(1,1-2,4)	1
Ajustement 3	1,4	(0,9-2,4)	1,5	(1,0-2,2)	1
Agressions sexuelles au cours de la vie					
Bruts	2,6	(1,5-4,5)	3,0	(2,1-4,4)	1
Ajustement 1	2,0	(1,2-3,5)	2,7	(1,8-3,9)	1
Ajustement 2	1,2	(0,6-2,0)	2,2	(1,5-3,3)	1
Ajustement 3	0,9	(0,5-1,6)	1,9	(1,3-2,8)	1

L'ajustement 1 inclut l'âge des femmes, leur niveau d'études, leur statut matrimonial et la taille d'agglomération où elles résident.

L'ajustement 2 inclut, outre les variables de l'ajustement 1, l'âge au premier rapport sexuel et le nombre de partenaires au cours de la vie.

L'ajustement 3 inclut, outre les variables de l'ajustement 2, l'usage de cannabis ou d'autres drogues au cours des 12 derniers mois pour les agressions des 12 derniers mois et l'usage de cannabis ou d'autres drogues au cours de la vie en ce qui concerne les agressions au cours de la vie.

élevées de violences, comme nous l'avons montré par ailleurs [19]. La prise en compte simultanée de l'âge, du niveau d'études, du statut matrimonial et de la taille d'agglomération, puis de l'âge au premier rapport sexuel et du nombre de partenaires, et enfin de l'usage du cannabis ou d'autres drogues explique une partie des différences dans la fréquence des violences entre les femmes ayant eu des rapports homosexuels ou ayant déclaré une attirance pour les femmes et les autres, comme le montre la diminution des *odds ratios*⁸ (tableau 7). Néanmoins, la différence dans la fréquence des agressions physiques au cours des 12 derniers mois reste importante : ainsi le risque de ces violences est multiplié par 3 pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels tandis qu'il n'est pas significativement accru pour les femmes attirées par les femmes. En ce qui concerne les agressions physiques depuis l'âge de 18 ans, la différence n'est

⁸ L'*odds ratio* est un indicateur statistique permettant de quantifier l'association entre deux variables – par exemple, un indicateur de violence et un indicateur d'homosexualité. Il donne une mesure comparée du risque : si on fixe à 1 le risque d'agressions physiques au cours des 12 derniers mois pour les femmes qui déclarent n'être attirées que par les hommes, le risque est estimé à 6,8 pour les femmes qui ont eu des rapports avec des femmes et à 1,6 pour les femmes qui sont attirées par les femmes. Si la borne inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %, qui figure après l'*odds ratio*, est plus petite que 1, l'*odds ratio* n'est pas significativement différent de 1, valeur attribuée au groupe de référence. Par régression logistique, les *odds ratios* peuvent être ajustés sur d'autres facteurs, ce qui permet de contrôler l'influence éventuelle de ces facteurs et de donner une mesure de « l'effet propre » de la variable étudiée, l'orientation sexuelle en l'occurrence.

plus significative pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, et reste à la limite de la significativité pour les femmes attirées par les femmes. En ce qui concerne les agressions sexuelles au cours de la vie, l'excès de risque pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels apparaît entièrement attribuable aux éléments de leur biographie sexuelle pris en compte. Par contre, ce risque reste plus important pour les femmes attirées par les femmes, même après ajustement ; ceci est sans doute lié à la fréquence des agressions sexuelles dans l'enfance dont elles ont été victimes, ce dont les événements ultérieurs de leur biographie ne peuvent rendre compte.

Même si plusieurs études abordent la question des violences envers les femmes selon l'orientation sexuelle, les résultats ne permettent pas de dresser un tableau précis. La majorité des études récentes traitant des violences en fonction de l'orientation sexuelle s'intéressent soit aux seules lesbiennes [23], soit aux différences entre les couples de même sexe et les couples hétérosexuels [6], soit aux différences entre les couples gays et les couples lesbiens [7], soit ne concernent que les violences physiques chez les jeunes des deux sexes. Ainsi, dans un large échantillon de jeunes lycéens et étudiants américains en 1995, les violences dans le cadre scolaire (menaces ou blessures par arme, détérioration volontaire des affaires personnelles) subies 10 fois ou plus au cours de l'année écoulée concernent 10 % des étudiantes homosexuelles (définies à partir des pratiques sexuelles et de l'auto-identification) au lieu de 1 % des autres femmes [4]. Toutefois, l'enquête sur la santé des femmes de Chicago (*The Chicago Women's Health Survey*) montre que la fréquence des violences physiques est voisine, que les femmes soient lesbiennes (définies par l'auto-identification, l'attraction et le comportement sexuels actuels) ou hétérosexuelles [18, 26].

État de santé et consommation de soins

La perception de l'état de santé n'est pas différente pour les trois groupes de femmes : environ 4 % des femmes de l'échantillon évaluent leur état de santé comme « médiocre » ou « franchement mauvais », compte tenu de leur âge (*tableau 8*). En revanche, les femmes hétérosexuelles attirées par les femmes présentent plus souvent un niveau élevé de détresse psychologique, 23 % au lieu de 12 % pour les femmes attirées uniquement par des hommes⁹. La tendance est moindre et non significative pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels. Ces dernières, ainsi que les femmes attirées par les femmes, ont un indice de stress plus élevé¹⁰. La littérature sur la santé psychique des femmes homosexuelles est nuancée : certaines études observent des fréquences plus élevées de dépression ou d'anxiété [33] alors que d'autres ne trouvent pas de différence [3, 29].

La consommation régulière de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois est plus fréquente pour les femmes attirées par les femmes, 17 %

⁹ La détresse psychologique était mesurée par une échelle standardisée en 12 items, le *General Health Questionnaire* ; un niveau faible correspond à 2 items positifs ou moins, un niveau modéré entre 3 et 5 items positifs et un niveau élevé à plus de 5 items « positifs » (c'est-à-dire évoquant un état de malaise) sur les 12.

¹⁰ Cet indice a été construit à partir de la fréquence de trois symptômes au cours des 12 derniers mois : anxiété, cauchemars et crise de panique, mesurée par des questions spécifiques à cette enquête.

Tableau 8.
État de santé selon l'attriance et les rapports homosexuels

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels	Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes	Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes	S1	S2
	N = 78	N = 160	N = 6 172		
État de santé perçue					
– très bon ou bon	83,4	75,0	79,1		
– moyen	13,3	18,5	16,5	ns	ns
– mauvais ou très mauvais	3,3	6,5	4,4		
Détresse psychologique					
– faible	65,6	58,5	70,2		
– modérée	19,0	18,7	18,0	ns	p < 0,001
– élevée	15,4	22,8	11,8		
Indice de stress					
– faible	42,5	39,2	56,8		
– modéré	48,4	54,2	37,1	p < 0,05	p < 0,001
– élevé	9,1	6,6	6,1		
Consommation de psychotropes, 12 mois					
– jamais	66,9	63,8	77,1		
– occasionnelle	17,0	19,4	12,4	ns	p < 0,001
– régulière	16,1	16,8	10,5		
Consultation auprès d'un généraliste, 12 mois					
– aucune	20,7	13,4	17,5		
– 1 à 4	55,7	59,5	57,1	ns	ns
– 5 ou plus	23,6	27,1	25,4		
Consultation auprès d'un gynécologue, 12 mois					
– aucune	35,6	29,1	30,8		
– 1 à 4	58,0	66,0	62,6	ns	ns
– 5 ou plus	6,4	4,8	6,6		
Consultation auprès d'un psychiatre ou psychothérapeute, 12 mois					
	13,5	22,0	7,0	p < 0,05	p < 0,001
Tentative de suicide					
– au cours des 12 mois	7,5	0,6	0,3	p < 0,001	ns
– au cours de la vie	25,2	13,9	6,4	p < 0,001	p < 0,001

S1 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 1^{er} et 3^e colonnes.

S2 indique la comparaison statistique entre le groupe des femmes attirées par les femmes et celui des femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes, 2^e et 3^e colonnes.

Tableau 9.

Associations entre les tentatives de suicide et les pratiques et attirance sexuelles : odds ratios bruts et ajustés

	Femmes qui ont eu des rapports homosexuels		Femmes hétérosexuelles attirées par les femmes		Femmes hétérosexuelles attirées uniquement par les hommes
Tentatives de suicide au cours des 12 mois					
Bruts	25,2	(9,5-66,6)	1,8	(0,2-15,7)	1
Ajustement 1	23,0	(7,9-66,8)	2,2	(0,2-19,1)	1
Ajustement 2	11,5	(3,6-36,5)	1,6	(0,2-14,1)	1
Ajustement 3	6,4	(1,8-23,2)	1,2	(0,1-10,9)	1
Tentatives de suicide au cours de la vie					
Bruts	4,9	(2,9-8,4)	2,4	(1,5-3,8)	1
Ajustement 1	4,8	(2,8-8,4)	2,6	(1,6-4,3)	1
Ajustement 2	3,3	(1,8-5,9)	2,0	(1,2-3,3)	1
Ajustement 3	2,5	(1,4-4,6)	1,7	(1,0-2,8)	1

L'ajustement 1 inclut l'âge des femmes, leur niveau d'études, leur statut matrimonial et la taille d'agglomération où elles résident.

L'ajustement 2 inclut, outre les variables de l'ajustement 1, le fait d'avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois pour les tentatives de suicide des 12 derniers mois et le fait d'avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours de la vie pour les tentatives de suicide au cours de la vie.

L'ajustement 3 inclut, outre les variables de l'ajustement 2, l'usage de cannabis ou d'autres drogues au cours des 12 derniers mois pour les tentatives de suicide des 12 derniers mois et l'usage de cannabis ou d'autres drogues au cours de la vie en ce qui concerne les tentatives de suicide au cours de la vie.

au lieu de 10 %, de même que la consommation occasionnelle, 19 % au lieu de 12 %. La différence est de même ampleur, bien que non significative, pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels.

Au cours des 12 derniers mois, le nombre de consultations auprès d'un généraliste ou d'un gynécologue n'est pas différent quelle que soit l'orientation sexuelle. Par contre, les femmes ayant eu des rapports homosexuels et, particulièrement, celles attirées par les femmes ont plus souvent consulté un spécialiste de la santé mentale : respectivement 14 % et 18 % au lieu de 7 % des femmes attirées par les hommes, résultat qui concorde avec la littérature [3, 29].

La fréquence des tentatives de suicide est beaucoup plus importante pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, aussi bien au cours des 12 derniers mois qu'au cours de la vie entière. Ainsi, un quart d'entre elles ont tenté de se suicider au cours de leur vie, au lieu de 6 % des femmes attirées uniquement par les hommes. Le risque de tentatives de suicide au cours de la vie est également plus élevé pour les femmes hétérosexuelles attirées par les femmes, tandis que la différence ne s'observe pas pour les tentatives au cours des 12 derniers mois. Cet excès de risque de tentative de suicide est très significatif, même si l'on prend en compte l'âge des femmes, leur niveau d'études, leur statut matrimonial et la taille d'agglomération où elles résident (*tableau 9*). Une part de cet excès de risque est expliquée par les violences qu'elles subissent : ainsi la prise en compte des agressions physiques ou sexuelles subies au cours des 12 derniers mois réduit assez nettement les *odds ratios* de tentatives de suicides de l'année écoulée. Néanmoins, les violences ne sont pas explicatives de la totalité de cet excès de risque et, même parmi les femmes ne déclarant pas de

violences, les tentatives de suicide sont plus fréquentes pour les femmes ayant des pratiques ou une attirance homosexuelles. De même, la prise en compte de la consommation de drogues illicites, au cours de la vie ou des douze derniers mois, ne permet pas d'expliquer ce risque plus élevé, même si elle le réduit. Ce risque accru de tentatives de suicide est rapporté par plusieurs auteurs [18, 26], y compris chez les jeunes [4, 11]. Toutefois, contrairement à nos données, Garofalo et son équipe observent qu'après la prise en compte des violences subies et de la consommation de drogues illicites, le risque de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois n'est pas significativement plus élevé pour les jeunes femmes homosexuelles que pour les hétérosexuelles, alors que la différence demeure importante pour les jeunes hommes [14]. De même, à partir d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 54 ans aux États-Unis, Gilman et ses collaborateurs ne retrouvent pas un excès de risque significatif de tentative de suicide pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels alors que la différence est plus importante et significative pour les hommes [15]. En Australie, Jorm et son équipe montrent que des pensées et des actions suicidaires sont plus fréquentes parmi les personnes homosexuelles ou bisexuelles que parmi les hétérosexuelles ; les résultats ne sont pas distingués selon le sexe [20].

Globalement, alors que plusieurs indicateurs de santé psychique (détresse psychologique, stress, consommation de psychotropes, consultation d'un psychiatre) montrent que les femmes attirées par les femmes témoignent un peu plus souvent d'un malaise psychologique que les femmes ayant eu des rapports homosexuels, ces dernières sont néanmoins plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours.

Conclusion

Cette étude a l'intérêt de montrer des résultats originaux, issus de données récentes sur un grand échantillon représentatif de femmes adultes en France. Le fait de considérer deux indicateurs « d'homosexualité », l'un concernant des attitudes ou des sentiments, l'autre des comportements, indicateurs pour lesquels on retrouve des tendances similaires, renforce la validité de nos résultats. En deçà des pratiques homosexuelles, le simple fait d'être attirée par des femmes et de le reconnaître dans une enquête de ce type est un élément qui, inscrit dans une organisation complexe des histoires de vie, est lié au fait, par exemple, d'avoir subi plus fréquemment certaines violences.

Néanmoins, la façon de définir l'homosexualité (comme l'hétérosexualité), ou ses différentes dimensions, reste partielle et sans doute floue. L'absence d'informations sur l'auto-identification, ainsi que l'impossibilité de prendre en compte de manière fine les différents temps de la vie amoureuse et sexuelle, leur imbrication et leur succession, limitent notre analyse. De plus, malgré la taille, pourtant importante, de l'échantillon, il ne nous est pas possible d'isoler un groupe de femmes, que nous pourrions qualifier de lesbiennes ou d'homosexuelles, sur la base de leurs comportements actuels.

Pourtant ces femmes, ayant eu des relations sexuelles avec des femmes ou même simplement attirées par des femmes tout en ayant eu uniquement des rapports hétérosexuels, se différencient sur un certain nombre de plans des femmes hétérosexuelles uniquement attirées par les hommes. Elles se situent plutôt dans les catégories plus favorisées sur le plan social, vivant dans les

grandes agglomérations. Plus souvent célibataires, elles ont eu une vie sexuelle plus diversifiée, commencée plus tôt, avec plus de partenaires. Leur sociabilité est aussi plus variée. Leur consommation de substances psychoactives, légales ou illégales, est plus forte. Elles ont plus souvent fait une tentative de suicide, récemment ou non, qui signale un mal être psychologique plus fréquent. L'ensemble de ces facteurs est surtout visible pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, les femmes attirées par les femmes se situant d'une certaine manière comme un groupe intermédiaire entre celles pour lesquelles l'homosexualité a été agie et celles dont l'hétérosexualité est affirmée dans les attirances comme dans les pratiques. On pourrait dire que les femmes qui ont eu des rapports homosexuels ont pu bénéficier d'une plus grande liberté, mais aussi que leurs choix les placent dans une forme de marginalité sociale ou du moins dans une situation, actuelle ou passée, moins normée, sujette à d'éventuelles stigmatisations ou discriminations. Les violences que les hommes exercent à l'encontre des femmes sont l'un des outils du contrôle social des femmes [17]. On peut faire l'hypothèse que le contrôle social s'exerce de manière plus forte sur celles qui dérogent plus largement aux obligations faites à leur sexe, et que la conjugaison d'attitudes ou de comportements « déviants », dont l'échappée, même temporaire, hors de l'hétérosexualité est un élément, est alors sanctionnée par des violences plus fréquentes, tant dans la sphère publique que privée. Les violences seraient une tentative de remise au pas. On peut aussi penser que la perception des violences subies est plus aiguë chez des femmes qui adhèrent moins aux normes liées à leur statut social de femmes. Ainsi, elles pourraient être plus conscientes du fait qu'il s'agit bien de violences, de l'inacceptable de ces agressions, et ainsi pourraient en parler dans le cadre de l'enquête.

Il faut souligner que les liens décrits dans cet article ne constituent pas des causalités, mais bien des co-occurrences, dont le sens n'est pas déterminé. Ce n'est pas « l'homosexualité » des femmes en soi qui entraînerait d'avoir subi plus de violences, pas plus d'ailleurs qu'aucune autre caractéristique d'un groupe donné. Ce sont les agresseurs, soutenus par une structure sociale qui organise les rapports entre les sexes, dont les hommes comme groupe tirent bénéfice, qui sont la cause première de la violence qu'ils agissent. Mais certaines situations, qui conjuguent indépendance et stigmatisation, autonomie et vulnérabilité, peuvent placer les femmes qui les occupent dans une position d'avoir à faire face à la brutalité du rappel à l'ordre.

Il est important de développer et d'approfondir les connaissances sur ce sujet, ce qui signifie aussi recueillir des données empiriques. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place des programmes spécifiques de recherche et aussi de poser l'ensemble des questions sur l'orientation sexuelle dans les grandes enquêtes sociologiques et épidémiologiques, en France. De plus, des travaux qualitatifs permettraient d'éclairer et de mieux comprendre les liaisons observées. Par ailleurs, ces résultats attirent l'attention sur des moyens de prévention à mettre en œuvre, compte tenu des risques observés en ce qui concerne les violences et les tentatives de suicide. En ce sens, il est nécessaire de développer l'information et la sensibilisation des professionnels de santé, souvent ignorants ou aveugles, comme bon nombre de chercheurs, aux questions de l'orientation sexuelle.

Références bibliographiques

1. Aaron DJ, Markovic N, Danielson ME, *et al.* Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 972-5.
2. Bell AP, Weinberg MS. *Homosexualités*. Paris : Albin Michel, 1980.
3. Bernhard LA. Lesbian health and health care. *Annu Rev Nurs Res* 2001 ; 19 : 145-77.
4. Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health* 2002 ; 30 (5) : 364-74.
5. Bozon M. L'entrée dans la sexualité : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes. *Population* 1993 ; 5 : 1317-52.
6. Brand PA, Kidd AH. Frequency of physical aggression in heterosexual and female homosexual dyads. *Psychol Rep*, 1986 ; 59 (3) : 1307-13.
7. Burke LK, Follingstad DR. Violence in lesbian and gay relationships ; Theory, prevalence, and correlational factors. *Clin Psychol Rev* 1999 ; 19 (5) : 487-512.
8. Cavailles J, Dutey P, Bach-Ignasse G. *Rapport Gai, enquête sur les modes de vie homosexuels*. Paris : Personna, 1984.
9. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, *et al.* Lesbians' sexual history with men : implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med* 1999 ; 159 (22) : 2730-6.
10. Diamant AL, Wold C, Spritzer K, *et al.* Health behaviors, health status, and access to and use of health care : a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med* 2000 ; 9 (10) : 1043-51.
11. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people ? *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 (10) : 876-80.
12. Gagnon JH, Simon W. *Sexual conduct : the social sources of human sexuality*. Chicago : Aldine Pub. Co., 1973.
13. Gagnon JH. Gender preference in erotic relations : the Kinsey scale and sexual scripts. In : McWhirter DP, Sanders SA, Reinisch JM, eds. *Homosexuality/heterosexuality : concepts of sexual orientation*. New York : Oxford University Press, 1990 : 177-207.
14. Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, *et al.* Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 ; 153 (5) : 487-93.
15. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, *et al.* Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 933-9.
16. Gruskin EP, Hart S, Gordon N, *et al.* Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 976-9.
17. Hanmer J. Violence et contrôle social des femmes. *Questions féministes* 1977 ; 1 : 69-88.
18. Hughes TL, Pollinger Haas A, Avery L. Lesbians and mental health : preliminary results from the Chicago women's health survey. *J Gay Lesbian Medical Association* 1997 ; 1 (3) : 137-48.

19. Jaspard M, Brown E, Condon S, *et al.* *Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003.
20. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, *et al.* Sexual orientation and mental health : results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 423-7.
21. Lagrange H, Lhomond B, eds. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997.
22. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The Social organization of sexuality : sexual practices in United States*. Chicago : University of Chicago Press, 1994.
23. Lesben Informations und Beratungstelle eV. *First European symposium. Violence against lesbians*. Berlin : Queer Verlag, 2001.
24. Lhomond B. Les enquêtes sur les comportements sexuels, de Kinsey au Rapport Gai. In : Pollak M, Mendès Leitê R, Van dem Borghe J, eds. *Homosexualités et sida : actes du colloque international au ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, 12 et 13 avril 1991*. Lille : Cahiers Gai Kitsch Camp, 1991 : 41-51 (republié dans *Sociétés*, 1993, 39 : 29-35).
25. Lhomond B, Michaels S. Homosexualité/hétérosexualité : les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux USA. *Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-83 : 91-111.
26. Matthews AK, Hughes TL, Johnson T, *et al.* Prediction of depressive distress in a community sample of women : the role of sexual orientation. *Am J Publ Health* 2002 ; 92 (7) : 1131-9.
27. McKirnan DJ, Peterson PL. Alcohol and drug use among homosexual men and women : epidemiology and population characteristics. *Addict Behav* 1989 ; 14 (5) : 545-53.
28. Roberts SJ, Sorensen L. Prevalence of childhood sexual abuse and related sequelae in a lesbian population. *J Gay Lesbian Medical Association* 1999 ; 3 (1) : 11-9.
29. Roberts SJ. Lesbian health research : a review and recommendations for future research. *Health Care Women Int* 2001 ; 22 (6) : 537-52.
30. Ryan H, Wortley PM, Easton A, *et al.* Smoking among lesbians, gays, and bisexuals : a review of the literature. *Am J Prev Med* 2001 ; 21 (2) : 142-9.
31. Sandfort T. Homosexual and bisexual behavior in european countries. In : Hubert M, Bajos N, Sandfort T, eds. *Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe : comparisons of national surveys*. London : UCL Press, 1998 : 68-105.
32. Spira A, Bajos N, et le Groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France : rapport au Ministre de la recherche et de l'espace*. Paris : La Documentation Française, 1993.
33. Valanis BG, Bowen DJ, Bassford T, *et al.* Sexual orientation and health : comparisons in the women's health initiative sample. *Arch Fam Med* 2000 ; 9 (9) : 843-53.

Les bisexuels des deux sexes et leurs partenaires dans les recherches en sciences sociales

Catherine DESCHAMPS

Résumé

Le présent article se fonde sur une relecture des travaux occidentaux sur la bisexualité en sciences sociales. La ligne de clivage dans le traitement du sujet, apparue dès la première partie du xx^e siècle entre une approche behavioriste tenue par des hommes et une approche sub-culturelle portée par des femmes, a été confirmée après l'apparition du sida. L'auteur étudie les caractéristiques de ces deux modes d'appréhension. L'absence de rencontre entre ces deux problématiques autour de la bisexualité révèle des paradoxes dans les façons d'aborder tant la prévention du sida que les questions de genre. Pour éclairer ces paradoxes, une présentation des différentes études, au-delà des seuls questionnements de santé publique, paraît nécessaire.

Mots clés : bisexualité, pratique, identité, homme, femme, partenaire, VIH.

Le terme « bisexualité » apparaît au xviii^e siècle sous la plume de botanistes. À la toute fin du xix^e siècle, Sigmund Freud et Wilhelm Fliess ont réinvesti le vocable en lui apportant une autre définition, elle-même matière à conflit entre eux. Vers la même époque, des hommes, précurseurs du militantisme gay, emploient le mot dans un sens encore différent, behavioriste, proche d'un de ceux admis aujourd'hui en sciences sociales. Dans les années 1920, à Londres autour du Bloomsbury Group et à Santa Fe autour du Tao, des écrivains et des artistes connus, des figures d'exception, essentiellement les femmes, se reconnaissent dans un *way of life* bisexuel, développant pour la première fois une autre des acceptions possibles de la bisexualité en sciences sociales, relative aux auto-désignations individuelles ou collectives. On le voit, en si peu de temps d'existence, le terme « bisexualité » a connu des superpositions de définitions non négligeables. Dans le présent article, seules seront retenues les publications qui postulent l'existence dans la bisexualité d'une forme de sexualité interactive, ce qui suppose d'évacuer les dimensions psychanalytiques ou biologiques. Pour autant, la ligne de clivage dans le traitement de la bisexualité, apparue dès la première partie du xx^e siècle, entre une approche behavioriste tenue par des hommes et une approche sub-culturelle portée par des femmes, a été confirmée après l'apparition du sida. À travers la présentation qui va suivre, ce sont les caractéristiques de ces deux modes d'appréhension du sujet en sciences sociales qui vont être abordées. La non-rencontre des problématiques autour de

la bisexualité révèle des paradoxes dans les façons d'aborder la prévention du sida. Pour éclairer ces paradoxes, une présentation des différentes études, au-delà des seuls questionnements de santé publique, paraît nécessaire. Selon qu'est préférée une approche fondée sur les pratiques ou une approche fondée sur les démarches identitaires, la compréhension de l'injonction à l'hétérosexualité (voire, la compréhension de l'injonction à un choix dans le sexe des partenaires) prendra des formes différentes.

Afin de garder une cohérence géographique et culturelle, les recherches dont il sera fait mention, quelle que soit la définition retenue pour la bisexualité, portent toutes sur des populations vivant en Europe, Amérique du Nord ou Australie.

La bisexualité historiquement associée à l'homosexualité

Les recherches en sciences sociales menées dans les pays occidentaux et soutenues par des préoccupations épidémiologiques se sont souvent attachées à la compréhension de la gestion des risques liés au VIH par des groupes particuliers. Les segments de la population qui ne présentaient pas de taux de séroprévalence élevés, par exemple les femmes hétérosexuelles de nationalité française non utilisatrices de drogues, ont peu été investigués dans un contexte de sida. De même, les femmes qui déclarent une identité lesbienne ont peu fait l'objet d'études. Dans les pays anglo-saxons et européens, en dépit d'un *sex ratio* qui tend aujourd'hui à être moins déséquilibré, les hommes sont plus souvent séropositifs que les femmes. En conséquence, c'est quasi exclusivement aux hommes déclarant des pratiques bisexuelles que se sont intéressées les recherches en sciences sociales sur la bisexualité réalisées dans le but de servir la prévention primaire ou secondaire du sida. Cet état de fait est à la fois induit par la relative invisibilité des femmes dans les préoccupations épidémiologiques et, plus anciennement, par l'association de la bisexualité à l'homosexualité plutôt qu'à l'hétérosexualité. Pour comprendre la manière dont les sciences sociales ont appréhendé la bisexualité par rapport aux risques VIH, il convient donc de revenir en arrière.

Des années 1950 à 1970 : une archéologie des recherches nécessaire à la compréhension

Commençons par contredire l'association de la bisexualité à l'homosexualité : Alfred C. Kinsey fait figure d'exception. Par la mise en place de son échelle à sept niveaux, allant des pratiques, attirances et fantasmes exclusivement hétérosexuels aux pratiques, attirances et fantasmes exclusivement homosexuels, il établit un continuum où la bisexualité fait lien entre l'hétérosexualité et l'homosexualité. Il observe que les hommes ou les femmes qui ont eu au cours de leur vie adulte des rapports avec les deux sexes sont un peu moins nombreux que ceux à avoir eu des rapports uniquement hétérosexuels, mais nettement plus nombreux que ceux à n'avoir eu que des rapports homosexuels¹. De la fin des années 1950 aux années 1960, ses détracteurs ont critiqué ce que Kinsey laissait entendre de la bisexualité, soit en en faisant une sexualité à part, autant

¹ Différentes lectures statistiques sont faites des travaux de l'équipe de Kinsey, selon qu'elles sont produites par des partisans ou des détracteurs de la bisexualité, selon les approches méthodologiques aussi. C'est pourquoi je ne cite aucun chiffre ici.

déconnectée de l'hétérosexualité que de l'homosexualité, soit, plus souvent, en l'associant ou en la comparant à l'homosexualité. Dès cette époque, en tout cas dans ces publications à mi-chemin entre sexologie, psychologie et sociologie, les chercheurs ont plus souvent parlé des hommes qui avait des rapports sexuels avec les deux sexes que des femmes.

Dans les années 1970, les travaux sur la sexualité prennent un essor sans précédent. Lorsque la bisexualité est évoquée, elle est presque toujours associée à l'homosexualité², voire indifférenciée. Dans les différents ouvrages sur l'homosexualité masculine qu'ils font paraître à cette époque, des chercheurs comme Weinberg, Williams ou Bell rendent compte des problèmes que leur pose la bisexualité ou, plutôt, la non-exclusivité des pratiques homosexuelles d'hommes qu'ils qualifient soit « d'homosexuels » soit « d'hommes mariés engagés malgré tout dans des activités homosexuelles » [3, 38]. Si les auteurs décrivent d'abord la variété de leur échantillon, cette précaution ne les empêche toutefois pas, dans leurs analyses, de présenter leur groupe comme homogène et cohérent, cachant souvent la variété des comportements et des inscriptions sociales derrière une appellation unique. Ils illustrent une tendance répandue dès lors que les publications annoncent un intérêt pour les pratiques homosexuelles. À l'inverse, dans les recherches sur l'hétérosexualité conduites dans le contexte des débats sur la contraception et l'avortement, par exemple dans l'enquête dirigée par Pierre Simon, les possibles pratiques bisexuelles des personnes interrogées ne sont pas même questionnées [34]³. Cette dissymétrie dans le traitement des pratiques bisexuelles est partiellement l'effet d'une même discrimination de tout ce qui ne relève pas de l'orthodoxie hétérosexuelle. Mais dans la mesure où les premières recherches sur la sexualité menées dans le but de prévenir la diffusion massive du VIH reproduiront les questionnements béhavioristes des années 1970, le placage de l'homosexualité sur la bisexualité aura pour conséquence de longtemps oublier de s'intéresser aux partenaires femmes des hommes qui entretiennent des rapports sexuels avec les deux sexes. Dans la mesure aussi où les recherches originelles des années 1970 ont plus souvent interrogé les comportements homosexuels masculins que féminins, les pratiques bisexuelles des femmes ne feront que très sporadiquement l'objet d'attention par rapport au sida. Pourtant, au tout début des années 1980, quelques articles épistémologiques mettaient en garde contre les dangers d'une association systématique des pratiques bisexuelles à l'homosexualité.

² Signalons toutefois que, dans les années 1970, deux livres et un article proches des sciences sociales portent spécifiquement sur la bisexualité. Ils n'auront pas d'influence sur les recherches qui interrogent la gestion des risques VIH par les hommes déclarant des pratiques bisexuelles mais plutôt sur celles, débutées dans les années 1990, qui questionnent la politisation de l'identité bisexuelle. Il s'agit de : Mead [27] ; Wolff [40] ; Klein [20].

³ Il convient d'apporter une nuance : dans l'enquête de Simon *et al.*[34] faite en population générale, l'ensemble des questions sont posées aux personnes qui ont eu un « rapport sexuel complet (c'est-à-dire avec union des deux sexes) » avec quelqu'un du sexe opposé au leur. On peut donc supposer que des personnes ayant eu des pratiques bisexuelles sont aussi questionnées. Toutefois, la possibilité de la coexistence de rapports hétérosexuels et homosexuels n'est pas évoquée, alors qu'elle l'était au moins en introduction dans les recherches sur l'homosexualité masculine.

De l'épistémologie des recherches qui associent homosexualité et bisexualité du début des années 1980 aux mises en gardes sporadiques des années 1990

Dans les années 1980, le lieu principal des réflexions sociologiques (en langue anglaise) sur la bisexualité est le *Journal of Homosexuality*. En 1981, un article de MacDonald donne le ton : il s'agira pour quelques années seulement de s'appliquer à une relecture et une critique des travaux plus anciens qui associaient pratiques homosexuelles et bisexuelles [26]. Après avoir observé que l'association des deux sexualités rendait les résultats de recherches pour partie caducs, l'auteur invite à une séparation de la bisexualité et de l'homosexualité. Dans cette perspective, il enjoint les chercheurs à s'intéresser davantage aux problématiques identitaires et associatives, à interroger les systèmes de représentation et à quitter une posture trop exclusivement béhavioriste. En 1985, Zinik [41] et Paul [31] formuleront des conclusions proches de celles de MacDonald. C'est peut-être parce que le sida était absent de leurs préoccupations que leurs propositions n'ont pas été reprises dans les premières recherches sur la sexualité des hommes entre eux ayant pour but de limiter la progression de l'épidémie. En outre, ces auteurs critiquaient les approches trop exclusivement béhavioristes, alors que les recherches associant la bisexualité aux risques VIH ont précisément été majoritairement conduites sur des modèles béhavioristes. Près de vingt ans plus tard, j'ai repris leur démarche critique, mais cette fois appliquée aux travaux de la fin des années 1980 et de la première partie des années 1990 qui associaient les pratiques bisexuelles et homosexuelles des hommes afin de comprendre les logiques d'appréhension du sida [9]. Ces travaux ont souvent procédé à un double brouillage épistémologique : d'abord, ils ont minoré l'importance qu'il y a à comprendre la gestion des risques de transmission entre des hommes à pratiques bisexuelles et leurs partenaires féminines, cela pour des raisons indépendantes d'un choix de problématique comportementaliste ; ensuite, alors que les critères de sélection déclarés reposaient sur l'existence de pratiques bisexuelles et homosexuelles, dans les interprétations, ces recherches ont glissé sur le terrain des représentations collectives et de la sociabilité en matière d'homosexualité, alors qu'elles s'en tenaient aux aspects strictement sexuels en matière de bisexualité. Des mises en gardes sporadiques avaient toutefois été énoncées dès le début des années 1990, de la part de chercheurs ne travaillant pas toujours sur la bisexualité mais commentant des travaux européens ou nord-américains qui lui étaient consacrés. Étonnamment, alors que certaines recherches sur la sexualité dans les pays d'Amérique latine auraient pu ouvrir des pistes, les modèles qu'elles proposaient n'ont pas été exploités lorsque les investigations portaient sur des populations occidentales⁴. La conséquence en a longtemps été de ne caractériser les personnes qui avaient des pratiques bisexuelles que par rapport à ces pratiques, sans s'inquiéter des différences sociales fortes qui pouvaient se faire jour parmi elles, et sans chercher à élaborer des typologies internes.

⁴ Par exemple, en 1994, Carlos Caceres, parlant du Pérou, observait qu'on pouvait faire une distinction entre l'*entendido* qui pouvait avoir des relations sexuelles tout autant avec des hommes que des femmes sans jamais se percevoir bisexuel ou homosexuel, les hommes qui avaient à la fois des pratiques bisexuelles et une conscience identitaire concordante, les hommes s'autodésignant comme homosexuels mais ayant aussi occasionnellement des rapports hétérosexuels et, enfin, les hommes qui avaient des pratiques exclusivement homosexuelle et une identité concordante [7].

L'homosexualité des personnes à pratiques bisexuelles et le VIH

Pendant toute la décennie 1990, les recherches associant les pratiques bisexuelles et homosexuelles des hommes afin de comprendre leur gestion des risques VIH sont pléthoriques. Certaines portent exclusivement sur les populations homo- et bi-sexuelles masculines ; elles sont alors soit qualitatives, soit quantitatives, sans pouvoir prétendre à la représentativité statistique. D'autres sont insérées dans de grandes études nationales en population générale ; les hommes à pratiques homosexuelles ou bisexuelles, réunis dans les analyses, ne constituent alors qu'un segment d'un ensemble plus vaste. L'une des caractéristiques communes de ces travaux est de nommer la bisexualité à côté de l'homosexualité, quand, dans les recherches des années 1970, elle ne prenait souvent corps que sous forme de périphrase. Au rang de ces recherches, en s'en tenant à la France, on retiendra les enquêtes régulières lancées par Michael Pollak dès 1985, dans *Gai Pied Hebdo* d'abord puis dans différentes revues gay. On peut citer aussi la principale étude quantitative française faite en population générale : l'enquête d'Analyse des Comportements Sexuels des Français (ACSF) [35]. Les découpages s'y opèrent en fonction de différentes amplitudes temporelles : un homme ou une femme peut ainsi passer de la catégorie homo- à bi-sexuelle (ou vice versa) selon l'échelle de temps retenue. Si, dans la première présentation des résultats de l'enquête ACSF, il est question tout autant des femmes que des hommes, dans les différents articles produits dans la continuité [29], les femmes disparaissent des analyses⁵. Parmi les résultats, il apparaît que les hommes qui entretiennent des rapports sexuels avec les deux sexes se situent, à travers diverses composantes sociodémographiques, à mi-chemin entre les hétérosexuels exclusifs et les homosexuels exclusifs : ainsi, ils habitent plus souvent dans de grandes agglomérations que les hétérosexuels mais moins souvent que les homosexuels ; leur niveau d'études est intermédiaire entre des hétérosexuels qui ont le niveau le plus bas et des homosexuels qui ont le plus haut ; leur nombre de partenaires sexuels au cours de la vie entière est plus élevé que pour les hétérosexuels mais moins que pour les homosexuels, etc. À peu de nuances près, ces résultats valent aussi pour les femmes [25]. Selon l'intervalle de temps considéré pour définir la bisexualité dans l'enquête ACSF, les personnes sont plus proches des caractéristiques des homosexuels exclusifs ou plus proches de celles des hétérosexuels : ainsi, les hommes qui, même en ne considérant que les derniers trois mois, continuent d'avoir une sexualité dirigée vers les deux sexes ressemblent plutôt aux hétérosexuels, alors que ceux pour qui il faut considérer la vie entière pour trouver trace de rapports avec des femmes sont plus proches des caractéristiques des homosexuels exclusifs. Enfin, et c'est là l'une des principales informations sur le VIH, les hommes bisexuels ont un taux de séroprévalence plus élevé que les hétérosexuels, mais plus bas que les homosexuels exclusifs. Beaucoup de travaux laissent d'ailleurs entendre que les bisexuels encourent des risques de transmission du VIH légèrement inférieurs aux homosexuels exclusifs. L'explication fournie est qu'ils se protègent

⁵ Un article plus tardif de Lhomond et Michaels fait exception [25]. Il reprend, entre autres, tant les résultats sur les femmes à pratiques homo- ou bi-sexuelles de l'ACSF que ceux sur les hommes. L'un des intérêts de la comparaison est de faire apparaître en quoi la contrainte à l'hétérosexualité influe différemment selon le sexe. La question de la gestion du VIH par les femmes n'est toutefois pas traitée dans l'article.

presque aussi souvent que les homosexuels dans leur sexualité avec des hommes, mais qu'ils ont en moyenne moins de rapports sexuels et moins de partenaires. Seules quelques recherches américaines contredisent ce constat : dans l'enquête de Valleroy *et al.* menée dans sept villes des États-Unis sur de jeunes hommes qui ont une sexualité avec d'autres hommes, les auteurs concluent que les prises de risque par rapport au VIH sont les plus fréquentes chez les jeunes hommes noirs ou hispaniques [37]. Or ces derniers, observent les chercheurs qui glissent alors sur le terrain des autodéfinitions, sont plutôt moins enclins à se reconnaître derrière l'étiquette d'homosexualité⁶ que les Blancs anglo-saxons. Notons ici que l'intérêt, même secondaire dans des recherches avant tout comportementalistes, pour les identités sociosexuelles déclarées par les répondants est nettement plus développé aux États-Unis qu'en France : si l'enquête ACSF évacue purement et simplement la question des auto-désignations, elle est par contre abordée dans l'enquête américaine faite en population générale par Lauman et ses collègues [21]. Dans cette étude, la coexistence de questions sur les pratiques et de questions sur les identités déclarées permet notamment de mieux articuler la logique des comportements sexuels et des mises en scène sociales avec celle des injonctions sociales. Aux États-Unis, alors que, parmi les femmes et les hommes qui ont eu au cours de leur vie des rapports avec des personnes de même sexe, seuls 10 % ont eu des pratiques exclusivement homosexuelles, ils sont pourtant autour de 25 % à se considérer comme homosexuels. Dans le même sous-ensemble, plus des deux tiers des femmes et 62 % des hommes se déclarent hétérosexuels [21]. La proportion des personnes se reconnaissant derrière une étiquette bisexuelle parmi celles qui ont eu au moins une relation homosexuelle au cours de leur vie est donc très minoritaire. Ce constat peut s'expliquer, dans un mouvement de bascule, à la fois par l'institution sociale représentée par l'hétérosexualité et par la rareté des lieux de sociabilité bisexuels par comparaison avec les espaces homosexuels. Pour finir sur l'enquête menée par Lauman et ses collaborateurs aux États-Unis, si comme dans l'enquête ACSF elle considérait initialement tout aussi bien les femmes que les hommes, les utilisations qui en ont été faites par la suite ont plus souvent servi une compréhension des pratiques homo/bi-sexuelles masculines que féminines (la disproportion est toutefois moins marquée aux États-Unis qu'en France).

Les recherches associant bisexualité et homosexualité par rapport au sida se sont donc surtout intéressées aux hommes. Quelques rares études questionnant la sexualité et les comportements au regard du VIH des femmes qui ont, entre autres ou exclusivement, des rapports sexuels avec d'autres femmes existent cependant : celles de Lemp *et al.* [22] et de Bevier *et al.* [4] par exemple. Alors que les enquêtes « *men who have sex with men* » ou « bisexualité et homosexualité masculine » ont mis l'accent, de fait, sur les comportements préventifs et sexuels vécus dans le cadre des rapports homosexuels, ignorant les partenaires féminines des hommes bisexuels, celles qui se sont intéressées aux

⁶ Si cette enquête propose des typologies fondées sur la couleur de peau, pour autant, elle ne permet pas de savoir au sein de chaque groupe (les Noirs, les WASP, les Blancs hispaniques...) si les jeunes hommes qui ont des pratiques exclusivement homosexuelles prennent plus ou moins de risques que ceux qui ont des rapports sexuels avec les deux sexes. En outre, les enquêtes américaines, dont l'une des particularités est de souvent insister sur l'origine ethnique des enquêtés, ne sont pas comparables termes à termes avec celles conduites en Europe, et singulièrement en France, où la dimension ethnique est moins questionnée, voire parfois invisibilisée.

femmes lesbiennes et bisexuelles ont insisté sur les risques pris par ces femmes dans le cadre de leurs relations sexuelles avec des hommes, donc dans l'exercice d'une sexualité hétérosexuelle. Or – et les recherches présentent des résultats concordants – les hommes avec lesquels ces femmes ont une sexualité sont souvent issus de groupes où la séroprévalence est élevée : des hommes homosexuels, bisexuels ou toxicomanes. En outre, les lesbiennes ayant été montrées comme ne courant aucun risque de transmission entre elles, elles peuvent reproduire un sentiment d'immunité et donc se protéger peu, y compris dans des relations à fort risque. Quelques sociologues comme Lhomond [24] et Richardson [32] ont mis en garde contre les dangers à ne pas s'intéresser aux femmes lesbiennes et bisexuelles sous prétexte qu'elles n'encourageaient que des risques infimes dans leur sexualité entre femmes, oubliant que les comportements de ces femmes pouvaient ne pas se limiter à la pratique d'une sexualité homosexuelle⁷. Au vu du petit nombre d'enquêtes réalisées, ces mises en garde sont toutefois restées lettres mortes.

La bisexualité comme sujet de recherche autonome

Les recherches mentionnées précédemment rassemblaient dans un même groupe les personnes homosexuelles et bisexuelles. Ce sont maintenant les publications portant spécifiquement sur la bisexualité ou en faisant une thématique prioritaire qui vont être répertoriées. De même que, quand bisexualité et homosexualité étaient associées, les problématiques divergeaient selon qu'on s'intéressait aux femmes ou aux hommes, un découpage en fonction du sexe s'observe aussi dans les études qui se centrent sur la bisexualité. Ainsi, les recherches conduites dans le but de comprendre la gestion des risques VIH se sont intéressées presque exclusivement aux hommes bisexuels tandis que, dans le même temps, celles qui interrogeaient des logiques identitaires, culturelles ou politiques ont regardé majoritairement du côté des femmes bisexuelles.

Les hommes à pratiques bisexuelles et le VIH

Si l'on sait peu de choses sur les partenaires femmes des hommes bisexuels, c'est que beaucoup de publications produites sur ces hommes résultent d'une relecture par rapport à la bisexualité de recherches faites précédemment sur les hommes entre eux ; la prééminence des problématiques béhavioristes s'inscrit dans la même logique. C'est le cas par exemple au Canada, où Myers et Allman ont tenté de produire un travail de synthèse sur la bisexualité à partir d'une ré-exploitation de travaux qui ne lui étaient pas exclusivement consacrés [30]. On y apprend que les hommes à pratiques bisexuelles sont souvent plus jeunes que les hommes gay, et qu'ils vivent moins dans une relation stable avec un homme. Les auteurs ont supposé aussi des différences ethniques, mais ils reconnaissent qu'elles ne sont pas démontrées. La synthèse montre enfin que les hommes à pratiques bisexuelles se font généralement moins tester pour le VIH et que dans ce groupe la prévalence est inférieure en moyenne de 50 % par

⁷ Observons à cet égard qu'alors qu'il a vite été constaté qu'autodésignation identitaire et pratiques sexuelles effectives n'étaient pas toujours en adéquation pour les hommes, d'où l'appellation large de « *men who have sex with men* », l'enseignement ne paraît pas avoir été appliqué aux femmes : il semble suffire qu'elles se disent lesbiennes pour qu'on leur attribue d'emblée une sexualité exclusive avec des personnes de même sexe.

rapport à celui des hommes exclusivement homosexuels. Les mêmes chercheurs ont fait en 1994 une étude de faisabilité dans l'Ontario sur les hommes qui ont des relations sexuelles avec les deux sexes. Dans cette enquête, 61 % des hommes interrogés habitent hors de la métropole régionale ; 44 % vivent une relation stable avec une femme et ont des partenaires occasionnels hommes, 22 % disent avoir des contacts sexuels fréquents et avec des femmes et avec des hommes, 11 % disent vivre en couple avec un homme mais avoir occasionnellement des rapports sexuels avec des femmes ; un tiers des répondants affirment avoir dit leur bisexualité tant à leurs partenaires femmes que hommes, un tiers ne le disent qu'à leurs partenaires hommes, et 20 % ne le disent qu'à leurs partenaires femmes. Peu d'enquêtés rencontrent leurs partenaires hommes dans les bars ou les *backrooms*, puisque 41 % répondent entrer en relation avec eux au moyen de leur réseau social, 24 % disent les rencontrer dans les parcs, les parkings automobiles, les saunas et 24 %, enfin, déclarent les aborder au moyen des petites annonces. L'étude de Myers et Allman ne permet pas de savoir comment les hommes interrogés rencontrent leurs partenaires femmes. Cet oubli est exemplaire de questionnements qui restent majoritairement unilatéraux, y compris dans des recherches directement consacrées à la bisexualité. Après avoir fait l'objet de constats nationaux, entre autres par Boulton et Fritzpatrick en Grande Bretagne [6], cette dissymétrie dans le traitement des partenaires hommes et femmes apparaît aujourd'hui comme une des caractéristiques communes des recherches occidentales sur la bisexualité masculine [9].

En Australie, un travail de synthèse a également été réalisé par Crawford, Kippax et Prestage [8]. Les auteurs discutent longuement du mauvais usage du terme de bisexualité pour des personnes qui en ont parfois les pratiques sans s'en donner l'identité. Le débat sur la non-adéquation entre pratiques et identité est récurrent dans les recherches sur la bisexualité : il a été par exemple développé en France par Mendès-Leite, Deschamps et Proth [28], ou encore, dans le cas des jeunes garçons qui se prostituent, par Gil [13]⁸. Mais revenons sur l'Australie, qui a été l'un des pays les plus producteurs de travaux sur ou autour de la bisexualité. Dans leur synthèse, Crawford, Kippax et Prestage [8] observent qu'en 1996, la transmission hétérosexuelle du sida reste stable en Australie : la crainte que la bisexualité soit un pont de passage massif du VIH semble donc infondée au vu des statistiques⁹. Les auteurs constatent que si la comparaison est souvent faite dans les différents travaux entre les hommes à pratiques bisexuelles et les hommes à pratiques exclusivement homosexuelles, pour autant, on sait peu de choses sur ce que pourrait être précisément un contexte bisexuel et sur ce qui le distinguerait ; seuls existeraient des éléments de réponse disparates. Dans une recherche faite par Kippax et ses collaborateurs dans le New South Wales sur des hommes dont 50 % déclarent des rapports bisexuels et 50 % des rapports seulement homosexuels, les chercheurs remarquent par exemple de légères différences entre les deux groupes : les bisexuels ont en moyenne un niveau d'études moins élevé que les gays ; ils sont 5 fois moins nombreux que les gays à se déclarer séropositifs (1,6 % contre 8,8 %), mais ils

⁸ Quelques recherches quantitatives, par exemple celle de Myers et Allman déjà citée [30] ou encore celle dirigée par Lever [23], ont tenté d'évaluer la part des hommes à pratiques bisexuelles qui se reconnaissent de la même identité. Selon ces recherches, les résultats varient grandement.

⁹ En 1998, le *Center for Disease Control and Prevention* évaluait à près de 8 % le nombre des femmes en stade sida à avoir été infectées par des hommes à pratiques bisexuelles. Mais l'équipe de Kahn, en 1997, estimait cette même proportion inférieure à 1 % pour les États-Unis [16].

se sont moins souvent fait tester (57,2 % contre 81,6 %) [19]. Dans une autre recherche australienne faite à Sydney et dans des zones rurales sur les hommes à pratiques bisexuelles ou homosexuelles qui ne s'identifient pas comme gays, les résultats sont comparables [15]. Dans aucune de ces deux recherches, il n'est prouvé que les hommes qui déclarent des pratiques bisexuelles apprécient davantage que les homosexuels identitaires la pénétration anale avec d'autres hommes, contrairement à ce que prétendaient les premiers travaux australiens sur le sujet ; il n'est pas démontré non plus que les hommes à pratiques bisexuelles se protègent moins avec d'autres hommes que les homosexuels exclusifs. Seule précision, mais qui révèle une typologie interne aux hommes à pratiques bisexuelles, dans l'étude réalisée par Hood et ses collaborateurs, ceux qui disent préférer les femmes et qui se donnent à voir comme hétérosexuels sont plus enclins à pratiquer la sodomie avec des hommes que les autres, en particulier les pénétrations anales non protégées. Dans l'enquête de Kippax et ses collaborateurs, les hommes à pratiques bisexuelles ne pratiquent pas plus la pénétration anale que les homosexuels exclusifs, en revanche, ils pratiquent plus souvent que les hétérosexuels la pénétration anale avec leurs partenaires femmes et, dans le cadre de l'hétérosexualité, ils utilisent peu de préservatifs, ni plus ni moins que les hommes exclusivement hétérosexuels en Australie.

Les différentes recherches ne sont pas facilement comparables entre elles. Néanmoins, deux éléments centraux apparaissent en filigrane : d'abord, s'il a rapidement paru plus pertinent dans un but d'efficacité épidémiologique de s'intéresser aux pratiques bisexuelles plutôt qu'aux identités, pour autant, l'oubli de ces inscriptions identitaires a eu pour effet d'invisibiliser des découpages internes qui pourraient être riches d'enseignement et, de là, des réponses possiblement variables en fonction des contraintes sociales. Ensuite, il semble que les comportements préventifs des hommes à pratiques bisexuelles se rapprochent de ceux des homosexuels exclusifs dans leurs rapports avec d'autres hommes, et qu'ils se rapprochent de ceux des hétérosexuels exclusifs dans le cadre de leur sexualité avec des femmes. Cette particularité, bien montrée dans la publication de Mendès-Leite, Deschamps et Proth [28] et dans un article de l'équipe de Kalichman [17], reste souvent peu exploitée en raison d'une fixation première sur les comportements sexuels et préventifs des hommes avec d'autres hommes. Elle suggère d'autres lignes de partage que celles relatives aux pratiques ou identités sexuelles. Ainsi, ce ne seraient peut-être plus tant les comportements préventifs des hommes bisexuels avec d'autres hommes qui devraient retenir une attention accrue, que leur gestion des risques VIH avec leurs partenaires femmes. Aux États-Unis, la seule recherche sur les personnes à identité ou pratiques bisexuelles qui compare une période pré-sida à une période post-sida [39], montre d'ailleurs combien les comportements sexuels se sont modifiés après l'apparition de l'épidémie : les hommes à pratiques bisexuelles ont pour la grande majorité d'entre eux compris les risques de transmission du VIH et ils se sont adaptés dans leur sexualité avec d'autres hommes, au même titre que les homosexuels exclusifs et bien qu'ils n'en aient pas toujours adopté les codes de sociabilité et de visibilité. Engler et son équipe insistent aussi sur un certain nombre de similitudes dans les pratiques autour de la sexualité des bisexuels et des homosexuels, bien que le sens attribué aux pratiques par les uns ou les autres diffère [11]. En revanche, si quelques études ou synthèses suggèrent en filigrane que les bisexuels identitaires ont pu parfois étendre le changement de comportement préventif à leurs pratiques hétérosexuelles, le plus souvent, pour

les hommes qui déclarent des pratiques bisexuelles, les adaptations paraissent s'être réduites à la part homosexuelle de leur sexualité.

Aux vues de ces remarques, il aurait pu paraître logique de faire coïncider les problématiques comportementalistes et identitaires, les enjeux de sexualité et les enjeux de genre. Mais si les recherches sur l'identité bisexuelle existent, elles ont presque systématiquement évacué les dimensions épidémiologiques, en étant pourtant le lieu d'un plus fort questionnement sur les rapports sociaux de sexe.

Les personnes qui revendiquent une identité bisexuelle et l'invisibilisation du VIH

Seule la recherche que j'ai menée, qualitative, et ayant, entre autres, pour projet de nourrir la réflexion sur le VIH, s'est intéressée tout autant aux femmes qu'aux hommes, aux pratiques bisexuelles qu'aux démarches identitaires ou associatives autour de la bisexualité [10]¹⁰. Comprendre la gestion des risques VIH par les femmes à identité ou pratiques bisexuelles et la comparer avec celle des hommes, plus souvent investiguée, a eu pour intérêt de mettre en valeur que ce n'était pas tant une logique fondée sur les catégories sexuelles qui présidait à la protection qu'une logique de représentation du masculin et du féminin, des hommes et des femmes. On pouvait ainsi interpréter rapidement l'usage de préservatifs par les hommes à pratiques bisexuelles avec d'autres hommes comme le produit de leur perception de l'homosexualité comme lieu du danger. Mais le fait que les femmes à pratiques bisexuelles se protègent le plus souvent dans le cadre de leurs relations hétérosexuelles remet en cause cette idée, bien qu'il faille alors démêler le rôle du préservatif, entre protection contre une épidémie et protection contre une grossesse. Toujours est-il que plus il y a de femmes investies dans un rapport sexuel, moins il y a recours à des protections, plus il y a d'hommes, à l'inverse, plus le préservatif est de rigueur : l'homosexualité masculine est le lieu de la protection maximale, l'homosexualité féminine celui de la moindre protection et l'hétérosexualité se situe dans une position intermédiaire ; les femmes et les hommes à pratiques bisexuelles passent tour à tour d'un cas de figure à l'autre. Mais le sexe des intervenants ne suffit pas à comprendre la gestion des risques : dans la même recherche, il est possible d'établir des parallèles entre projection sur le futur et représentation du féminin d'un côté, sentiment d'être investi dans une sexualité occasionnelle et représentation du masculin de l'autre. Les entretiens semi-directifs laissent enfin supposer que les femmes à pratiques et identité bisexuelles se protègent plus souvent du VIH que les autres femmes bien qu'elles ne soient pas non plus exemptes des conséquences des perceptions du genre sur leur gestion de la prévention. Pour autant, aucune recherche quantitative conduite dans une logique de compréhension des risques n'autorise à infirmer ou confirmer cette hypothèse.

Les autres recherches sur les femmes bisexuelles, pour la plupart qualitatives, ne permettent pas non plus de préciser les choses. En effet, fondées le plus souvent sur des critères avant tout identitaires et associant parfois les questionnements sur la bisexualité des femmes et des hommes, elles ont évacué les dimensions épidémiologiques. Cet évitement résulte d'une logique et d'une

¹⁰ Une recherche conduite selon les mêmes critères est actuellement en cours au Québec, sous la direction de Denise Médico. Les résultats n'en sont pas encore publiés.

histoire, tout comme la relative absence d'interrogations sur les partenaires femmes des hommes à pratiques bisexuelles dans les recherches inspirées par le contexte épidémiologique. Mais revenons un temps sur la recherche que j'ai réalisée [10] : en comparant les propos obtenus, lors d'entretiens semi-directifs avec des femmes et des hommes à pratiques bisexuelles, avec l'observation des membres d'une association ayant une démarche identitaire par rapport à la bisexualité, elle facilitait une visualisation de cette logique différentielle. Alors que, lors des entretiens, les paroles des personnes interrogées sur le VIH sont suscitées par l'enquêteur, par contre, lors de l'observation, il apparaît clairement que les propos sur le sida sont absents à défaut d'une sollicitation forte¹¹. Or les femmes et les hommes qui ont produit des publications sur les aspects identitaires de la bisexualité sont très majoritairement issus des rangs des mouvements militants bisexuels. Leur manque d'intérêt pour la problématique épidémiologique semble alors consécutif à l'origine de ces mouvements, dont beaucoup ont été créés aux États-Unis au début des années 1980¹² par des femmes qui avaient rompu avec les espaces féministes lesbiens des années 1970. Les ouvrages que les fondatrices commenceront à faire paraître dès le début des années 1990 se font l'écho des débats qui les avaient conduites au départ de leurs anciennes associations¹³ : les rapports sociaux de sexe sont abordés, de même que des propositions de définition de ce que serait la bisexualité pour celles et ceux qui s'en réclament. Parmi les travaux les plus significatifs, on peut citer ceux de Rust, qui a analysé les rapports de complicité et de divergence entre les mouvements lesbiens et les problématiques posées par l'identité bisexuelle [33], ainsi que la relecture par Armstrong des publications sur les minorités sexuelles au regard de l'accusation de traîtrise appliquée aux femmes et aux hommes bisexuels [1] ; on peut aussi évoquer la discussion proposée par Ault sur ce que les groupes minoritaires produisent de normalité interne pour se construire, en miroir de la bisexualité ou parmi ses disciples [2]. Si les écrits de ces sociologues sont nourris de références et argumentés, beaucoup des travaux des années 1990 sur une acception identitaire de la bisexualité se sont pourtant contentés de mettre en cause les clichés appliqués à la bisexualité, au risque d'en faire une identité essentialiste : ainsi Udis-Kessler, qui a par ailleurs produit des articles intéressants sur l'histoire des mouvements bisexuels, a tendance à faire de la

¹¹ Le constat vaut pour l'Association bisexuelle française de 1995 à 1999, période durant laquelle s'est tenue l'observation. Depuis 2002, il semble que les choses changent et que les militantes et les militants bisexuels de Bi'cause, nom actuel de l'association, commencent à s'investir dans la lutte contre le sida. À noter dès à présent que le rôle des femmes dans l'association, prépondérant à ses débuts, tend à s'estomper aujourd'hui.

¹² L'acte reconnu comme fondateur aux États-Unis du militantisme bisexuel contemporain est le *coming out* bisexuel de Lani Ka'ahumanu, publié et commenté en 1981 dans différents magazines lesbiens et gay de la Côte Ouest, où elle explique en quoi elle ne se reconnaît plus dans le discours féministe des anciennes associations lesbiennes dans lesquelles elle militait précédemment, où toute proximité sexuelle avec un homme était interprétée comme symbolisant une forme de traîtrise. Ce *coming out*, qui a donné lieu à la création d'une association bisexuelle, a ensuite fait des émules aux États-Unis, puis rapidement dans beaucoup de pays anglo-saxons.

¹³ Si les ouvrages sur une acception identitaire de la bisexualité du début des années 1990 sont quasi exclusivement écrits ou dirigés par des femmes (Lani Ka'ahumanu, Liz Highleyman, Loraine Hutchins, Paula Rust, Naomi Tucker, Amanda Udis-Kessler...), progressivement, des hommes vont apparaître plus souvent à leur côté (Cris Stevens, Kevin Lano, Donald Hall, Wayne Bryant...). Les livres écrits selon des problématiques behavioristes et épidémiologiques ont, sur la durée, légèrement plus souvent été dirigés par des hommes, mais la mixité y a toujours été plus importante que dans les publications sur les aspects identitaires de la bisexualité.

bisexualité une identité élitiste, la seule qui soit à même de rendre compte d'une fluidité qu'elle entend comme menant systématiquement vers la bisexualité [36]. En outre, la principale critique qui peut être adressée à la plupart des publications sur les aspects identitaires de la bisexualité est de se fonder sur des discussions plutôt que sur des recherches empiriques. En revanche, hors des sciences sociales, dans les domaines littéraire et cinématographique, des publications accompagnées d'investigations plus rigoureuses existent : toujours pour les États-Unis¹⁴, la plus célèbre est celle de Garber, qui, à partir d'une revue des romans et des courants littéraires et artistiques du xx^e siècle, propose un débat sur les enjeux de la fluidité et de la bisexualité [12]. Dans des disciplines littéraires encore, mais par des chercheurs anglais cette fois, évoquons aussi le livre dirigé par Hall et Pramaggiore [14] : les débats qu'ils ouvrent se rapprochent de questionnements propres aux sciences sociales et dépassent la tentation prosélyte critiquée plus haut. Enfin, dans les publications du Bi Academic Intervention (un groupe britannique mixte et interdisciplinaire d'universitaires se reconnaissant bisexuels), les auteurs ne se contentent plus de mettre en cause les stéréotypes sur la bisexualité, mais ils analysent plutôt les représentations qui les sous-tendent et les mécanismes sociaux élargis qu'ils révèlent [5].

Ces différents travaux, s'ils oublient les dimensions épidémiologiques, confirment pourtant un élément implicite déjà présent dans les recherches sur les hommes à pratiques bisexuelles, celui de la dissymétrie entre les sexes. De même que les personnes à pratiques bisexuelles gèrent différemment la prévention selon qu'elles sont avec un partenaire homme ou femme, celles et ceux qui se réclament de la bisexualité ont une histoire différente à porter selon qu'ils sont homme ou femme. Une des raisons susceptibles d'expliquer l'absence de questionnement sur le VIH dans les publications sur la bisexualité identitaire vient sans doute aussi de cette dissymétrie, tant dans les représentations, qu'ici dans l'histoire. Ces publications ont d'abord été le fait de femmes chercheuses, issues ou proches des organisations bisexuelles anglo-saxonnes : non seulement, dans les représentations communes, le sida reste une affaire d'hommes, mais pour ces femmes, les questions à débattre avaient partie liée avec leurs anciens engagements dans les mouvements féministes lesbiens et avec leur volonté de définir un autre féminisme ; d'où des discussions sur les rapports sociaux de sexe, plutôt que sur une épidémie dont elles se sentaient protégées.

Conclusion

Ainsi, les deux types de recherches actuelles sur la bisexualité, qu'on choisisse une définition fondée sur les pratiques ou sur les identités sociosexuelles données à voir, se croisent sans se rencontrer. D'un côté, la dissymétrie dans la gestion des risques VIH selon le sexe des personnes investies dans l'interaction sexuelle apparaît en filigrane des recherches mais fait rarement l'objet d'investigations poussées. De l'autre, les rapports sociaux de sexe font l'objet de discussions, mais aucune conclusion n'est tirée par rapport au sida.

¹⁴ Dans cette sous-partie de l'article, exceptée la première recherche citée, française, toutes les autres publications ont été réalisées par des chercheuses et chercheurs américains. Remarquons que les États-Unis ont été le pays le plus prolifique sur les aspects identitaires de la bisexualité, alors qu'en comparaison ils ont produit moins de travaux portant spécifiquement sur les pratiques bisexuelles et le VIH. Cependant, ils ont publié nombre de recherches sur les hommes entre eux.

Dans une certaine mesure, on peut se demander si ce qui s'observe par rapport aux travaux sur la bisexualité en sciences sociales ne vaut pas au-delà de ces travaux particuliers : en effet, ne doit-on pas déplorer en général que les recherches sur le sida et celles sur le genre se nourrissent peu entre elles, au détriment des unes et des autres ? La sexualité, qui pourrait de prime abord paraître un pont entre les deux problématiques, ne semble pas toujours réussir à jouer un rôle de liaison. Certes, deux appréhensions différentes de la sexualité se confrontent. D'un côté, une approche par les pratiques ; de l'autre, une approche par l'identité et les démarches associatives. Mais n'a-t-on pas exagérément construit comme opposées ces deux approches, en particulier par rapport à la bisexualité ? S'il est vrai que la majorité des personnes qui ont des pratiques bisexuelles préfèrent se montrer comme hétérosexuelles, voire parfois homosexuelles, et que les associations bisexuelles représentent un canevas fort peu développé en comparaison des associations gay ou lesbiennes, pour autant, aucune recherche portant sur les personnes bisexuelles (de pratiques seulement, d'identité seulement ou de pratiques et d'identité), même quantitative, ne peut prétendre avoir présenté des résultats à la fois représentatifs et précis de ce que serait l'ensemble de ce groupe. C'est donc toujours des échantillons singuliers au sein de cet ensemble qui sont pris en compte. Dès lors, enquêter sur les personnes qui affirment une identité bisexuelle n'est pas plus absurde, par rapport au sida, que travailler sur celles qui déclarent des pratiques bisexuelles. Seule une multiplication des recherches, quels que soient les angles d'approche, serait à même de produire cette typologie interne qui fait toujours défaut, et de permettre une compréhension des différentes injonctions sociales, qu'elles soient relatives à la norme hétérosexuelle ou aux contraintes de genre. Il apparaîtrait peut-être alors que, outre des campagnes vers les hommes à pratiques bisexuelles avec leurs partenaires femmes déjà montrées comme nécessaires, ce n'est pas tant une prévention adressée à l'ensemble des personnes bisexuelles qui est urgente, que des messages en direction de segments particuliers, au-delà de la bisexualité. Enfin, si des chercheurs comme Kennedy et Doll estiment que des campagnes fondées sur des critères de bisexualité identitaire seraient peu fructueuses, on ne peut se prononcer, à ce jour, sur l'efficacité d'une prévention non pas adressée aux femmes et aux hommes qui se donnent à voir comme bisexuels, mais portée par eux [18]. Seules des investigations sur les aspects associatifs de la bisexualité pourraient définir si celles et ceux qui militent autour de cette identité pourraient servir de relais. L'hypothèse selon laquelle les femmes bisexuelles se protégeraient davantage que les autres femmes mérite aussi d'être vérifiée. Si tel était le cas, elles auraient peut-être à jouer un rôle d'intermédiaire de prévention vers l'ensemble des femmes.

Références bibliographiques

1. Armstrong E. Traitors to the cause ? Understanding the lesbian/gay « bisexuality debates ». In : Tucker N, ed. *Bisexual politics, theories, queries and visions*. New York-London : Harrington Park Press, 1995 : 199-218.
2. Ault A. The dilemma of identity : bi women's negotiations. In : Seidman S, ed. *Queer theory/sociology*. Cambridge-Oxford : Blackwell Publishers, 1996 : 311-30.
3. Bell AP, Weinberg MS. *Homosexualities : a study of diversity among men and women*. New York : Simon and Schuster, 1978 (traduction : *Homosexualités*. Paris : Albin Michel, 1980).
4. Bevier PJ, Chiasson MA, Hefferman RT, et al. Women at a sexually transmitted disease clinic who reported same-sex contact : their HIV seroprevalence and risk behaviors. *Am J Publ Health* 1995 ; 85 (11) : 1366-71.
5. Bi Academic Intervention, ed. *The bisexual imaginary : representation, identity and desire*. London-Washington : Cassel, 1997.
6. Boulton M, Fitzpatrick R. Bisexual men in Britain. In : Aggleton P, ed. *Bisexualities and AIDS : international perspective*. London : Taylor and Francis, 1996 : 3-22.
7. Caceres C. Intervention orale à la table ronde « Aspects comportementaux des gays et des bisexuels », X^e Conférence internationale sur le sida, Yokohama, 8-11 août 1994.
8. Crawford J, Kippax S, Prestage G. Not gay, not bisexual, but polymorphously sexually active : male bisexuality and AIDS in Australia. In : Aggleton P, ed. *Bisexualities and AIDS : international perspective*. London : Taylor and Francis, 1996 : 44-60.
9. Deschamps C. *Bisexualité et bisexuels. De l'invisibilité à l'idéologie de la diversité : l'histoire d'un rapport ambivalent à la domination*. Paris : Doctorat de sciences sociales EHESS/ENS, 1999.
10. Deschamps C. *Le miroir bisexuel*. Paris : Balland, 2002.
11. Engler K, et al. Bisexually active men and risk : a psychosocial profile. *Can J Infect Dis* 2000 ; 11 (suppl. B) : 76.
12. Garber M. *Vice versa : bisexuality and the eroticism of every day life*. London : Hamish Hamilton, 1995.
13. Gil F. *Les situations de protection ou non, à l'égard du VIH chez les bisexuels masculins de 16 à 25 ans*. Rapport à la Direction Générale de la Santé du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.
14. Hall DE, Pramaggiore M. *RePresenting biSexualities : subjects and cultures of fluid desire*. New York-London : New York University Press, 1996.
15. Hood D, Prestage G, Crawford J, et al. *Bisexual activity and non-gay-attachment research : The BANGAR Report*. Sydney : Western Sydney Area Health Service, 1994.
16. Kahn JG, Gurvey J, Pollack LM, et al. How many HIV infections cross the bisexual bridge ? : an estimate from the United States. *AIDS* 1997 ; 11 : 1031-7.
17. Kalichman S, et al. Risk for HIV infection among bisexual men seeking HIV prevention services and posed to their female partners. *Health Psychol* 1998 ; 17 : 320-7.
18. Kennedy M, Doll LS. Male bisexuality and HIV risk. *J Bisexuality* 2001 ; 1 (2-3) : 109-35.
19. Kippax S, Crawford J, Rodden P, Benton K. *Report on Project Male-Call : national telephone survey of men who have sex with men*. Canberra : Australian Government Publishing Service, 1994.

20. Klein F. *The bisexual option : a concept of one hundred percent intimacy*. New York : Arbor House, 1978.
21. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The Social organization of sexuality : sexual practices in United States*. Chicago : University of Chicago Press, 1994.
22. Lemp GF, Jones M, Kellog TA, *et al.* HIV seroprevalence and risk behaviors among lesbians and bisexuals women in San Francisco and Berkeley. *Am J Publ Health* 1995 ; 85 (11) : 1549-52.
23. Lever J, *et al.* Behavior patterns and sexual identity of bisexual males. *J Sex Res* 1992 ; 29 (2) : 141-68.
24. Lhomond B. Les risques de transmission du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. *Transcriptase* 1996 ; 46 : 8-10.
25. Lhomond B, Michaels S. Homosexualité/hétérosexualité : les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux USA. *Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-83 : 91-111.
26. MacDonald Jr A. Bisexuality : some comments on research and theory. *J Homosexuality* 1981 ; 6 (3) : 21-35.
27. Mead M. Bisexuality : what's it all about ? *Redbook Magazine* 1975 ; 29-31.
28. Mendès-Leite R, Deschamps C, Proth B. *Bisexualité : le dernier tabou*. Paris : Calmann-Lévy, 1996.
29. Messiah A, Mouret-Fourme E. Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle. *Population* septembre-octobre 1993 ; 48 (5) : 1353-80.
30. Myers T, Allman D. Bisexuality and HIV/AIDS in Canada. In : Aggleton P, ed. *Bisexualities and AIDS : international perspective*. London : Taylor and Francis, 1996 : 23-43.
31. Paul J. Bisexuality : reassessing our paradigms of sexuality. *J Homosexuality* 1985 ; 11 (1-2) : 21-34.
32. Richardson D. Lesbians and AIDS. In : Richardson D, ed. *Women and the AIDS crisis*. London : Pandora Press, 1989 : 68-84.
33. Rust P. *Bisexuality and the challenge to lesbian politics*. New York-London : New York University Press, 1995.
34. Simon P, Gondonneau J, Mironer L, Dourten-Rollier AM, Lévy C. *Rapport sur le comportement sexuel des Français*. Paris : Julliard et Charron, 1972.
35. Spira A, Bajos N, et le Groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France : rapport au Ministre de la recherche et de l'espace*. Paris : La Documentation Française, 1993.
36. Udis-Kessler A. Challenging the stereotypes. In : Rose S, Stevens C, *et al.*, eds. *Bisexual horizons : politics, histories, lives*. London : Lawrence and Wishart, 1996 : 45-57.
37. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, *et al.* HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *JAMA* 2000 ; 284 (2) : 1998-204.
38. Weinberg MS, Williams CJ. *Male homosexuals : their problems and adaptations*. New York : Oxford University Press, 1974.
39. Weinberg MS, Williams CJ, Pryor DW. *Dual attraction : understanding bisexuality*. New York-Oxford : Oxford University Press, 1994.
40. Wolff C. *Bisexuality : a study*. London : Quartet Books, 1977 (traduction : *Bisexualité*. Paris : Stock, 1981).
41. Zinik G. Identity conflict or adoptive flexibility ? : bisexuality reconsidered. *J Homosexuality* 1985 ; 11 (1/2) : 7-19.

Adolescence et homophobie : regards d'un clinicien

Serge HEFEZ

Résumé

Si dépression, suicide et homosexualité se conjuguent avec une telle évidence, c'est au nom d'une logique qui s'enracine dans les limbes de la vie psychique : comment le désir homosexuel a-t-il été perçu, accepté, partagé depuis la plus tendre enfance ? La honte sociale adolescente liée à l'homophobie et au secret resurgit ainsi très rapidement au cours des psychothérapies, même chez ceux qui pensent que c'est une affaire réglée depuis longtemps. C'est peut-être vrai socialement, mais pas psychiquement. Le fait de l'énoncer permet de montrer comment ces mécanismes sournois de rejet, d'attaque des liens et de dissimulation peuvent encore être actifs et peser à l'insu dans la vie présente, même si l'impression demeure qu'ils ont été dépassés, qu'ils n'existent plus. L'homophobie intériorisée, source de dégradation de l'estime de soi, est à l'origine de symptomatologies sur-représentées chez les gays, comme l'anxiété, la dépression, les passages à l'acte suicidaires, symptômes qui ne peuvent en aucun cas être rapportés à des facteurs psychopathologiques spécifiques. Leur corrélation avec l'exposition aux risques de contamination, si elle peut difficilement être prouvée, apparaît dans ce contexte largement probable.

Mots clés : adolescence, homosexualité, homophobie, construction identitaire, suicide, prise de risque.

« Aussi loin que remontent mes souvenirs, j'ai toujours été chaviré par la beauté des garçons qui m'entouraient, surtout les plus âgés ; toujours fasciné par le dévoilement des corps dans les vestiaires du gymnase ou de la piscine, par la vision d'un torse, d'une cuisse d'homme dans une publicité pour un shampoing ou une eau de toilette. Cette attirance, cette excitation étaient pour moi esthétiques, à peine différentes de celle que je ressentais pour les animaux, surtout les chats, ou l'hiver pour les montagnes enneigées...

Jusqu'à l'adolescence, on me traitait souvent de filleule, de fillette, mais ça restait plutôt gentil, c'était mon originalité. Mon père en plaisantait le plus souvent, même si je voyais bien que ça l'agaçait un peu.

Et puis, un jour la compréhension de moi-même s'est imposée brutalement dans la cour du collège, à l'occasion d'une bagarre à laquelle je m'étais trouvé mêlé. Un type de ma classe m'a pris par le cou, j'ai cru qu'il allait m'étrangler et en me crachant au visage, il a hurlé "toi, la sale petite pédale, tu vas foutre le camp, immédiatement...". J'étais abasourdi, non pas tant par la violence de l'insulte que parce que je pouvais mettre un nom sur ce qui me remuait confusément depuis, je pense, le jour de ma naissance. D'ailleurs, ça a été un peu de cet ordre-là, une seconde naissance dans les insultes et les crachats.

Cette scène a eu lieu à Nantes, en 1996, le lendemain de mes 13 ans ; depuis longtemps, l'homosexualité n'était plus un sujet tabou. On en parlait partout, dans la presse, à la télé, au cinéma. Ailleurs, dans un autre monde, pour des gens d'un autre âge, il y avait une vie gay, des acteurs ou des chanteurs revendiquant leur homosexualité, des couples heureux de vivre. Ailleurs. Il fallait tout simplement attendre. C'est ce que j'ai fait, j'ai attendu. J'ai évité de bouger. De vivre. De respirer. J'ai fait semblant, semblant de parler, de m'intéresser, d'être bon élève. Ne pas attirer l'attention. J'ai même appris à jouer au garçon, c'est pas si compliqué, on prend l'air blasé, on fait comme si on n'éprouvait aucune émotion, d'ailleurs ça m'a bien servi par la suite quand je suis monté à Paris, tous les gays du Marais ils font une tête comme ça...

Voilà, pendant cinq ans j'ai arrêté de vivre, j'ai regardé les autres comme à travers un aquarium, mais je savais qu'un jour tout allait changer, tout deviendrait possible. Et puis j'ai vu Delanoë faire son coming out à la télé, ça m'a donné une pêche d'enfer, je me suis dit que si lui était arrivé où il était, j'allais aussi pouvoir m'en sortir.

À 18 ans je suis venu faire mes études à Paris. Et tout a effectivement commencé. C'était comme un gigantesque supermarché où tout aurait été gratuit. Des garçons partout, musclés, bronzés, magnifiques, disponibles. Je suis tombé fou amoureux du premier qui m'a donné un faux numéro de téléphone, et aussi du deuxième mais il vivait déjà avec quelqu'un... Après les autres j'ai oublié. Je suis entré dans le jeu, le jeu du désir d'abord, le jeu de l'excitation après, et puis dans celui de l'obsession. Deux, trois, quatre tous les jours. Dans les bois, dans la vapeur, dans les backrooms. Au début je faisais attention, jamais sans capote. Et puis tout finit par s'user, soi-même, ses résolutions, surtout quand on s'y met avec des joints, des poppers, et de l'alcool... »

Lorsque je reçois Julien, en mai 2002, il vient d'apprendre sa séropositivité. Sa première réflexion est la suivante : « *Je vais enfin pouvoir arrêter cette vie-là et commencer à me comporter normalement...* » C'était à la veille de ses 19 ans.

Depuis vingt ans, ma pratique de psychologue m'a confronté à l'écoute d'un grand nombre d'hommes et de femmes homo- ou bisexuels, dans le cadre de mon cabinet comme dans celui d'ESPAS, lieu d'accueil spécialisé pour les personnes concernées par le virus du sida, lieu où nous accueillons en outre depuis plusieurs années toute personne ressentant des difficultés liées à sa sexualité.

Chaque histoire est différente, chaque parcours est singulier. L'itinéraire de Julien est néanmoins à plus d'un titre exemplaire d'un drame qui touche la majorité des adolescents confrontés à la question de l'homosexualité, au lieu de l'entrecroisement d'une trajectoire identitaire avec un contexte social.

Dissimulation

L'homosexualité n'est plus une tragédie. Des ministres, des hommes politiques, des intellectuels, des artistes, des vedettes du Loft ou autre *reality show* font chaque jour publiquement état de leur choix de vie. Avec de plus en plus de simplicité et de tranquillité. Le PaCS a fini par être voté dans un consensus quasi général.

Auparavant, l'homosexualité était tout bonnement invisible, absente de la plupart des représentations sociales. Sa visibilité actuelle procure aux adolescents taraudés par le désir homosexuel un sentiment de grande étrangeté, peut être équivalent à celui éprouvé par ces centaines de réfugiés qui viennent échouer à nos frontières. Savoir qu'il existe un ailleurs où l'on peut manger à sa guise,

se soigner et avoir chaud. Mais que pour le moment il faut attendre, et affronter un quotidien difficile.

Car le jeune qui se découvre est confronté à deux groupes sociaux au sein desquels l'homosexualité reste indicible : sa famille – et il sait à quel point son choix va être pour ses parents une épreuve – et son groupe de pairs – encore animé à cet âge par l'hyper conformisme caractéristique des bandes d'adolescents.

Ainsi, pour la plupart des homosexuels qui reviennent sur les péripéties de leur enfance, et même pour les plus affirmés d'entre eux, ceux pour qui la fierté et la reconnaissance de leur identité est une réalité conquise, ressurgit un passé cristallisé autour du secret, de la honte et de la dissimulation.

Si dépression, suicide et homosexualité se conjuguent avec une telle évidence, c'est au nom d'une logique qui s'enracine dans les limbes de la vie psychique : comment le désir homosexuel a-t-il été perçu, accepté, partagé depuis la plus tendre enfance ?

Ils ont, pour la plupart, été d'emblée conscients d'être différents dans un environnement familial et amical qui ne peut tolérer cette différence. Pour tous s'est posé le dilemme précoce : dissimuler ou être rejeté.

Ce qui est dissimulé ne se résume pas à la seule fantasmagorie sexuelle ; c'est tout un champ de sensations, d'émotions, de désirs qui, parce qu'on ne peut les partager donc leur donner une validité, ne pourront même plus être reconnus. C'est la capacité amoureuse qui est ainsi amputée.

Beaucoup peuvent alors acquérir l'habitude de se couper en deux, de tordre leur ressenti, de se sentir en porte-à-faux dans tous les champs de la vie psychique. Tout au long de ces traumatismes quotidiens liés au rejet social, l'identification à l'agresseur n'est pas loin : on a vite fait d'adopter une merveilleuse ironie sur soi-même et sur la vie en général ; si les gays ont vis-à-vis d'eux-mêmes la dent si dure, c'est qu'ils ont depuis longtemps acquis du métier à cet exercice.

La plupart des gays passent, ne serait-ce que quelques années, par ce bouleversement profond qui leur fait intérioriser la honte de soi et cultiver des sentiments négatifs.

Préférences et identités sexuelles

L'adolescence est comme une danse, un pas en avant, un pas en arrière, un long travail psychique qui évolue par allers et retours dans une hésitation permanente entre devenir adulte et rester enfant. Il faut apprivoiser toutes ces pulsions venues de l'intérieur, cette poussée de la sexualité qui nous envahit et toutes ces sources d'excitation issues du monde extérieur, et l'on sait à quel point ces excitations sont au jour d'aujourd'hui de plus en plus intenses. Quitter l'enfance, faire disparaître l'enfant en nous, c'est une mutation qui, pour tous les adolescents, donne parfois l'impression de mourir.

L'adolescence est un processus d'intégration : intégrer les changements du corps, une voix qui mue, des seins qui poussent tout en s'intégrant à son environnement. Idéalement, il vaut mieux bénéficier d'un entourage familial qui tienne le coup, et qui autorise la différenciation, et d'un groupe de pairs qui permette de se sentir tout pareil que les autres, mêmes vêtements, mêmes musiques, mêmes attitudes.

Dans ce contexte, la découverte de la sexualité s'épanouit dans l'altérité : repérage de l'autre d'un autre sexe, sensation des premiers émois dans le flirt, les caresses, les baisers, apprentissage progressif de soi-même dans un va-et-vient continu entre le dedans et le dehors.

Idéalement encore, cette progressivité permet de renforcer cette fonction essentielle de l'appareil psychique qu'est le « pare-excitation », cette barrière dynamique complexe, cette seconde peau qui protège de trop de stimulations venues de l'extérieur comme de l'intérieur. L'estime de soi apprend peu à peu à s'y épanouir.

Ce processus est délicat pour l'ensemble des adolescents.

Mais dans le cas qui nous occupe, cette construction est menacée par deux éléments essentiels : la rupture dans la continuité d'un processus dynamique évolutif, et la désaffiliation vis-à-vis du groupe de pairs concomitante d'un sentiment de désappartenance envers le groupe familial.

Julien, comme des milliers de garçons et de filles de son âge confrontés à leur préférence sexuelle, se retrouve soit livré à la solitude, soit dans l'obligation d'un faire-semblant. Soumise à une attente interminable, une partie de lui, vivante, désirante, n'a aucune possibilité de se dire ou de s'épanouir au contact d'autrui. Julien va finir par la considérer comme une mauvaise partie, un élément encombrant, un corps mort, abject, dont il aimerait bien se débarrasser. C'est ce que l'on appelle communément « l'homophobie intériorisée ».

Comme le souligne François Delor, pour mieux appréhender la dynamique identitaire mise en œuvre au cours de la trajectoire sociale, une distinction se doit d'être établie entre « *préférence sexuelle* » et « *identité sexuelle* » [2]. L'adolescent découvre plus ou moins lucidement, plus ou moins consciemment, plus ou moins brutalement, les contours de sa préférence sexuelle, découverte qui relève autant d'un regard sur soi, sur ses rêveries, sur ses fantasmes, que du regard des autres qui renvoie l'image d'une différence.

L'identité sexuelle est, quant à elle, de nature essentiellement sociale. Elle concerne la façon dont un individu, à partir de la préférence sexuelle qu'il accepte de se reconnaître, va négocier la définition de son identité sexuelle, c'est-à-dire la manière dont il tolère d'être identifié par le corps social. À cet égard, les simples termes de « souhait », « choix » ou « décision » méritent largement d'être nuancés.

La « préférence » homosexuelle a ceci de particulier par rapport à d'autres goûts ou d'autres choix qu'elle va « coller » à l'identité de l'adolescent, recouvrir toute autre préférence ou aspiration pour effectuer une véritable centration identitaire. Ici aussi, ce « collage » est de nature sociale envers un jeune qui n'en demande pas tant. Il revient en permanence sous forme de dérision ou d'insulte rappeler une identité qui le plus souvent ne s'est même pas encore matérialisée par un aveu ou par des actes.

C'est incontestablement une forme de mort, pour un individu, que d'être enfermé dans son identité. Ainsi, lorsque l'on est pris par une certaine problématique, et l'homosexualité en est une, on se retrouve identifié par elle, enfermé dedans.

Honte sociale : l'intériorisation

J'ai souvent pu constater dans des échanges avec mes collègues que les psys ne prenaient pas suffisamment en compte les conséquences de l'oppression sociale intériorisée : ils ont tendance à privilégier les trajectoires individuelles et à interpréter la honte de soi à partir des relations précoces avec les figures parentales.

Comme si l'identité se résumait à la seule question des identifications précoces, indépendamment du contexte social qui nous entoure.

L'identification, rappelons-le, c'est ce processus par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications simultanées ou successives. Nous y reviendrons.

Concernant la question de l'homosexualité, la psychanalyse est intarissable sur la place des mères trop intrusives, des pères trop absents, des régressions narcissiques et autres fixations perverses. Les patients, du reste, ne manquent pas de s'interroger et de nous questionner sur le « pourquoi » de leur choix sexuel, question d'autant plus complexe que dans l'après-coup, toute explication psychodynamique en vaut bien une autre, tant les ellipses et les jeux de miroir entre notre désir et le désir de l'autre permettent d'élaborer une chose et son contraire. Chacun espère néanmoins trouver dans cet éclairage l'origine du malaise, de l'anxiété ou de la dépression actuelle du sujet.

Pour un psy, l'effet violent d'un traumatisme est trop souvent systématiquement relié à la façon dont un individu n'est pas parvenu à résoudre ses premiers conflits psychiques. Dans la logique de la psychanalyse, il y a tendance à identifier les agents historiques des situations de honte chez l'adulte avec les *imagos* que cet adulte a constitué lorsqu'il était enfant dans sa constellation familiale. Ainsi, une problématique dépressive ou des velléités suicidaires pourront de manière réductrice être entendus et interprétés avec ce seul éclairage.

Pourtant, la honte sociale met en jeu de tout autres mécanismes [7]. La compréhension de cette honte oblige à reconnaître les situations de violence comme telles et à ne pas forcément les confondre avec la résurgence de figures parentales intériorisées. Il convient ainsi de différencier la honte de la culpabilité : la honte pour une faute publiquement découverte est beaucoup plus gravement redoutée que la culpabilité attachée à des fautes qui peuvent rester secrètes. La culpabilité est une forme d'intégration sociale alors que la honte est une désintégration. Elle crée une rupture dans la continuité du sujet. Elle trouble l'image de lui-même et le rend sans mémoire et sans avenir.

La honte favorise une toute autre forme d'identification, l'identification à l'agresseur, dans laquelle, en imitant moralement la personne qui l'agresse, le sujet retourne contre lui-même, en les adoptant, les critiques qui lui sont adressées.

Cette question de la honte sociale liée à l'homophobie et au secret surgit pourtant très rapidement au cours des psychothérapies, si l'on y est attentif, même chez ceux qui pensent que c'est une affaire réglée depuis longtemps : l'affaire, peut-être, sera réglée socialement, mais non psychiquement. Le fait de l'énoncer permet de montrer comment ces mécanismes sournois de rejet, d'attaque des liens et de dissimulation peuvent encore être actifs et peser à l'insu dans la vie

présente, même si l'impression demeure qu'ils ont été dépassés, qu'ils n'existent plus.

Depuis plus d'une décennie, une multitude d'études mettent en évidence une suicidalité considérable chez les jeunes gays, surtout chez les garçons : environ six fois supérieure à la prévalence des actes suicidaires chez les hétérosexuels masculins d'âge et de conditions sociales comparables [8]. Que les filles échappent davantage à cette hécatombe s'éclaire par la meilleure tolérance de surface de l'homosexualité féminine : une fille masculine peut être un « bon copain » des garçons sans se mettre en danger, deux filles peuvent plus facilement échanger des gestes de tendresse...

L'homophobie intériorisée, source de dégradation de l'estime de soi, est à l'origine de symptomatologies sur-représentées chez les gays, comme l'anxiété, la dépression, les passages à l'acte suicidaires, symptômes qui ne peuvent en aucun cas, comme l'attestent toute une série d'études nord-américaines être rapportés à des facteurs psychopathologiques spécifiques. Leur corrélation avec l'exposition aux risques de contamination, si elle peut difficilement être prouvée, apparaît dans ce contexte largement probable.

Prises de risques

Ce qui ne peut se dire s'exprime par des actes. À chaque étape de la vie, l'hostilité des autres se retourne contre soi. Une tentative de suicide peut être, hélas, une façon d'effectuer son *coming out* : pouvoir enfin « en parler », à papa et maman, le corps bardé de perfusions dans l'anonymat d'un service de réanimation. Que de fois ai-je entendu cette triste histoire ! C'est comme un rite de passage, une entrée possible dans un monde adulte, et sexué, qui tente d'exorciser toute la honte accumulée dans l'enfance.

Le risque majeur de recourir au suicide, ce sont... les antécédents suicidaires. Qui a bu, boira. Le vertige du suicide se décline ensuite à chaque rupture amoureuse, lorsque l'étaillage social et familial ne pèse plus bien lourd face à l'effondrement passionnel.

Se sentir fier de soi dans tous les aspects de sa vie psychologique et émotionnelle n'est une mince affaire pour personne, mais dans le cas qui nous occupe, chaque expérimentation de perte, de conflit, de rupture, risque de réactiver dans un télescopage actuel ces mécanismes précoces d'intériorisation du rejet social, et ce sont toutes les blessures de l'enfance qui ne demandent qu'à se rouvrir.

Pour ce qui concerne les homosexuels masculins, nous chercherons ici à éviter les amalgames faciles entre prises de risque sexuel et équivalent suicidaire. Cette question est éminemment plus complexe et mérite bien d'autres développements.

Pour aborder cette question, je reviendrai dans un premier temps brièvement sur la pandémie elle-même.

La tragédie du sida nous a brutalement confrontés à des hommes épuisés, dont la seule ressource se trouvait parfois dans une relation amoureuse stigmatisée par leur entourage familial et social.

Vivant dans un espace communautaire où près de la moitié des pairs sont séropositifs ou malades, certains se sont trouvés exposés à une souffrance qui a perturbé leur vie affective, leur vie sociale, leurs modes d'attachement [4].

Confrontés à de multiples deuils, ils ont fini par vivre dans un état psychique de deuil anticipé, ressentant une immense culpabilité où tout nouvel attachement réactive l'angoisse de la perte. L'envahissement par le souvenir de tous les morts quand on tombe amoureux, la dépendance psychique à un disparu dont on n'a pu faire le deuil, la peur de s'exposer à une nouvelle relation porteuse de sa propre finitude pouvaient se superposer à la culpabilité d'avoir survécu, ou à celle d'avoir échoué dans l'aide que l'on aurait pu apporter à autrui, au point de bloquer complètement les élans relationnels.

Et pourtant, n'entendions-nous pas fréquemment durant cette hécatombe surgir ces confidences : « Grâce à la maladie, j'ai enfin pu avouer à mes parents mon homosexualité : un fils pédé, ils ne l'auraient pas supporté, mais un fils malade, ça passe mieux... » ?

Pour beaucoup, le lien entre la contamination par le VIH et la sexualité a réactivé cette adolescence, ce mal être ancien et souvent oublié autour des notions de secret, de honte, de rejet. Des cicatrices se sont rouvertes, concernant la façon dont l'homosexualité avait été dans l'enfance perçue, acceptée, partagée.

Dans les dix premières années de l'épidémie, l'histoire naturelle de la lutte contre l'homophobie s'est indissociablement confondue avec la lutte contre l'épidémie, au point qu'en posant ainsi le sida comme un problème de santé publique (la société entière est concernée), les homosexuels qui ont initié tout ce qui s'est fait en matière de soutien et de prévention, se sont oubliés eux-mêmes. Il est probable en effet qu'en se mettant en situation de rendre service à la population toute entière, ils n'aient acheté à prix fort leur titre de reconnaissance et que l'affirmation de leur fierté, ou plus simplement de leur dignité, n'ait été escamotée derrière le dilemme santé publique/solidarité communautaire.

Redoutant sans doute le piège diabolique que l'emblème du sida ne devienne le seul signe de ralliement, notamment pour les plus jeunes d'entre eux, la plupart des associations de lutte contre le sida ont mené ces dernières années un combat ouvert pour la fierté homosexuelle, et c'est tant mieux. De même que les femmes pourront éviter de se contaminer en acquérant, avec les hommes, une égalité dans la maîtrise de la sexualité, de même la prévention chez les homosexuels passe avant tout par l'obtention d'une visibilité sociale.

Mais l'effacement est le destin des mauvaises nouvelles, comme des mauvais souvenirs. Ceci nous amène à la question de la prévention des contaminations au moment où les termes de *relapse* et de *bareback* inquiètent et divisent l'ensemble de la communauté homosexuelle.

Leurs déterminants tiennent certes tout autant du désir de vie et de jouissance que du déni et de l'autodestruction. Mais tout de même...

Reprenons l'itinéraire exemplaire de Julien. Pour lui comme pour tant d'autres s'est déroulée une évolution en deux temps, le temps immobile de l'attente, le temps explosé de l'accomplissement. Entre les deux, on l'a vu, aucune place pour cette initiation progressive au désir et à l'autre, premiers baisers, premières caresses, à laquelle ont droit la majorité des adolescents. Julien n'a eu aucune possibilité de se construire d'enveloppe de protection, juste une gangue entourant un secret, gangue qui ne demande qu'à éclater. L'effraction du pare-excitation survient quand les excitations venant du monde extérieur atteignent une telle intensité qu'elles débordent les systèmes de protection. Le sujet ne peut maîtriser cet excès et son appareil psychique se désorganise ; les limites entre

le dedans et le dehors sont bouleversées, les pulsions débordent, poussant à la répétition infinie de l'expérience.

L'excès d'excitation s'opposant à la pensée et à la représentation concerne tous les individus confrontés à la prévention. Julien est de plus exposé à un rapport de force auquel rien ne l'avait préparé, à cette « loi du plus fort » que Fassbinder avait depuis longtemps décrite, loi du milieu qui appartient à tous et à personne, mais qui pour les plus jeunes peut se révéler impitoyable.

Comment, dans ce contexte, imposer une protection, s'appuyer sur une estime de soi qui n'a même pas eu le temps de se construire ?

Oserai-je reconnaître qu'ils sont légion, depuis peu, à venir me trouver, ces braves petits soldats du sexe, convaincus d'être libres parce que sortant de la clandestinité, si beaux, si jeunes et dont la contamination ne saurait se réduire à l'ignorance du risque, à l'accident de parcours ou à la lassitude d'une prévention trop longtemps assumée.

La prévention, pardonnez cette évidence, commence par l'envie de ne pas se contaminer. Cela suppose d'avoir pu constituer ce capital précieux et irremplaçable qu'est le désir d'être vivant et de le rester. Cela suppose d'avoir eu la possibilité, le plus précocement possible, de se reconnaître dans des images, des représentations, d'individus libres et heureux de vivre. Cela suppose aussi d'avoir le temps de faire l'apprentissage de la sexualité.

Trajectoire sociale, trajectoire psychique

La trajectoire de Julien illustre un autre aspect, fondamental, de l'homophobie que connaissent bien la plupart des jeunes homosexuels. Le rejet auquel ils sont confrontés concerne rarement une préférence sexuelle qui dans la plupart des cas n'a pas encore eu le temps de s'élaborer consciemment. L'insulte se nourrit de l'horreur de la « féminité » du garçon ou de la « masculinité » de la fille. Bien sûr, tous les futurs homosexuels ne sont pas féminins, toutes les futures lesbiennes ne sont pas des « garçons manqués ». Bien sûr, de nombreuses fillettes « masculines » et de nombreux garçons « efféminés » connaîtront un destin hétérosexuel (et je passerai ici sous silence la question de la bisexualité qui réclamerait d'autres développements).

Il n'en demeure pas moins que ce sont ces « signes » qui viennent faire sens socialement pour cristalliser l'insulte et le rejet.

Ils illustrent un aspect bien plus complexe de la question de l'identification : ce à quoi un individu s'identifie, ce n'est pas tant un aspect du caractère ou de la personnalité de l'autre qu'à son désir. Fondamentalement, le désir est avant tout une appropriation du désir d'un autre. Tous les enfants incorporent des morceaux des papas et mamans, des hommes et des femmes, des garçons et des filles qui évoluent dans leur environnement, ce qui a conduit Freud à poser l'hypothèse d'une bisexualité fondamentale à tout être humain.

Nous quittons ici la trajectoire sociale pour entrer dans la spécificité des trajectoires individuelles. De l'anatomie du sujet (homme ou femme) à sa position sexuelle psychique (masculine ou féminine), de l'objet désiré identifié comme « viril » ou « féminin » à l'anatomie du sujet désiré, toutes les combinatoires sont possibles, toutes les formes de l'homosexualité comme de l'hétérosexualité dessinent un paysage d'une troublante complexité [1].

Mais pour ce qui concerne les garçons, et c'est vraisemblablement le cas de Julien, l'identification préférentielle fréquente du jeune homosexuel au désir d'une femme pour un homme va se trouver à l'origine de ce qui saute aux yeux de ses camarades qui ont, à leur insu, hébergé ce désir en eux et l'ont rejeté. Cette identification est perceptible pour tout un chacun car familière, source d'un intense conflit intérieur. Que ce conflit interne puisse épuiser la violence qu'il engendre en s'extériorisant contre celui ou celle qui en porte les stigmates devient pain bénit pour des jeunes en quête d'identité.

Mais au-delà des conséquences délétères de l'homophobie, ce conflit intérieur lié aux identifications précoces sera pour l'adolescent homosexuel à l'origine de bien des drames présents et à venir [5]. Ceux liés aux choix amoureux d'un homme qui réponde au désir d'une femme (c'est-à-dire qui justement ne les désire pas comme garçon). Ce chassé croisé du désir apparaît admirablement dans le très beau film d'André Téchiné, *Les roseaux sauvages*, dans lequel l'adolescent ne peut qu'aimer passionnément l'amant de sa meilleure amie.

Ce paradoxe dessine en plein et non plus en creux l'importance capitale du communautarisme gay : bien sûr lutter contre l'homophobie, mais surtout fournir des discours, des images, des destins, des représentations « d'hommes qui aiment les hommes qui aiment les hommes » ou de « femmes qui aiment les femmes qui aiment les femmes », véritable antidote à cette quête désespérée de celui ou de celle qui va par nature les rejeter. D'où aussi la nécessité que ce ne soit pas uniquement autour de l'échange sexuel que ce communautarisme puisse se fonder mais au nom d'une altérité qui permette à des milliers d'adolescents de faire la part entre aimer un sexe (ou le sexe ?) et aimer un autre du même sexe.

À partir de chaque existence, deux histoires se développent conjointement, une histoire psychique et une histoire sociale. Dans la première, l'accent est mis sur la part de responsabilité individuelle pour tout événement survenu dans l'existence, dans la deuxième, l'individu se représente comme l'objet des influences collectives exercées sur lui ; nous apprenons à passer souplement dans nos ruminations intérieures d'une causalité à l'autre.

La réponse communautaire incite les individus à rechercher leur identité dans l'appartenance à un groupe particulier mais c'est dans la confrontation dialectique entre ces deux logiques que se construisent l'identité et le lien social.

Conclusion

Pour conclure, quelques mots sur les nouvelles formes, plus masquées, de l'homophobie volontiers véhiculées par certains de mes confrères psychanalystes¹. Depuis que les homosexuels n'incarnent plus la race maudite du pervers sublime cher à Foucault ou à Genet, et que leurs aspirations peuvent s'exprimer davantage en termes d'intégration, de couple, voire de famille, une nouvelle forme d'homophobie, bien plus sournoise s'énonce au nom d'un savoir scientifique qui ne repose que sur des opinions et des *a priori* affectifs. Les homosexuels sont des clones, atteints de troubles narcissiques, incapables de respecter la différence anatomique des sexes. Les anathèmes fleurissent et les pires catastrophes sont prédites à la société occidentale. Des psychanalystes parmi

¹ Pour une critique de ces prises de position, voir E. Roudinesco [6].

les plus sérieux se sont lancés dans une véritable croisade médiatique au nom d'une paternité symbolique menacée par le nouvel ordre homosexuel.

Les débats intenses menés sur le PaCS, puis sur l'adoption, ne s'articulent qu'autour de l'enjeu central d'une redéfinition de la figure et du statut de l'homosexuel seul ou en couple dans notre société.

Rappelons, comme le souligne Didier Éribon, que même si de nombreux psychanalystes ont considéré tout au long de ces débats qu'il était de leur mission de s'auto-instituer les experts de ce que doivent être le couple ou la famille pour exprimer leur hostilité aux innovations sociales et juridiques, la psychanalyse n'a pas pour fonction de dire la norme, mais d'aider les individus à vivre au mieux leurs désirs et leur choix [3].

La santé psychique de millions d'adolescents ne tient à présent qu'aux conditions de leur visibilité.

Références bibliographiques

1. Abelhauser A. Homosexuel, si peu... *Cliniques Méditerranéennes* 2002 ; 65 : 131-43.
2. Delor F. *Séropositifs : trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Collection *Logiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 1997.
3. Éribon D. Comment on s'arrange : les homosexuels, le couple, la psychanalyse. *Cliniques Méditerranéennes* 2002 ; 65 : 203-19.
4. Hefez S. *Sida et vie psychique : approche clinique et prise en charge*. Collection *Recherches*. Paris : La Découverte, 1996.
5. Hefez S, Laufer D. *La danse du couple*. Paris : Hachette Littératures, 2002.
6. Roudinesco E. *La famille en désordre*. Paris : Fayard, 2002.
7. Tisseron S. *La honte : psychanalyse d'un lien social*. Collection *Psychismes*. Paris : Dunod, 1992.
8. Verdier E, Firdion JM. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Montblanc : H&O Éditions, 2003.

Suicide et tentative de suicide parmi les personnes à orientation homo/bisexuelle

Jean-Marie FIRDION, Éric VERDIER

Résumé

En s'appuyant sur des travaux nord-américains et français récents, les auteurs présentent l'hypothèse d'un lien entre tentative de suicide ou suicide chez les jeunes et une orientation homosexuelle ou bisexuelle. Les résultats concordants des travaux épidémiologiques de ces dernières années montrent que l'homosexualité, en soi, ne constitue pas une cause directe de ces comportements suicidaires, mais qu'une orientation homosexuelle ou bisexuelle accroît, d'une manière significative, la probabilité de réaliser de telles conduites. Le phénomène serait en rapport avec l'homophobie et l'hétérosexisme toujours présents dans nos sociétés. Ces conclusions ne sont pas sans conséquences importantes pour les politiques de prévention du suicide chez les jeunes et de lutte contre les discriminations, ainsi que pour les programmes de recherche en santé publique en France.

Mots clés : suicide, homosexualité, jeunesse, discrimination, adolescence, santé publique.

Les décès par suicide représentent, chez les 15-24 ans, la seconde cause de mortalité (après les accidents) et, chez les 25-34 ans, ils constituent la première cause de décès¹. Les démographes constatent que le taux de suicide des jeunes (filles et garçons) ne diminue pas depuis une dizaine d'années alors que la tendance est à la baisse pour les plus de 45 ans [2]. Cette relative stagnation peut résulter de processus simultanés complexes, comme un accroissement des « difficultés de vie » des jeunes (notamment en lien avec le chômage ou l'absence d'insertion professionnelle), et donc des tentatives de suicide, associé à une efficacité accrue de l'intervention des secours (SAMU, pompiers...) et des soins d'urgence. « *L'accroissement du suicide des jeunes et des adultes avant 50 ans a bouleversé le profil du suicide selon l'âge* » [38]. En conséquence, les tentatives de suicide (TS) et les suicides parmi les jeunes sont devenus des sujets de préoccupation majeurs [40]. En raison de l'âge des personnes concernées et parce que le suicide est un révélateur du mal-être social vécu par les individus, certains facteurs familiaux et environnementaux ont été plus particulièrement explorés, comme l'intolérance sociale à l'homosexualité [35, 37]. Le lien entre TS (ou suicide) et une orientation homosexuelle ou bisexuelle a ainsi constitué le sujet d'interventions au niveau international (colloque international organisé

¹ La morbidité suicidaire est plus élevée que la mortalité suicidaire et se situe dans un rapport d'environ un à trente chez les 15-24 ans, contre un à dix pour l'ensemble de la population [24].

par l'Union Nationale de Prévention du Suicide à Paris en février 2002, celui de l'Association Francophone de Prévention du Suicide à Liège en novembre 2002, table ronde organisée par la commission santé de la commission des Droits de l'Homme de l'ONU à Genève en avril 2003) et il a fait l'objet d'un rapport de l'association Homosexualités et Socialisme [21].

Un problème de santé mentale mais aussi une question sociale

Les désirs d'ordre sexuel, comme les affects en général, sont un phénomène social autant qu'individuel [9]. Les idées et les normes, les encouragements, les sanctions et les condamnations, ont une influence à la fois sur les comportements et les inhibitions, mais aussi sur la perception de soi et des autres. Or notre société ne considère pas de la même façon l'hétérosexualité exclusive et les autres orientations ou pratiques sexuelles. Parmi les jeunes de 15 à 18 ans, 6,1 % déclarent une attirance pour les personnes de même sexe qu'eux [33], c'est-à-dire au moins deux adolescents par classe d'une trentaine d'élèves². La découverte d'une orientation homosexuelle ou la réalisation de comportements homosexuels peut être vécue comme une épreuve, comme une source d'angoisse et de honte, et contribuer de ce fait à un état dépressif, à une dévalorisation de soi-même, voire au passage à l'acte suicidaire si cette souffrance devient intolérable, « *une souffrance dont [le jeune] cherche à se débarrasser résolument* » [22].

Les effets de la discrimination, de l'ostracisme et du harcèlement que subissent les personnes à orientation sexuelle non conventionnelle (gays, lesbiennes, bisexuels, transgenres), affectent leur état de bien-être physique et moral [7]³. Le phénomène du suicide et des TS peut donc être abordé sous l'angle du lien possible entre les souffrances éprouvées par ces personnes, dans une société encore homophobe, et de tels actes autodestructeurs [16]. Nous ne disposons pas encore, en France, de données épidémiologiques sur les risques de suicide chez les personnes homo/bisexuelles mais de tels travaux ont été entrepris aux États-Unis et au Canada depuis la fin des années 1990. Ces enquêtes sont présentées ici, leurs résultats publiés en anglais n'étant pas toujours facilement accessibles en France. Il faut préciser, bien entendu, qu'ils s'inscrivent dans un contexte différent du nôtre et qu'on ne peut extrapoler sans précaution les conclusions de ces chercheurs à la situation française.

On connaît la difficulté de conduire des analyses sur les comportements suicidaires et sur les causes de suicide à partir des cas de décès par suicide, du fait de nombreux défauts d'enregistrement et de classification [4, 32]. Par ailleurs, les informations dont on peut disposer concernant la mort par suicide sont pauvres quant au contexte de sa survenue et aux caractéristiques sociales de

² L'estimation de 6 % peut être considérée comme un minimum puisque l'on sait que, dans une enquête, les comportements et les opinions socialement dévalorisés peuvent être sous-déclarés par les interviewés [20].

³ On pourra définir l'homophobie comme une « *attitude d'hostilité à l'égard des homosexuels, hommes ou femmes. (...) L'homophobie, comme toute sorte d'exclusion, ne se limite pas à constater une différence : elle l'interprète et en tire des conclusions matérielles (...) Invisible, quotidienne, partagée, l'homophobie participe du sens commun (...)* » [7]. Flora Leroy-Forgeot distingue trois formes d'homophobie : active (insultes, moqueries, violences...), passive (dénier de l'existence de l'homosexualité) et de détournement (à la manière des films pornographiques incluant une scène entre femmes) [36].

la personne décédée. Une autre voie de connaissance consiste à étudier les tentatives de suicide, car le lien entre celles-ci et les suicides est fort [28] : plus de la moitié des jeunes suicidés ont fait au moins une tentative auparavant et la corrélation entre les taux de suicide et les taux de tentatives de suicide est significative au niveau régional comme national en Europe. Ainsi, les résultats des recherches portant sur les actes suicidaires peuvent aider à comprendre les déterminants des suicides accomplis. En effet, on peut interroger (de manière rétrospective) les personnes qui ont accompli ce geste (les suicidants) ou ont eu l'intention de l'accomplir (les suicidaires) afin de comparer leurs caractéristiques avec celles des personnes qui n'ont pas connu ces comportements.

Une prévalence de TS plus élevée chez les homo/bisexual(le)s

Les travaux américains présentés ci-dessous portent sur des échantillons probabilistes représentatifs de la population générale, permettant de produire des estimations en tenant compte des effets du plan de sondage et des effets de structure (comme l'ethnicité, le niveau socio-économique ou de ressources, l'âge).

Nous présentons ici de manière synthétique les principaux résultats concernant les TS au cours de la vie (*tableau 1*). Deux de ces études [23, 42] portent sur des populations très jeunes (approximativement des élèves des classes de la troisième à la terminale). Une troisième enquête [14] porte sur de jeunes adultes (17-39 ans) tandis que la quatrième [30] concerne l'ensemble d'une population adulte. Certaines sont régionales, d'autres nationales.

Malgré ces différences d'échantillon et de définition, les résultats après ajustement⁴ sont convergents. Chez les sujets de sexe masculin, l'orientation homo/bisexuelle est associée de manière significative aux tentatives de suicide. Ainsi, ils ont de 4 à 7 fois plus de risque d'avoir déjà fait une TS que les hétérosexuels du même âge, même statut social, etc. Dans le cas des jeunes filles et des femmes bisexuelles et homosexuelles, elles présentent 40 % de risque supplémentaire par rapport aux personnes de sexe féminin exclusivement hétérosexuelles. Ajoutons, à cette prévalence plus élevée parmi les homo/bisexual(le)s, que les premiers épisodes dépressifs sont aussi plus précoces chez ceux-ci (14,8 ans en moyenne) que chez les hétérosexuels (20,4 ans en moyenne) [14]. Notons enfin qu'une toute récente étude auprès de la population masculine américaine adulte⁵ estime à 12 % la prévalence de la TS parmi la population des hommes ayant eu un rapport sexuel avec une personne de même sexe [39] ce qui est très proche de l'estimation produite par Richard Herrell et ses collègues (15 %) [30] pour une population adulte.

⁴ Les chercheurs tiennent compte, dans le modèle à estimer, des effets de structure et d'autres facteurs influençant la propension au suicide (comme la consommation d'alcool, la dépression, etc.). Lorsque l'on étudie une population minoritaire (ici les jeunes gays/bi/lesbiennes), la taille limitée de l'échantillon implique un faible effectif pour les enquêtés relevant de cette minorité ; les répartitions selon l'âge et le niveau socioéconomique, par exemple, peuvent varier fortement entre les deux catégories que l'on compare, et l'on ne saurait dire si la différence observée est due à cet effet de structure ou à un autre facteur. Il faut donc ajuster sur ces variables et produire des estimations de prévalence de TS pour chaque population, « à structure par âge et à consommation de drogue égales », par exemple.

⁵ Échantillon probabiliste national de 2 881 hommes ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire de même sexe depuis l'âge de 14 ans.

Ces observations ne laissent aucun doute sur la réalité du phénomène, et les variations entre les estimations tiennent essentiellement à des différences de définitions (identité sexuelle, comportement sexuel, attirance sexuelle), de champs (tranche d'âges, aire géographique, restriction – ou non – aux jeunes sexuellement actifs) et de variables d'ajustement dont le nombre est fortement contraint par la taille de l'échantillon⁶.

Tableau 1.
Prévalence des tentatives de suicide (États-Unis) selon le sexe et l'orientation sexuelle

Auteurs de l'étude	Taille échantillon	Âges	Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie				Odds ratio (ajustés) prévalence TS homo-bi/hétéro*	
			Hommes homo/bi	Hommes hétéro	Femmes homo/bi	Femmes hétéro	Hommes	Femmes
Herrell <i>et al.</i> [30]	206**	43***	15 %	3 %	–	–	5,6	nd
Cochran et Mays [14]	3 648	17-39	20 %	4 %	–	–	5,4	nd
Remafedi <i>et al.</i> [42]	611	12-19	28 %	4 %	21 %	15 %	7,1	1,4
Garofalo <i>et al.</i> [23]	3 365	14-19	nd	nd	nd	nd	3,7	1,4

* Lire : selon l'étude de Robert Garofalo, les garçons à orientation homo ou bisexuelle ont une prévalence de TS 3,7 fois plus grande que les garçons hétérosexuels.

** Pour les hommes hétérosexuels, les estimations s'appuient sur 6 450 individus tandis que l'étude de l'orientation sexuelle porte sur 206 jumeaux.

*** Âge moyen.

nd : non disponible.

Bien que nous ne disposions pas de données épidémiologiques équivalentes en France, nous pouvons citer quelques données de cadrage (*tableau 2*). On constate que ces chiffres sont comparables aux estimations américaines (sur échantillon national) dans le cas des hommes, mais que la prévalence semble plus faible dans le cas des femmes. Pour les personnes à orientation sexuelle non conventionnelle, nous ne disposons pas d'enquête sur échantillon représentatif mais uniquement d'enquêtes par voie de presse [1] ou associée à un échantillon de volontaires [34] ; ces estimations, proches de celles de nos collègues américains, doivent donc être prises avec prudence.

Aux États-Unis comme en France, la prévalence des TS au cours de la vie est plus forte chez les jeunes garçons que chez les hommes adultes, ce qui est à l'opposé de ce que l'on attend (plus la période pendant laquelle l'individu est soumis au risque s'allonge, plus l'incidence cumulée devrait augmenter). Il peut y avoir plusieurs explications : tout d'abord, les hommes adultes pourraient « oublier » qu'ils ont posé un geste suicidaire à un moment de leur vie ou le minimiser en ne le nommant pas TS. Mais les données françaises sur le suicide semblent contredire cette hypothèse, puisque l'on observe, pour les personnes

⁶ Les *odds ratio* sont ajustés sur : la consommation d'alcool, la consommation de drogue, la dépression, séparément [30] ; âge, race/ethnicité et revenus du ménage, le niveau d'éducation ayant été exclu car fortement corrélé aux revenus [14] ; race/ethnicité pour les femmes, niveau socio-économique pour les hommes [42] ; âge, genre et race/ethnicité [23].

Tableau 2.
Prévalence des tentatives de suicide (France) selon le sexe et l'orientation sexuelle

Auteurs de l'étude	Champ de l'étude	Taille échantillon	Âges	Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie		
				Hommes	Femmes	Ensemble
Guilbert <i>et al.</i> [26]	Population générale	13 685	12-75	3,3 %	7,7 %	5,6 %
Archambault [3]	Population générale	2 988	25-34	4 %	7,2 %	5,6 %
Choquet et Ledoux [12]	Jeunes scolarisés	12 391	11-19	5,2 %	7,7 %	6,5 %
Gays/bi Lesbiennes/bi						
Adam [1]	Presse gay	4 753	35*	17 %	nd	na
Lhomond <i>et al.</i> [34]	Presse gay et volontaires	849**	15-25	17 %	25 %	na

* Âge moyen.

** Jeunes lesbiennes/bi/gays de l'échantillon.

nd : non disponible ; na : non applicable (échantillon non représentatif).

nées après-guerre, une montée de la mortalité par suicide [2]. Ainsi, selon une autre hypothèse, il peut y avoir un effet de génération, sensible aussi pour les TS, associé à un effet de contexte (on sait que le lien chômage-suicide est fort pour les jeunes hommes de 15-24 ans [8]). Une constatation, faite par une équipe de recherche américaine, va dans ce sens : Jay Paul et ses collègues ont noté, en étudiant plusieurs cohortes d'homo/bisexuels masculins, le rajeunissement de l'âge moyen à la première TS, la diminution de l'âge moyen lors du *coming out* et une augmentation de la fréquence des agressions « anti-gay » avant 17 ans parmi les générations les plus récentes [39]. Ces évolutions peuvent être rapprochées des changements sociaux survenus au cours des dernières décennies dans les sociétés occidentales : l'extension et la prolongation de la scolarisation, la généralisation de la maîtrise de la fécondité, mais aussi le développement du chômage et de formes d'emplois précaires, enfin la raréfaction des logements bon marché, sont autant d'obstacles à l'indépendance économique et sociale des jeunes, qui allongent le processus de transition qu'est la jeunesse. Or, dans nos sociétés complexes, la jeunesse ne s'appuie plus sur des rites de passage institutionnalisés qui la ferait accéder à la maturité en lui attribuant une sorte de « brevet » de masculinité ou de féminité. « *La construction d'une autonomie à l'adolescence repose largement aujourd'hui sur la constitution d'une sphère privée, qui se construit à partir de relations échappant aux institutions familiale et scolaire : les relations avec les groupes de pairs, les relations amoureuses-sexuelles* » [10], c'est-à-dire des domaines dans lesquels les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle peuvent se sentir mis en difficulté ou dévalorisés.

L'homosexualité est-elle un facteur en soi ?

La plus grande vulnérabilité des homo/bisexuels devant le suicide nous interroge. Des hypothèses ont été émises : 1) les personnes présentant des troubles mentaux seraient davantage susceptibles de présenter un trouble de l'identité

sexuelle et donc une orientation homo/bisexuelle ; 2) le style de vie des homo/bisexuels en lui-même (vie nocturne, alcool, drogue...), et non l'orientation sexuelle *per se*, les pousserait à vivre davantage de stress, ce qui les conduit à commettre des TS ; 3) les discriminations et l'ostracisme dont sont victimes les jeunes homo/bisexuels seraient les principaux facteurs favorisant le risque de TS dans cette population. Des travaux scientifiques ont testé ces hypothèses en cherchant à savoir si ces facteurs « expliquent » ou non la propension des jeunes homo/bisexuels à avoir fait plus souvent une TS au cours de leur vie que les jeunes hétérosexuels.

Susan Cochran et Vickie Mays ont observé l'absence de psychopathologie pour les trois quarts des personnes ayant des partenaires de même sexe (dans un échantillon national représentatif) et noté que la dépression et un trouble du comportement (*panic attack syndrome*) étaient plus fréquents chez les hommes homo/bisexuels [15]. Richard Herrell et ses collègues [30] ont cherché à savoir si la fréquence des TS était davantage liée à l'orientation sexuelle qu'à des pathologies mentales. Leur analyse montre que l'effet d'une orientation sexuelle non conventionnelle se maintient après que l'on a pris en compte l'abus de drogue et la dépression. Il n'est donc pas établi qu'un lien entre homosexualité et pathologie mentale expliquerait ces prévalences plus élevées.

La prise d'alcool et/ou de drogue a été identifiée comme facteur de risque pour le suicide « non planifié ». Une consommation de substances psychoactives plus fréquente a été constatée parmi les jeunes homo/bisexuels canadiens [5] et dans les échantillons américains incluant des personnes homo/bisexuelles des deux sexes [15, 19, 25]. De tels comportements pourraient, chez ces jeunes, augmenter le risque de faire des gestes suicidaires, mais on peut penser que la problématique de la toxicomanie est en réalité une dérivée de la problématique de l'orientation sexuelle, la consommation de substances ayant pour fonction de masquer la question de la sexualité du sujet [29]. Robert Garofalo a constaté que l'effet de ces consommations est significatif pour prédire la TS (au cours des 12 derniers mois), mais que ce risque accru ne fait que s'ajouter à l'effet dû à une orientation homo/bisexuelle, sans l'annuler [23]. À consommation de drogue (ou d'alcool) égale, les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle ont un risque plus élevé de faire une TS que les jeunes exclusivement hétérosexuels.

Certains événements sont connus pour favoriser les idées suicidaires ; ceux-ci seraient-ils plus fréquents parmi les jeunes homo/bisexuels ? Des chercheurs canadiens ont examiné l'effet de l'abus sexuel durant l'enfance sur la propension à vouloir se suicider, mais ils n'ont trouvé aucun effet spécifique associé à l'orientation homo/bisexuelle parmi leur échantillon de jeunes adultes masculins de Calgary [5].

Des maladies graves, comme le sida, contribuent à la détresse morale de la personne atteinte ; ainsi la séropositivité au VIH est associée à des niveaux plus élevés d'anxiété [25]. Une étude suisse a analysé l'influence spécifique du statut sérologique concernant le VIH au sein d'une population d'homosexuels masculins [13] : elle relève qu'en cas de séropositivité, les enquêtés déclarent plus fréquemment des idées suicidaires que les homosexuels séronégatifs. Les auteurs soulignent l'importance de l'aide et du soutien moral apportés par les équipes médicales et les proches des malades pour surmonter les effets secondaires du traitement (par exemple la lipodystrophie) et l'isolement dont souffrent

beaucoup ces patients, ce qui permet aussi d'atténuer les risques d'idées suicidaires.

Des facteurs spécifiques aux jeunes homo/bisexual(le)s

Tant au Canada qu'aux États-Unis, les enquêtes montrent que les jeunes homo/bisexuels déclarent significativement plus souvent être victimes d'actes violents que leurs camarades exclusivement hétérosexuels [5, 18, 19, 43, 45]. Rafael Diaz et ses collègues ont étudié l'effet de trois types de discrimination sur une population masculine adulte de gays et bisexuels américains [17]. Ils ont mis en évidence l'effet significatif d'avoir subi l'expérience de la discrimination dans trois domaines (homophobie, racisme, pauvreté) sur la santé mentale (anxiété, dépression, idées suicidaires) en tenant compte de facteurs tels que l'isolement social et une faible estime de soi. Les auteurs montrent que ces différentes formes de discriminations nuisent au bien-être des individus qui les subissent, l'homophobie ayant son effet propre. Les conséquences de cette dernière peuvent donc être comprises dans le cadre plus large de la discrimination.

Susan Blake et ses collègues se sont intéressés aux effets d'une campagne de sensibilisation, sur l'homosexualité et le VIH, dispensée dans des classes de troisième à la terminale de l'État du Massachusetts [6]. Ils ont étudié l'évolution des « comportements à risque »⁷ parmi les jeunes selon qu'ils ont ou non été touchés par cette campagne (certains établissements ne diffusaient pas cette campagne). Si les jeunes homo/bisexuels déclarent, en moyenne, des comportements à risque plus fréquents (que les jeunes exclusivement hétérosexuels), ceux qui ont assisté aux séances de sensibilisation en ont moins souvent, notamment en ce qui concerne le projet de se suicider. De plus, ils présentent des fréquences moins élevées de journées d'absence de l'école (pour des raisons de sécurité personnelle) et déclarent moins souvent avoir subi un vol ou une destruction volontaire d'objets personnels. Cela indique une modification significative des comportements de ces jeunes mais aussi de leur environnement scolaire.

Dans le cas de jeunes Américains homo/bisexuels victimes d'agressions homophobes (verbales comme physiques), le soutien et l'aide d'autres personnes, quelle que soit leur orientation sexuelle, sont primordiaux afin d'éviter des comportements suicidaires [31]. La famille peut jouer un rôle protecteur (effet tampon) si son soutien est intense et si la gravité de l'agression n'est pas trop importante. L'acceptation de soi est également un facteur qui protège contre des conséquences graves sur l'état psychique [41].

Une étude a comparé, dans un échantillon de jeunes fréquentant un service d'aide sociale pour les homo/bisexuels de la ville de New York, ceux qui avaient fait une TS aux non-suicidaires [44]. Les auteurs observent que les premiers ont davantage de risque que les seconds d'avoir abandonné leurs études avant le terme légal, de vivre en dehors de leur famille et d'avoir un ami ou un membre de leur famille ayant tenté de se suicider. Le stress lié à la famille est beaucoup plus important chez les suicidants, de même que celui en rapport avec les violences

⁷ Dans cette étude, les « comportements à risque » sont : consommation de drogue au cours de la vie/au cours des 30 derniers jours, avoir eu un rapport sexuel au cours de la vie/au cours des 3 derniers mois, âge précoce au 1^{er} rapport sexuel, nombre de partenaires sexuels, une consommation de drogue/d'alcool précédant le dernier rapport sexuel, idées suicidaires, planification d'un suicide, tentative de suicide.

physiques et les menaces homophobes. Les jeunes gays ou bisexuels suicidants ont une probabilité plus élevée d'avoir révélé leur orientation sexuelle à leurs parents ou à leur fratrie, sans qu'un lien de causalité ou de conséquence puisse clairement s'établir. Si ces résultats ne peuvent être généralisés, les auteurs jugent qu'ils sont suffisamment alarmants pour justifier une attention particulière à la détresse liée au dévoilement (*coming out*) volontaire ou involontaire de l'orientation sexuelle du sujet vis-à-vis de sa famille et de ses proches. Nous avons également constaté en France cette difficulté de s'ouvrir à sa famille ; en cas de reproche ou de rejet après le dévoilement, une haine de soi peut se mettre en place, une haine de cet autre en soi qui menace de rompre le lien d'amour avec un (ou les) parent(s), et qui est porteur de honte pour soi et sa famille [48]. Cette violence symbolique (ou sa crainte) peut précipiter l'apparition de gestes suicidaires, notamment lorsque l'attachement aux parents ou aux proches est fort, ou lorsque les règles relationnelles dans la famille manquent de souplesse pour accepter une diversité inattendue en son sein [29]. La période qui entoure ce moment crucial d'affirmation de l'identité sexuelle (et de deuil de l'hétérosexualité) est particulièrement délicate, surtout lorsque le dévoilement n'est pas volontaire [31, 44].

Dans son enquête auprès des lecteurs de la presse gay de 1995, Marie-Ange Schiltz a interrogé les homo/bisexuels masculins sur leurs rapports avec leur famille. Les plus jeunes d'entre eux maintiennent pour la plupart l'entourage dans l'ignorance de leur préférence sexuelle [46]. Parmi les 16-20 ans, 61 % déclarent que leur père ignore leur homosexualité, et 49 % le déclarent s'agissant de leur mère. Ces chiffres baissent à peine parmi les 21-24 ans et, pour les 25-26 ans, 50 % de pères ignorent encore l'orientation sexuelle de leur fils ainsi que 40 % des mères. « *Lorsque l'on écoute des parents qui viennent d'apprendre l'homosexualité de leur fils, on perçoit le plus souvent que cette révélation a été vécue comme une onde de choc bouleversant la vision des liens familiaux et provoquant une nouvelle mise en mouvement de la dynamique familiale* » [47].

L'homophobie : le contexte social, facteur de stress pour les jeunes

Les résultats de ces études nord-américaines semblent vérifier l'hypothèse selon laquelle l'homophobie est un facteur qui accroît le risque de TS parmi les jeunes homo/bisexuels. Les entretiens qualitatifs que nous avons conduits auprès de treize lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres⁸ montrent que, durant la préadolescence et l'adolescence, l'homosexualité et la non-conformité de genre sont des caractéristiques vécues comme infamantes, et que la jeunesse est, pour eux, l'âge de tous les dangers [48]. Pourtant, paradoxalement, les mentalités ont évolué dans la société des adultes, grâce notamment aux débats autour du PaCS. René-Paul Leraton, responsable de la Ligne Azur, écrit dans une préface : « *Depuis maintenant trois ans et demi, nous remarquons une sorte de décalage entre générations. D'un côté, on note une visibilité de plus en plus grande d'une homosexualité adulte pleinement assumée [...] D'un autre côté, chez nombre de jeunes, on constate que la situation évolue peu : la découverte de sentiments et de désirs homosexuels plonge trop souvent encore celui ou celle qui les vit dans un désarroi destructeur* » [18].

⁸ Les personnes interviewées étaient âgées de 20 à 65 ans ; l'âge moyen était de 34,3 ans.

Le manque de compréhension, voire l'hostilité, exprimés à l'égard des personnes à orientation sexuelle non conventionnelle (et tout particulièrement des jeunes), par la famille proche, par les amis et les pairs, les collègues, tout comme l'absence de soutien de la part des intervenants scolaires et socioculturels, contribuent au sentiment d'isolement et à une moindre estime de soi. Fréquemment, ces jeunes ne peuvent trouver un lieu sûr (surtout les adolescents mineurs) où ils pourraient exprimer librement leur personnalité, sans risquer un jugement dévalorisant ni un label infamant, et trouver une écoute et un soutien qui atténueraient leur désarroi et leur désespérance [18]. L'homophobie est particulièrement accentuée durant la préadolescence et l'adolescence (l'injure « pédé » est la plus répandue dans les cours de récréation et considérée comme la plus humiliante pour les garçons) car elle se trouve liée au processus de construction de la masculinité et de la féminité s'appuyant, notamment, sur le rejet de tout trait « féminin » chez les garçons et la dévalorisation de certains traits « masculins » chez les filles. Cette discrimination est d'autant plus éprouvante pour ces jeunes gays et lesbiennes (ou considérés comme tels) que les personnels et les élèves témoins de ces agressions se gardent en général d'intervenir, craignant d'être à leur tour victimes d'agression homophobe par une sorte d'effet de contamination. Nos entretiens nous révèlent que cette passivité, surtout celle des adultes, contribue dans une grande mesure à la souffrance des jeunes qui subissent de telles agressions. La situation est tout aussi difficile pour les jeunes qui sont traités comme homosexuels à cause d'une non-conformité de genre ou parce qu'ils n'adoptent pas les stéréotypes sexuels.

Conclusion

L'homo/bisexualité tend aujourd'hui à devenir une orientation sexuelle non seulement possible, mais également potentiellement épanouissante pour un individu [11, 27]. Pourtant, il faut bien encore constater que les jeunes homo/bisexual(e)s encourent davantage que les hétérosexuels le risque de développer des conduites suicidaires. Ceci pourrait sembler devoir nous renvoyer aux approches pathologisantes qui ont longtemps marqué les thèses sur l'homo/bisexualité, en renforçant l'hypothèse d'une association entre homosexualité et pathologie mentale. Mais, en réalité, les résultats que nous présentons ici se démarquent d'un tel écho, et insistent tous sur le fait que l'homosexualité, en soi, ne constitue pas une cause directe de ces comportements. Si tous les jeunes homo/bisexual(e)s ne vivent pas des situations dramatiques, ceux qui ne se sentent pas suffisamment soutenus par leurs proches, et ne parviennent pas à donner du sens à leur « différence », souffrent des attitudes homophobes de leur environnement social ; c'est un facteur aggravant vis-à-vis du risque suicidaire pour ces jeunes, et ce d'autant plus qu'il est sous-estimé ou nié.

Ainsi, si l'on suit une échelle qui va du déni de l'homosexualité à une analyse critique de l'attitude homophobe de la société, en passant par une phase d'intériorisation de l'oppression homophobe puis par un sentiment très profond d'être différent des autres homosexuels, seuls les deux attitudes extrêmes de cette échelle, le déni et l'acceptation profonde de son homosexualité, semblent constituer véritablement des facteurs de protection vis-à-vis du suicide [48]. À l'inverse, sortir du déni dans un environnement hostile, ou être identifié à son insu comme homosexuel, sont des facteurs de risque importants. Un accompagnement non

intrusif et de proximité, pendant la période où le jeune luttera contre sa propre homophobie intériorisée, paraît d'autant plus nécessaire que les attitudes et comportements homophobes sont tolérés par l'environnement social. Tout se passe comme si depuis l'enfance, le jeune s'était construit autour d'un repoussoir qu'il lui faut maintenant transformer en pôle intégrateur de sa personnalité.

Ce contexte difficile, qui est lié au sexisme (considérant le féminin comme inférieur au masculin) et à l'hétérosexisme (considérant comme acquise l'orientation hétérosexuelle des individus), prévaut particulièrement dans le milieu scolaire, parascolaire ou d'apprentissage, et dans les familles. Il importe donc de lutter contre l'homophobie, d'informer, de sensibiliser, de façon à diminuer la souffrance et le désarroi chez ces jeunes (et leurs proches), et donc à abaisser la fréquence des TS et des décès par suicide. Des études épidémiologiques sur ce sujet, notamment auprès de populations jeunes, sont indispensables pour éclairer les mesures de santé publique dans ce domaine.

Références bibliographiques

1. Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. Communication à la conférence *AIDS Impact*, Brighton, 2001.
2. Anguis M, Cases C, Surault P. L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *Études et Résultats* 2002 ; 185 : 1-8.
3. Archambault P. États dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse : résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans. *Population* 1998 ; 53 (3) : 477-516.
4. Badeyan G, Parayre C. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. *Études et Résultats* 2001 ; 109 : 1-8.
5. Bagley C, Tremblay P. Suicidality problems of gay and bisexual males : evidence from a random community survey of 750 men aged 18 to 27. In : Bagley C, Ramsay R, eds. *Suicidal behaviour in adolescents and adults : research, taxonomy and prevention*. Aldershot : Ashgate, 1997 : 177-95.
6. Blake S, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents : the benefits of gay-sensitive HIV instructions in schools. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 940-6.
7. Borillo D. *L'homophobie*. Collection *Que sais-je ?* Paris : PUF, 2000.
8. Bourgoin N. Suicide et activité professionnelle. *Population* 1999 ; 54 (1) : 73-102.
9. Bozon M, Leridon H. Les constructions sociales de la sexualité. *Population* 1993 ; 48 (5) : 1173-96.
10. Bozon M. Des rites de passage aux « premières fois » : une expérimentation sans fins. *Agora* 2002 ; 28 : 22-33.

11. Castaneda M. *Comprendre l'homosexualité : des clés, des conseils pour les homosexuels, leurs familles, leurs thérapeutes*. Collection *Réponses*. Paris : Robert Laffont, 1999.
12. Choquet M, Ledoux S. *Le temps des premières expériences sexuelles*. In : Choquet M, Ledoux S, eds. *Adolescents : enquête nationale*. Collection *Analyses et prospective*. Paris : Éditions Inserm, 1994.
13. Cochand P, Bovet P. HIV infection and suicide risk : an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : 230-4.
14. Cochran S, Mays V. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners : results from NHANES III. *Am J Publ Health* 2000 ; 90 (4) : 573-8.
15. Cochran S, Mays V. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol* 2000 ; 151 (5) : 516-23.
16. Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, 2002.
17. Diaz R, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin B. The Impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men : findings from 3 US cities. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 927-32.
18. Dorais M. *Mort ou Fif : la face cachée du suicide chez les garçons*. Montréal : VLB Éditeur, 2001.
19. Faulkner A, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Publ Health* 1998 ; 88 (2) : 262-6.
20. Firdion JM, Laurent R. Effet du sexe de l'enquêteur : une enquête sur la sexualité et le sida. In : Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami A, Spira A, eds. *La sexualité au temps du sida*. Collection *Sociologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF, 1998 : 117-49.
21. Firdion JM. *Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuels, gais)*. Groupe de travail sur « le suicide des jeunes ». Paris : Homosexualités et Socialisme, 2001.
22. Fize M. L'homosexualité chez les 11-15 ans : regard du sociologue. *Adolescence* 2001 ; 19 (1) : 313-8.
23. Garofalo R, Wolf C, Wissow L, Woods E, Goodman E. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 ; 153 : 487-93.
24. Gasquet I, Choquet M. Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques. In : Braconnier A, Chiland C, Choquet M, Pomarède R, eds. *Adolescentes, adolescents : psychopathologie différentielle*. Paris : Bayard Éditions, 1995 : 81-91.
25. Gilman S, Cochran S, Mays V, Hughes M, Ostrow D, Kessler R. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 933-9.
26. Guilbert P, Pommereau X, Coustou B. Pensées suicidaires et tentatives de suicide. In : Guilbert P, Baudier F, Gautier A, eds. *Baromètre santé 2000 : résultats*, vol. 2. Paris : Éditions CFES, 2001 : 163-85.
27. Gutton P. Processus homosexuels de puberté. *Adolescence* 2001 ; 19 (1) : 9-28.
28. Hawton K, Arensman E, Wasserman D. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998 ; 52 (3) : 191-4.

29. Hefez S, Marty-Lavauzelle A. Homosexualité et famille. *Adolescence* 1989 ; 7 (1) : 97-104.
30. Herrell R, Goldberg J, True W, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsang M. Sexual orientation and suicidality. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 867-74.
31. Hershberger S, D'Augelli A. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Dev Psychol* 1995 ; 31 (1) : 65-74.
32. Jouglu E, Péquignot F, Chappert JL, Rossollin F, Le Toullec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2002 ; 50 (1) : 49-62.
33. Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In : Lagrange H, Lhomond B, eds. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Collection *Recherches*. Paris : La Découverte, 1997 : 183-226.
34. Lhomond B, Michaels S, Levinson S, Mailloux M. *Jeunes et sexualités*. Rapport DGS/ ministère de la Jeunesse et des Sports/Centre Gai et Lesbien, janvier 2003.
35. Le Heuzey MF. *Suicide de l'adolescent*. Collection *Consulter, prescrire*. Paris : Masson, 2001 : 120 p.
36. Leroy-Forgeot F. Fondements et aspects de la figure négative de l'homosexuel(le). Cours de DESS *Conseiller-médiateur genres et sexualités* (document ronéoté). Reims : Faculté de Droit et Sciences Politiques, 2001.
37. Marcelli D, Berthaut E. *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Collection *Les âges de la vie*. Paris : Masson, 2001.
38. Nizard A, Bourgoïn N, de Divonne G. Suicide et mal-être social. *Population et Sociétés* 1998 ; 334 : 4 p.
39. Paul J, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, Binson D, Stall R. Suicide attempts among gay and bisexual men : lifetime prevalence and antecedents. *Am J Publ Health* 2002 ; 92 (8) : 1338-45.
40. Pommereau X. *L'adolescent suicidaire*. Collection *Enfances*. Paris : Dunod, 1996.
41. Proctor C, Groze V. Risk factors for suicide among gay, lesbian, and bisexual youths. *Social Work* 1994 ; 39 (5) : 504-13.
42. Remafedi G, French S, Story M, Resnick M, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation : results of a population-based study. *Am J Publ Health* 1998 ; 88 (1) : 57-60.
43. Rey A, Gibson P. Beyond high school heterosexuals' self-reported anti-gay/lesbian behaviors and attitudes. In : Harris M, ed. *School experiences of gay and lesbian youth : the invisible minority*. New York : The Harrington Park Press, 1997 : 65-84.
44. Rotheram-Borus MJ, Hunter J, Rosario M. Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. *J Adolesc Res* 1994 ; 9 (4) : 498-508.
45. Russell S, Franz B, Driscoll A. Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 903-6.
46. Schiltz MA. Parcours des jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population* 1997 ; 52 (6) : 1485-538.
47. Thévenot X. Les homosexualités masculines et leur nouvelle visibilité. *Études* 1999 ; 3904 : 461-71.
48. Verdier É, Firdion JM. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Montblanc : H&O Éditions, 2003.

Traiter de l'homosexualité en milieu scolaire

France LERT

Résumé

Les jeunes attirés par le même sexe sont un groupe très minoritaire, ayant un parcours particulier d'entrée dans la sexualité et une position de distance vis-à-vis des normes majoritaires de leur génération. Ils sont plus exposés aux conduites à risques et aux violences mais sont aussi insérés dans des réseaux relationnels. Leur situation est systématiquement interprétée en termes de vulnérabilité. Cette approche joue en faveur du silence sur l'homosexualité dans les actions menées en milieu scolaire, alors qu'un discours plus ouvert et direct favoriserait sans doute un travail des adolescents dans leur ensemble sur leur orientation sexuelle et leurs préjugés homophobes, et permettrait aux jeunes attirés par le même sexe de trouver eux aussi les moyens de construire leur identité. Une telle approche va de pair avec une action beaucoup plus large dans la société contre l'homophobie. Celle-ci s'inscrit en France dans la problématique de l'universalisme et des droits de l'homme. Au nom de la laïcité et de la neutralité de l'école, l'enjeu des droits et besoins spécifiques des jeunes concernés par l'homosexualité est en quelque sorte escamoté.

Mots clés : prévention, milieu scolaire, jeunes homosexuels, homophobie.

Les jeunes constituent la cible par excellence de la prévention, quel que soit le domaine : ils traversent à l'adolescence une période de vulnérabilité, ils représentent les générations montantes à préserver, ils se situent au moment des apprentissages des manières d'être et des comportements, de plus ils sont captifs des diverses institutions de la jeunesse et encore suffisamment labiles pour intégrer les normes préventives. Le champ du VIH n'a évidemment pas échappé à ce principe général. Les actions de prévention du sida menées à partir de la fin des années 1980 ont d'ailleurs considérablement rénové et renforcé l'éducation sexuelle à l'école, même si dans les faits on reste encore très loin en France de programmes intensifs, au regard par exemple des pays d'Europe du Nord qui développent de véritables cursus tout au long de la scolarité.

Les jeunes ayant une attirance homosexuelle ont tout autant que les autres jeunes besoin d'espaces pour exprimer leurs interrogations, acquérir de l'information, se forger des attitudes et des compétences pour leur vie sexuelle. De façon récurrente, les associations de lutte contre le sida et les associations gay et lesbiennes appellent à inscrire la question de l'homosexualité dans les programmes d'éducation sexuelle. Les textes officiels le prévoient désormais de

façon timide, mais leur application reste encore dans le plus grand flou tandis que les débats se focalisent sur la lutte contre l'homophobie [4].

Les jeunes attirés par le même sexe, un groupe très minoritaire avec des parcours et des comportements différents des autres jeunes

Deux enquêtes nous renseignent sur les jeunes qui ont aujourd'hui en France, une attirance pour/ ou des relations sexuelles avec/ des personnes de même sexe : l'enquête ACSJ (Analyse des Comportements Sexuels des Jeunes) réalisée en 1994 en milieu scolaire [10] et la toute récente enquête « Jeunes et sexualités » menée à travers presse et associations par le Centre Gay et Lesbien (CGL) pour collecter des informations auprès des jeunes qui se sentent concernés [11]. Ces enquêtes permettent d'appréhender leurs profils et leurs parcours à l'adolescence et autour de 20 ans.

L'enquête ACSJ a été jusqu'à très récemment la seule enquête française qui rende compte sur une base représentative de l'attirance et de la pratique homosexuelles à l'adolescence [10]. Encore les résultats sont-ils limités par la taille de l'échantillon, puisque parmi les 6 149 jeunes enquêtés, 349 rapportent une attirance, exclusive ou non, pour le même sexe (soit 5,8 % des garçons et 6,4 % des filles de 15 à 19 ans). Parmi eux, 189 ont eu des rapports sexuels et 55 des rapports homosexuels, dont 16 leur premier rapport sexuel, et 8 ont eu avant l'âge de 19 ans, exclusivement des rapports homosexuels. Ce simple décompte indique à la fois la rareté et la diversité de l'expérience homosexuelle à cette période de la vie et la difficulté à décrire et comprendre les parcours spécifiques de ces jeunes, toujours trop peu nombreux dans les études pour être étudiés dans des conditions satisfaisantes.

L'intérêt de ces résultats est cependant de pointer ce qui peut singulariser les parcours et les modes de sociabilité de ce sous-groupe d'adolescents par rapport à leurs condisciples. L'exploitation de ces données a été faite en deux parties, l'une portant sur l'attirance pour le même sexe, l'autre sur les jeunes ayant eu des rapports homosexuels. Dans les limites liées à la faible puissance de l'étude pour étudier ce groupe, les jeunes attirés par le même sexe paraissent avoir des modes d'entrée dans la sexualité différents des autres jeunes et différents entre garçons et filles. « *L'attirance pour le même sexe s'exprime par des comportements inverses chez les filles et chez les garçons : les premières se précipitent en quelque sorte dans les différentes étapes de la sexualité, alors que les seconds attendent avant d'aborder les différentes pratiques* » ([10], p. 191). Concernant les pratiques, ces jeunes se différencient des hétérosexuels par une absence de flirt (baisers et caresses du corps) « *comme si les relations homosexuelles adolescentes étaient soit platoniques, sans même un baiser soit très vite génitalisées* » ([10], p. 211). Quand les premières relations sont homosexuelles, le partenaire est souvent plus âgé – en moyenne, beaucoup plus âgé.

Menée en 2000 à travers la presse gay et lesbienne, les associations et internet, l'enquête « Jeunes et sexualités » a collecté les réponses par autoquestionnaire auprès de plus de 1 000 jeunes garçons et filles de 15 à 25 ans, se reconnaissant attirés par le même sexe : 1 152 jeunes, dont 59 % de garçons et 41 % de filles d'un âge moyen respectif de 21,5 et 21 ans [11]. Les indicateurs de vie affective et sexuelle sont : l'attirance pour le même sexe (86 % des répondants et 56 %

des filles dont respectivement 45 % et 13 % ayant une attirance exclusive), les rapports sexuels avec les personnes de même sexe (55,3 % des garçons et 6,9 % des filles ont eu des rapports exclusivement avec des partenaires de même sexe et 29,8 % et 29,4 % avec des partenaires des deux sexes). Les deux tiers des répondants masculins s'identifient comme homosexuels et 27,1 % des filles comme lesbiennes. Au-delà des problèmes posés par les biais de sélection d'une enquête menée par des médias spécifiques, son intérêt est de préciser et de confirmer les observations de l'enquête ACSJ. La dynamique de l'entrée dans la sexualité y est mieux documentée ; les résultats se rejoignent sur un grand nombre de points. Garçons et filles ayant échangé leur premier baiser avec un jeune du même sexe sont moins précoces que ceux qui l'ont fait avec un partenaire de sexe différent, les filles étant en la matière plus précoces que les garçons. Lorsque le premier rapport sexuel est homosexuel, il est aussi plus tardif que chez les jeunes ayant eu un partenaire de sexe différent du leur. Les données confirment aussi la très grande rareté du flirt homosexuel et la plus grande fréquence chez les garçons d'un partenaire plus âgé au premier rapport homosexuel (un quart environ ont eu un partenaire de 10 ans plus âgé). Les filles ont eu plus souvent des rapports avec des partenaires des deux sexes, ce qui est interprété comme le résultat d'une pression plus forte à l'hétérosexualité s'exerçant sur les filles.

Une plus grande distance avec les modes de vie et les normes majoritaires

Dans l'enquête ACSJ, alors que l'attirance pour le même sexe ne différencie pas les garçons exprimant une attirance homosexuelle en termes de comportements de consommation de substances psychoactives des hétérosexuels, les filles, elles, se distinguent par des consommations plus importantes. Garçons et filles qui ont eu des relations homosexuelles connaissent, plus que les autres, des jeunes qui consomment d'autres substances que le cannabis, marquant ainsi une position plus marginale dans leur génération. Les adolescents exprimant une attirance pour leur sexe n'ont pas les mêmes loisirs que les hétérosexuels exclusifs. En particulier, s'ils sortent davantage, ils fréquentent moins les lieux publics de sortie (boîtes notamment) où dominant la drague hétérosexuelle et ses normes, et sortent davantage dans des fêtes privées ou entre amis. Les jeunes qui ont eu des relations homosexuelles sont plus nombreux à être en internat ou à vivre hors de la famille. Les filles se distinguent aussi par un moindre engouement pour le mariage et la procréation. Elles mettent plus à distance que les garçons la norme hétérosexuelle et ses institutions (mariage, maternité, etc.).

Une vulnérabilité accrue à de nombreux risques

Chez les jeunes ayant une attirance ou une pratique homosexuelle, l'enquête « Jeunes et sexualité » rend compte de conditions de la vie sexuelle et de pratiques préventives exposant à des risques plus élevés que chez les autres jeunes. Dans cet échantillon de répondants de 20 ans en moyenne, le nombre de partenaires sur la vie et dans les 12 derniers mois est élevé. Les garçons ont beaucoup plus de partenaires que les filles. Cependant, le nombre de partenaires dans des rapports hétérosexuels est plus élevé chez les filles que chez les

garçons : au cours des 12 mois précédant l'enquête, 28 % des garçons ayant eu des rapports avec des partenaires des deux sexes ont eu plus de 10 partenaires, c'est le cas de 21 % des homosexuels ayant eu exclusivement dans leur vie des rapports homosexuels. Le taux d'utilisation du préservatif au premier rapport homosexuel masculin apparaît plus faible (70 %) que lors de rapports hétérosexuels où il dépasse 85 % dans les dernières années.

La protection des relations avec les partenaires réguliers de même sexe est quasi absente pour les rapports orogénitaux ; quant à la pénétration anale, chez les garçons, elle est rapportée comme systématiquement protégée par la moitié d'entre eux. Les relations hétérosexuelles stables sont peu protégées pour les répondants des deux sexes. La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH apparaît liée au genre et à l'ancienneté de la relation : d'une façon générale, les filles connaissent plus leur statut sérologique que les garçons quand la relation a moins de 6 mois, mais quand la relation se prolonge les garçons sont plus nombreux à être testés.

Comme dans la population hétérosexuelle, les relations avec les partenaires occasionnels sont davantage protégées que les relations de couple, mais des expositions persistent avec une fréquence non négligeable. La fellation n'est jamais protégée pour 69 % des garçons dans des rencontres avec d'autres hommes et 76,6 % protègent systématiquement la pénétration anale. Chez les filles, la pénétration vaginale est protégée de façon systématique par la moitié environ des répondantes.

La séropositivité au VIH concerne ainsi 4 % des garçons et 8 % de leurs partenaires stables, et 0,6 % des filles et 2 % de leurs partenaires réguliers ; chiffres très élevés pour une population aussi jeune mais peut-être surestimée par un biais dû à la méthodologie de recueil de données.

Concernant les violences, parmi les répondants de l'enquête « Jeunes et sexualités », 11 % des garçons et 6 % des filles rapportent des agressions dans l'année qu'ils attribuent pour moitié à une agressivité anti-homosexuelle. Six sur dix ont reçu des injures anti-homosexuelles, le taux étant un peu plus faible chez ceux qui s'identifient comme homosexuels ou comme bisexuels que chez ceux qui ne savent pas se définir. Les rapports sexuels forcés sont rapportés par 17 % des filles et 10 % des garçons et se sont produits pour la plupart très tôt dans la vie.

On retrouve dans la littérature internationale, relativement peu abondante, l'observation que les jeunes ayant une attirance homosexuelle, garçons et filles, sont plus à risque que les autres jeunes, que l'on prenne en considération les comportements sexuels, les rapports sexuels non protégés, les grossesses non désirées, les violences sexuelles ou le suicide (voir l'article de J.M. Firdion et E. Verdier, dans cet ouvrage), l'absentéisme scolaire, la consommation des drogues [1, 6, 7].

Les risques supérieurs à la moyenne de la population générale adolescente sont systématiquement interprétés comme une vulnérabilité accrue, liée soit à des facteurs individuels soit au climat homophobe largement dominant. La littérature – autobiographies et romans – comme les études sociologiques ou les enquêtes quantitatives, présentent la découverte et la construction de leur identité sexuelle par les jeunes ayant une attirance pour le même sexe comme un parcours d'épreuves intimes et de difficultés vis-à-vis des parents, des pairs ou de leurs

partenaires. Selon l'enquête « Jeunes et homosexualités », la découverte de leur homosexualité est pour les jeunes une expérience intime vécue dans l'isolement : seulement 14 % des garçons et 31 % des filles déclarent en avoir parlé à quelqu'un, essentiellement un ami du même sexe. Cependant, autour de 20 ans, parmi les répondants de l'enquête du CGL, la très grande majorité (près de 90 %) déclarent bien vivre leur homosexualité. Cette aisance est moindre chez les jeunes qui ne peuvent pas définir leur orientation sexuelle : ainsi 31 % des garçons et 21 % des filles dans ce cas déclarent mal vivre leur homosexualité¹.

Une expérience discutée entre les jeunes

La connaissance de leur homosexualité par leurs amis est quasi généralisée chez les jeunes répondants de l'enquête « Jeunes et sexualités », qui l'ont par ailleurs fait connaître dans 6 cas sur 10 à leur mère et 4 à 5 fois sur 10 à leur père. Dans ce cas, un rejet est exprimé une fois sur 5.

Parmi l'ensemble des quelque 6 000 jeunes répondants de l'ACSJ, 11 % des garçons et 21 % des filles ont un ou plusieurs amis attirés par le même sexe et respectivement 44 % et 51 % en ont discuté avec eux. Ce phénomène est plus marqué chez les plus âgés et chez ceux qui sont engagés dans la sexualité. Il est aussi lié au milieu social et au type d'enseignement : les jeunes de milieu plus aisé et de l'enseignement général et technique étant plus nombreux dans ce cas que les jeunes de milieu populaire ou fréquentant l'enseignement professionnel. Par ailleurs, la moitié des filles et le tiers des garçons attirés par le même sexe ont des amis qui sont comme eux. Parmi ces jeunes, les garçons parlent moins avec ces amis de cette attirance que les filles. Ces quelques données, comme celles plus récentes de l'enquête « Jeunes et sexualités », qui vont dans le même sens, relativisent quelque peu l'image d'isolement et de silence qui entoureraient l'expérience homosexuelle à l'adolescence.

Quelle est la place de l'homosexualité dans l'éducation sexuelle en milieu scolaire aujourd'hui ?

Comment la question de l'orientation sexuelle est-elle traitée dans l'école aujourd'hui ? Garçons et filles, attirés par le même sexe, trouvent-ils à l'école des ressources pour construire leur identité et répondre à leurs besoins particuliers ?

Depuis la fin des années 1980, la prévention du sida a contraint à évoquer l'homosexualité (voir à ce sujet le long historique retracé par Martin [12]) et les rapports entre hommes, notamment la pénétration anale, dans les séances d'information. La place accordée aux modes de transmission et aux pratiques sexuelles a permis d'aborder celles-ci comme concernant aussi bien les rapports homosexuels qu'hétérosexuels. Les homosexuels masculins étaient présentés comme un groupe exemplaire qui avait su changer de façon drastique ses comportements pour faire face à l'épidémie [9]. Ils montraient en quelque sorte la voie,

¹ On retrouve cette association entre la capacité à se définir et les pratiques chez Hyton [8]. L'identification comme homosexuel est associée à une fréquence plus élevée de pratiques protégées dans un échantillon de 357 jeunes hommes de 15 à 22 ans ayant eu des relations homosexuelles.

rejoignant alors l'héroïsation des homosexuels au nom de leur capacité à « *prendre en main la prévention et la solidarité* » et à fournir « *une bonne image de contrôleur de l'épidémie* » selon les mots de D. Defert [5]. Les contenus préventifs avaient aussi une composante de lutte contre les discriminations des personnes séropositives, dont la majorité était alors des homosexuels. De plus, dans les images publiques du sida, notamment à travers la prise de parole associative, expérience du sida et expérience de l'homosexualité se recoupaient souvent, apportant matière à discussion dans les interventions scolaires. Alors que dans les années 1980, les homosexuels, à travers les associations, jouent un rôle important dans la prévention, la lutte contre l'homophobie n'est pas un objectif explicite des interventions en milieu scolaire, et certaines voix incriminent un prosélytisme homosexuel [10]. Cette accusation reste encore suspendue au-dessus de toute intervention d'homosexuels en tant que tels au sein de l'école, comme l'ont exprimé divers intervenants lors d'un colloque tenu en 2001 sur l'homophobie à l'école : A. Miguet [13] a rapporté les craintes d'enseignants homosexuels exprimées sur la ligne Azur, et S. Premisler et D. Picarda [15] du CRAP (Cercle de recherche et d'action pédagogique) ont rappelé la circulaire de 1997 sur l'organisation de la journée mondiale du sida mettant en garde contre les « *associations [faisant] du prosélytisme en faveur des modes de vie alternatifs que l'administration ne doit ni condamner, ni encourager* (p. 15) ».

La stratégie de prévention définie par les pouvoirs publics fait de l'orientation sexuelle un des thèmes que doivent désormais couvrir les programmes d'éducation sexuelle. Les textes² sur l'allongement du délai de l'IVG et la contraception d'urgence prévoient le développement de l'éducation à la sexualité avec un minimum de trois séances chaque année tout au long de la scolarité, du primaire au lycée. La circulaire du ministère de l'Éducation nationale qui en définit les contenus [14], mentionne explicitement « *la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes* »³. Les violences sexistes ou homophobes y sont mentionnées comme « *contraires aux droits de l'homme* ». Dans le document de référence de l'Éducation nationale qui présente les fondements et les principes de l'éducation à la sexualité [14], l'homosexualité et l'homophobie ne sont pas traitées de façon spécifique et explicite, comme si en quelque sorte les principes relatifs à l'altérité, au respect de l'intimité, aux valeurs, à l'interdit, à l'estime de soi etc. permettaient dans le contexte de laïcité de l'école de s'adresser aux jeunes homosexuels et étaient suffisants pour contrer les attitudes et normes homophobes. Le thème est seulement traité sous l'intitulé « *Questions difficiles* » en référence à la notion de normalité et au même titre que l'exploitation sexuelle, la pornographie, la prostitution. « *L'orientation sexuelle, est-il écrit, relève de l'intimité des personnes, seul(e) l'intéressé(e) peut le ressentir et elle ne doit pas être confondue avec l'identité qui relève de l'espace social* » (p. 33). Dès lors dans la mesure où l'intimité ne relève précisément pas du champ abordé dans l'école, l'orientation homosexuelle n'existe pas dans l'espace social.

En quelque sorte, l'homosexualité dans les programmes de prévention en milieu scolaire est occultée au nom de la protection de l'intimité et de l'anticipation des phénomènes de stigmatisation dont les jeunes homosexuels pourraient être victimes s'ils s'exprimaient dans les actions menées en milieu scolaire. D'ailleurs, dans les années 1980 déjà, les animateurs de prévention en milieu scolaire,

² Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception.

³ Circulaire du 19 novembre 1998.

déclarant craindre de renforcer les préjugés homophobes en particulier chez les élèves de l'enseignement professionnel, n'abordaient pas systématiquement le thème de l'homosexualité dans les actions préventives [9].

Comme souvent en France, la grandeur des principes et des valeurs affirmés dans les textes programmatiques a pour corollaire la minceur des éléments concrets dans la mise en œuvre desdits principes : on ne sait pas comment le programme ambitieux annoncé par les circulaires est mis en œuvre ni comment est traitée la « *question difficile* » de l'homosexualité. Martin [12] souligne la carence de supports didactiques et la nécessité de repenser les outils pédagogiques existants.

En milieu scolaire, un bilan encore très mince

À la décharge des évaluateurs français des programmes publics, la littérature internationale est aussi pauvre sur le sujet et ce qui existe vient des États-Unis. Une étude menée dans les années 1990 s'est intéressée au lien entre d'une part l'existence d'une réglementation locale spécifique protégeant les homosexuels dans le cadre de la législation contre les discriminations, le contexte politique, social et démographique et d'autre part l'existence de programmes comportant une attention à la dimension de l'homosexualité en milieu scolaire. Ces programmes ont été mesurés par un score de 8 items : existence d'un *counseling* pour les jeunes gay et lesbiennes, groupe d'entraide pour les élèves, formation du personnel sur les questions d'orientation sexuelle, règlements interdisant les propos et les comportements anti-homosexuels, prise en compte de l'orientation sexuelle dans les différentes matières enseignées, activités en direction des parents et de la communauté sur le sujet. Ces données ont été collectées auprès des comités scolaires (*schoolboard*) dans les comtés qui ont adopté des mesures en faveur des droits des homosexuels et dans un échantillon aléatoire de comtés témoins. Pour ces comtés, différentes variables ont été collectées pour tester un certain nombre d'hypothèses sur la prise en compte de l'orientation sexuelle dans les programmes scolaires : urbanisation et diversité sociale, existence d'une mobilisation sociale des homosexuels, attitudes politiques libérales, attitudes et participation religieuses. Dans les comtés ayant adopté des mesures anti-discrimination des homosexuels, les actions axées sur l'orientation sexuelle dans les écoles sont plus fréquentes que dans les comtés qui n'ont pas adopté de telles mesures. Environ la moitié des écoles offre des activités de prévention contre un tiers dans les autres comtés, 31 % *versus* 20 % mettent en place cette éducation avant le lycée, 43 % *versus* 22 % proposent des actions au personnel scolaire, 29 % *versus* 13 % aux parents, 23 % *versus* 14 % ont des mesures interdisant les injures et les comportements anti-gay, 27 % *versus* 2 % proposent un *counseling* aux élèves homosexuels ou bisexuels. L'étude des corrélations entre les indicateurs sociodémographiques et les variables d'attitudes politiques ou religieuses indique une association forte entre l'existence de tels programmes scolaires et le degré d'urbanisation et de diversité sociale appréciée par le niveau d'éducation, le niveau de revenu, la croissance de la population, l'existence de ménages non familiaux (adultes vivant ensemble sans lien de parenté) ; il est fortement associé à la mobilisation homosexuelle et aux attitudes politiques libérales. Ainsi, l'existence de programmes scolaires prenant en compte l'orientation sexuelle dans une société où les programmes scolaires sont très

décentralisés et laissés à l'initiative des communautés locales est-elle très liée à des attitudes générales libérales parmi lesquelles figurent les actions et la mobilisation en faveur des homosexuels [16].

Dans les lycées nord-américains, la santé est une matière parmi d'autres, enseignée par des professeurs qui ont une spécialisation et une formation plus ou moins poussées. Une enquête a été réalisée pour évaluer la place faite à l'enseignement sur l'homosexualité, les attitudes de ces enseignants vis-à-vis de l'homosexualité, et leurs attitudes quant à la dispensation de cours sur l'homosexualité. Un peu moins de la moitié des répondants déclarent consacrer un ou deux cours à l'homosexualité dans leur enseignement. Il s'agit essentiellement d'un contenu informatif qui développe un discours de tolérance sur l'homosexualité et présente les enjeux préventifs. Les trois quarts déclarent se sentir à l'aise pour cet enseignement, 50 % compétents, 88 % répondent aux questions posées par les élèves à ce sujet, 82 % considèrent de leur responsabilité d'empêcher les injures homophobes dans leur classe, 49 % invitent des intervenants pour en parler, 44 % déclarent entendre souvent des propos homophobes et 8 % avoir été témoins de violence à l'encontre de jeunes homosexuels dans la dernière année. Ces résultats doivent être pondérés par le fait que le taux de réponse à l'enquête n'a été que de 53 % avec un biais probable de non-répondants peu intéressés voire hostiles au sujet. On observera qu'il s'agit là, non d'éducation s'adressant aux jeunes homosexuels ou attirés par des personnes de même sexe, mais d'un enseignement général qui vise l'information et la non-discrimination. Ces enseignants relèvent cependant que les administrations scolaires seraient peu en faveur de la mise en place de structures d'écoute pour les jeunes attirés par les personnes de même sexe, bien qu'ils pensent que, plus généralement, les personnes ayant une fonction d'écoute dans l'établissement auraient des attitudes positives vis-à-vis des jeunes gays [17].

La littérature scientifique est pauvre en études abordant l'impact d'actions de prévention s'adressant aux jeunes homosexuels. Dans une étude menée dans les lycées du Massachusetts en 1995 (échantillon de 59 écoles et 3 702 adolescents), les auteurs retrouvent chez les jeunes homosexuels, des comportements sexuels plus risqués, une consommation de drogues et d'alcool plus fréquente, plus de grossesses, plus de pensées suicidaires et de violences subies que chez les jeunes hétérosexuels. Toutefois, l'existence d'une sensibilisation à l'homosexualité dans les enseignements est associée chez les jeunes, garçons et filles, se décrivant comme homosexuels, à des risques moindres que dans les écoles où cet enseignement n'existe pas : moins d'alcool ou de drogues avant les relations sexuelles, moins de partenaires sexuels, moins de grossesses ; par contre, l'augmentation de l'utilisation du préservatif n'est pas significative [1]. Ces études ne traitent pas cependant la façon dont les actions éducatives menées en milieu scolaire peuvent atténuer les difficultés rencontrées par les jeunes ayant une attirance homosexuelle et interférer avec le processus d'identification comme homo-, bi- ou hétérosexuel.

Conclusion

Dans son regard sur l'attirance pour le même sexe et l'homosexualité à l'adolescence, l'école reste encore en retrait par rapport à ce qui se passe dans la société. Au nom de la séparation de la sphère publique et de la sphère privée,

et dans la louable intention de ne pas exposer les jeunes homosexuels aux insultes ou aux violences, ceux-ci ne trouvent pas dans le cadre scolaire d'interventions qui leur soient spécifiquement destinées pour développer les compétences de communication et de négociation nécessaires aux comportements préventifs. Ils sont invités à travers les lignes de téléphonie sociale (Ligne Azur, Fil Santé Jeunes, etc.) à rechercher des échanges confidentiels et à prendre contact avec les associations de jeunes gays et lesbiennes, très loin de leur milieu de vie quotidien. Pourtant, à l'échelle des quelques centaines d'élèves qui fréquentent chaque établissement secondaire, la petite proportion des jeunes attirés par le même sexe et les amis avec lesquels ils discutent de leur préférence sexuelle constituent une masse critique loin d'être négligeable. S'adresser à elle explicitement au sein de l'école pour permettre aux premiers de construire leur éducation sexuelle, et à tous les élèves de penser leur orientation sexuelle et leurs attitudes face à l'homosexualité, apparaît aujourd'hui possible et indispensable pour mettre les actes à la hauteur des principes bien intentionnés.

Dans les propositions pour « *construire une école sans homophobie* » [3], on retrouve l'opposition classique entre les approches universalistes et la défense des minorités. La France, on le sait, ne reconnaît que les citoyens et non les minorités, encore moins les communautés. Dès lors on ne s'étonnera pas de l'approche officielle et de son soutien par de nombreux intervenants ([2, 3] par exemple) au nom des « *valeurs humanistes* », du « *respect par chacun de l'ouverture à la diversité humaine* », du refus « *de toutes les formes d'intolérance qui [sont] l'affaire de tous* ». Cette position passe par la formation des enseignants et par l'intégration « *dans les programmes scolaires [d'une] représentation objective de l'homosexualité* » ([3], p. 201) ; ces dernières propositions recueillant d'ailleurs un accord quasi unanime. Autre variante bien française, l'appel à interroger « *l'historicité des normes* », à « *introduire l'histoire sociale, celle des luttes et des protestations* » pour ébranler l'ensemble des processus de domination [15], voire avec Bourdieu (cité dans [15]), l'incitation à « *détruire le principe de division même selon lequel sont produits, et le groupe stigmatisant, et le groupe stigmatisé* », les homosexuels ayant un tropisme particulier pour cet exercice « *mettant au service de l'universalisme, notamment dans les luttes subversives, les avantages liés au particularisme* ». À l'opposé, outre-Atlantique, est plaidée la représentation des homosexuels au sein des instances représentatives des écoles et du système éducatif, comme une minorité parmi d'autres, pour y défendre la prise en compte des intérêts et des besoins des adolescents homosexuels [18]. La question de la place des élèves et enseignants homosexuels en milieu scolaire rejoint ainsi les questions politiques de fond qu'affronte la société française face à sa diversité ethnique, culturelle ou sociale.

Cet accent mis sur la lutte contre la discrimination homophobe est renforcé par la démonstration dans les recherches de son rôle comme facteur de vulnérabilité psychologique et sociale. On soulignera pourtant que l'éducation sexuelle ou l'éducation pour la santé ont pour objectif, pour les jeunes homosexuels comme pour tous les adolescents, la construction ou le renforcement des connaissances et compétences pour aller vers une vie sexuelle responsable et épanouie et maîtriser les risques qui lui sont liés. Dans les activités d'éducation, les attentes, les attitudes, les expériences sont questionnées et mises en discussion avec la médiation et l'apport informatif des intervenants en prévention. Les jeunes attirés par le même sexe sont le plus souvent exclus de ces interventions focalisées sur la relation hétérosexuelle et ses enjeux. Ils doivent pouvoir aussi trouver, en

milieu scolaire, un espace où leurs aspirations, leurs expériences et leurs attentes – dont on a vu les traits particuliers – trouvent à s'exprimer et soient valorisées. L'accent presque exclusif mis sur la lutte contre l'homophobie ne doit pas faire oublier que le « bonheur d'aimer »⁴ prôné par les outils pédagogiques officiels d'éducation sexuelle se conjugue aussi gay ou lesbien. Daniel Defert écrivait en 1990 : « trop souvent la littérature gaie a rendu acceptable les homosexuels à travers les figures de la souffrance. Il y [a]⁵ un véritable enjeu à défendre le plaisir ». Cette formule vaut aussi pour une prévention en milieu scolaire s'adressant aux adolescents homosexuels.

Références bibliographiques

1. Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian and bisexual adolescents : the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Publ Health* 2001 ; 91 (6) : 940-6.
2. Borrillo D. Les discriminations homophobes. In : *L'homophobie à l'école : journée d'échange et de réflexion organisée à l'initiative du collectif interassociatif de lutte contre l'homophobie* 2001 : 5-7.
3. Castel P. Construire une école sans homophobie. *Triangul'ère* 2002 ; 3 : 199-202.
4. CRIPS Ile-de-France, La place de l'homosexualité dans l'éducation sexuelle en milieu scolaire : 47^e rencontre du CRIPS Ile-de-France. *La Lettre du CRIPS Ile-de-France* 2002 ; 63 : 1-8.
5. Defert D. L'homosexualisation du sida. *Gai Pied Hebdo* 1990 ; 446 : 61-3.
6. Garofalo B, Wolf C, Kessel S, Palfrey J, DuRany R. The association between health risk behaviour and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998 ; 101 : 895-902.
7. Goodenow C, Netherland J, Szalacha L. AIDS-related risk among adolescent males who have sex with males, females or both : evidence from a statewide survey. *Am J Publ Health* 2002, 92 (2) : 203-10.
8. Hylton JB, Celentano DD. *Sexual identity development and sexual risk behavior among young men who have sex with men*. XIV International AIDS Conference, Barcelona, 2002 : MoPeC3460.
9. Lert F, Lert H. *Les actions d'information et de prévention en direction des jeunes : étude de la situation dans six villes françaises*. Rapport DGS, 1989.

⁴ « Bonheur d'aimer » est le nom de la mallette pédagogique réalisée par pour les actions d'éducation sexuelle en milieu scolaire.

⁵ D. Defert écrivait « avait » dans son texte sur l'homosexualisation du sida, évoquant le développement par les homosexuels dans les années 1980 d'un modèle de prévention intégrant la problématique du plaisir et incluant les hommes séropositifs.

10. Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In : Lagrange H, Lhomond B, eds. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Collection Recherches*. Paris : La Découverte, 1997 : 183-226.
11. Lhomond B, Michaels S, Levinson S, Mailloux M. *Jeunes et sexualités*. Rapport DGS/ ministère de la Jeunesse et des Sports/Centre Gai et Lesbien, janvier 2003.
12. Martin JP. Éducation sexuelle à l'école et homosexualité. In : *L'homophobie à l'école : journée d'échange et de réflexion organisée à l'initiative du collectif interassociatif de lutte contre l'homophobie 2001* : 18-21.
13. Miguet A. Paroles. In : *L'homophobie à l'école : journée d'échange et de réflexion organisée à l'initiative du collectif interassociatif de lutte contre l'homophobie 2001* : 9-10.
14. Ministère de l'Éducation nationale. *Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie*. Paris : ministère de l'Éducation nationale-Direction de l'enseignement scolaire, septembre 2000.
15. Prémisler S, Picarda, D. Sur le chemin de l'école... In : *L'homophobie à l'école : journée d'échange et de réflexion organisée à l'initiative du collectif interassociatif de lutte contre l'homophobie 2001* : 15-17.
16. Rienzo, BA, Button J., Wald KD. The politics of school-based programs which address sexual orientation. *J School Health* 1996 ; 66 (1) : 33-40.
17. Telljohan SK, Price JH, Poureslami M, Easton A. Teaching about sexual orientation by secondary health teachers. *J School Health* 1995 ; 65 (1) :18-22.
18. Wald KD, Rienzo BA, Button JW. Sexual orientation and education politics : gay and lesbian representation in American schools. *J Homosexuality* 2002 ; 42 (4) : 145-68.

Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels et bisexuels masculins

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE¹

Résumé

Les études montrent le plus souvent des prévalences de consommations de substances psychoactives plus élevées chez les homo/bisexuels masculins que dans la population générale. L'usage de produits stimulants destinés à accroître les performances sexuelles et de produits dopants utilisés pour le développement de la musculature sont les pratiques les plus couramment observées. À l'inverse, l'usage des opiacés et les pratiques d'injection semblent plus rares. Des corrélations sont établies entre l'usage de produits et les comportements sexuels à risque, mais plus particulièrement dans des sous-groupes qualifiés de « sexuellement aventureux ». Toutefois, les résultats de ces études sont à nuancer, en raison de la présence de biais de sélection de la population, et de l'absence de différenciation des types d'usages.

Mots clés : usage de drogues, VIH, comportement sexuel à risque, épidémiologie.

Des discours stéréotypés sont souvent produits autour des questions de l'homosexualité et de l'usage de substances psychoactives ; on considèrera ainsi qu'une forme de compulsion atteint chacun de ces deux groupes, compulsion du sexe chez les gays, des drogues chez les toxicomanes. Une partie des tenants du discours psychanalytique sur les usagers de drogues repère une spécificité dans la « structure psychique du toxicomane » qu'ils rapprochent de celle des homosexuels. Dans ce cadre conceptuel, les toxicomanes sont désignés comme souffrant d'une dépendance à leur mère ; ils développeraient une forme d'« homosexualité refoulée » qu'ils compenseraient par l'usage de toxiques. Dans le contexte de l'épidémie de sida, les homosexuels et les toxicomanes ont été construits comme des catégories sociales homogènes et distinctes, même si l'épidémiologie reconnaît une intersection entre ces deux groupes et pratiques, à travers la création de la catégorie conjointe « Rapports homosexuels et usage de drogues injectables » utilisée dans le cadre de la surveillance épidémiologique du sida.

Dans cet article, nous allons nous intéresser à la manière dont le lien entre produits psychoactifs et homosexualité est étudié dans les données de la littérature internationale consacrée à cette thématique (*tableau 1*).

¹ L'auteur remercie Philippe Plauzolles qui a réalisé, pour l'ANRS, un travail sur le suivi des comportements des homosexuels masculins face aux risques du VIH/sida (comparaison internationale entre enquêtes transversales et cohortes), sur lequel s'appuie une partie de cet article.

Tableau 1.
Principales enquêtes réalisées auprès des bisexuels et homo masculins

Enquête Presse Gay France	L'enquête Presse Gay (EPG) permet de suivre depuis 15 ans l'évolution des modes de vie et les comportements préventifs des homosexuels masculins vivant en France par un autoquestionnaire diffusé auprès des lecteurs de la presse gay. L'EPG a été conçue par M. Pollak et M.A. Schiltz en 1985 et répétée depuis cette date de manière périodique. L'EPG a été reprise en 1997 par le sociologue P. Adam au sein du Centre Européen de Surveillance Epidémiologique du Sida puis de l'InVS.
Baromètre Gay France	Le Baromètre Gay est une étude menée par l'InVS en partenariat avec le syndicat national des établissements gays (SNEG) et l'association AIDES qui a été réalisée pour la première fois à Paris en 2000. Elle vise à compléter l'enquête Presse Gay et permet d'évaluer la situation de la prévention dans une population particulièrement active sexuellement. Des autoquestionnaires sont distribués par des enquêteurs ou déposés dans des présentoirs dans des établissements gays et des lieux de drague. En 2002, l'enquête a été étendue pour la première fois à la France entière.
National Gay Men's Sex Survey Grande-Bretagne	<i>The National Gay Men's Sex Survey</i> démarre en 1993 lors de la Gay Pride à Londres. L'objectif de cette étude est d'étudier les comportements sexuels par le biais d'autoquestionnaires. En 1999, 9 322 homosexuels constituent l'échantillon, le critère d'inclusion étant d'avoir eu au moins une relation sexuelle avec un homme au cours de l'année précédente.
Sydney Gay Community Periodic Survey Australie	<i>The Sydney Gay Community Periodic Survey</i> démarre en 1996. Son but est de fournir des données sur les comportements préventifs et les pratiques sexuelles à risque des homosexuels masculins recrutés dans des lieux de loisir, de drague ou de consommation sexuelle, et dans des cliniques spécialisées pour le traitement des infections sexuellement transmissibles, tous les six mois, par le biais d'un autoquestionnaire. Le nombre de participants varie de 600 à 2 000 selon les années.
Sydney Men And Sexual Health Study Australie	La SMASH est une enquête de cohorte initiée en 1992 qui comprend un volet socio-comportemental sur l'impact du VIH dans la vie sexuelle et sociale et un volet clinique sur l'évaluation de la progression de la maladie. Les données sociocomportementales sont collectées tous les six à douze mois par des entretiens en face-à-face. Les données cliniques sont recueillies auprès des médecins des participants. Le critère d'inclusion est d'avoir eu une relation sexuelle avec un homme au cours des cinq dernières années précédant l'inclusion, et de résider à moins d'1 heure de Sydney, ou d'y fréquenter régulièrement des lieux de la communauté gay. Pour assurer une plus grande diversité de l'échantillon, des quotas sont établis pour intégrer les jeunes de moins de 25 ans, les personnes non anglophones, les aborigènes et les travailleurs du sexe.
San Francisco Young Men's Health Study États-Unis	<i>The San Francisco Young Men's Health Study</i> est une enquête qui s'est déroulée en quatre vagues entre 1992 et 1997. Les participants de la cohorte ont été recrutés à partir d'un échantillon aléatoire d'hommes célibataires, anglophones, âgés de 18 à 29 ans et résidant dans des zones à forte prévalence du VIH. L'objectif de l'étude est de recueillir des données sur les caractéristiques démographiques de cette population, son statut sérologique, ses comportements sexuels, le niveau de consommation d'alcool et de drogues et les pratiques à risque vis-à-vis du VIH.
Multicenter AIDS Cohort Study États-Unis	<i>The Multicenter AIDS Cohort Study</i> est conduite depuis 1984 dans quatre centres urbains des États-Unis : Baltimore, Chicago, Pittsburgh et Los Angeles. Cette cohorte se propose de déterminer l'histoire naturelle de l'infection VIH, dans le but d'identifier des facteurs de risque liés à l'infection et de disposer d'échantillons biologiques nécessaires à l'étude de la maladie. Les participants sont des homosexuels et bisexuels masculins. Ils sont suivis tous les six mois avec examens physiques, tests neurologiques et prises de sang. Les informations démographiques et psychosociales sont recueillies par autoquestionnaire. Quant aux informations portant sur les comportements, l'utilisation des services de santé, la qualité de vie, l'histoire médicale, les symptômes de la maladie ou l'utilisation des médicaments antirétroviraux, elles sont obtenues par interview en face-à-face.

Dans un premier temps, nous étudierons les niveaux de prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les homo/bisexuels masculins et les variables associées à ces consommations ; puis, dans un deuxième temps, nous aborderons la question de l'association entre l'usage de substances psychoactives et la sexualité, notamment la prise de risque sexuel. Les études que nous analysons incluent des substances variées : substances licites (alcool, poppers), substances illicites (cannabis, ecstasy, amphétamines, cocaïne, ou héroïne), mais aussi produits de la « performance physique », comme les stéroïdes anabolisants dont l'injection, il faut le rappeler ici, peut entraîner une prise de risque spécifique liée au partage du matériel d'injection, et enfin produits de la « performance sexuelle », comme le sildenafil (Viagra®) et l'ensemble des stimulants de l'érection. Notons que ces produits de la performance peuvent également être considérés comme des pratiques à la limite de la légalité, dans la mesure où ils sont détournés de leur usage et s'acquièrent souvent dans le cadre d'un marché parallèle.

En France, le lien entre usage de drogues et homosexualité est rarement étudié, que ce soit sous l'angle de l'usage de drogues chez les gays, ou sous celui de la sexualité des usagers de drogues. Ainsi, les grandes enquêtes menées par l'InVS sur les modes de vie des homosexuels et les comportements de prévention, les enquêtes Presse Gay et Baromètre Gay, qui portent sur des échantillons de plusieurs milliers d'homosexuels, ont progressivement restreint la place consacrée aux consommations de substances psychoactives dans leurs questionnaires [1]. Une étude récente publiée en janvier 2003 offre certes quelques données sur les jeunes homosexuels [43]². En Australie, au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, en revanche, les recherches quantitatives sur les caractéristiques des pratiques d'usage de drogues chez les gays sont plus répandues³.

Les niveaux de consommations chez les homo-bisexuels masculins

Une consommation principalement axée autour des produits stimulants

La plupart des études mettent généralement en avant le niveau élevé de la consommation de produits psychoactifs (drogues illicites, médicaments et alcool) chez les homo/bisexuels masculins comparés au reste de la population.

Au Royaume-Uni, *The National Gay Men Sex Survey*, réalisé en 1999, répartit les répondants en catégories différentes en fonction du type de drogues consommées au cours des douze derniers mois. Les résultats font apparaître que seuls 11,4 % des répondants déclarent n'avoir utilisé aucune substance psychoactive au cours de l'année précédant l'interview ; 26,2 % de l'échantillon déclarent n'avoir consommé que de l'alcool ; 18,1 % déclarent utiliser des poppers et de l'alcool ; 15,5 % déclarent consommer du cannabis mais aussi de

² Contrairement à la majorité des études recensées dans cet article qui ne portent que sur les homo/bisexuels masculins, l'étude de Lhomond *et al.* [43] présente l'intérêt de prendre en considération les jeunes qui s'identifient comme homo- ou bisexuels, garçons et filles.

³ Certains auteurs continuent toutefois à déplorer le manque d'études sur les consommations de substances psychoactives chez les gays eu égard au risque de contamination VIH auquel cette double pratique les expose [33].

l'alcool ou des poppers ; et 28,7 % déclarent avoir consommé au moins l'une des drogues suivantes : speed, ecstasy, cocaïne, LSD, kétamine, GHB, crack et héroïne [36].

Aux États-Unis, une étude menée à Philadelphie sur un échantillon de 3 220 gays met en évidence une prévalence de la consommation de substances psychoactives plus importante : 89 % des répondants déclarent consommer de l'alcool, 49 % de la marijuana, 29 % des poppers, 21 % des amphétamines, 14 % de la cocaïne et 14 % des hallucinogènes [80]. En Australie, *The Sydney Gay Community Periodic Survey* confirme ce profil de consommation. Ainsi, un peu plus de la moitié des homosexuels interrogés déclare avoir consommé de la marijuana au cours des six mois précédant l'enquête, 46,2 % de l'ecstasy, et environ un quart de la cocaïne [58-60].

À Londres, à partir d'une étude réalisée dans les salles de sport, Jonathan Elford tente d'évaluer le niveau de consommation de produits dopants tels que les stéroïdes anabolisants. Parmi les répondants, 13,5 % sont des utilisateurs réguliers, dont 8,1 % par injection, alors qu'une étude nationale réalisée en population générale en 1992 concluait à un taux de 6 % d'utilisateurs réguliers. Ces résultats suggèrent une prévalence plus importante de la prise de stéroïdes anabolisants parmi la population homosexuelle de Londres que dans le reste de la population [26].

Une autre étude s'intéresse à la comparaison entre les bisexuels et les homosexuels exclusifs. Il ressort que les bisexuels ont des niveaux de consommation significativement plus élevés pour la plupart des substances psychoactives telles que cannabis (48,8 % contre 34,8 %), ecstasy (28 % contre 18,7 %), LSD (12,7 % contre 6,3 %), speed (28,6 % contre 19,3 %), cocaïne (23,1 % contre 14,5 %), kétamine (8,4 % contre 4,8 %), crack (4,9 % contre 1,9 %) et héroïne (3,1 % contre 0,7 %). Ces différences sont particulièrement marquées parmi les hommes âgés de moins de 30 ans, mais au-delà de 30 ans les proportions sont identiques pour les bisexuels et les homosexuels exclusifs. En revanche, les consommations d'alcool, de poppers et de GHB sont sensiblement les mêmes dans les deux populations quel que soit l'âge [36].

Toutes ces études présentent l'intérêt de porter sur des échantillons importants de plusieurs milliers d'homosexuels masculins, mais l'une de leurs limites est de mettre sur le même plan l'ensemble des produits et des usages. La consommation de substances psychoactives y est généralement considérée comme un tout homogène ; les types d'usage ne sont pas pris en compte, aucune distinction n'étant généralement effectuée entre l'usage occasionnel, l'usage régulier et la dépendance.

Une étude australienne, la *Sydney Men And Sexual Health Study* (SMASH) affine les tendances générales en s'intéressant pour une fois à la fréquence de l'usage. En 1993, la moitié des répondants déclare avoir utilisé des substances psychostimulantes (opiacés, speed, cocaïne ou ecstasy) au cours des six derniers mois, mais seulement 15 % d'entre eux au moins tous les mois [60]. Aux États-Unis, *the Urban Men's Health Study* montre également que seul l'usage récréatif semble plus présent chez les gays : 52 % des répondants déclarent un usage récréatif de drogues, et 85 % un usage récréatif d'alcool, mais ces taux tombent respectivement à 19 % et à 8 % lorsqu'il s'agit d'usage régulier [77].

Un moindre recours aux opiacés et à l'injection

Certains produits semblent plus couramment utilisés chez les homosexuels masculins que dans le reste de la population, tels que les produits stimulants et/ou réputés aphrodisiaques (poppers, amphétamines, ecstasy et cocaïne) ou les produits de la performance (stéroïdes anabolisants). Quant à l'usage de cannabis et d'alcool, il atteint bien des taux importants chez les homosexuels, mais la situation est comparable en population générale.

À l'instar de la population générale, certaines substances et pratiques restent peu fréquemment observées chez les homosexuels. Ainsi, l'héroïne semble être un produit peu prisé, avec un taux de l'ordre de 2 % [58-60, 80]. La pratique d'injection semble également peu répandue, présentant des taux inférieurs à 2 % [80]. D'autres études font état de recours à l'injection plus fréquents : de l'ordre de 6,7 % [79] voire 11 % [60], la substance la plus fréquemment injectée étant alors les amphétamines. Aux États-Unis, la localisation géographique semble être une variable déterminante dans le recours à l'injection ; ainsi l'injection serait-elle plus fréquente (même si elle reste une pratique minoritaire chez les gays) sur la Côte Ouest, où elle concernait 18 % de l'échantillon des consommateurs pour la cocaïne et 8 % pour les stimulants et l'héroïne [78].

Si l'injection de drogues chez les gays est considérée comme un facteur de risque particulièrement important vis-à-vis de la contamination par le VIH [22], il est intéressant de noter que les homosexuels injecteurs de substances psychoactives ou dopantes semblent très rarement partager leur seringue [16]. Ainsi, dans une étude menée dans les salles de gymnastique à Londres, 13,5 % des pratiquants consomment des stéroïdes anabolisants dont 8,1 % par voie injectable, mais aucun d'entre eux ne déclare avoir partagé une seringue ne serait-ce qu'une fois dans sa vie avec d'autres consommateurs, limitant ainsi les risques majeurs de transmission [6].

Les homosexuels qui consomment ces substances ont-ils des caractéristiques spécifiques ?

Le lieu d'habitation, l'âge, le niveau socio-économique et la dimension « souffrance psychique » apparaissent corrélés avec l'utilisation de l'ensemble ou plus spécifiquement de certaines substances psychoactives.

Au Royaume-Uni, à partir d'une enquête nationale réalisée en 1999 auprès d'homo/bisexuels, les auteurs déterminent les principales caractéristiques des répondants consommateurs de drogues. Le lieu de résidence serait un déterminant de la consommation. Ainsi, les homosexuels vivant dans les grandes agglomérations comme Londres utilisent plus de drogues que les autres participants, excepté pour l'alcool et l'héroïne [36].

Comme en population générale, la consommation de substances psychoactives est associée à l'âge des répondants, et l'utilisation de tous les types de drogues diminue avec l'âge. L'alcool, les poppers et l'héroïne sont plus souvent utilisés par les répondants de moins de 20 ans, et la consommation de ces produits diminue considérablement avec l'âge. Le cannabis, l'ecstasy, le LSD, le speed, la cocaïne, la kétamine et le crack sont plutôt consommés entre 20 et 24 ans. Enfin, le GHB est surtout utilisé entre 25 et 35 ans [36]. Dans l'enquête SMASH, les jeunes homosexuels de moins de 25 ans consomment autant de produits

psychostimulants que leurs aînés, mais ils utilisent plus souvent des drogues dites « dures » (autres que marijuana ou poppers) : 83,1 % contre 72 % [60].

De manière plus spécifique, certains produits peuvent être associés au niveau socio-économique. Ainsi, au Brésil, un statut économique peu élevé paraît associé à des consommations plus intenses chez les utilisateurs de crack et de cocaïne. Parmi les consommateurs de ces substances, 42,7 % sont au chômage, contre 29,1 % chez les non-consommateurs ; 70,7 % contre 60,9 % ont un revenu inférieur à 250 \$ par mois ; 69,5 % contre 50,9 % ont moins de 8 ans de scolarité ; 72 % contre 37,9 % vivent du commerce sexuel [20].

Enfin, la dimension « souffrance psychique » souvent évoquée chez les usagers de drogues comme l'un des déterminants de la consommation est identifiée dans les études sur les homosexuels. Toutefois, cette dimension est délicate à évaluer dans la mesure où d'une part, la souffrance psychique est une notion floue, caractérisée de manière variée selon les études ; et d'autre part, elle peut être à la fois une cause et une conséquence de la consommation. Certains usagers cherchent à contrôler leurs troubles grâce à l'usage de produits, mais peuvent également les accentuer.

Ainsi, *the Urban Men's Health Study* étudie le lien entre abus sexuel dans l'enfance et prises de risque sexuel. Un homosexuel interrogé sur cinq déclare avoir été victime d'abus sexuels dans l'enfance, dont 43 % associés à de la violence physique y compris sous la menace d'une arme. En analyse multivariée, avoir été abusé sexuellement dans l'enfance semble fortement corrélé avec des pratiques sexuelles à risque, l'usage de drogues, et la violence entre partenaires sexuels [56]. La séropositivité peut également être considérée comme générant de l'angoisse pouvant entrer ainsi dans la catégorie « souffrance psychique ». Ainsi, dans l'enquête SMASH, les répondants séropositifs consomment plus de drogues que le reste de l'échantillon (91,4 % contre 78,9 %), et de façon plus fréquente (au moins toutes les semaines : 67,8 % contre 48,7 %) [60].

Des comparaisons entre population générale et populations homosexuelle et bisexuelle limitées par la méthodologie des études

Si les taux de consommation semblent généralement plus élevés chez les homo/bisexuels masculins, cette tendance ne concerne ni l'ensemble des produits, ni toutes les pratiques. Ces consommations sont plutôt axées autour des produits stimulants, réputés aphrodisiaques ou de la performance, elles ont le plus souvent un caractère récréatif, et se déroulent dans un contexte festif, plus souvent à l'extérieur que dans un espace privé. Les homosexuels semblent être peu attirés par les opiacés et avoir peu recours à l'injection, sauf pour les stéroïdes anabolisants ou les amphétamines. Ainsi, pour appréhender réellement les consommations de substances psychoactives chez les homo/bisexuels masculins, il serait indispensable que les études considèrent l'ensemble des dimensions de l'usage : sa fréquence (usage régulier/récréatif), la nature des produits (drogues/alcool), le mode de consommation (sniff/voie fumée/injection) et le contexte de la prise (milieu de la nuit ou de la fête/salles de sport/quotidien). Il faudrait également déterminer si la diversité des conditions socio-économiques constitue, conformément à la tendance observée en population générale, un facteur de différenciation des usages. Enfin, des facteurs situationnels

(fréquentation des bars, des boîtes de nuit et des salles de sport) peuvent donner lieu à des consommations de substances psychoactives plus élevées chez les homosexuels, mais pourraient certainement être généralisables à l'ensemble de la population fréquentant ces lieux indépendamment de l'orientation sexuelle [77].

La consommation de substances psychoactives chez les homo/bisexuels masculins est en général traitée par des méthodologies quantitatives. Quelques études tentent une approche plus qualitative utilisant observations ethnographiques, entretiens semi-directifs et groupes focaux [62, 63]. Ces approches qualitatives sont souvent critiques vis-à-vis des approches quantitatives sur les consommations de substances psychoactives chez les homosexuels. Elles y dénoncent la présence de différents biais tels que les biais de sélection de la population des homosexuels ; ou les biais de désirabilité sociale inhérents aux études sur les comportements stigmatisés.

Les biais de sélection

Depuis les années 1980, des chercheurs soulignent l'existence de biais de sélection qui conduisent à une sur-représentation des homosexuels recrutés dans les lieux commerciaux et festifs, avec comme conséquence une surestimation des consommations de substances psychoactives. À l'inverse, des études réalisées sur des échantillons plus diversifiés ne mettent pas en évidence de différences statistiquement significatives dans les consommations des homosexuels comparées au reste de la population [3, 73].

De fait, plusieurs études illustrent ce risque de surestimation des niveaux de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels masculins. Ainsi, une étude réalisée lors de manifestations festives organisées pour les gays rapporte des taux extrêmement élevés de consommation de drogues, sans commune mesure avec les taux observés dans d'autres études. Lors de cet événement, 80 % des participants rapportent un usage d'ecstasy, 66 % de kétamine, 43 % d'amphétamines, 29 % de GHB, 14 % de sildenafil, 12 % de poppers et 53 % déclarent y avoir consommé plus de quatre produits différents [14]. Autre exemple, une étude menée exclusivement auprès d'homosexuels fréquentant régulièrement les établissements gays, dans laquelle plus de la moitié de l'échantillon déclare y consommer de l'ecstasy et de la kétamine [44]. Concernant plus particulièrement les stéroïdes anabolisants, le recrutement dans les salles de sport surestime également la proportion d'utilisateurs de ce type de produits⁴ [26, 41].

Ces biais de sélection rappellent les difficultés à définir précisément la population des homosexuels masculins. En effet, les homosexuels peuvent être appréhendés comme une population cachée, difficile à appréhender dans sa diversité en raison des sources de stigmatisation dont elle peut être victime [11]. Il existe de multiples caractérisations possibles de l'homosexualité, qui se répartissent entre « *le fantasme, la disposition, l'attraction, les pratiques sexuelles, l'affirmation de soi en tant qu'homosexuel, le mode de vie ou l'identification à un groupe social* », ce qui rend complexe toute délimitation [68]. De ce fait, des biais systématiques sont introduits dans les enquêtes, qui n'autorisent en aucune façon l'établissement de grandeurs et de moyennes représentatives de la population

⁴ Il est fort probable que cette surestimation concernerait de la même manière les hétérosexuels si le recrutement se faisait dans les salles de sport.

« cible » [57]. Ces biais de sélection se retrouvent dans toutes les enquêtes transversales ou longitudinales. En particulier, la constitution d'un échantillon sur la base du volontariat recrute essentiellement des hommes qui, dans leur vie quotidienne, s'affirment comme homosexuels. On obtient alors un recrutement qui tend à sélectionner des hommes avec un profil sociodémographique homogène : ces hommes se situent généralement dans la tranche d'âge 25-45 ans, se caractérisent par un haut niveau d'études, appartiennent aux classes moyennes supérieures et vivent en milieu urbain. De plus, il est difficile de recruter des hommes se situant au début ou en fin de carrière sexuelle.

Ces biais de sélection rendent hasardeuse la comparaison des niveaux de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels masculins avec les enquêtes menées en population générale, les échantillons des différentes études n'étant pas comparables. En effet, les études effectuées en population générale portent généralement sur des tranches d'âges beaucoup plus larges et des profils sociodémographiques plus diversifiés. Les comparaisons avec la population générale ou hétérosexuelle devraient donc être ajustées sur les structures par âge, par catégorie sociale ou niveau d'instruction, enfin par région, ajustements qui ne sont pas réalisés dans les études recensées ici. Précisons que ces ajustements ne permettraient pas pour autant de corriger absolument les biais de sélection ; reste qu'ils permettraient de redresser l'échantillon sur la structure attendue de la population, en faisant l'hypothèse que les personnes incluses dans l'échantillon sont représentatives.

Les biais de « désirabilité sociale »

À l'inverse, d'autres types de biais tendent à minimiser les déclarations relatives aux consommations de substances psychoactives et aux comportements à risque. Les biais de « désirabilité sociale » portent plus particulièrement sur les questions ayant une connotation morale et les pratiques stigmatisées ou répréhensibles. La personne enquêtée a alors tendance à adapter ses réponses en fonction de ce qu'elle pense être le comportement le plus conforme socialement. La méthodologie d'enquête utilisée exerce une influence sur ces biais de déclaration. Ainsi, l'utilisation d'un enquêteur pour la passation du questionnaire augmente ce type de biais, l'enquêteur étant alors perçu comme porteur des attentes de la société. Pour limiter ce biais, des auteurs américains proposent l'utilisation soit de classiques autoquestionnaires, soit de la méthode Audio-CASI, technique permettant aux répondants de s'interviewer eux-mêmes par une autosaisie sur ordinateur de leur choix de réponse à des questions enregistrées sur une bande magnétique défilant sur des écouteurs. Cette méthode permet d'obtenir une meilleure estimation des prévalences de consommations de substances psychoactives, mais accentue en même temps le risque d'interruption de l'interview avant la fin [34]. L'influence de ces biais de désirabilité sociale sur la sous-estimation déclarée des consommations de produits concerne tout autant les homo/bisexuels masculins que le reste de la population.

L'utilisation de substances psychostimulantes dans le contexte de la sexualité

Chez les homosexuels, la consommation de substances psychoactives est souvent associée aux situations de drague et aux rapports sexuels, dans un contexte

d'initiation chez les plus jeunes pour favoriser le passage à l'acte, et chez les plus expérimentés dans le souci d'optimiser les performances sexuelles et de rechercher de nouvelles sensations. Certaines études abordent la consommation de substances psychoactives comme un facteur de la prise de risque et de la baisse de vigilance vis-à-vis du risque VIH en raison des effets désinhibiteurs des produits pouvant favoriser la moindre protection des pratiques sexuelles et le passage vers des pratiques plus « hard ».

Drogues, effets désinhibiteurs et prises de risque

Ainsi, des études mettent en évidence que les premières relations homosexuelles s'accompagnent d'usage de produits chez les jeunes homosexuels, et ceci sans discussion préalable entre partenaires sexuels sur la question de la contamination et sans connaissance précise des risques liés à l'injection [52]. Plus tard dans leur carrière sexuelle, les homosexuels plus expérimentés déclarent utiliser de la cocaïne et des amphétamines afin de stimuler leur désir et d'accroître leurs performances sexuelles [9, 35], mais aussi pour la recherche de sensations et la confiance en soi [23].

Aux États-Unis, dans *The San Francisco Young Men's Health Study*, 52 % des répondants qui déclarent des pénétrations anales non protégées avec des partenaires de statut sérologique différent ou inconnu rapportent avoir consommé des drogues au cours des douze derniers mois, dont 14 % au moins une fois par mois. De même, ce groupe de personnes « à risque » déclare s'engager dans des pratiques sexuelles sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances psychoactives significativement plus souvent que les hommes qui ne rapportent aucun comportement à risque en terme de transmission [25].

Toujours aux États-Unis, à partir des données de la *Multicenter AIDS Cohort Study* (MACS), les auteurs tentent de déterminer si les hommes qui exposent les autres à un risque potentiel en termes de transmission VIH, ont des profils psychosociaux et psychologiques différents. Il apparaît encore une fois que les répondants qui placent leurs partenaires sexuels dans une situation de risque potentiel consomment plus fréquemment de l'alcool et des poppers que le reste de l'échantillon [64].

À Londres, les répondants séropositifs (27,1 %) sont significativement plus nombreux à avoir consommé du sildénafil, comparé aux hommes séronégatifs (14,2 %) et à ceux qui n'ont jamais été testés pour le VIH (7,2 %). Les répondants ayant déjà consommé du sildénafil reportent plus de pénétrations anales non protégées sérodiscordantes : 13,8 % contre 3,8 % chez les séropositifs ; 6,6 % contre 1,4 % chez les séronégatifs. Les utilisateurs de sildénafil séronégatifs déclarent, pour leur part, significativement plus de pénétrations anales non protégées avec des partenaires de statut sérologique inconnu (27,9 % contre 11,6 %). Enfin, les répondants séronégatifs ayant consommé du sildénafil au cours des trois derniers mois rapportent plus de pénétrations anales non protégées sérodiscordantes sous l'effet de cette substance (8 % contre 1,4 %). Si la consommation de sildénafil semble moins commune chez les hommes séronégatifs, elle n'en reste pas moins préoccupante, puisque les résultats révèlent que la consommation de stimulants de l'érection apparaît comme un marqueur de comportements à risque vis-à-vis du VIH [27, 28].

Un moyen de justifier *a posteriori* la prise de risque

Dans un contexte d'information intense sur le risque VIH et de bonne accessibilité des moyens de protection, il n'est pas facile pour les homosexuels « d'avouer » des prises de risque sexuels, car reconnaître ces pratiques fait courir le risque d'être soumis à des jugements normatifs. L'effet des substances psychoactives peut ainsi être utilisé comme un prétexte pour la prise de risque, afin d'atténuer un éventuel sentiment de culpabilité.

Lors de la Conférence internationale sur le sida de Genève en 1998, une étude américaine portant sur un échantillon de 85 personnes a présenté des résultats sur les comportements sexuels [7], et sur l'usage de drogues [8] chez les homosexuels : 46 % des personnes interrogées déclarent avoir eu au moins la moitié de leurs rapports sexuels sous l'emprise d'un produit, 43 % ont oublié de mettre un préservatif dans cette situation et 36 % affirment que le produit les a aidés à déculpabiliser par la suite. D'autres études confirment que l'une des motivations de l'usage de drogues lors de rapports sexuels est d'échapper à la conscience du risque, et d'oublier plus facilement par la suite [38]. Dans *The San Francisco Young Men's Health Study*, parmi les circonstances évoquées par les répondants pour justifier ces pénétrations anales non protégées, les hommes présentant le plus de risques sont significativement plus nombreux à déclarer « avoir bu ou consommé des drogues » (55 % contre 22 %) [25].

Des produits plus impliqués que d'autres dans la prise de risque

Certains produits semblent plus impliqués que d'autres dans le relâchement des comportements préventifs : les poppers, l'ecstasy, la kétamine et le GHB [39, 44], mais aussi les amphétamines et la cocaïne [9, 31, 45, 46, 71].

Les poppers ont été le plus souvent incriminés. Dès le début des années 1980, des rumeurs mettent en avant que la contamination par le VIH chez les gays serait due à l'utilisation des poppers, lien qui sera abandonné après la découverte de l'étiologie virale du sida. Dans les études menées à la fin des années 1980, les poppers sont considérés comme favorisant la non-protection, cette substance étant principalement utilisée par le partenaire « passif » lors de rapports homosexuels [12, 50, 51, 69]. Aux Pays-Bas, une étude sur l'augmentation des prises de risque met en évidence que les utilisateurs de poppers rencontrent plus de difficultés que les autres à maintenir des pratiques de protection sur le long terme [21].

Certaines études pointant le lien entre usage de substances psychoactives et comportements sexuels à risque concluent à la nécessité de mesures de prévention ciblées auprès des homosexuels qui consomment des drogues. Certaines études font état de prévalences du VIH extrêmement élevées dans des échantillons de toxicomanes homosexuels. Ainsi, une étude menée à Denver sur un échantillon de 100 personnes observe une prévalence du VIH de 45 % [9] ; une autre étude portant sur un échantillon de 1 594 personnes recrutées à San Francisco met en évidence les fluctuations de cette prévalence : entre 35 et 45 % en 1988-1989, 25 % en 1996, puis 42 % en 2000 [4]. Devant ces constats, différentes recommandations sont proposées, comme la nécessité de faire prendre conscience aux consommateurs des effets désinhibiteurs des substances psychoactives sur leur comportement sexuel, et la nécessité de travailler sur l'estime de soi et sur la capacité à négocier avec son partenaire sexuel [53].

Un lien entre comportements sexuels à risque et consommations de substances à nuancer

À l'inverse, certaines études concluent à l'absence de corrélation entre usage de drogues chez les homosexuels et comportements sexuels à risque, faisant apparaître des taux de déclarations de prise de risque comparables entre les consommateurs et les non-consommateurs [47]. D'autres études introduisent des nuances dans l'établissement de ce lien. Ainsi certains auteurs montrent-ils que, lors de l'analyse univariée, de nombreuses substances (alcool, marijuana, cocaïne, amphétamines, barbituriques, héroïne, LSD, poppers, tranquillisants) apparaissent corrélées avec l'absence de protection lors des rapports sexuels ; mais les auteurs ajoutent que lors de l'analyse multivariée, seule la cocaïne apparaît comme un facteur significatif de l'absence de protection [45].

Pour affiner le lien entre prise de risque sexuel et consommations de substances psychoactives, certains auteurs prennent en compte les facteurs situationnels [70], les caractéristiques psychologiques des individus qui ne se protègent pas lors de rapports sexuels [67], ou encore les représentations que les individus ont de leur sexualité et du risque, et l'estime de soi [2]. Il apparaît ainsi que la non-utilisation du préservatif est plus fréquemment observée chez les homosexuels qui ont des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues [19], cette absence de protection étant le plus souvent exigée par le « client ». Or une étude met en évidence que 15 % des personnes interrogées déclarent avoir des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues, et sont donc potentiellement plus exposées à la prise de risque sexuel [9].

D'autres déterminants tels que le degré d'intimité avec le partenaire sexuel et le type d'usage semblent impliqués dans le lien entre usage de substances psychoactives et comportements sexuels à risque. Ainsi, certains homosexuels déclarent avoir une sexualité non protégée quand ils abusent de l'alcool ou des drogues, mais uniquement avec des partenaires sexuels occasionnels, jamais avec leur partenaire sexuel régulier [54, 61, 70]. La fréquence de l'usage de drogues apparaît discriminante car dans certaines études seul l'usage régulier apparaît corrélé à la prise de risque, et non l'usage occasionnel [10].

Pratiques à risque et styles de vie

D'autres études mettent en évidence que seuls certains sous-groupes d'homosexuels prennent des risques sous l'emprise de substances psychoactives : il s'agirait plutôt des hommes ayant un niveau d'études peu élevé, de faibles ressources, et qui déclarent distinguer les relations sexuelles des relations amoureuses [17]. En Australie, à partir des données de l'enquête SMASH, les auteurs ont étudié les principaux marqueurs de la séroconversion VIH [37]. La séroconversion est associée à un intérêt et un engagement dans certains types de pratiques sexuelles (sado-masochisme, sexe en groupe, etc.). Au-delà des pratiques elles-mêmes, il apparaît que les hommes qui s'engagent dans ces pratiques sexuelles sont plus exposés à l'infection du fait de leur participation à une sous-culture particulière, sous-culture d'expérimentation ou d'aventure, où la consommation de drogues est courante et où les pénétrations anales non protégées sont plus fréquemment pratiquées. De ce fait, les auteurs restent prudents sur la causalité de l'association entre consommation de substances psychostimulantes et séroconversion, dans la mesure où cette consommation

peut être considérée comme partie intégrante de la « culture » des hommes qualifiés de sexuellement aventureux.

Le diagnostic de l'infection à VIH pourrait aussi se traduire par une augmentation des prises de risque sexuel. Aux États-Unis, une étude établit un lien entre la baisse de la qualité de vie de gays séropositifs et l'augmentation des prises de risque sexuel et d'usage de substances psychoactives [30]. Des cas cliniques sont d'ailleurs présentés pour illustrer cette situation, comme l'histoire de Lance, homosexuel et alcoolique, ayant été diagnostiqué séropositif au VIH par erreur et qui adopte des comportements qualifiés d'autodestructeurs alliant sexualité et usage d'alcool compulsifs [42].

Conclusion

Les pratiques des homo/bisexuels masculins vis-à-vis des drogues sont le plus souvent décrites dans le contexte des boîtes de nuit, des lieux de rencontre, ou des bars, à travers l'usage des poppers, des amphétamines, de l'ecstasy et de la cocaïne, produits recherchés pour accroître les performances sexuelles. Autre tendance, l'usage de stéroïdes anabolisants semble également plus répandu chez les gays qui pratiquent le *body-building*. Repérer les spécificités des pratiques des gays vis-à-vis des drogues reste un exercice délicat qui peut conduire à flirter avec les stéréotypes. Les statistiques produites sur cette question nous renseignent sur une partie très particulière de cette population, les homosexuels dits « identitaires ». En effet, les enquêtes auprès des homo/bisexuels masculins se heurtent à des problèmes de représentativité compte tenu de la difficulté à atteindre ce groupe dispersé et « caché ». Les lieux ou médias identitaires sont utilisés pour conduire des études, ce qui conduit à sur-représenter certains groupes : urbains, de situation sociale ou de niveau d'instruction élevés, s'identifiant comme gays et fréquentant les lieux de loisir ou de dragage. De ce fait, la généralisation des tendances observées dans ces études à l'ensemble des homo/bisexuels masculins est hasardeuse.

Le lien entre usage de drogues, comportements sexuels et VIH a été étudié pour améliorer la compréhension de la permanence des prises de risque dans une communauté bien informée et particulièrement exposée. Les études mettent en évidence que les situations dans lesquelles les prises de risque sont augmentées sont aussi celles où les consommations de produits sont plus fréquentes et plus intenses. L'hypothèse d'une synergie des risques peut également être avancée, les effets des produits accentuant la fragilité des comportements préventifs chez les individus plus vulnérables.

Il est donc fondamental de renforcer la production de connaissances scientifiques sur la thématique de la consommation de substances psychoactives chez les homo/bisexuels et d'intégrer des indicateurs sur les types d'usages de drogues dans les dispositifs de veille et de recherche consacrés aux comportements sexuels et préventifs des homosexuels, tels que l'Enquête Presse Gay ou le Baromètre Gay en France, afin de vérifier les hypothèses autour de la synergie des risques. De plus, des stratégies de prévention resteraient à imaginer pour faire face à cette intrication des déterminants des prises de risque. On peut ainsi s'interroger sur l'efficacité du renforcement de la norme sociale préventive à un moment où les gays cherchent au contraire des stratégies individuelles ajustées aux interactions sexuelles.

Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
2. Benotsch EG, Kalichman SC, Kelly JA. Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men : prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addict Behav* 1999 ; 24 (6) : 857-68.
3. Bloomfield K. A comparison of alcohol consumption between lesbians and heterosexual women in an urban population. *Drug Alcohol Depend* 1993 ; 33 (3) : 257-69.
4. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Lorvick J, Moore L, Seal K, Edlin BR. Trends in HIV seroprevalence and risk among gay and bisexual men who inject drugs in San Francisco, 1988 to 2000. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 ; 28 (3) : 264-9.
5. Bochow M. *Are youth and drug use risk factors among German gay men ?* Genève : Conférence internationale sur le sida, 1998 ; 26 et 231333.
6. Bolding G, Sherr L, Maguire M, Elford J. HIV risk behaviours among gay men who use anabolic steroids. *Addiction* 1993 ; 94 (12) : 1829.
7. Bull S, Piper P, Rietmeijer C. *The relationship between sex, drugs, and condom use among men who have sex with men and also inject drugs (MSM-IDU) in Denver*. Genève : Conférence internationale sur le sida, 1998 ; 23406.
8. Bull S, Piper P, Rietmeijer C. *Men who have sex with men and also inject drugs (MSM-IDU) : A profile of the group at highest risk for HIV transmission in Denver*. Genève : Conférence internationale sur le sida de 1998 ; 23550.
9. Bull S, Piper P, Rietmeijer C. Men who have sex with men and also inject drugs : profiles of risk related to the synergy of sex and drug injection behaviors. *J Homosex* 2002 ; 42 (3) : 31-51.
10. Chesney MA, Barrett DC, Stall R. Histories of substance use and risk behavior : precursor to HIV seroconversion in homosexual men. *Am J Publ Health* 1998 ; 88 (1) : 113-6.
11. Clatts M. Challenges in research on drug and sexual risk. Practices of men who have sex with men : Applications of ethnography in HIV epidemiology and prevention. *AIDS Behav* 2000 ; 4 (2) : 169-79.
12. Clutterbuck DJ, Gorman D, McMillan A, Lewis R, Macintyre CC. Substance use and unsafe sex amongst homosexual men in Edinburgh. *AIDS Care* 2001 ; 13 (4) : 527-35.
13. Cochrane SD, Keenan C, Shober C, Mays VM. Estimates of alcohol use and clinical treatment needs among homosexually active men and women in the US population. *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 (6) : 1062-71.
14. Colfax GN, Mansergh G, Guzman R, Vittinghoff E, Marks G, Rader M, Buchbinder S. Drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men who attend circuit parties : a venue-based comparison. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 ; 28 (4) : 379-9.
15. Crenstein A. Substance use among gay and lesbian adolescents. *J Homosex* 2001 ; 41 (2) : 1-15.
16. Crofts N, Marcus L, Meade J, Sattler G, Wallace J, Sharp R. Determinants of HIV risk among men who have homosexual sex and inject drugs. *AIDS Care* 1995 ; 7 (5) : 647-55.

17. Crosby GM, Stall RD, Paul JP, Barrett DC, Midanik LT. Condom use among gay/bisexual male substance abusers using the time follow-back method. *Addict Behav* 1996 ; 21 (2) : 249-57.
18. Crosby GM, Stall RD, Paul JP, Barrett DC. Substance use and HIV risk profile of gay/bisexual males who drop out of substance abuse treatment. *AIDS Educ Prev* 2000 ; 12 (1) : 38-48.
19. De Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *AIDS Care* 1995 ; 7 (1) : 35-47.
20. De Souza CT, Diaz T, Suttmoller F, Bastos FI. The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002 ; 29 (1) : 95-100.
21. De Wit J, Griensven GPJ. Time from safer to unsafe sexual behaviour among homosexual men. *AIDS* 1994 ; 8 : 123-6.
22. Deren S, Estrada A, Stark M, Williams M, Goldstein M. A multisite study of sexual orientation and injection drug use as predictors of HIV serostatus in out-of-treatment male drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997 ; 15 (4) : 289-95.
23. Dolezal C, Carballo-Dieguez A, Nieves-Rosa L, Diaz F. Substance use and sexual risk behavior : understanding their association among four ethnic groups of Latino men who have sex with men. *J Subst Abuse* 2000 ; 11 (4) : 323-36.
24. DuRant RH, Krowchuk DP, Sinal SH. Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex behavior. *J Pediatr* 1998 ; 133 (1) : 113-8.
25. Ekstrand M, Stall R, Paul J, Osmond D, Coates T. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS* 1999 ; 13 : 1525-33.
26. Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. HIV risk behaviours among gay men who use anabolic steroids. *Addiction* 1999 ; 94 : 1829-35.
27. Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Viagra use and sexual risk behaviour or risk reduction strategy. *AIDS* 2000 ; 14 : 547-52.
28. Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L, Serle F. Peer-led HIV prevention among gay men in London (The 4 gym project) : intervention and evaluation. In : Watson J, Platt S, eds. *Researching health promotion*, London : Routledge, 2000.
29. Eliason MJ. Substance abuse counsellor's attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgendered clients. *J Subst Abuse* 2000 ; 12 (4) : 311-28.
30. Ferrando S, Goggin K, Sewell M, Evans S, Fishman B, Rabkin J. Substance use disorders in gay/bisexual men with HIV and AIDS. *Am J Addict* 1998 ; 7 (1) : 51-60.
31. Frosch D, Shoptaw S, Huber A, Rawson RA, Ling W. Sexual HIV risk among gay and bisexual male methamphetamine abusers. *J Subst Abuse Treat* 1996 ; 13 (6) : 483-6.
32. Ghindia DJ, Kola LA. Co-factors affecting substance abuse among homosexual men : an investigation within a midwestern gay community. *Drug Alcohol Depend* 1996 ; 42 (3) : 167-77.
33. Gorman EM, Barr BD, Hansen A, Robertson B, Green C. Speed, sex, gay men and HIV : ecological and community perspectives. *Med Anthropol Q* 1997 ; 11 (4) : 505-15.

34. Gribble JN, Miller HG, Cooley PC, Catania JA, Pollack L, Turner CF. The impact of T-ACASI interviewing on reported drug use among men who have sex with men. *Subst Use Misuse* 2000 ; 35 (6-8) : 869-90.
35. Halkitis PN, Parsons JT, Stirratt MJ. A double epidemic : crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *J Homosex* 2001 ; 41 (2) : 17-35.
36. Hickson F, Weatherburn P, Reid D, Henderson L, Brown D. *Vital statistics : Findings from the National Gay Men's Sex Survey 1999*. Sigma Research : Original research report, 1999.
37. Kippax S, Van de Ven P, Campbell D, Prestage G, Knox S, Crawford J, Culpin A, Kador J, Kinder P. Cultures of sexual adventurism as markers of HIV seroconversion : a case control study in a cohort of Sydney gay men. *AIDS Care* 1998 ; 10 (6) : 677-88.
38. Kirnan DJ, Venable PA, Ostrow DG, Hope B. Expectancies of sexual « escape » and sexual risk among drug and alcohol-involved gay and bisexual men. *J Subst Abuse* 2001 ; 13 (1-2) : 137-54.
39. Klitzman RL, Pope HG, Hudson JI. MDMA (ecstasy) abuse and high-risk sexual behaviors among 169 gay and bisexual men. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 (7) : 1162-7.
40. Klitzman RL, Greenberg JD, Pollack LM, Dolezal C. MDMA (ecstasy) use and its association with high risk behaviors, mental health, and other factors among gay/bisexual men in New York City. *Drug Alcohol Depend* 2002 ; 66 (2) : 115-25.
41. Korkia S, Stimson GV. Indication of prevalence, practice and effects of anabolic steroid use in Great Britain. *Int J Sports Med* 1997 ; 18 : 557-62.
42. Kus RJ, Carpenter MA. Lance : a gay recovering alcoholic misdiagnosed as HIV-positive. *Arch Psychiatr Nurs* 1991 ; 5 (5) : 307-12.
43. Lhomond B, Michaels S, Levinson S, Mailloux M. *Jeunes et sexualités*. Rapport pour la Direction Générale de la Santé et le ministère de la Jeunesse et des Sports, janvier 2003.
44. Mattison AM, Ross MW, Wolfson T, Franklin D. Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men. *J Subst Abuse* 2001 ; 13 (1-2) : 119-26.
45. McNall M, Remafedi G. Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 ; 153 (11) : 1130-5.
46. Molitor F, Truax SR, Ruiz JD, Sun RK. Association of methamphetamine use during sex with non risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *West J Med* 1998 ; 168 (2) : 93-7.
47. Myers T, Rowe CJ, Tudiver FG, Kurtz RG, Jackson EA, Orr KW, Bullock SL. HIV, substance use and related behaviour of gay and bisexual men : an examination of the talking sex project cohort. *Br J Addict* 1992 ; 87 (2) : 207-14.
48. Nawyn SJ, Richman JA, Rospenda KM, Hughes TL. Sexual identity and alcohol-related outcomes : contributions of workplace harassment. *J Subst Abuse* 2000 ; 11 (3) : 289-304.
49. Noell JW, Ochs LM. Relationship of sexual orientation to substance use, suicidal ideation, suicide attempt and other factors in a population of homeless adolescents. *J Adolesc Health* 2001 ; 29 (1) : 31-6.
50. Ostrow DG, Vanraden MJ, Fox R, Kingsley LA, Dudley J, Kaslow RA. Recreational drug use and sexual behavior change in a cohort of homosexual men. *AIDS* 1990 ; 4 (8) : 759-65.

51. Ostrow DG, Beltran ED, Joseph JG, DiFranceisco W, Wesch J, Chmiel JS. Recreational drugs and sexual behavior in the Chicago MACS/CCS cohort of homosexually active men. Chicago Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)/Coping and Change Study. *J Subst Abuse* 1993 ; 5 (4) : 311-25.
52. Pach A, Gorman EM, Sherrell WJ, Borgesen E, Nicholson SM. *Predisposing risk factors for methamphetamine use and HIV infection among men who have sex with other men (MSM) : A community study*. Genève : Conférence internationale sur le sida, 1998 : 14217.
53. Paul JP, Stall R, Davis F. Sexual risk for HIV transmission among gay/bisexual men in substance-abuse treatment. *AIDS Educ Prev* 1993 ; 5 (1) : 11-24.
54. Paul JP, Stall RD, Crosby GM, Barrett DC, Midanik LT. Correlates of sexual risk-taking among gay male substance abusers. *Addiction* 1994 ; 89 (8) : 971-83.
55. Paul JP, Barrett DC, Crosby GM, Stall RD. Longitudinal changes in alcohol and drug use among men seen at a gay-specific substance abuse treatment agency. *J Stud Alcohol* 1996 ; 57 (5) : 475-85.
56. Paul JP, Catania J, Pollack L, Stall R. Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men : The Urban Men's Health Study. *Child Abuse Neglect* 2001 ; 25 (4) : 557-84.
57. Pollak M, Schiltz M-A, *Six années d'enquête sur les homo- et bisexuels masculins face au sida*. Livre des données, GSPM, Rapport à l'ANRS, 1991.
58. Prestage G, Van de Ven P, Kippax S, Knox S, Nicholas G, Horwood B, Petersen K. *Adelaide Gay Community Periodic Survey, November 1999*. Rapport original NCHSR, 1999.
59. Prestage G, Van de Ven P, Knox S, Grulich A, Kippax S, Crawford J. *The Sydney gay community periodic surveys 1996-1999 changes over time*. Rapport original NCHSR, 1999.
60. Prestage G, Van de Ven P, Grulich A, Knox S, Crawford J, Kippax S. *SMASH, Changes in behaviours over time*. Rapport original NCHSR, 2000.
61. Rebchook G, McFarland W, Katz M, Guilin V, Nieri G, MacKellar D, Valleroy L. *When worlds collide : Sex, needles, and HIV infection among young injection drug using men who have sex with men*. Genève : Conférence internationale sur le sida, 1998 ; 23104.
62. Remien RH, Goetz R, Rabkin JG, Williams JB, Bradbury M, Ehrhardt AA, Goorman JM. Remission of substance use disorders : gay men in the first decade of AIDS. *J Study Alcohol* 1995 ; 56 (2) : 226-32.
63. Rhodes F, Deren S, Wood MM, Shedlin MG, Carlson RG, Lambert EY, Kochems LM, Stark MJ, Falck RS, Wright-DeAguero L, Weir B, Cottler L, Rourke KM, Trotter RT. Understanding HIV risks of chronic drug-using men who have sex with men. *AIDS Care* 1999 ; 11 (6) : 629-48.
64. Robins A, Dew M, Kingsley L, Becker J. Do homosexual and bisexual men who place others at potential risk for HIV have unique psychosocial profiles ? *AIDS Education and Prevention* 1997 ; 9 (3) : 239-51.
65. Ross M, Rosser S, Bauer G, Bockting W, Robinson B, Rugg D, Coleman E. Drug use, unsafe sexual behaviour and internalized homonegativity in men who have sex with men. *AIDS Behav* 2001 ; 5 (1) : 97-103.
66. Russel ST, Driscoll AK, Truong N. Adolescent same-sex romantic attractions and relationships : implications for substance use and abuse. *Am J Publ Health* 2002 ; 92 (2) : 198-202.

67. Ryan CM, Huggins J, Beatty R. Substance use disorders and the risk of HIV infection in gay men. *J Stud Alcohol* 1999 ; 60 (1) : 70-7.
68. Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : La conquête de modes de vie. *Populations* 1997 ; 52 (6) : 1485-538.
69. Seage GR, Mayer KH, Horsburgh CR, Holmberg SD, Moon NW, Lamb GA. The relation between nitrite inhalants, unprotected receptive anal intercourse, and the risk of human immunodeficiency virus infection. *Am J Epidemiol* 1992 ; 135 (1) : 1-11.
70. Seage GR, Mayer KH, Wold C, Lenderking WR, Goldstein R, Cai B, Gross M, Heeren T, Hingson R. The social context of drinking, drug use, and unsafe sex in the Boston Young men Study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 ; 17 (4) : 368-75.
71. Semple SJ, Patterson TL, Grant I. Motivations associated with methamphetamine use among HIV+ men who have sex with men. *J Subst Abuse Treat* 2002 ; 22 (3) : 149-56.
72. Shoptaw S, Frosch D. Substance abuse treatment as HIV prevention for men who have sex with men. *AIDS Behav* 2000 ; 4 (2) : 193-203.
73. Stall R, Wiley. A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men : the San Francisco Men's Health Study. *Drug Alcohol Depend* 1988 ; 22 (1-2) : 63-73.
74. Stall RD, Paul JP, Barrett DC, Crosby GM, Bein E. An outcome evaluation to measure changes in sexual risk-taking among gay men undergoing substance use disorder treatment. *J Stud Alcohol* 1999 ; 60 (6) : 837-45.
75. Stall R, Hays R, Waldo C, Ekstrand M, MacFarland W. The gay 90' : a review of research in the 1990s on sexual behavior and HIV risk among MSM. *AIDS* 2000 ; 14 (suppl 3) : S101-14.
76. Stall R, Purcell DW. Intertwining epidemics : a review of research on substance use among Men who have Sex with Men and its connection to the AIDS epidemics. *AIDS Behav* 2000 ; 4 (2) : 181-92.
77. Stall R, Jay PP, Greenwood G, Pollak LM, Bein E, Crosby M, Mills T, Binson D, Coates TJ, Catania JA. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men : the Urban Men's Health Study. *Addiction* 2001 ; 96 (11) : 1589.
78. Sullivan PS, Nakashima AK, Purcell DW, Ward JW. Geographic differences in non-injection and injection substance use among HIV-seropositive men who have sex with men : western United States versus other regions. Supplement to HIV/AIDS Surveillance Study Group. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum* 1998 ; 19 (3) : 266-73.
79. Van de Ven P, Kippax S, Crawford J, Rodden P. Injecting drug use and knowledge and self-report of hepatitis C among Australian gay and homosexually active men. *Drug Alcohol Rev* 1999 ; 18 : 271-7.
80. Woody GE, Donnell D, Seage GR, Metzger D, Marmor M, Koblin BA, Buchbinder S, Gross M, Stone B, Judson FN. Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men : data from HIVNET. *Drug Alcohol Depend* 1999 ; 53 (3) : 197-205.

Sens et contexte dans les recherches sur les (homo) sexualités et le sida : réflexions sur le sexe anal

Rommel MENDÈS-LEITE

Résumé

Pour démontrer que la prise en compte du sens et du contexte est fondamentale dans les recherches en sciences sociales sur les (homo) sexualités, nous avons choisi d'aborder une question qui a très rarement donné lieu à des analyses sur le sens qui lui est attribué par ceux qui la pratiquent : la pénétration anale. Tout d'abord, nous allons montrer quels sont les principaux critères pris en compte par les discours scientifiques occidentaux contemporains pour définir les différentes orientations sexuelles. Ensuite, nous montrerons, en utilisant des données que nous avons recueillies au Brésil, comment le rôle (supposé ou réel) joué par des hommes lors du coït anal peut servir de base pour l'assignation sociale de leur comportement sexuel et de leur orientation sexuelle, mais également de leur sexe social (genre). Finalement, grâce à des études réalisées dans trois pays différents (Norvège, Pays-Bas et France), nous montrerons les liens qui peuvent être établis entre les sens donnés à la pénétration anale et à la construction des identités (homo) sexuelles, ainsi que le rôle des perceptions individuelles et sociales des pratiques sexuelles dans l'épanouissement de la sexualité et dans la prévention du sida.

Mots clés : sexualité, sens, contexte, sexe anal, prévention.

« To be human means to live in a world. That is to live in a reality whom is ordered and that gives meaning to the business of living. It is a fundamental characteristic of human existence » [2].

« Les silences de nos sciences sociales peuvent être révélateurs d'un processus d'occultation des aspects indésirables de notre société » [3].

Paradoxalement, si la prévention du sida a contribué au développement des recherches en sciences sociales sur les sexualités en général et en particulier sur les homosexualités masculines, elle a également exercé une influence importante sur la manière dont ces recherches ont été menées, c'est-à-dire surtout dans un souci de santé publique (voire même d'épidémiologie).

Indéniablement, de nombreux travaux en sciences sociales sur le sida ont, depuis le début de l'épidémie, élargi le champ de nos connaissances sur les comportements et les pratiques sexuelles des hommes entre eux. Ils ont ainsi permis

d'étoffer notre connaissance sur différents aspects des homosexualités. Toutefois, comme l'affirme Michel Bozon [5], même si « *dans la sexualité humaine, l'activité des corps n'est pas affaire d'instinct mais d'apprentissage social [...] l'imbrication des actes sexuels et des significations qu'ils revêtent est pourtant rarement analysée* ».

Les polémiques qui animent les recherches en sciences sociales portant sur l'homosexualité renvoient souvent à des cadres de référence différents, se traduisant par un clivage entre deux catégories de chercheurs : d'une part, ceux qui définissent avant tout le sida comme un problème de santé publique et, d'autre part, ceux qui l'envisagent également dans le contexte socioculturel plus large des représentations, des compétences psychosociales et des comportements sexuels et sociaux, sans oublier les conditions sociales, économiques, politiques... Cette dernière approche se développe parallèlement aux études sur les homosexuels et les lesbiennes, qui ont graduellement privilégié le contexte – la réalité construite, représentée et vécue – ainsi que la construction des sexualités, des genres et des identités. Cette prise en compte du contexte et de l'importance du sens constitue l'une des contributions majeures aux études en sciences sociales sur les sexualités et sur le sida. Les chercheurs adoptant une démarche contextuelle sont plutôt issus eux-mêmes des études sur les sexualités – et surtout sur les homosexuels ou les lesbiennes –, privilégiant l'interdisciplinarité ou des approches anthropologiques et psychosociales, des méthodologies issues de certaines écoles sociologiques comme l'interactionnisme symbolique ou encore des courants intellectuels comme le constructionnisme social, le féminisme ou les *gender studies*.

Il est néanmoins clair que les études sur les sexualités effectuées à la lumière de l'épidémie du sida n'abordent pas le sujet de la même manière que les études sur les sexualités tout court, et *a fortiori* sur les homosexualités. Ainsi, la prise en charge des études en sciences sociales dans le champ du sida a pour corollaire une certaine (re)médicalisation des sexualités. Ce phénomène peut en cacher un autre : un appauvrissement des recherches où il n'est question que de compter (approche quantitative) ou de décrire (optique qualitative) des actes ou comportements sexuels avec ou sans préservatif plutôt que d'analyser des phénomènes sociaux où la sexualité s'insère dans une problématisation complexe et dans un contexte plus large. Cette situation intervient notamment lorsque ces recherches sont produites dans un cadre utilitariste, comme cela arrive souvent dans un contexte d'urgence, dont l'épidémie du sida est un exemple. Comme l'affirme Dannecker ([10], p. 4), « *comme il est inhérent à presque toutes les études sur la prévention d'analyser de façon étroite le comportement sexuel, on a presque l'impression que le but même de la sexualité est d'éviter les risques de contagion et non pas de parvenir au plaisir sexuel* ».

Nous sommes convaincus que la prise en compte du sens et du contexte est indispensable dans les recherches en sciences sociales sur les (homo)sexualités, y compris dans le cadre de la prévention du sida. Pour démontrer cela, nous avons choisi d'analyser ici une question qui a très rarement donné lieu à des questionnements sur le sens qui lui est attribué par ceux qui la pratiquent : la pénétration anale.

Bien évidemment, elle ne concerne pas uniquement les homosexuels masculins, pas plus qu'elle ne concerne l'ensemble des hommes à pratiques ou identités homo- ou bisexuelles [21]. Néanmoins, des études réalisées au cours de la

dernière décennie montrent l'importance de cette pratique sexuelle pour de nombreux homosexuels¹.

De fait, la pénétration anale, *pratique sexuelle* condamnée depuis fort longtemps, a souvent été associée à la sexualité entre hommes, contribuant aussi à leur stigmatisation. Sa pratique, réelle ou supposée, contribue et parfois même fonde l'assignation sociale des individus à une *orientation homosexuelle*. C'est le cas dans les discours scientifiques depuis au moins la seconde moitié du XIX^e siècle, quand une société sécularisée, capitaliste et urbaine fonde « objectivement » des catégories d'individus définis par leurs pratiques sexuelles « spécifiques ». La pénétration anale comme pratique contribue ainsi à incorporation progressive de ces catégories sexuelles dans les mentalités, mais également à l'émergence d'une identité, d'un style de vie homosexuel et même d'un sentiment d'appartenance à une minorité (un milieu, une communauté, un *art de vivre*) [11].

Le sens donnée au coït anal est également un élément important dans le système normatif qui organise le sens commun des sociétés occidentales, où l'on s'attend à une certaine adéquation entre l'*orientation sexuelle* (hétéro-, homo- ou bisexuelle) et les pratiques et rôles sexuels. Ainsi, le stéréotype consacré veut que, dans l'homosexualité masculine, la sodomie soit la pratique sexuelle « par excellence ». Longtemps, et parfois toujours, interdite, l'imaginaire social la représente comme étant presque « obligatoire » lors d'un rapport sexuel entre hommes. Cela prend toutefois des sens singuliers dans le contexte propre à chaque société. Le *rôle sexuel* (pénétrant ou pénétré) et le *comportement sexuel* (actif ou passif) adoptés par l'individu lors du coït anal peuvent être des facteurs d'extrême importance pour son assignation à telle ou telle catégorie socio-sexuelle. Nous le montrerons dans la suite de cet article.

Dans le contexte de l'épidémie du sida, la pénétration anale est considérée comme étant la principale pratique sexuelle à risque de transmission du VIH². Certaines politiques de prévention nationales, comme celle des Pays-Bas, ont même initialement « *conseillé aux homosexuels de s'abstenir de pénétration [anale], considérée comme trop dangereuse même avec préservatif* » ([14], p. 201). Toutefois, l'idée s'est rapidement imposée de façon consensuelle qu'il serait beaucoup plus réaliste et productif de conseiller l'utilisation du préservatif.

Ces différentes questions sont très significatives de l'importance du sens et du contexte dans les recherches sur les (homo) sexualités et nous essayerons de les articuler dans le présent article. Tout d'abord nous allons montrer rapidement quels sont les principaux critères pris en compte par les discours scientifiques occidentaux contemporains pour définir les différentes orientations sexuelles. Ensuite, grâce à des études réalisées dans quatre pays différents (Brésil, Norvège, Pays-Bas et France), nous montrerons comment les rôles (supposés ou réels) joués par des hommes lors du coït anal peuvent servir de base pour l'assignation sociale de leur comportement sexuel et de leur orientation sexuelle, ainsi que de leur sexe social (genre). Nous ferons également état des liens qui peuvent être établis par les discours du sens commun entre les sens donnés à la

¹ Par exemple, la mise en commun des données recueillies dans huit pays européens lors de recherches auprès d'hommes homosexuels a montré que les trois-quarts des Danois, Allemands, Autrichiens, Suisses et Britanniques participant à ces enquêtes pratiquent le sexe anal dans un rôle insertif, réceptif ou dans les deux rôles [4].

² Peut-être la pénétration vaginale serait-elle ainsi perçue si le sida s'était d'abord diffusé majoritairement chez les hétérosexuels.

pénétration anale et la construction des identités (homo) sexuelles, ou encore entre le rôle des perceptions individuelles et sociales des pratiques sexuelles dans l'épanouissement de la sexualité et dans la prévention du sida.

Les différents discours scientifiques sur l'orientation sexuelle

D'un point de vue constructionniste³, on peut affirmer que la notion d'*orientation sexuelle* est une construction savante des sociétés occidentales modernes. Le classement des personnes dans des catégories selon le sexe de l'individu qui est l'objet de leurs désirs sexuels n'est apparu dans les discours scientifiques que très tardivement, probablement dans la deuxième moitié du XIX^e siècle [15, 19, 50]. Les termes *hétérosexuel* et *homosexuel* n'ont pris leur sens commun que dans le premier quart du XX^e siècle [23].

Ces définitions permettent, en effet, le développement, l'amplification et la pérennisation d'une sociabilité masculine particulière marquant, de manière plus ou moins forte, le paysage urbain. Elle est l'un des facteurs essentiels qui conduit à l'apparition d'une identité homosexuelle. Cette construction sociale de l'homosexualité contemporaine n'est possible que dans une dialectique où le système normatif de la société reprenne à son compte les catégories dites de l'*orientation sexuelle* : hétérosexuel, homosexuel et plus rarement bisexuel. Un déplacement a alors lieu : on passe d'un système où certaines pratiques sexuelles sont prohibées à un système où elles sont catégorisées « scientifiquement » et où des individus les pratiquant sont classés et peuvent également être stigmatisés.

En principe, ces classifications renvoient au sexe (*mâle* ou *femelle*) et au genre (*masculin* ou *féminin*) des individus et de ceux qui les attirent sexuellement. À partir de l'étude de différentes cultures, occidentales ou non, Mathieu [30] propose une typologie où apparaissent trois manières d'envisager les rapports entre sexe et genre : a) l'un et l'autre doivent se recouvrir totalement ; b) le sexe social prime sur le sexe biologique, mais lui demeure lié ; c) la bipartition sociale du genre est contestée et le sexe biologique considéré comme en partie construit. Dans chaque cas, l'articulation entre homo-, bi- et hétérosexualité prend un sens différent.

Stein [46] attire l'attention sur le fait que le terme d'*orientation sexuelle* est préférable à celui de *préférence sexuelle*, très utilisé durant les années 1970, car ce dernier présuppose l'existence d'un choix. Toutefois, la notion d'*orientation sexuelle* pose également problème dans la mesure où elle peut impliquer que le désir sexuel est le résultat des traits de caractère de la personne, caractéristiques qui sont peut-être innées et immuables. Stein a également établi une typologie des diverses manières de définir l'orientation sexuelle, mais elle ne concerne que les discours scientifiques occidentaux. Ces derniers se divisent en deux groupes : le premier comporte les éléments pris en compte pour établir la définition ; le second fait référence aux différents niveaux ou dimensions qui les intègrent.

Dans le premier groupe, il existe trois différentes approches. L'*approche comportementaliste* considère l'orientation sexuelle comme étant déterminée par le sexe de la personne avec qui l'individu a des rapports sexuels. De ce point de vue, c'est le premier rapport qui va définir l'orientation sexuelle, qui devra toujours

³ Sur l'approche constructionniste, voir [39, 40].

être cohérente avec le comportement sexuel de la personne. Or, les recherches actuelles montrent que ce point est assez problématique. En effet la sexualité de l'individu ne correspond pas toujours à l'orientation sexuelle qu'il affiche [32]. D'autres scientifiques préfèrent privilégier la perception que chacun possède de sa propre orientation sexuelle (*approche d'auto-identification*), la « cohérence » avec les comportements sexuels n'étant pas primordiale. Une autre approche, *dispositionnelle*, établit que la définition de l'orientation sexuelle doit prendre en compte les désirs mais aussi les fantasmes sexuels de l'individu. En conséquence, elle présuppose la prise en compte des comportements sexuels qu'on serait disposé à engager dans une situation idéale donnée. Certains auteurs de référence pour la recherche en sciences sociales sur les sexualités, dont Kinsey et ses collaborateurs [24, 25], ont adopté un tel point de vue.

Le second groupe, celui des approches dites dimensionnelles, comporte également trois types de définitions de l'orientation sexuelle. L'*approche binaire* n'admet que deux orientations possibles : l'hétérosexualité et l'homosexualité. Elle est adoptée par la plupart des discours scientifiques et politiques, comme par un certain sens commun. L'*approche bipolaire* aborde l'orientation sexuelle comme un continuum : entre les deux pôles représentés par l'hétérosexualité exclusive et par l'homosexualité exclusive existent des situations et des conditions qui font basculer vers l'un ou l'autre extrême ou qui parviennent à créer un équilibre entre les deux. Adoptée entre autres par Kinsey [24, 25] dans ses analyses, cette définition implique la prise en compte de la bisexualité, mais reste toutefois à un niveau unidimensionnel où il est question seulement du sexe.

D'autres approches ont une vision plutôt *multidimensionnelle*, qui prend en compte à la fois le sexe et le genre. Parfois elles restent bidimensionnelles : le genre est considéré à un niveau parallèle à celui du sexe. Les études de Bem [1], celles de Spence et de ses collaborateurs [44] ou encore celles de Storms [47] vont dans ce sens. Pour d'autres scientifiques, plusieurs dimensions composent l'orientation sexuelle, comme dans les études de Klein et de ses collaborateurs sur les bisexuels [26] ou celles de Money [42] sur les « transgenres » et les « intersexués ».

Ces différentes stratégies de compréhension de l'orientation sexuelle ont une conséquence directe sur les différentes enquêtes quantitatives qui servent de base pour établir le nombre d'individus composant les différentes catégories sexuelles [29], ce qui n'est pas sans conséquences quant au statut politique des groupes minoritaires [27]. Par exemple, en termes de santé publique, une vision binaire de l'orientation sexuelle ne donne qu'un pâle reflet de la complexité de la sexualité humaine, ce qui peut avoir des répercussions importantes dans la prévention du sida [31, 36].

Les discours du sens commun sur l'orientation sexuelle : une question de genre(s)

Nous allons montrer maintenant comment la pénétration anale peut jouer un rôle central dans le sens commun pour l'assignation sociale des individus dans la « catégorie » (orientation sexuelle) des homosexuels. Nous prendrons ici l'exemple du Brésil, en montrant quel est le sens du coït anal entre hommes

dans le contexte de la *culture des sexualités* brésilienne, largement influencée par celle de l'Europe du Sud⁴ [32-34].

Quelques précisions terminologiques préliminaires sont nécessaires. Il existe un ensemble de pratiques sexuelles (caresses, pénétrations vaginales, orales ou anales, etc.) lors d'un rapport sexuel. Mais culturellement chacun ne peut pas « faire n'importe quoi » avec « n'importe qui » et « n'importe comment ». Le système normatif qui organise le sens commun assigne ce qui est « souhaitable » pour chaque sexe (*mâle* et *femelle*) – ainsi que pour chaque *genre* (*masculin* et *féminin*) et chaque *identité sexuelle* (*homme* et *femme*). Ces catégories socio-sexuelles sont à leur tour « cadrées » par des *rôles sexuels* (*insertif* ou *réceptif*) respectifs. À ces derniers sont associés des *comportements sexuels* qui doivent idéalement leur correspondre : *activité* et *passivité*. La « cohérence interne » de ce système d'assignation peut être présentée par le *tableau 1*.

Tableau 1.
Système d'assignation sexuelle du sens commun

Identité sexuelle	Homme	Femme
1. Sexe (biologique)	Mâle	Femelle
2. Genre (sexe social)	Masculin	Féminin
3. Rôle sexuel	Insertif (pénétrant)	Réceptif (pénétrée)
4. Comportement sexuel	Actif	Passif

Dans le système d'assignation sexuelle de la culture des sexualités brésilienne, le *rôle* (insertif ou réceptif) réel ou supposé adopté lors de la pénétration anale entre hommes est une question capitale pour la définition de l'*orientation sexuelle* des partenaires. Par similitude avec la pénétration vaginale hétérosexuelle, c'est le rôle qui va donner du sens au *comportement* (actif ou passif), réel ou supposé, de l'individu. Et son comportement sera associé à un *genre* (masculin ou féminin) spécifique, indépendamment du sexe de chaque partenaire puisque tous les deux sont des mâles. Celui qui est (est perçu comme étant) réceptif lors du coït anal sera considéré comme passif et féminin, à l'instar des femmes ; donc son identité sexuelle d'homme sera mise en cause. Une orientation « homosexuelle » lui sera assignée. Par contre, l'identité sexuelle d'homme du partenaire insertif et actif, donc masculin, ne sera pas forcément mise en cause, de même que son orientation sexuelle. L'homosexualité est ainsi associée à une « inversion de genres ».

Bien évidemment, les assignations tranchées et exclusives de « pénétrant » (actif) et de « pénétré » (passif) ne correspondent pas toujours à la réalité, les rôles étant beaucoup plus mouvants et nuancés. Mais elles servent de paramètre social, surtout en association aux genres, et sont perçues comme étant de l'ordre de la « nature ».

À l'époque de nos recherches de terrain sur ce sujet au Brésil (décennie 1980), l'argot du milieu populaire homosexuel désignait les hommes « actifs » comme

⁴ Compte tenu de plus de trois siècles de colonisation portugaise, où des traditions dites latines mais également catholiques et arabes sont présentes.

étant des *bofes*⁵ et les « passifs » comme des *bichas* (ou *viados*). Cette catégorisation s'effectuait en fonction des apparences, jugées masculines ou féminines, qui étaient représentées comme « symptomatiques » du rôle joué pour chacun lors d'une pénétration anale.

En revanche, les relations sexuelles admises comme « déviantes », parce qu'incompréhensibles selon cette logique d'assignation, étaient celles entre individus représentés comment appartenant au même genre, donc manquant également de « complémentarité » et de hiérarchisation des rôles (puisque de surcroît tous les deux sont soit insertifs soit réceptifs) lors d'une pénétration anale. Le *tableau 2*⁶ nous donne un aperçu des codifications sociales de ce système de représentations, que Fry [16] appelle « hiérarchique » :

Tableau 2.
Homosexuels masculins au Brésil
I. Système A (« hiérarchique »)

Assignation sexuelle	<i>Bofe</i>	<i>Bicha</i>
1. Sexe	Mâle	Mâle
2. Genre	Masculin	Féminin
3. Rôle sexuel	Insertif (pénétrant)	Réceptif (pénétrée)
4. Comportement sexuel	Actif	Passif
5. Orientation sexuelle	Hétérosexuel	Homosexuel

À partir de la fin des années 1960 [18], les modifications apparues au sein des classes moyennes urbaines brésiliennes, qui revendiquaient une plus grande remise en cause des rapports de genre, ont contribué à l'apparition, dans le milieu homosexuel des classes moyennes des centres urbains, de la figure de l'*entendido*. Ce personnage est défini comme quelqu'un qui, tout en ayant une « attirance homosexuelle », ne présente pas forcément un comportement socialement perceptible comme tel. Cela serait dû à son ambivalence en termes de rôle et de comportement lors de ses pratiques sexuelles. Ainsi, son comportement sexuel ne se traduirait pas par l'obligation « d'opter » exclusivement pour « l'activité » ou pour la « passivité », reléguant les rôles sexuels tranchés lors de la pénétration anale à un niveau secondaire. Il échapperait ainsi à la logique du « système hiérarchique » populaire : comme il conserve les apparences du genre masculin, il est devenu impossible de lui attribuer (supposer) un rôle et un comportement sexuel déterminés et exclusifs pour lui donner du sens au sein de ce système. En conséquence, son assignation à telle ou telle orientation sexuelle est devenue problématique. La cohérence interne du « système hiérarchique » est ainsi mise à mal : il existe là une « déviance » dans l'organisation des rapports entre les genres, puisque ce nouveau personnage nie que leur complémentarité doit « forcément » passer par une hiérarchisation entre masculinité et féminité.

⁵ Nous utilisons le terme *bofe* à la place d'*homem*, comme le fait Fry [16], parce que le premier fait partie du vocabulaire consacré par l'argot du milieu homosexuel de Fortaleza, ville où nous avons réalisé la majorité de nos recherches sur le terrain.

⁶ Adapté d'après ([16], p. 91).

Dans ce contexte symbolique, ce qui donne sens aux orientations sexuelles, c'est davantage le sexe des partenaires (*homens* : mâles attirés par les femelles *versus entendido* : mâles attirés par d'autres mâles), que leur genre. De cette manière, l'*homem* (l'homme) de ce nouveau système est bien différent du *bofe* du système hiérarchique, car il ne maintient des relations sexuelles qu'avec des femelles (sexe biologique) et non plus avec n'importe quel individu jouant un rôle du genre féminin (femmes ou *bichas*). Au contraire du *bofe*, si l'*homem* a des rapports sexuels avec un autre mâle (même si ce dernier est « féminin » et « passif ») il ne sera plus considéré en tant que tel (l'hétérosexuel du discours scientifique) puisqu'un tel acte le positionnera au « rang » de la catégorie des *entendidos* (les homosexuels du discours scientifique)⁷.

La systématisation de ces représentations peut être démontrée de la manière suivante (*tableau 3*)⁸.

Tableau 3.
Homosexuels masculins au Brésil
II. Système B (« égalitaire »)

Assignation sexuelle	<i>Homem</i>	<i>Entendido</i>
1. Sexe	Mâle	Mâle
2. Genre	Masculin	Masculin
3. Rôle sexuel	Insertif (pénétrant)	Ambivalent (pénétrant ou pénétré)
4. Comportement sexuel	« Actif » (exclusif)	Ambivalent (actif ou passif)
5. Orientation sexuelle	Hétérosexuel (exclusif)	Homosexuel (exclusif)

Le principal facteur observable est que la flexibilité des rôles et du comportement sexuel (alternant entre « insertif/actif » et « réceptif/passif ») de l'*entendido* va à l'encontre du *paticisme*⁹ du système traditionnel (« hiérarchique »). L'*entendido* ne trouve pas de place dans le modèle dichotomique et machiste de ce dispositif, qui nie la « possibilité et l'acceptation des relations sexuelles et affectives entre des individus semblables. Si le « système A » exalte la ségrégation des rôles du genre et la hiérarchie, la rhétorique du « système B » est d'égalité et de symétrie » ([18], p. 94).

Nous aimerions souligner qu'en réalité ces deux systèmes ne sont pas exclusifs l'un de l'autre : ils coexistent comme paradigmes dans l'imaginaire de la culture

⁷ Nous utilisons le terme d'*homem* dans ce second système par opposition à l'*entendido*. Les deux termes sont issus de l'argot utilisé dans ce système symbolique. En d'autres termes, dans la pratique discursive du « système égalitaire » l'*entendido* serait l'individu qui a déjà eu ou qui a des relations homosexuelles, indépendamment de son comportement « actif » ou « passif ». À l'inverse, l'*homem* est celui qui est exclusivement hétérosexuel (le « point zéro » de l'échelle de Kinsey). Il faut accentuer qu'en plus du fait que l'*entendido* n'intègre pas dans sa performance sociale les stéréotypes liés à la catégorie de la *bicha*, en fait, dans ce schéma, ces notions sont des simplifications (idéaux-types) des représentations. Dans la réalité, les définitions de *bofe*, d'*homem*, de *bicha* et d'*entendido* dans les argots des milieux sont mouvantes et ambiguës.

⁸ Adapté de ([16], p. 94).

⁹ Le *paticisme* est « la liaison homosexuelle qui comprend un changement de rôle de la part du partenaire passif (*patico*) qui est le plus souvent travesti ou qui, d'une certaine manière, ne joue pas le rôle masculin sexuellement ou socialement » ([20], p. 297).

brésilienne des sexualités. D'ailleurs, dans les sociétés industrialisées à forte différenciation sociale, comme au Brésil, il existe toute une diversité de catégories, de rôles, des comportements et d'identités « homosexuelles », variant selon les régions, les couches sociales, les tranches d'âges, etc. Et il est aussi évident que cette diversité est mouvante, se transformant au cours du temps et au gré des changements sociaux.

Inhibitions, improvisations et transformations érotiques des jeunes gays norvégiens

Anne-Lise Middelthon [41] a effectué sa recherche en Norvège, entre 1994 et 1996. Elle a utilisé une combinaison de plusieurs techniques qualitatives dont la principale était celle des interviews répétées, durant une période de 12 à 24 mois, auprès de 20 jeunes hommes gays (au total, 82 interviews ont été réalisées). L'échantillon a été limité à des gays identitaires ayant déjà eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire. À l'exception de deux, tous les interviewés ont été recrutés parmi les employés et les volontaires du NGHC (Comité norvégien pour la santé gay), ce qui à notre avis constitue un fort biais méthodologique. L'auteur précise que l'échantillon comprend aussi bien des jeunes fréquentant les bars gays que des jeunes homosexuels « hors milieu ».

Ce qui intéresse Middelthon, ce sont surtout les modèles culturels et sociaux qui amènent les jeunes homosexuels à percevoir l'acte d'être pénétré comme étant à l'origine d'un désir conflictuel. Ainsi, elle constate que *« des jeunes gays font état aussi bien de désir que de peur quand il est question d'être pénétré analement. Dans la culture norvégienne actuelle, ces hommes associent fréquemment cet acte à une perte de dignité et de masculinité. Étroitement lié à cela, l'acte d'être pénétré analement joue un rôle important dans la perception de soi du jeune homme. Toutefois, certains jeunes norvégiens ont développé ou adopté des stratégies visant à acquérir une certaine expérience : expérimenter du plaisir d'une manière physiologique sans risques, satisfaisantes du point de vue émotionnel et culturellement innovatrices »* ([41], p. 181).

L'auteur nous rappelle que si les sociétés dans lesquelles vivent les jeunes gays leur fournissent des images et des symboles concernant la pénétration anale, il n'existe pas de modèle spécifiquement gay selon lequel cette forme de sexualité peut être décrite, analysée et explorée. Cette absence est fragilisante pour les jeunes gays et joue un rôle important dans leurs difficultés à se représenter la pénétration anale d'une manière positive ou moins conflictuelle.

Dans cette société, les questions du rôle (« insertif » ou « réceptif ») et du comportement (« actif » ou « passif ») précis lors du rapport anal restent très importantes. L'acte de se faire pénétrer est culturellement associé à une certaine « passivité », perçue comme féminisante et dégradante. Cela peut être ressenti par un jeune homme comme indicatif voire comme constitutif de ce qu'il « est », comme si le passage à l'acte – à cet acte spécifique – représentait soit une prise de conscience profonde de son « vrai » moi (*self constitutive*), comme une espèce de dévoilement de sa « véritable nature homosexuelle », soit une espèce de rite de passage, une « sortie du placard » vers l'acceptation de la construction de son identité homosexuelle (*self disclosive*).

Parmi les jeunes norvégiens rencontrés par Middelthon, la distinction entre le rôle sexuel « réceptif » et le rôle sexuel « insertif » lors de la pratique de la

pénétration anale n'est pas sans ambiguïté. Dans leurs discours, la différenciation est certes claire quant il s'agit de distinguer entre celui qui introduit sa verge et celui qui reçoit le sperme. Mais le terme « réceptif » est également utilisé pour désigner celui qui a reçu un don de soi de l'autre, matérialisé par l'accès à l'intimité de son corps. Ainsi, l'individu qui a le comportement « actif » est désigné aussi bien comme étant celui qui exerce le rôle « insertif » – puisqu'il a pénétré l'autre avec son pénis – que le rôle « réceptif », dans le sens où il est dépositaire (il reçoit) de la confiance de son partenaire. Citons pour exemple les propos ambigus de Hans, l'un des garçons interviewés, qui affirme avoir tenu le rôle « actif » puisque c'est lui qui a pris l'initiative de se faire pénétrer : « *je l'ai fait s'allonger sur le dos et je me suis assis sur son pénis* ». Les termes « dominé » ou « dominant » sont également ambivalents au sens où ils décrivent parfois ceux qui maîtrisent et ceux qui subissent la situation plutôt que le « pénétrant » ou le « pénétré », comme dans l'exemple que nous venons d'évoquer. D'ailleurs, cette ambiguïté est parfois utilisée à dessein par les jeunes interviewés dans le but d'éviter de préciser un rôle sexuel (réceptif) qu'ils ont du mal à admettre.

Dans les récits des jeunes gays norvégiens rencontrés apparaissent quatre stratégies adoptées pour faire face aux difficultés associées au fait d'être pénétré analement. Ces quatre stratégies, ni exhaustives ni exclusives, sont : (a) le passage à l'acte ; (b) la sélection minutieuse des partenaires ; (c) le choix soucieux de la position à adopter lors du rapport sexuel ; (d) le déplacement de l'acte vers « l'ordre de la nature ». Middelthon ([41], p. 182) explique avoir mis en avant ces stratégies « *parce qu'elles montrent que les jeunes hommes arrivent aussi bien à résoudre leurs conflits qu'à vivre leurs désirs et images antagonistes avec créativité. Ces stratégies leur offrent des manières viables et sûres d'acquérir de l'expérience et d'éprouver du plaisir* ».

La première stratégie relève de représentations concernant les émotions perçues comme étant liées à la pénétration anale : le désir, l'excitation, le don de soi, la peur, la douleur, la honte, la souillure... Le passage à l'acte serait facilité ou rendu difficile selon le sens que lui donnera le jeune homme par le biais des sentiments et sensations auxquels il l'associe. Ainsi se sentir désiré et vouloir exprimer son désir, allié à l'excitation et à la confiance ou peut-être même à la passion et au don de soi, va créer un contexte favorable au vécu de cette expérience dans le plaisir. Il n'en sera pas de même si la peur et la honte amènent des sensations contradictoires ou, encore pire, si elles sont plus fortes.

La seconde stratégie est liée au choix du partenaire. Pour certains, la pénétration n'est possible qu'avec des partenaires qui leur inspirent l'amour, quelques-uns la réservant même à « l'homme de leur vie ». Pour d'autres, plus pragmatiques, il faut simplement quelqu'un qui éveille en eux du désir mais également de la confiance. Ils considèrent cela comme indispensable pour être suffisamment détendus pour se « laisser aller » et pouvoir ainsi profiter avec plaisir de la rencontre sexuelle. Pour certains, être pénétré apporte un sentiment de protection, d'assurance, et correspond à un don de soi supposant une pleine confiance dans l'autre. Pour nombre d'entre eux il est fondamental d'être sûr de pouvoir contrôler l'accès d'autrui à leur corps. Quelques-uns pensent que leur corps les protège instinctivement en se refusant « *naturellement* » à certaines pratiques lorsque le partenaire n'inspire pas assez de confiance : l'anus, ressenti comme ayant un « *comportement autonome* », peut être alors représenté comme étant « *provocateur* » ou « *protecteur* ».

Les positions du corps lors du rapport sexuel sont considérées comme importantes pour ressentir du plaisir et peuvent renvoyer à des sentiments d'humiliation ou de protection. Les choisir consciemment constitue la troisième des stratégies adoptées.

La position en face-à-face est la préférée. Vraisemblablement parce que voir l'autre dans les yeux est ressenti comme plus communicatif et personnel, en même temps que comme un contrôle possible de la situation. Pour certains, il est nécessaire de pratiquer l'alternance des rôles pour ne pas se sentir humilié et inférieur à son partenaire : par cet échange de positions l'humiliation est « restaurée » ou « réparée ».

Bien des jeunes rencontrés par Middelthon ne connaissaient pas l'existence de la prostate et encore moins son rôle comme possible source de plaisir. Outre le fait que cela a attiré leur attention sur les avantages de connaître leur corps, cette donnée est devenue un argument pour que les jeunes hommes justifient leur envie de pratiquer la pénétration anale en la « naturalisant » et en légitimant ainsi leur désir et le plaisir éprouvé en se faisant pénétrer. Ce déplacement du plaisir anal vers « l'ordre de la nature » a été également favorisé par le constat que cette pratique fait aussi partie du répertoire hétérosexuel. Pour Middelthon, cette stratégie montre d'une part la demande, voire le besoin ressenti par certaines personnes de « naturaliser » leurs désirs et pratiques sexuelles. D'autre part, cette quête de justification et de légitimation par une analogie avec les scripts hétérosexuels révèle que ces derniers sont toujours « la » référence, en l'absence d'un répertoire sexuel homosexuel légitimé par la société élargie ; la sexualité homosexuelle est représentée comme une simple « variation » de la sexualité hétérosexuelle. En revanche, les trois premières stratégies sont, d'une certaine manière, utilisées pour déconstruire les discours sur la « naturalisation » de l'identité par le biais de certains actes. Elles peuvent également favoriser la représentation du sexe anal comme médiateur d'égalité et de respect plutôt que de domination et d'humiliation.

Le sens de la pénétration anale aux Pays-Bas à l'époque du sida

L'étude des chercheurs néerlandais Onno De Zwart, Théo Sandfort et Marty van Kerkhof [12] fait appel à la « théorie des scripts sexuels » de John Gagnon et William Simon et, d'un point de vue méthodologique, à l'approche de la *grounded theory* d'Anselm Strauss. Elle a été organisée en quatre cycles de recueil de données, d'analyse et de réflexion. Lors des deux premiers cycles, 41 hommes ont été interviewés. Sur la base de ces interviews, les chercheurs ont défini et développé les concepts qui leur ont semblé être centraux dans la structuration des récits sur les rapports anaux. À partir de cette analyse, de nouvelles questions ont été formulées et utilisées lors de 10 autres interviews. Ceux-ci ont servi de base pour l'élaboration d'un modèle descriptif prenant en considération les décisions prises par les hommes de l'échantillon pendant leurs rapports anaux. Finalement, lors du quatrième cycle de recherche, ce modèle a été utilisé pour 20 autres entretiens¹⁰.

¹⁰ Au moment de la rédaction de l'article, les auteurs étaient en train de finir leur troisième cycle de recherche.

Les hommes rencontrés, âgés de 18 à 63 ans, ont été recrutés par l'intermédiaire de plusieurs journaux et revues gay ainsi que par la méthode dite « boule de neige ». Ils ont été classés en deux catégories, selon que leur sexualité a commencé avant ou après le début de l'épidémie du sida. L'importance de la pénétration anale dans la vie sexuelle des personnes recrutées était variable, ainsi que le rôle préférentiellement adopté lors des rapports sexuels. Des hommes n'ayant pas pratiqué le sexe anal ou ayant arrêté cette pratique ont été également interviewés.

Deux notions centrales émergent de l'analyse des données : la *flexibilité* et la *temporalité*. Il est clair pour les chercheurs que les décisions prises lors des rapports anaux par les hommes interviewés ne sont pas standardisées mais varient dans le temps et selon le partenaire. Le sens donné à la pénétration change, y compris avec le même partenaire, parce qu'il est le résultat de l'interaction spécifique qui est établie lors de chaque rencontre sexuelle. Dans le même ordre d'idées, la préférence pour tel ou tel rôle (insertif ou réceptif) lors du rapport, ainsi que l'importance de la pénétration pour la vie sexuelle ne sont pas nécessairement les mêmes selon la phase de la carrière sexuelle de chaque individu.

Les chercheurs néerlandais centrent leurs analyses sur trois éléments qui leur semblent structurer la pénétration anale : (a) la tension entre le besoin de contrôle et l'envie de se laisser aller (*the wish to surrender*) ; (b) le rôle important d'autrui ; (c) l'influence du pouvoir.

La possibilité de se laisser aller est un élément fondamental de l'expérience sexuelle des hommes rencontrés. Mais, paradoxalement, cette sensation ne semble possible que quand l'individu a l'impression de contrôler la situation. L'épidémie de sida a augmenté la tension entre deux besoins parfois ressentis comme contradictoires : contrôler la situation et se relaxer.

Les interviewés ont fait état de quatre conditions pour se sentir en mesure de réduire cette tension. La première est la confiance établie entre les partenaires, qui ne présuppose pas forcément qu'ils se connaissent de longue date. La deuxième, corollaire de la précédente, est l'assurance que rien ne va leur arriver qui soit contraire à leur volonté. Troisième préalable : s'accorder sur les préférences de chacun en termes de rôles à jouer lors du rapport sexuel. À ces conditions « traditionnelles » une autre vient s'ajouter depuis l'arrivée de l'épidémie du sida : le besoin de s'assurer que les risques inhérents à la relation sexuelle ne dépasseront pas les limites qu'on s'impose.

La rencontre sexuelle étant avant tout une interaction entre au moins deux personnes, le rôle d'autrui sera fondamental. Par exemple, les hommes de l'échantillon précisent que la pénétration n'est pas forcément le but premier d'une interaction sexuelle : elle n'arrivera justement qu'en fonction du rapport qui s'établira entre les partenaires. Et l'Autre peut exercer de plusieurs manières une influence importante dans le choix du rôle sexuel qui sera adopté par chacun des partenaires. La première option est liée à la perception de son identité sexuelle ou de son apparence physique : ainsi certains homosexuels peuvent se sentir plus excités du fait d'avoir des rapports sexuels avec des « hétérosexuels » ; pour d'autres la taille du pénis peut stimuler la préférence pour tel ou tel rôle. Une deuxième option consiste à abandonner ou non sa propre préférence en fonction de celle d'autrui. La troisième en découle : qui sera prioritaire dans l'obtention du plaisir ? Cela n'est pas perçu comme une dichotomie mais plutôt comme une

escale où il existe plusieurs possibilités : son propre plaisir découle du plaisir qu'on donne à autrui ; le plaisir est partagé équitablement par tous les deux ; on se concentre sur le plaisir d'Autrui au détriment de sa propre jouissance (ce qui peut être également une autre façon de jouir).

La possibilité d'échanger les rôles (réciprocité et alternance) est représentée comme l'un des plus grands atouts du sexe anal. Cela peut être un idéal pas toujours réalisé, mais aussi une habitude à satisfaire pour qu'un rapport sexuel soit perçu comme satisfaisant. Dans ce dernier cas, l'alternance peut être considérée comme une norme à suivre en accord avec l'idée que les rapports sexuels doivent être équitables pour tous les partenaires. Les chercheurs ont constaté la nécessité de distinguer entre l'alternance des rôles lors d'une interaction sexuelle spécifique et celle qui apparaît durant une « carrière sexuelle ». Si jouer toujours le même rôle tout au long d'une carrière sexuelle est plutôt rare, l'alternance des rôles lors du même rapport sexuel l'est également.

Les hommes interviewés ont fait part de deux obstacles majeurs pour que cette réciprocité (alternance) soit envisageable : d'une part, la peur d'avoir mal en se faisant pénétrer – crainte existant surtout chez ceux qui préfèrent le rôle « actif » – et, d'autre part, des obstacles spécifiques à des situations particulières, comme celles où l'excitation est liée aux jeux de pouvoir. Dans ces structures la question du pouvoir peut constituer une gêne pour la réciprocité mais n'est pas forcément une contradiction ou un obstacle. En fait, la relation de pouvoir peut à la fois structurer et donner du sens au sexe anal. Mais les rôles dans les jeux de pouvoir peuvent être également flexibles en fonction des partenaires. Être dominant ou soumis ne signifie pas nécessairement prendre toujours l'initiative ou à ne pas contrôler la situation. Les rôles sexuels sont en réalité le plus souvent construits en interaction entre les partenaires. Il est néanmoins vrai qu'à chaque rôle et à certaines positions lors de la pénétration sont parfois associées de manière contrastée des stéréotypes de virilité voire d'agressivité qui sont liés à la recherche fantasmatique d'excitation.

Lors de l'analyse du discours des interviewés sur les jeux de pouvoir lors de pénétrations anales, les chercheurs ont remarqué que les prises de risques vis-à-vis du VIH sont plutôt rares. Ils proposent l'hypothèse selon laquelle les jeux avec le pouvoir sont des situations qui sont structurées par des règles qui organisent non seulement la relation de pouvoir, et y compris la possibilité, pour le dominé, de mettre fin à une action, mais aussi la limitation des prises de risques.

Le point de vue des appelants de la « Ligne Azur » française : une pratique *homosexualisante*

La *Ligne Azur*¹¹ est une ligne téléphonique française, gérée par l'association *Sida Info Service*, destinée à offrir un espace de parole à des jeunes gens qui éprouvent des difficultés avec leur orientation sexuelle.

Notre recherche [37, 38] a eu pour but d'analyser les fiches de compte-rendu d'appels des hommes ayant eu recours à cette ligne dans une intention d'écoute et de soutien. Nous nous sommes restreints aux appels effectués entre juin 1997 et février 1998. Notre réflexion s'appuie sur l'analyse d'une thématique

¹¹ Ouverte en décembre 1995, la *Ligne Azur* fonctionne six jours sur sept, du lundi au samedi et de 17 heures à 21 heures.

spécifique : les difficultés qui peuvent rencontrer des appelants à la *Ligne Azur*, de sexe masculin et habitant en France, jeunes (15-19 ans) ou moins jeunes (20-29 ans), à admettre des « attirances homosexuelles » qu'ils sont en train de découvrir ou qu'ils sont en train de vivre, de façon parallèle ou non à une vie en couple hétérosexuel. En fait, cette question est le sujet récurrent de la majorité des appels. Grâce à une lecture minutieuse du corpus des commentaires des écoutants de la ligne, établis après chaque entretien téléphonique, nous avons construit une typologie thématique des questions les plus fréquentes.

Cette période d'entre-deux, d'indécision entre l'hétérosexualité préconisée par la pression sociale et la force des désirs homosexuels, peut s'exprimer de diverses manières. Tout d'abord, par *un refus* de ces derniers, entre répulsion et déni, mais également par différents stratagèmes pour concrétiser l'attirance vers des personnes du même sexe, tout en préservant le sentiment de garder une apparence et surtout une identité hétérosexuelle. Ces *stratégies de protection de l'identité sexuelle*, en l'occurrence hétérosexuelle, vont rendre difficile et parfois même impossible l'acceptation voire l'affirmation d'une identité homosexuelle.

Nous avons identifié trois *stratégies de ruse* majeures : la *manipulation des genres*, où l'individu assume d'une manière occasionnelle ou définitive un rôle associé à la féminité, préservant ainsi les jeux de complémentarité et de hiérarchie de genres, et par là même une forme symbolique d'hétérosexualité¹² ; la *médiation symbolique de la femme*, lorsque certains hommes ne s'autorisent à vivre des pratiques homosexuelles que par l'intermédiaire d'une (vraie) femme et à l'occasion d'une sexualité de groupe, la présence féminine préservant symboliquement une hétérosexualité de mise ; la *bisexualité*, réelle ou fantasmée, évoquée comme « camouflage » de l'homosexualité par peur du stigmat social lié à l'homosexualité.

Les *stratégies de refus* peuvent aller jusqu'à la *haine de soi*, en passant par *l'amour impossible* – discours consistant à nier la possibilité d'un investissement sentimental ou affectif avec quelqu'un du même sexe et reléguant l'homosexualité à l'assouvissement de ce qui est vécu comme des pulsions sexuelles mal maîtrisées – ou encore par le refus de se livrer à des *pratiques sexuelles homosexuelisantes*, notamment le rôle réceptif (passif) lors d'une pénétration anale. Cette dernière stratégie intéressant particulièrement le sujet qui nous occupe, nous l'analyserons plus longuement.

Les combinaisons stratégiques entre les identités et les pratiques sont couramment employées. L'identité sexuelle, vécue comme définitive et impliquante, est à protéger. Les pratiques sexuelles avec une personne du même sexe peuvent quant à elles être considérées comme « anodines » si elles ne vont pas jusqu'au coït anal. Cette dernière pratique sexuelle malmène la certitude de l'homme qui la désire et, *a fortiori*, qui passe à l'acte, surtout lorsqu'il s'agit de se faire sodomiser. On retrouve ici les stéréotypes de la domination du genre masculin sur le genre féminin. La symbolique visant à rendre passif l'individu pénétré se retrouve également dans les positions corporelles induites par la pratique de la sodomie : dessus/dessous ; devant/derrière ; à genoux/debout ; allongé/debout. Dès lors, l'identité masculine est lésardée. Celui qui auparavant n'avait été au sein de ses relations sexuelles que celui qui pénétrait et non pas celui qui se faisait pénétrer, n'est plus tout à fait « un homme. » En étant sodomisé, il perd sa légitimité de

¹² Proche du « système hiérarchique » que nous avons étudié au Brésil .

mâle. Il ne peut plus préserver l'image de celui que la société lui demande d'être, selon le sexe biologique qui est le sien.

L'évitement de la sodomie peut être ainsi une règle de conduite à suivre explicitement, pour ne pas « sombrer » dans l'homosexualité, car se faire pénétrer équivaut à un saut identitaire qui n'admet pas de retour possible vers une norme admise. Ainsi, pour la majorité des appelants, il s'agit de se limiter à d'autres pratiques. Les fellations, pratiquées ou subies, et les masturbations, ne sont pas ressenties comme engageant une identité homosexuelle définitive. C'est sans doute parce qu'elles peuvent être exécutées dans une intimité restreinte et sans dévoiler la nudité des corps, alors que la sodomie exige plus de confort et d'intimité.

Ainsi, un appelant considère que la masturbation ou la fellation sont des relations « *sans conséquence* », qui n'engagent pas, à la différence de la sodomie, une homosexualité définitive que l'on n'accepte pas. On retrouve l'idée, commune aux hommes et aux femmes, selon laquelle l'acte de pénétration serait l'acte sexuel total [32, 45]. La femme accorde, généralement, une importante valeur affective et symbolique à la pénétration vaginale (davantage encore pour ce qui relève de la pénétration anale) qu'elle envisage avec un homme pour qui elle éprouve un sentiment fort. Il peut en aller de même pour certains homosexuels qui évoquent la pénétration anale comme une pratique réservée à leur compagnon régulier. Cette idée d'accorder cette faveur à quelqu'un pour lequel on éprouve un sentiment amoureux est sans doute partagée par quelques appelants : c'est parce que la sodomie impliquerait le sentiment amoureux qu'elle symbolise une reconversion ou une conversion identitaire homosexuelle¹³.

Dans la stigmatisation de l'homosexualité, comme dans l'autostigmatisation de l'homosexualité que le garçon a intégrée, la pénétration anale est considérée comme la pratique, à part entière, d'une sexualité entre hommes¹⁴. Elle est en général réceptive, car dans le cas des jeunes garçons les premiers rapports sexuels sont de l'ordre de l'initiation et semblent avoir souvent lieu avec un partenaire plus âgé¹⁵, choisi ou imposé. Notons que le fantasme de la pénétration anale est davantage présent dans le discours des hommes de 20-29 ans qui vivent en couple avec une femme, les plus jeunes étant plus discrets à ce sujet. Prenons l'exemple de l'appelant qui avait une sexualité anale avec sa femme : dès que cette dernière l'a quitté, il s'est mis à chercher des partenaires masculins. La représentation de la pénétration anale peut aussi se rapprocher d'une infériorisation de l'homme en femme puisque le partenaire se faisant pénétrer est perçu comme celui qui est dominé, donc féminisé. Par exemple, pour l'un

¹³ Nous pourrions résumer cette *stratégie de protection identitaire* de la façon suivante : Je ne suis pas un homosexuel parce que je ne me fais pas pénétrer. Et comme j'estime que la sodomie exige une relation amoureuse, basée sur la confiance, je ne pourrai pas devenir homosexuel, puisque je me refuse (je n'arrive pas) à aimer un homme.

¹⁴ Rappelons qu'en dehors de l'importance que la société donne à la pénétration (vaginale), initiation d'autant plus signifiante lorsque l'on est jeune (on peut mesurer la maturité sexuelle de chacun par rapport à la première pénétration insertive pour les garçons et réceptive pour les filles), la pénétration reste le signifiant du rapport sexuel. Pour ce qui concerne les appelants de la Ligne Azur qui sont dans les classes d'âge supérieurs (30-39 ans et 40-49 ans), qui sont généralement mariés et qui fantasment sur des rapports avec des garçons ou qui en ont, la pénétration anale possède une forte intentionnalité et en quelque sorte consacre la fin de leur hétérosexualité.

¹⁵ « *Quand les premières relations sexuelles sont homosexuelles, elles sont donc très souvent des relations « initiatiques » avec un partenaire plus âgé – et en moyenne beaucoup plus âgé – que lors des premières relations hétérosexuelles* » ([28], p. 211).

des appelants, être pénétré c'est accepter un rapport de soumission à l'autre, c'est une atteinte à l'entité masculine. Quelques appelants notent que dans certaines de leurs relations avec des hommes, ils se sont fait traiter de « pédé » par leur partenaire parce qu'ils adoptaient une attitude soumise, donc une position de dominé, que la pratique sexuelle de la sodomie passive ne faisait que « confirmer ». Pour nombre de jeunes gens appelant la *Ligne Azur*, la sodomie souligne le passage de la frontière identitaire entre le monde de l'hétérosexualité et celui de l'homosexualité¹⁶ ; cette valeur symbolique les conduit à rechercher plutôt des rapports sans relation sexuelle (fantasmes) ou à nier la possibilité d'un quelconque sentiment accompagnant le rapport sexuel. N'oublions pas que devenir un homosexuel et surtout le revendiquer, malgré des changements sociaux plutôt positifs, reste un parcours jonché de difficultés qui ne conduit pas forcément à une identité assumée (individuellement ou publiquement) en toutes circonstances.

Ainsi, le refus systématique de la sodomie comme *stratégie de protection identitaire* rejoint les stéréotypes partagés par l'hétérosexisme, qui associe immédiatement la relation sexuelle entre deux hommes à une pénétration anale, ce qui pourrait faire perdre au partenaire réceptif (passif) sa masculinité et sa virilité. Il est probable que cela provienne également de l'intégration des représentations de la sexualité des homosexuels par une société animée et réglée par des rapports hétérosexuels à partir d'un modèle asymétrique.

Le sens de la pénétration anale

Depuis l'apparition relativement récente de l'identité homosexuelle¹⁷, le « classement » des individus assignés par les discours scientifiques à telle ou telle catégorie sociosexuelle est basée sur le sexe biologique de l'individu et son « adéquation » à celui de la personne qui est l'objet de ses désirs sexuels. Il est néanmoins vrai que certaines pratiques sexuelles – notamment la sodomie – ont continué à servir de « critère » pour l'assignation des individus à certaines catégories sociosexuelles par d'autres discours, notamment, mais non exclusivement, ceux du sens commun. Le coït anal supposé ou réel continue ainsi à servir de base à la stigmatisation voire à la condamnation des homosexuels. De la sorte, il continue également à être perçu et vécu dans le malaise et dans la culpabilité par nombre de ceux qui le pratiquent.

Plusieurs systèmes de classement sociosexuel peuvent coexister dans la même société, surtout quand elle possède une organisation socioculturelle complexe. De ce fait, les discours scientifiques ne remplacent pas toujours les autres formes d'assignation à des catégories sexuelles mais coexistent souvent avec elles. D'ailleurs, l'influence des critères scientifiques ne se fait pas toujours sentir d'une

¹⁶ On retrouve cette idée de frontière dans les expressions populaires de passage à l'acte qui établissent le passage d'un état à un autre état. Passer de l'autre côté, virer sa cuti, franchir le pas, alors que la bisexualité recouvre le sens de l'indécision : à voile et à vapeur, bique et bouc. Comme si elle permettait une reprise en main de son destin d'homme ou de femme.

¹⁷ Des auteurs comme Foucault [15] considèrent qu'une identité homosexuelle, dans le sens contemporain du terme, est apparu au XIX^e siècle. Certains historiens, notamment Rey [43], Trumbach [48] et Van der Meer [49], situent ce phénomène un siècle plus tôt.

manière aussi décisive sur d'autres dispositifs classificatoires comme on peut le supposer¹⁸.

La coexistence entre différents modèles de classement sociosexuels est démontrée par nos recherches sur les deux systèmes d'assignation sexuelle (« hiérarchique » et « égalitaire ») de la *culture des sexualités* brésilienne, qui montrent que les sens socialement donnés aux rôles adoptés lors de la pénétration anale peuvent être des éléments fondamentaux pour assigner l'individu à certaines catégories sociosexuelles : le genre, le comportement, l'orientation voire même l'identité sexuelle.

Ainsi, le « système hiérarchique » est directement lié à l'hétérosexisme et à la logique de la domination masculine, dans la mesure où il reproduit le schéma asymétrique (machiste) existant au sein des relations entre les sexes, qui se trouve érigé au rang de norme sociale. Malgré cette opposition en deux pôles – l'un dominant et l'autre dominé –, les genres, puisqu'ils sont culturellement définis d'une façon contrastée, sont représentés comme complémentaires, opérant ainsi leur mutuelle confirmation d'objets [13]. De cette manière se forme un paradigme social stéréotypé qui organise les représentations et les actions, en déterminant ce qui est attendu ou ce qui est exigé en fonction du genre de l'individu, de sorte que l'univers ne devient compréhensible – même en ses interprétations divergentes, comme dans le cas des systèmes « égalitaires » – qu'à l'intérieur de son optique. Présent dans de très nombreuses sociétés – même si fortement contesté dans certaines –, ce système est à notre avis l'une des sources de la stigmatisation et du malaise autour du « passif » sexuel. Ainsi, dans les quatre études que nous avons exposées dans le présent article, le rôle « passif » est associé à un pôle inférieur ou dominé d'une relation asymétrique : au genre féminin au Brésil ; à une perte de masculinité et de dignité en Norvège ; d'une manière souhaitée, au rôle soumis ou masochiste dans les jeux de pouvoir aux Pays-Bas ; à un passage irréversible vers l'homosexualité pour les hommes français en quête d'une « protection »¹⁹ de leur identité hétérosexuelle.

Les recherches norvégienne et néerlandaise ont été réalisées auprès de gays « identitaires », au contraire de celle réalisée à partir des comptes-rendus d'appels téléphoniques à la *Ligne Azur* française. Que ce soit dans un contexte identitaire ou non, la pénétration anale est perçue comme importante et relevant de diverses formes de pouvoir. C'est ainsi qu'elle sert de base à l'assignation de l'individu dans certaines catégories sociosexuelles. Vécue dans le malaise, à cause de son caractère socialement stigmatisant, elle est représentée comme déviante, anormale et dégradante. D'ailleurs, Middelthon [41] nous rappelle que ce malaise est dû, entre autres, au manque d'un modèle de sexualité spécifiquement gay qui permettrait l'expérience de cette pratique sexuelle d'une manière moins conflictuelle voire positive. Mais il est également vrai que les

¹⁸ Chauncey Jr [8] le montre fort bien dans son article sur la procédure qui a suivi une enquête faite en 1919 dans la base navale d'entraînement de Newport (USA) révélant l'existence quasiment au grand jour d'un nombre très important de marins homosexuels. « *Au cœur de la controverse provoquée et révélée par l'enquête de Newport, nous trouvons donc une confrontation entre plusieurs systèmes de définitions, ainsi qu'une série de conflits sur les limites entre homosocialité et homosexualité dans les relations masculines, et sur les normes permettant de juger la masculinité des hommes* » ([8], p. 154).

¹⁹ Néanmoins assez souple pour les permettre également des relations sexuelles avec d'autres hommes.

risques de contamination par le VIH qu'elle comporte viennent ajouter une cause supplémentaire à ce malaise et à la peur.

Nous pouvons pourtant argumenter que, si les rapports sexuels sont perçus socialement (et *a fortiori* individuellement) à travers des significations construites historiquement et culturellement, celles-ci ne sont pas immuables. Le caractère relationnel des sexualités apporte un atout supplémentaire à leur malléabilité, comportant simultanément la possibilité de transformations aussi bien au niveau socioculturel qu'au niveau de la perception et de la représentation de soi. Ce que viennent confirmer les stratégies mises en place par les jeunes norvégiens pour les aider à vivre le coït anal « passif » d'une manière plus épanouie, ou encore l'accent mis par les gays néerlandais sur la flexibilité des rôles et de leur sens en fonction de chaque interaction. Ces deux exemples montrent différentes manières de déconstruire des représentations sociales négatives associées à une pratique sexuelle longtemps considérée comme « contre-nature » ; envisager cette pratique comme une construction sociale nous permet justement de l'extraire de l'ordre de la « nature », argument souvent utilisé pour légitimer des différentes formes de relations asymétriques et d'oppression²⁰.

Il nous semble que l'un des atouts majeurs de ce type d'approche est de pouvoir démontrer aux hommes à pratiques homosexuelles (et *a fortiori* à identité homosexuelle) qu'il est possible de changer les représentations sociales et individuelles et en conséquence vivre autrement (positivement) des pratiques, des rôles, des comportements et des situations sexuelles qui sont dénigrées non seulement par la société, mais également par les personnes les adoptant elles-mêmes. Il est beaucoup plus évident de prendre soin de soi-même et d'autrui dans le plaisir et le bien-être que dans la souffrance et dans la honte. Il s'agit là d'un raisonnement semblable à celui qui a choisi de privilégier, dans une politique large de citoyenneté et de santé publique, l'affirmation des identités homosexuelles pour créer un terrain favorable à la prévention de l'épidémie de sida.

Nous pouvons nous demander dans quelle mesure les discours contemporains sur l'égalité des sexes et un certain militantisme gay *politically correct* n'ont pas contribué indirectement à voiler l'importance des discussions sur les comportements et rôles sexuels dans l'homosexualité masculine, au risque d'occulter la possibilité de dépasser la dichotomie « actif »/« passif »²¹. Les discussions et les publications féministes et lesbiennes ont depuis longtemps interrogé les rôles de genre (masculin, féminin, ambivalent) et sexuels (actif, passif, indifférent) dans les sexualités entre femmes²². En tout cas, ce genre de débat peut être plus facilement réalisable au sein des sociétés disposant des cultures des sexualités à tendance égalitaire, comme celles des classes moyennes urbaines des grandes villes de l'Europe occidentale. Dans celles bien plus hiérarchisées, l'asymétrie peut conduire les individus à rester davantage figés dans le carcan des rôles et des comportements sexuels dichotomiques et en principe représentés comme étanches.

²⁰ Il est vrai également que la « naturalisation » de la sodomie reste un argument utilisé dans une dérive essentialiste pour justifier sa « légitimité ». C'est le cas de certains jeunes norvégiens, en utilisant le rôle de la prostate comme source physiologique de plaisir [41].

²¹ Signalons une exception : la parution du dossier « Actif, passif : le match de l'été » dans la livraison juillet-août 2002 de la revue gay *Têtu*.

²² Par exemple, sur les rôles de « butch » et de « fem ».

Cette rhétorique des rôles asymétriques et hiérarchisés lors des rapports de pénétration anale peut avoir également des conséquences pour la prévention du sida. Pensons à la représentation qui veut que les individus jouant le rôle insertif lors de cette pratique sexuelle soient moins à risque de se faire contaminer par le VIH. Même si elle est scientifiquement fondée²³, une telle perception vient renforcer la logique des relations asymétriques à la base de la domination masculine, en même temps qu'elle y puise sa « légitimité » symbolique. Indépendamment de son statut de vérité scientifique, ce type d'argument peut constituer une entrave de plus à la mise en œuvre du *safer sex*. Il peut être à l'origine d'une *protection imaginaire* [35] supplémentaire et doublement dangereuse : d'une part, elle peut donner au partenaire « actif » un sentiment de (pseudo) protection intégrale aux risques potentiels de contamination ; d'autre part cette assurance, ainsi renforcée, peut rendre plus difficile la négociation du préservatif par le partenaire « passif ». N'oublions pas que diverses études montrent qu'en général ce sont les individus « réceptifs » (hommes ou femmes) qui prennent l'initiative de proposer un préservatif²⁴.

Une autre conséquence, possible corollaire de la précédente, est liée au besoin de confiance dans le partenaire insertif, en général nécessaire pour que l'individu réceptif puisse se sentir sexuellement satisfait. Cette question est évoquée aussi bien par l'étude norvégienne que par la recherche néerlandaise. Or ces mêmes études montrent que, parmi les facteurs qui motivent les individus réceptifs à choisir ce rôle spécifique lors d'une interaction sexuelle donnée, la perception de l'autre partenaire comme étant quelqu'un de plus valorisé socialement figure en bonne place. Dans la plupart des cas, ce sont des signes ayant trait à la perception de la masculinité qui sont évoqués [6]. Or, ce besoin de confiance et d'abandon, ressenti comme important, fondamental même, pour l'épanouissement sexuel, peut constituer un risque important en termes de prévention, surtout lors des rapports occasionnels. S'il est vrai que les discours de prévention ne peuvent pas mettre l'accent sur la méfiance entre les partenaires, il est important de continuer à renforcer le rôle de la responsabilité réciproque, même s'il peut être mis en difficulté par la question de l'asymétrie des risques selon le rôle adopté lors d'un rapport de pénétration.

Notre recensement des publications²⁵ en sciences sociales sur la thématique de la pénétration anale chez les homosexuels masculins montre que les études où la question du sens donné à cette pratique est abordée de manière centrale²⁶ sont plutôt une exception. Ce nombre restreint d'ouvrages sur la question est en soi très significatif.

²³ La circulaire française DGS-DH-DRT 98/228 du 9 avril 1998 affirme qu'il existe une différence nette entre le taux de risques encourus lors d'une pénétration anale insertive (de 0,03 % à 0,09 %) et ceux lors d'une pénétration anale réceptive (0,5 % à 3,2 %). La même circulaire affirme également un écart lors des rapports de pénétration vaginale : le taux est le même que pour la pénétration anale dans un rapport insertif, mais il passe à une fourchette comprise entre 0,05 % et 0,15 % pour un rapport réceptif, ce qui est sensiblement moins élevé que pour la pénétration anale.

²⁴ D'ailleurs, c'est à partir de ce constat qu'une étude nord-américaine a essayé de tester l'acceptabilité des préservatifs féminins par des gays de San Francisco lors de leurs rapports anaux réceptifs, sans pour autant arriver à de résultats vraiment satisfaisants [7].

²⁵ Ainsi, la littérature « grise » y est automatiquement exclue.

²⁶ Nos connaissances linguistiques nous ont obligé à restreindre cette recherche aux seules langues que nous sommes capables de comprendre : le français, l'anglais, l'espagnol, le portugais et l'italien.

Il nous incite à déplacer notre intérêt d'une simple catégorisation des individus et de leurs comportements vers une compréhension des usages, des contextes et des sens individuels et sociaux de ces comportements et pratiques.

C'est avec ce genre d'apport que la recherche compréhensive en sciences sociales peut contribuer au développement de la promotion de la santé – y compris de la prévention du sida – dans le champ des homosexualités.

Remerciements

L'auteur remercie chaleureusement Brigitte Lhomond, Camille Melle et France Lert pour les discussions autour des différentes versions de cet article, ainsi que Jeffrey Weeks, Christophe Broqua, Pierre-Olivier de Busscher et Michael Bochow pour leur aide précieuse lors du recensement bibliographique.

Références bibliographiques

1. Bem S. The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 1974 ; 42.
2. Berger P, Berger B, Kellner H. *The homeless mind: modernization and consciousness*. New York : Randon House, 1973.
3. Bezerra de Menezes ED. Prefacio. In : Ary Z. *Domesticidade : cativoiro feminino ?* Rio de Janeiro : Achiamé/CMB, 1983.
4. Bochow M, *et al.* Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries. *Aids Care* 1994 ; 6 : 5.
5. Bozon M. Les significations sociales des actes sexuels. *Sur la sexualité. Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999 ; 128.
6. Carballo-Diéguez A, *et al.* Looking for a tall, dark, macho man... Sexual-role behaviour variations according to partner characteristics in Latino gay and bisexual men. XIVth International Aids Conference, Barcelona, 2002 (abstract).
7. Chamaret S. Préservatif féminin et pénétration anale masculine. *Transcriptase* 1999 ; 75.
8. Chauncey G Jr. Fraternité chrétienne ou perversion sexuelle ? Les identités homosexuelles et la construction des catégories sexuelles après la Première Guerre mondiale. In : Mendès-Leite R (sous la direction de). *Sodomites, invertis, homosexuels. Perspectives historiques*. Lille : GKC, 1994.
9. Coxon A, *et al.* Sex role separation in sexual diaries of homosexual men. *Aids* 1993 ; 7.
10. Dannecker M. Contre le déni du désir sexuel. *Infothek* 2000 ; 1,00.
11. de Busscher PO. Sexualités urbaines. In : Mendès-Leite R (sous la direction de). *Sodomites, invertis, homosexuels. Perspectives historiques*. Lille : GKC, 1994.

12. De Zwart O, Sandfort T, van Kerkhof M, et al. The structure and meaning of anal sex among gay men. In : Friedrich D, Heckmann W (sous la direction de). *Aids in Europe : the behavioural aspect*, vol. 2 : *risk behaviour and its determinants*. Berlin : Sigma, 1995.
13. Drumont, M. O machismo como sistema de representações ideológicas reciprocas (Notas de Pesquisa). In : Luz M, ed. *O lugar da mulher*. Rio de Janeiro : Graal, 1982.
14. Duyvendak JW, Koopmans R. Résister au Sida : destin et influence du mouvement homosexuel. In : Pollak M, Mendès-Leite R, Van Dem Borghe J, eds. *Homosexualités et Sida*. Lille : GKC, 1991.
15. Foucault M. *Histoire de la sexualité. I : la volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.
16. Fry P. *Para inglês ver. Identidade e politica na cultura brasileira*. Rio de Janeiro : Zahar, 1982.
17. Fry P, MacRae E. *O que é homossexualidade ?* Sao Paulo : Brasiliense, 1983.
18. Fry P. Sexe et rôles de genre interactifs dans le Brésil contemporain. *Sociétés* 1986 ; 7-2,2.
19. Giami, A. Cent ans d'hétérosexualité. *Sur la sexualité. Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999 ; 128.
20. Gregersen E. *Praticas sexuais : a historia da sexualidade humana*. Sao Paulo : Roca, 1983.
21. Halperin D, et al. *High level of HIV-1 infection from anal intercourse : a neglected risk factor in heterosexual AIDS prevention*. XIVth International Aids Conference, Barcelona, 2002 (abstract).
22. Hocquenghem G. *Le désir homosexuel*. Paris : Éditions Universitaires, 1972.
23. Katz J. *The invention of heterosexuality*. New York : Dutton, 1995.
24. Kinsey A, et al. *Le comportement sexuel de l'homme*. Paris : Éditions du Pavois, 1948.
25. Kinsey A, et al. *Le comportement sexuel de la femme*. Paris : Amiot Dumont, 1954.
26. Klein F, et al. Sexual orientation : a multi-variable dynamic process. *J Homosexuality* 1985 ; 11 : 1-2.
27. Lhomond B. Le sens de la mesure. Le nombre d'homosexuel/les dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de groupe minoritaire. *Sociologie et Sociétés* 1997 ; XXIX : 1.
28. Lhomond, B. Attirance et pratiques homosexuelles. In : Lagrange H, Lhomond B, eds. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997.
29. Lhomond B, Michaels S. Homosexualité/hétérosexualité dans les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux USA. *Anthropologie des sexualités. Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-3.
30. Mathieu NC. *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes Éditions, 1991.
31. McWhirter D, et al. *Homosexuality/Heterosexuality. Concepts of sexual orientation*. New York : Oxford University Press, 1990.
32. Mendès-Leite R. Les apparences en jeu. *Entre hommes, entre femmes. Sociétés* 1988 ; 17.
33. Mendès-Leite R. Genres et orientations sexuelles : une question d'apparences ? In : GREH, et al., eds. *Homosexualités et lesbianisme : mythes, mémoires, historiographies*. Actes du colloque international, 3 vol. Lille : GKC, 1990.

34. Mendès-Leite R. A game of appearances : the ambigosexuality in Brazilian culture of sexuality. In : Mendès-Leite R, de Busscher PO (sous la direction de). *Gay studies from the French cultures : voices from France, Belgium, Brazil, Canada, and the Netherlands*. New York : The Haworth Press, 1993.
35. Mendès-Leite R. Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida. *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie* 1996 ; 18.
36. Mendès-Leite R, Deschamps C. Des mots, des pratiques et des risques. La gestion différenciée de la parole et de la prévention du vih chez des hommes à comportements bisexuels en France. *Sociologie et Sociétés* 1997 ; XXIX : 1.
37. Mendès-Leite R, Proth B. Le refus ou la ruse : stratégies de protection identitaire chez des hommes hétérosexuels à pratiques homosexuelles. In : Mendès-Leite R, Proth B, de Busscher PO, eds. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida : trois essais sur les (homo)sexualités masculines*. Paris : L'Harmattan, 2000.
38. Mendès-Leite R, Proth B. D'une norme à l'autre ? De quelques conséquences de l'assignation sexuelle. *Anthropologie des sexualités. Journal des Anthropologues* 2000 ; 82-3.
39. Mendès-Leite R. Le débat constructionnisme et essentialisme. In : Tin LG (sous la direction de). *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris, PUF, 2003.
40. Mendès-Leite R. Constructionnisme/essentialisme. In : Eribon, D, Lerch A, Haboury F (sous la direction de). *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*. Paris : Larousse, 2003.
41. Middelthun AL. Being anally penetrated : erotic inhibitions, improvisations and transformations. *Sexualities* 2002 ; 5 : 2.
42. Money J. *Gay, straight and in-between : the sexology of erotic orientation*. New York : Oxford University Press, 1988.
43. Rey M. Naissance d'une minorité. *Amour et sexualité en Occident. L'Histoire*. Paris : Le Seuil, 1991.
44. Spence J, et al. The personal attributes questionnaire : a measure of sex-role stereotypes and masculinity and femininity. *Jsas Catalog of Selected Documents in Psychology* 1974 ; 32.
45. Spira A, Bajos N, et le groupe ACSF. *Analyse des comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation Française, 1993.
46. Stein E. *The mismeasure of desire. The science, theory, and ethics of sexual orientation*. New York : Oxford University Press, 1999.
47. Storms M. Theories of sexual orientation. *J Personality Social Psychology* 1980 ; 38.
48. Trumbach R. Sodomical subcultures, sodomical roles and the gender revolution of the eighteenth century. In : Maccubin R (sous la direction de). *Tis nature fault. Unauthorized sexuality during the enlightenment*. Cambridge : Cambridge University Press, 1987.
49. Van der Meer T. The persecution of sodomites in eighteenth century Amsterdam : changing perceptions of sodomy. In : Gerard K, Hekma G (sous la direction de). *The pursuit of sodomy : male homosexuality in Renaissance and enlightenment Europe*. New York : The Haworth Press, 1989.
50. Weeks J. *Coming out. Homosexual politics in Britain from the 19th century to the present*. Londres : Quartet, 1977.

Le *bareback* : affirmation identitaire et transgression

Jean-Yves LE TALEC

Résumé

Sur la base d'un travail de recherche en cours, l'article aborde la question des prises de risque sexuel délibérées chez les hommes gay, ou *bareback*. L'hypothèse d'une dimension identitaire et transgressive est développée et confrontée aux données recueillies. Le *bareback* fonctionne comme un mot-valise, source de confusion et d'imprécision, dont la définition constitue un enjeu. En tant que référent identitaire (pour autrui ou pour soi), il s'intègre désormais à la visibilité gay. En considérant le dispositif de prévention comme une construction normative, le discours de certains *barebackers* peut être compris comme l'expression d'une déviance, accompagnée de sa propre sous-culture, utilisant largement Internet. Cette transgression publique de la norme de « bonne conduite sexuelle » prend le contre-pied d'un courant universaliste qui souhaite, en intégrant une part des valeurs de l'hétéronorme, dépasser les cadres communautaires de l'homosexualité et renvoyer la question sexuelle dans la sphère privée. Le *bareback* se présente donc comme une identité problématique, fondée à la fois sur un fort individualisme social et sur une marge communautaire de contestation, mais il rend visible la crise actuelle de l'identité gay. Il contribue aussi à réduire le débat sur la prévention aux seuls hommes gay séropositifs et réactualise les questions relatives à l'homosexualisation du sida, à la solidarité et au principe d'innocence, qui ont fondé le mouvement de lutte contre le sida.

Mots clés : *bareback*, *relapse*, sous-culture gay, homosexualité, sida, prévention, identité, norme.

Cet article explore différents aspects du phénomène de *bareback*, défini comme un choix, de la part d'hommes gay, de pratiques sexuelles volontairement et régulièrement non protégées, quel que soit le statut sérologique des ces hommes vis-à-vis du VIH. Cette définition, adoptée dans cet article, et qui correspond aux premiers écrits américains sur la question, n'est cependant pas consensuelle.

Le *bareback* est considéré ici comme emblématique des prises de risque sexuel chez les hommes gay, bien que cette pratique, ou cette sous-culture gay, comme on la désigne outre-Atlantique, ne recouvre certainement pas toutes les situations de comportements potentiellement risqués vis-à-vis du VIH et des IST. Toutefois, le *bareback* a incontestablement été intégré aux différents aspects de la visibilité gay, en étant largement médiatisé tant dans les espaces dits communautaires¹ que dans les médias spécialisés² ou généralistes³.

¹ Le magazine *Illico* fait par exemple du *bareback* l'un des quinze thèmes majeurs de ces quinze dernières années [70].

² Voir par exemple [76].

³ Qu'il s'agisse de la presse écrite, mais aussi de la télévision (Thierry Ardisson, par exemple, a abordé plusieurs fois le sujet dans ses diverses émissions, au cours du premier trimestre 2003).

Cet article s'appuie sur un travail de recherche en cours⁴ et explore une hypothèse principale, selon laquelle le *bareback* est l'expression d'une dynamique identitaire qui viendrait notamment s'inscrire en écho d'un discours universaliste, développé en France depuis le milieu des années 1990⁵. Ce discours dénie utilité et légitimité aux démarches communautaires et rejette largement les questions liées au choix sexuel dans la sphère privée [9]. Les *barebackers*, ou du moins certains d'entre eux, prennent le contre-pied de cette tendance en attestant sur la place publique de leur choix de pratiques homosexuelles non protégées. De ce fait, ils transgressent aussi sciemment la « norme de bonne conduite sexuelle », telle qu'elle a été construite par la politique de prévention, et développent une présentation de soi fortement identitaire en termes de sexualité et de genre. De même, la dimension identitaire de la séropositivité est très présente, ce qui ramène au premier plan la question de l'homosexualisation du sida, telle que l'avait posée Daniel Defert de manière prophétique [27].

Cadre théorique et méthodologique

Le travail de recherche en cours fait principalement appel à la méthodologie des enquêtes qualitatives et s'apparente à une démarche empirique compréhensive, telle que l'a décrite Jean-Claude Kaufmann [46]. Les données sont analysées sous l'angle des diverses approches sociologiques de l'identité et des rapports sociaux de sexe (sociologie de la déviance, identité et différence, théorie féministe...). L'étude du *bareback*, en tant que phénomène minoritaire⁶ au sein de la population homosexuelle masculine, permet également d'envisager une connaissance plus globale en termes de marge et de normes, selon les apports de la théorie *queer*.

Ces diverses approches nécessitent d'objectiver tant la « posture du chercheur » que les choix méthodologiques privilégiés, en soulignant toutefois leurs limites.

Posture du chercheur

Afin d'éclairer le sens de mes propos, il me paraît important, en tant que chercheur, de préciser que je suis un homme homosexuel, ayant un engagement militant. Une telle précision est inhabituelle en France (voire critiquée), alors que les chercheuses féministes ont depuis longtemps montré l'importance, ne serait-ce qu'en termes de catégorie de sexe, de savoir « *qui écrit* » pour mieux comprendre « *ce qui est écrit* » [59]. Plus récemment, cette importance a été également soulignée en terme de genre et de sexualité, dans le contexte de la théorie *queer* : « *Comme le rappelle très justement Ralph Bolton* ([13], p. 137), même si l'habitude a été prise de penser que les "homosexuels" ne pouvaient étudier "l'homosexualité" parce que l'approche s'en trouverait automatiquement

⁴ « *Bareback* et prises de risques sexuels chez les hommes gais : la visibilité gaie au temps du sida », sous la direction de Daniel Welzer-Lang, Équipe Simone-Sagesse, université de Toulouse 2-Le Mirail, programme de recherche soutenu par l'ANRS (juillet 2001-juin 2003). Chargé de recherche : Jean-Yves Le Talec, avec la collaboration de Karine Bertin (transcription des entretiens), Alain Navaud et Johann Perry (enquêtes de terrain).

⁵ Des auteurs anglo-saxons ont déjà abordé le *bareback* et ses implications sur l'identité gay, qualifiées de paradoxales [85].

⁶ Alain Léobon évalue à 10 % la proportion d'adeptes du *bareback*, sur un échantillon d'internautes inscrits au club SMBoy [50].

biaisée, c'est l'inverse qui est vrai, tout particulièrement dans le domaine de la recherche sur la sexualité, les genres et les cultures sexuelles » ([16], p. 65). Cette affirmation dépasse la simple question de l'accès au terrain et/ou aux informateurs. Elle concerne aussi la perception et la compréhension d'un ensemble d'éléments propres aux cultures minoritaires, intégrés dans les pratiques sociales observées, dans les présentations de « l'identité pour soi » [40] et dans les récits recueillis, surtout en matière de sexualité.

Au pire, la posture déclarative (performative) que j'adopte ne serait ni plus ni moins signifiante que l'habituel silence de l'implicite, hétérocentré par défaut, dont elle souligne la prétention de « modèle » auquel il faudrait se référer ou par rapport auquel il faudrait se justifier, et qui n'est en réalité qu'un dispositif de domination [21, 59].

Au mieux, il conviendrait d'étendre cette présentation à d'autres référents identitaires comme la catégorie de sexe, l'identité de genre, l'origine ethnique, la classe sociale, etc., et aussi, s'agissant de travaux sur le sida, au statut sérologique vis-à-vis du VIH [55]. Dire que je suis un homme, blanc, issu de classe moyenne, universitaire et (à ce jour) séronégatif peut tout autant éclairer mon propos dans le contexte de ce travail de recherche sur le *bareback* et donner un sens à une démarche de « production de savoir » : « [...] Les chercheur(e)s qui, tout en étant techniquement compétent(e)s, considèrent l'impact sur le processus de recherche de leur propre identité en termes de genre, d'origine ethnique, de classe, et qui comprennent que cette recherche est en elle-même une forme d'interaction sociale, produiront une image plus fiable de la société » ([63], p. 28 ; voir également [13]). C'est donc bien en ce sens qu'il convient de comprendre la posture « identitaire » adoptée dans le cadre de cet article.

Choix et limites méthodologiques

Le fait de rendre explicite, au moins partiellement, le « lieu social » d'où l'on parle oblige à aborder la question de la distance et de la proximité à l'objet de la recherche. En l'occurrence, cette proximité peut conférer un accès privilégié à l'information, ou une implication dans l'action sociale, quelle qu'en soit la forme, au détriment d'une distance classiquement recommandée au terrain sociologique ou ethnographique. Mais ce dilemme n'est qu'apparent, comme l'illustre l'attitude méthodologique de Michael Pollak, que François Bédarida décrit en trois temps : la dialectique engagement/détachement, qui met en jeu l'investissement personnel et la distance critique ; la « *dualité approche empirique/ambition de théorisation* », qui organise l'enquête de terrain ; enfin, le double objectif du savoir et de l'action, qui articule « *la connaissance scientifique et le champ sociopolitique* », et trouve son champ d'application dans la « *notion d'expertise* » [12, 56].

Le programme de recherche en cours s'appuie d'une part sur une enquête documentaire et d'autre part sur des méthodes qualitatives d'observation de terrain. Ces dernières posent cependant quelques difficultés, inhérentes à l'observation de la sexualité, comme l'a souligné Michel Bozon [18, 20]. S'agissant de pratiques sexuelles non protégées, la notion de « participation » associée à l'observation est également problématique ; elle engage *a minima* l'attitude du chercheur dans ses propres pratiques vis-à-vis des attitudes de prévention, ne serait-ce que dans l'appréciation des risques sexuels. Ces difficultés

questionnent également le statut d'observateur « à l'insu », qui, en fonction des circonstances, peut évoluer vers celui d'observateur « à découvert ».

À ces observations, dont la pratique a révélé toutes les difficultés, voire la charge fortement émotionnelle attachée à un tel terrain, s'ajoutent le recueil d'informations qualitatives et quantitatives centrées sur le vécu de la sexualité et des pratiques de prévention, sous la forme d'un questionnaire auto-administré, proposé dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit, et d'entretiens semi-directifs avec un groupe d'informateurs.

Sous tous ces aspects, cette démarche de recherche met en relief la difficulté méthodologique d'une attitude théorique ou idéale de distance et de neutralité, tant les personnes rencontrées ont souvent cherché, sur le sujet du *bareback* et des prises de risque sexuel, à « prendre position », au-delà de leur simple témoignage.

Risques sexuels, *relapse* et *bareback* : état des lieux

Depuis le début de l'épidémie de sida, et depuis la mise en place de campagnes de prévention spécifiques au milieu gay⁷, les prises de risque sexuel ont toujours été mises en évidence. En 1988, Michael Pollak, initiateur des Enquêtes Presse Gay, note que « 13 % [des homosexuels] se refusent à tout changement » ([65], p. 83). Plus récemment, Philippe Adam et Marie-Ange Schiltz indiquent que « la proportion des individus qui ne déclarent aucune stratégie ou qui maintiennent des comportements sexuels à risque est en diminution (de 11 % en 1991, à 6 % en 1993) » ([5], p. 17). Dans l'Enquête Presse Gay 1997, la part des hommes déclarant avoir eu des relations anales jamais ou parfois protégées, avec un ou plusieurs partenaires occasionnels, s'élève à 11 % [6].

Évolution du contexte épidémiologique

Malgré une bonne efficacité globale des campagnes de prévention s'adressant aux homosexuels masculins, un retour vers des pratiques sexuelles à risque est observé dès 1988 aux États-Unis. Ce phénomène, désigné à l'époque par le terme de *relapse*, décrit un abandon occasionnel des mesures de prévention, dans une proportion pouvant atteindre 15 à 20 % des échantillons étudiés [75, 79]. Ce phénomène de *relapse* reste d'actualité, dans la mesure où son importance est périodiquement discutée [5] et il est toujours utilisé et décrit⁸, même si le contexte épidémiologique a largement évolué depuis la fin des années 1980 [54].

Deux enquêtes récentes – Enquête Presse Gay 2000 et Sondage Baromètre Gay 2000 – mettent en évidence une recrudescence préoccupante des prises de risque chez les hommes gay [9, 10].

Cette recrudescence avait aussi été mise en évidence dans une enquête descriptive conduite tout au long du premier semestre 2000 [54], qui illustre cette tendance, par des observations de terrain et des interviews d'intervenants de

⁷ Ou, il y a quelques années, en direction des « hommes ayant des relations homosexuelles » [23].

⁸ La rubrique prévention du site SMBoy présente ainsi le *relapse* : « *Le Relapse désigne la tendance à l'abandon occasionnel des pratiques protégées (Safe). Nombre d'entre nous semblent s'être progressivement habitués à des expositions au risque répétées, que ces pratiques à risques concernent la sexualité orale ou anale* » (<http://www.safeboy.net/VIH/barebacking.htm>).

prévention. Cette recherche avait permis de décrire la survenue d'épisodes de prises de risque chez des hommes gay se protégeant habituellement, mais aussi la réalité de pratiques sexuelles volontairement non protégées, désignées par le terme de *bareback*.

Les conclusions des Enquêtes Presse Gay 1997 et 2000 ont évoqué diverses pistes pour comprendre cette recrudescence, dont le contexte créé par l'arrivée des nouveaux traitements antirétroviraux et les effets générationnels, l'insouciance des plus jeunes, ou la lassitude des plus âgés [6, 7, 9].

Aujourd'hui, l'hypothèse d'une influence directe de l'optimisme vis-à-vis des progrès thérapeutiques sur le comportement préventif est abandonnée [48]. Il semble en revanche que des enjeux identitaires sont impliqués dans ces phénomènes de prises de risque. Cette articulation a déjà été développée sur le plan individuel [28] et elle est suggérée dans le rapport préliminaire de l'Enquête Presse Gay 2000 (à propos du mal-être psychologique et du suicide).

Sur le plan collectif, une transformation de la sexualité des hommes gay a été argumentée et Martin Dannecker a évoqué un fort retour du désir et d'une sexualité exempte des restrictions imposées par les recommandations préventives. Selon cet auteur, ce retour s'exprime notamment au travers d'Internet et se manifeste par l'apparition de désignations positives des pratiques non protégées : *negociated safety* et *barebacking* [26].

Le *bareback* : apparition aux États-Unis

Le phénomène du *bareback* est apparu aux États-Unis en 1995, principalement à l'initiative d'acteurs du *Gay Porn*⁹. Pratiquer le *bareback*, c'est choisir de baiser sans capote, délibérément. L'expression signifie « monter à cru » (*bareback horseriding*)¹⁰.

Le *bareback* (également *raw sex* ou *skin to skin* ; en français, on retrouve souvent l'expression « no kapote ») peut être considéré comme l'avatar le plus récent du refus de toute mesure de prévention. Aujourd'hui, ce refus est revendiqué et médiatisé par les *barebackers*, qui se retrouvent au sein d'une sous-culture gay.

C'est en 1995 qu'apparaît cette revendication. Scott O'Hara, écrivain et acteur porno, écrit dans la revue *Steam* : « *J'en ai marre d'utiliser des capotes, je ne le ferai plus...* » (cité dans [71]). D'autres acteurs pornos ont fait des déclarations semblables, comme Tony Valenzuela [38, 80] ou Aiden Shaw, qui déclare dans *Têtu* : « *Je ne peux pas imaginer avoir une vie sexuelle safe. Je suis le genre de personne qui prend des drogues, qui aime prendre des risques, et le sexe non protégé en fait partie. C'est ce que je préfère. [...] Ce n'est pas que je n'aime pas les capotes, c'est juste un bout de caoutchouc, mais la différence entre baiser sans et avec est vraiment immense. Et prétendre depuis des années qu'il n'y a pas de différence est une connerie* » ([36], p. 30).

De nombreux débats ont agité la communauté gay outre-Atlantique à propos du *barebacking*. On peut en résumer la teneur selon différentes approches :

– celle de la sexualité, en opposant la liberté individuelle à la « croisade morale » en vigueur aux États-Unis [68] ;

⁹ À ce propos, voir la description qu'en donne René-Paul Leraton [51].

¹⁰ Une présentation plus détaillée est disponible sur le site Internet Multisexualités et sida (www.multisexualites-et-sida.org/prevention/rapport/rapport6.html).

– celle du mouvement gay, en s’inscrivant en dehors d’une gestion sociale de la sexualité (reconnaissance du couple homosexuel), et en prônant une plus grande transparence sur les pratiques sexuelles, entre la représentation qui en est donnée par les organisations de lutte contre le sida et la réalité du terrain [69] ;

– celle du sida et de la séropositivité, en abordant publiquement le sujet de la sexualité des personnes séropositives ([22, 71, 73], etc.) et en ouvrant de nouveau le débat sur les risques de contamination ou de surcontamination : « *le discours univoque de “l’establishment” antisida [aux États-Unis], qui classe les pratiques sexuelles en deux catégories seulement, “haut risque” et “risque faible ou nul”, laisse de nombreux gays, dont les pratiques se situent entre ces deux extrêmes, sans aucun soutien dans leurs attitudes sexuelles* » [71].

Le bareback en France

En France, ce sont des œuvres littéraires qui ont alimenté le débat public sur les pratiques sexuelles volontairement non protégées [32-34, 66, 67]¹¹.

Il est légitime de s’interroger sur le caractère *a priori* subculturel du *bareback* en France, qui fonderait une communauté d’hommes gay, même marginale. L’analyse des productions discursives permet simplement de dater l’irruption du phénomène dans le discours public, avec la parution des romans de Guillaume Dustan, *Dans ma chambre* [32], *Je sors ce soir* [33] et *Plus fort que moi* [34] et d’Érik Rémès, *Je bande donc je suis* [66]. La représentation des prises de risque sexuel, assez diffuse jusqu’alors, est en quelque sorte focalisée en juin 1999, par la campagne d’affichage lancée par l’association Act Up-Paris à l’occasion de la Gay Pride, autour du slogan « *Baiser sans capote, ça vous fait jouir ?* ». L’année suivante, un nouveau visuel de l’association figure une silhouette braquant un fusil, qui accompagne une nouvelle campagne, intitulée « *C’est aussi simple que cela* » [1] ; en 2001, l’association choisit le slogan « *Irresponsables* » pour une troisième campagne sur le thème de la prévention gay [2].

Plutôt que d’un réel débat, il s’agit dès lors d’un affrontement (parfois fortement personnalisé), qui oppose la notion de « liberté individuelle » [35] à celle de responsabilité et de « morale sexuelle » [52, 53].

On peut cependant remarquer un décalage entre l’apparition de fictions romanesques mettant en scène des pratiques sexuelles à risque entre hommes¹² et la réaction associative en vue de soutenir l’effort de prévention. C’est qu’entre temps, plusieurs enquêtes épidémiologiques ont tiré la sonnette d’alarme – par exemple, l’Enquête Presse Gay 1997 au sujet de la recrudescence des gonococcies [6, 41].

¹¹ Cette particularité n’est pas sans rappeler les conclusions de Florence Tamagne sur la caractère élitiste et individualiste de l’émergence d’une parole homosexuelle au travers de la littérature, au début du xx^e siècle en France, par rapport à des mouvements plus communautaires dans d’autres pays [77].

¹² Apparemment, certaines d’entre elles ont d’ailleurs totalement échappé à la vigilance associative, comme *Un ruban noir*, de Vincent Borel, qui paraît dès 1995 [14], ou plus tard, *Tilt*, de Patrick Gourvennec [42]. Le livre de Vincent Borel est cependant brocardé par l’association, essentiellement pour d’autres raisons ; voir *Action* n° 36, décembre 1995.

Enfin, les médias généralistes s'emparent du sujet à la fin de l'année 2000¹³, de même que les titres de la presse gay¹⁴.

Premières observations

Dans la mesure où le travail de recherche est toujours en cours, il s'agit ici de premiers résultats partiels, qui seront détaillés et développés ultérieurement dans le rapport final de recherche.

Productions discursives : l'enjeu de la définition du *bareback*

Le *bareback* ou le *barebacking* n'ont pas fait l'objet d'une définition consensuelle et l'on trouve différentes interprétations de ces termes. Parmi les plus récentes, Gordon Mansergh propose que « *dans une perspective socio-culturelle, le terme barebacking soit réservé (pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, qu'ils soient séronégatifs ou séropositifs) à la pratique intentionnelle de relations anales sans préservatif, avec un partenaire occasionnel [non primary partner], dans un groupe ayant connaissance du terme bareback* » [57]. Par rapport au contexte subculturel évoqué plus haut, cette définition n'est plus strictement liée au monde gay ; elle est étendue aux hommes ayant des pratiques homosexuelles. Mais elle est restreinte, d'un point de vue culturel, aux individus qui se réfèrent au terme de *bareback*.

En France, différentes significations coexistent, qui varient en fonction des énonciateurs. La plus simple décrit le *barebacking* chez les hommes gay comme « *des pratiques systématiques de rapports non protégés* », en opposition au *relapse*¹⁵. Mais d'autres interprétations ont été proposées.

Représentation institutionnelle

La confiance dans les performances globalement satisfaisantes de la politique de prévention gay est mise en doute après 1995. Les résultats de l'Enquête Presse Gay 1997, publiés en 1999, ne mentionnent pas le *bareback*, mais font toutefois une référence indirecte au phénomène : « *Une minorité d'hommes s'accordaient également pour dire qu'ils avaient personnellement tendance à relâcher la protection du fait des nouveaux traitements. Ces dernières déclarations, plus fréquentes parmi les séropositifs, étaient associées à des prises de risque effectives et suggéraient qu'un relâchement de la prévention s'amorçait au sein de certains sous-groupes minoritaires* » [6].

Il faut attendre le rapport préliminaire de l'Enquête Presse Gay 2000 pour trouver une mention explicite du *bareback* : « *Par extrapolation, on peut donc considérer, à partir des chiffres précédents, que les démarches délibérées de recherche d'un rapport non protégé avec un partenaire occasionnel sérodifférent (celles-là même qui sont au cœur des discours sur le "bareback") doivent être assez rares parmi l'ensemble des répondants. Cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas ou qu'elles aient des conséquences négligeables* » [9]. Les auteurs introduisent ici

¹³ Voir en particulier [43, 49].

¹⁴ Voir par exemple [24].

¹⁵ « *Passant de rapports non protégés (sans préservatif) rares, conscients ou accidentels, à des expositions au risque plus fréquentes et volontaires, chacun peut glisser vers le Barebacking qui signe des pratiques systématiques de rapports non protégés* » (www.safeboy.net/VIH/barebacking.htm).

une définition limitée du *bareback*, puisqu'au choix d'abandon du préservatif, ceux-ci ajoutent la notion de recherche d'un partenaire occasionnel sérodifférent.

Enfin, le *bareback* disparaît de nouveau dans les résultats du Sondage Baromètre Gay 2000, au profit d'une sous-catégorisation plus classique : « [...] une culture du risque spécifique semble s'être développée parmi les clients de certains établissements qui apporte sa contribution au relâchement préventif. Selon le type d'établissements fréquentés, le profil des hommes les plus engagés dans des rapports anaux non protégés varie : il s'agit des multi-partenaires dans les saunas ; des séropositifs dans les sex clubs » [10].

On voit donc que les productions institutionnelles utilisent le mot *bareback* avec difficulté, dans un cadre le plus souvent limité.

Représentation militante

La représentation militante est essentiellement le fait d'Act Up-Paris, qui ajoute à la définition courante du *bareback* une notion de prosélytisme : « Pour la Gay Pride, en juin 1999, nous collions des images de sexe dans les rues avec ce slogan : "Baiser sans capote, ça vous fait jouir ?". C'est notre première réponse aux barebackers qui, sous couvert de liberté sexuelle, invitent à la prise de risque » [3].

Après l'organisation d'une « AG des pédés », en novembre 2000, Act Up utilise une définition du *bareback* qui désigne négativement les adeptes de cette pratique, qu'il s'agisse d'hommes gay séropositifs ou non [2].

Quant aux autres associations de lutte contre le sida, elles restent assez prudentes sur la question. AIDES Provence, par exemple, assimile le *bareback* aux rapports sexuels non protégés, dans la population « homo-bisexuelle ». En revanche, cette association est la première à évoquer le concept de « réduction des risques sexuels » : « Si l'on conçoit la réduction des risques comme la résultante d'une négociation entre un comportement individuel et les intérêts de la santé, ou plus largement entre les normes comportementales en usage dans une communauté et la santé publique, alors il est devenu impératif de communiquer sur l'échelle des risques avec et même sans préservatif » ([4], p. 37). Ce concept a conduit à la réalisation d'une campagne pilote de réduction des risques sexuels, fondée sur l'expérimentation de flyers destinés aux hommes n'utilisant pas de préservatifs [74].

Observations de terrain : le virtuel et le réel

Le *bareback* s'est développé aux États-Unis et en Europe sous la forme de réseaux, essentiellement par le biais d'Internet : sites spécialisés, petites annonces, agendas. Cet espace virtuel d'expression des *barebackers* est directement associé à des espaces réels de rencontres sexuelles, qu'ils soient privés (soirées, parties) ou commerciaux (telle annonce donne rendez-vous dans tel lieu commercial, ou tel individu recommande tel endroit pour pratiquer le *bareback* et rencontrer d'autres adeptes).

Terrain virtuel : observation d'Internet

À partir d'un site gay généraliste extrêmement accessible, en l'occurrence celui du magazine *Têtu* (<http://www.tetu.com>), une partie des liens proposés a été explorée, qu'il s'agisse de sites marchands, de sites associatifs ou de sites

personnels. L'exploration a été poursuivie dès qu'il apparaissait un contenu ou des représentations relatives à la sexualité : messages ou textes, images, petites annonces (PA), etc. Les références à la prévention, au *bareback* ou à des pratiques explicitement non protégées ont été notées¹⁶.

L'idée est de s'intéresser, dans un référentiel gay, à l'accessibilité des représentations (images, textes, etc.) de situations de prises de risque sexuel, en premier lieu de la sodomie sans préservatif. On s'est intéressé également aux informations relatives à la prévention et aux mentions explicites du *bareback*.

L'observation de ces représentations ne signifie pas qu'elles sont systématiquement traduites en actes. S'y intercale toute la dimension fantasmatique permise par l'écriture, la mise en scène, la photographie, etc. La manière dont l'imagination s'exprime peut être en net décalage avec les comportements adoptés dans une sexualité vécue.

Il s'agit plus ici d'évaluer la diffusion et l'éventuelle banalisation de telles représentations, dans un contexte où la sexualité elle-même est largement banalisée, sous toutes ses formes [54, 78, 82].

L'accès à des représentations de pratiques à risque élevé est indéniablement facile. À partir du portail du magazine *Têtu*, une moyenne de six à huit pages suffisent, soit un temps de chargement d'une à deux minutes. Il en va de même pour les petites annonces, qui ciblent d'emblée l'ensemble du territoire, et souvent les grandes villes d'Europe (en langue française). Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de payer un abonnement, ni même de disposer d'un code d'accès (de contrôle parental).

Par rapport à une observation similaire, conduite courant 2000 [54], cet accès semble bien plus facile, en particulier pour les photographies. Parallèlement, sur l'ensemble des sites visités, l'occurrence globale des messages de prévention, même succincts, semble avoir diminué.

On observe une porosité totale entre toutes les catégories de sites : marchands, associatifs, personnels. Certains apparaissent comme très attentifs à la prévention (pas de photos *unsafe*, pas de petites annonces incitant à des rapports non protégés), mais ils renvoient largement à des sites beaucoup plus laxistes en la matière.

Deux catégories regroupent les sites les plus sensibles : certains sites marchands explicitement orientés vers la sexualité et la pornographie, et certains sites personnels. Encore une fois, on constate une grande perméabilité entre ces catégories, qui se trouve renforcée par leur aspect, leur *look* : certains sites personnels ont des allures de sites commerciaux, et vice versa. De plus, cette perméabilité s'étend aux lieux commerciaux, qui sont soit « recommandés », soit proposés comme lieux de rencontre sexuelle par le biais d'une petite annonce, par exemple.

En général, une très large place est réservée à l'exaltation de la sexualité, du multipartenariat (« partouzes ») et du contact direct avec le sperme (nombreuses images).

Le terme *bareback* est finalement peu utilisé, au profit de tout un vocabulaire adapté au français : « plan jus », « plan no-kapote », « plan no tabou », et dans une certaine mesure, « réel », « extrême », « no limite », etc. On trouve

¹⁶ Cette exploration a été réalisée en janvier 2002.

cependant la mention « bb » (en minuscules) pour *bareback*. Ces observations sont confirmées par celles d'Alain Léobon, sur les sites SMgay et Bbackweb [50].

Les mises en scène de domination, telles les « plans lopes », « plans abattage », « plans tournante », « plans cave », etc., sont récurrentes. Dans la précédente exploration, le style « skin » semblait plus en vogue, dans des propositions de mises en scène plus élaborées et plus proches des codes du sado-masochisme. La relative spécialisation constatée en 2000 (sites explicitement *bareback*) semble s'effacer pour laisser place à un plus grand mélange. Ainsi, le plus souvent, les représentations *unsafe* côtoient celles qui mentionnent ou illustrent le « sexe à moindre risque ». Une majorité d'annonces reste vague sur la question, donc ambiguë. On note enfin que la mention du statut sérologique VIH est rarissime, sauf peut-être dans les sites les plus affirmatifs sur le thème du *bareback*. Les informations relatives à la santé et à la sexualité, ou plus explicitement au *bareback* ou à la « réduction des risques sexuels », restent plus rares sur les sites français que, par exemple, sur les sites américains¹⁷.

Terrain réel : les lieux gay de consommation sexuelle

Plus d'une quarantaine d'observations ont été faites dans divers lieux gay proposant un espace de consommation sexuelle¹⁸. Les lieux de rencontre extérieurs ont été délibérément écartés de l'enquête pour des raisons de faisabilité ; ils ont par ailleurs fait l'objet d'études récentes¹⁹.

On peut dès à présent dégager quelques grands traits des données recueillies, qui portent à la fois sur les attitudes et les comportements des hommes observés et sur l'environnement dans lequel se déroulent les rencontres sexuelles. Sans pouvoir réellement proposer les éléments d'une typologie ou d'une géographie, il semble bien que certains lieux soient plus propices que d'autres au déroulement de pratiques sexuelles à risque. Il s'agirait plutôt de *sex clubs*, c'est-à-dire d'établissements organisés autour d'un espace dédié à la sexualité, par opposition à d'autres lieux où l'espace sexuel ne constitue qu'une annexe de l'attraction principale (les boîtes de nuit, par exemple). On ne peut toutefois totalement écarter avec certitude un biais d'observation, ni préjuger des suites sexuelles d'une simple rencontre, qui peut se poursuivre ailleurs, dans un espace extérieur ou privé.

De même, il semble difficile, toujours sur la base de ces observations, de caractériser d'une manière quelconque les hommes qui s'engagent dans de telles pratiques. L'appréciation du risque est elle-même subjective et problématique, et si l'on s'en tient aux sodomies sans préservatif que l'on peut éventuellement constater, rien ne permet *a priori* de conclure qu'il s'agit là de conduites habituelles et délibérées, que l'on pourrait qualifier de *barebacking*, ni que les partenaires observés ont ou n'ont pas négocié au préalable les conditions de leur rencontre sexuelle. Tout au plus peut-on indiquer que de telles pratiques existent, et que la négociation peut se trouver réduite à sa plus simple expression, lorsque

¹⁷ Il y a cependant des exceptions, comme le site français SMBoy, qui propose une rubrique spécifique sur les risques du *barebacking*.

¹⁸ Observations conduites à Toulouse et à Paris, dans des saunas, *sex clubs*, discothèques, sex shops.

¹⁹ Voir par exemple Proth, 2002.

le chercheur, en situation d'observation « à l'insu », se trouve sollicité pour des pénétrations anales, actives ou passives, sans préservatif.

Ces observations fournissent aussi des informations sur le contexte dans lequel se déroulent ces rencontres sexuelles et sur l'environnement préventif (mise à disposition de matériel de prévention, rappels visuels, documents d'information...), qui s'avère être fort variable en fonction des lieux. Durant la période d'enquête, le Syndicat National des Entreprises Gaies (SNEG) a mené une campagne visant à renforcer l'information et la mise à disposition de préservatifs et de gel. Des distributeurs muraux ont été installés, mais leur approvisionnement n'a pas toujours été assuré régulièrement. Cette constatation conduit dès lors à se poser la question de l'effet que peut produire un distributeur vide sur la perception globale des messages de prévention.

Enfin, l'observation attentive et l'implication, parfois, des observateurs ont permis d'identifier des séquences de comportements relevant de la contrainte ou de la violence, sans toutefois pouvoir évaluer, encore une fois, le degré de négociation préalable entre partenaires. Ces observations concordent toutefois avec les diverses mises en scène de dominations observées sur Internet : elles constituent sans aucun doute des manifestations de rapports sociaux de sexe entre hommes, qu'il reste à analyser plus précisément [83].

Questionnaire et entretiens

Un recueil de données au moyen d'un questionnaire auto-administré a été mis en place dans le cadre de la consultation de dépistage anonyme et gratuit de l'hôpital La Grave à Toulouse, sur une période d'un an²⁰. Ce questionnaire anonyme est proposé aux hommes se déclarant homosexuels, au moment de la première consultation du dépistage. Il est rempli sur place, sans assistance particulière.

Cette méthode recrute donc un échantillon particulier, constitué d'hommes s'identifiant comme homosexuels, dans une situation d'interrogation sur leur statut sérologique relatif au VIH (et à d'autres infections sexuellement transmises (IST), en particulier la syphilis²¹). Ce profil ne recouvre pas l'ensemble des hommes gay, puisqu'une partie d'entre eux n'a, semble-t-il, pas ou peu recours au dépistage, comme le montrent les enquêtes relatives aux nouveaux cas de sida²².

Les données recueillies ont trait, tout d'abord, à l'identité pour soi, au degré de visibilité, à l'engagement militant et aux opinions sur le PaCS, l'homoparentalité et l'homophobie. Puis un certain nombre d'informations sont recueillies sur le mode de vie et l'« orientation intime » [19], et enfin sur l'évaluation d'une échelle de risques sexuels vis-à-vis du VIH et de la syphilis et sur les habitudes de prévention.

Le recueil et l'analyse des données sont encore en cours, mais permettent d'ores et déjà de dégager quelques informations préliminaires. L'échantillon représente environ une centaine d'hommes (n = 93 au moment de ces premiers traitements),

²⁰ Centre de dépistage des MST dirigé par Mr le professeur Viraben ; questionnaire mis en place avec la collaboration du docteur Alba Roueire ; recueil des questionnaires de juin 2002 à mai 2003.

²¹ Une campagne de communication a attiré l'attention des homosexuels masculins sur les risques accrus de transmission de la syphilis et sur l'importance du dépistage de cette IST [25].

²² Parmi les nouveaux cas de sida diagnostiqués en 2001 chez les homosexuels masculins, 44 % ignoraient leur séropositivité [45].

âgés en moyenne de 31 ans (\pm 8 ans, extrêmes : 19-57 ans), qui se définissent comme « homo » (45 %), « homosexuel » (27 %) ou « gay » (22 %). Ils se disent visibles dans leur entourage (88 %), mais un quart d'entre eux le sont dans le milieu familial, amical et professionnel (28 %), alors que la moitié excluent le milieu professionnel de cette visibilité. Un quart d'entre eux, enfin, se déclarent militants, soit d'une association homosexuelle, soit d'une association de lutte contre le sida, soit d'une structure politique, syndicale ou culturelle.

La plupart des hommes de l'échantillon se disent favorables au PaCS ou pensent se pacser un jour (mais très peu sont déjà pacsés : 4 %). De même, une majorité se dessine nettement en faveur de l'homoparentalité (72 %) et, dans ce groupe, près de la moitié souhaite pouvoir adopter et élever des enfants (43 %). Mais seuls deux hommes de l'échantillon en ont déjà.

Au moment de l'enquête, environ les trois quarts des hommes se définissent comme multipartenaires (74 %), avec ou sans relation stable (36 % *versus* 38 %). Le reste déclare des relations durables, sans partenaires occasionnels (compagnon et/ou amant, 22 %).

Concernant l'analyse des pratiques de prévention déclarées et des échelles de risques, on peut indiquer que plus de la moitié des hommes ayant répondu au questionnaire disent ne pas connaître le terme *bareback* (55 %). Parmi ceux qui le connaissent, 10 % déclarent le pratiquer. Toutefois, des situations potentiellement à risque peuvent être identifiées en dehors de ce groupe : par exemple, plusieurs hommes en couple avec un compagnon qui ignore son statut sérologique déclarent avoir avec ce compagnon des relations sexuelles toujours non protégées ; à cela s'ajoutent aussi des rencontres occasionnelles, au cours desquelles le préservatif n'est pas toujours utilisé (pénétrations et fellations).

S'agissant enfin des entretiens, il convient de noter ici une relative difficulté à recruter des informateurs se présentant comme étant *barebackers* ; s'il est relativement aisé d'en contacter un certain nombre, peu acceptent le principe d'un entretien enregistré. D'autres informateurs ont également été sollicités : intervenants de prévention issus du monde associatif ou professionnel, hommes gay fréquentant les lieux de consommation sexuelle mais déclarant ne pas pratiquer le *bareback*. Un certain nombre d'hommes ayant répondu au questionnaire évoqué précédemment ont également accepté le principe d'un entretien plus approfondi. Les récits recueillis permettent de mieux comprendre les diverses attitudes de prévention de ces hommes gay. Quelle que soit la nature et les motivations de leur choix, la dimension identitaire est fortement présente, mais s'exprime en lien étroit avec l'histoire personnelle de chaque informateur.

Premières conclusions

La description, l'analyse et la compréhension du phénomène de *bareback* s'avèrent complexes, dans la mesure où il se superpose aux situations de prises de risque sexuel, sans toutefois les inclure totalement, loin s'en faut. Le terme *bareback* se présente comme un mot-valise qui focalise l'attention et engendre des représentations parfois confuses ou divergentes selon les locuteurs. Il est cependant possible d'en dégager dès à présent un certain nombre de caractéristiques.

Problèmes de définitions

L'approche du phénomène de *bareback* en France ne s'est pas faite de manière consensuelle, comme le montre l'observation des productions discursives sur la question. La définition du terme est l'objet d'un enjeu, qui présente une dimension politique. En effet, la façon plus ou moins large ou restreinte de considérer le sens du mot *bareback* conditionne implicitement la manière de le commenter et d'en interpréter la portée. Ainsi, lorsque le commentaire de l'Enquête Presse Gay 2000 associe *bareback* et sérodifférence, la question des relations sexuelles non protégées entre hommes gay séropositifs, par exemple, est implicitement évacuée du commentaire [9]. De même, lorsque l'association Act Up-Paris présente les *barebackers* comme des prosélytes actifs des relations sexuelles non protégées, elle interprète le phénomène dans une direction qui reste entièrement à vérifier [3].

Ces variations autour de la définition du *bareback* orientent la teneur du débat, tout en contribuant à sa confusion, mais sans éclairer vraiment la compréhension du phénomène. Afin de clarifier les choses, Vladimir Mertens a proposé une définition raisonnée du *bareback*, en considérant simplement qu'il s'agit de relations sexuelles *volontairement* non protégées, et en distinguant différents cas de figure [58]²³ :

- les partenaires sont séropositifs, soit dans une relation durable (ils se connaissent), soit dans une relation occasionnelle (mais ils connaissent leur statut sérologique et celui de leur(s) partenaire(s) – c'est le cas des *bareback poz parties*) ; plusieurs des entretiens recueillis illustrent ce cas de figure ;
- les partenaires sont séronégatifs et se connaissent dans le cadre d'une relation durable ; ils ont vérifié leur situation sérologique et négocié l'abandon du préservatif ; ce cas de figure n'entre pas dans la définition du *bareback*. Lorsqu'il s'agit de partenaires occasionnels, la connaissance instantanée du statut sérologique reste très problématique (c'est le contexte des *bareback neg parties*) et ce cas de figure s'apparente au suivant ;
- les partenaires ne connaissent pas leur propre statut sérologique et/ou celui de leur partenaire ; même bien informés, les partenaires prennent volontairement un risque de transmission du VIH ; ce cas de figure est en particulier illustré par les données recueillies par questionnaire ;
- les partenaires connaissent leur statut sérologique qui est différent ; dans ce contexte, le risque de transmission est consciemment accepté, voire recherché (c'est le cas, par exemple, des séroconversions volontaires, illustré par l'un des entretiens recueillis).

Il convient d'ajouter que si ces relations sexuelles sont *volontairement* non protégées, elles ne sont pas forcément *systématiques*. Ainsi, l'un des hommes rencontrés, qui se présente comme étant séropositif et *barebacker* dans le contexte de rencontres occasionnelles, précise qu'il utilise toujours des préservatifs avec son compagnon, qui est séronégatif. Cet homme gère donc dans sa vie sexuelle (et affective) à la fois une situation de *safer sex* et l'un des cas de figure relevant du *barebacking*.

²³ Le texte cité en référence a servi de base de discussion à l'occasion d'une réunion organisée à Bruxelles le 27 février 2003 par l'association Genre d'à côté et consacrée au *relapse* et au *barebacking*.

Présentée de cette manière, la définition du *bareback* recouvre en fait un ensemble de situations fort différentes, dont les implications en terme de prises de risque consciemment acceptées ne sont pas équivalentes, ce qui peut expliquer le caractère parfois confus des débats et le climat d'incompréhension qui s'en dégage.

À cela s'ajoute l'utilisation concomitante du terme *relapse*, censé se différencier du *bareback*, voir recouvrir et désigner toutes les autres situations de prises de risque, qui ne seraient pas délibérément choisies et/ou revendiquées. Or, comme le souligne également Vladimir Mertens, cette notion est problématique, dans le contexte épidémiologique actuel. Dans son acception initiale elle désignait une défaillance passagère dans une continuité de comportements de prévention, une rupture notamment reliée à un phénomène générationnel [75, 79]. Aujourd'hui, l'évolution des possibilités thérapeutiques, y compris immédiatement après une éventuelle exposition au VIH, a bouleversé la perception du risque. La question de la sexualité se pose différemment dans le contexte de la séropositivité et de la maladie. La signification du *relapse* perd donc son sens initial, à mesure que la gestion individuelle et collective de la prévention devient plus complexe et nécessite une information diversifiée et renouvelée.

À ce titre, un premier regard sur les échelles de risque individuelles recueillies par le questionnaire indique que l'information disponible n'est pas interprétée de manière uniforme. Une analyse plus précise de ces données devrait donner des éléments de compréhension sur les représentations et les définitions individuelles du risque sexuel²⁴.

Visibilité gay

Le *bareback* et les *barebackers* sont désormais intégrés comme des éléments de la visibilité et de l'espace culturel gay. Cette hypothèse, proposée dès 1999²⁵, se trouve aujourd'hui largement vérifiée, tant dans les productions discursives, les médias, que dans les données issues du terrain. Le *bareback* est fréquemment sujet à controverse, mais ils est par ailleurs également posé comme un référent parmi d'autres d'une identité pour soi, par exemple dans les « profils » publiés sur les sites Internet de rencontres destinés aux hommes gay, ou dans les récits recueillis par entretiens.

Pour autant, cette visibilité du *bareback* ne recouvre pas tout l'espace du risque lié à la sexualité, comme l'indique l'observation d'Internet : celle-ci permet surtout de mettre en évidence une banalisation des représentations des prises de risque, ceci de manière transversale, dans la plupart des catégories de sites un tant soit peu tournés vers la sexualité. Internet facilite aujourd'hui la diffusion de photographies qui illustrent l'expression des désirs et/ou des fantasmes. Dans ces représentations, le sperme tient une place prépondérante et érotisée : on le voit sur les images, sur les différentes parties du corps, y compris dans les bouches et les anus.

L'espace de visibilité qui s'est développé depuis quelques années autour du *bareback* ne se superpose donc pas à celui des représentations de pratiques sexuelles potentiellement risquées. Les données recueillies par questionnaire ou

²⁴ Dans le questionnaire, cette échelle de risques était proposée vis-à-vis du VIH et de la syphilis.

²⁵ Premier projet de recherche proposé à l'ANRS, en vue de l'obtention d'une bourse de recherche doctorale.

au cours des entretiens vont dans ce sens : seule une partie des prises de risque (quelle que soit la manière dont elles sont décrites) sont associées au terme *bareback*, qu'il soit utilisé comme description d'un ensemble de pratiques et/ou comme référent identitaire.

Questions relatives à l'identité

Les *barebackers* se présentent comme des hommes gay et cette visibilité, fortement affirmée, est souvent assortie d'un « étiquetage » de personne séropositive [35, 54] ; cependant, cette caractéristique n'est pas systématique et il arrive de rencontrer des hommes gay, adeptes du *bareback*, ignorant leur statut sérologique ou se disant séronégatifs.

La sexualité est affirmée dans le discours public et les pratiques sont orientées vers des options très diverses : relations anonymes, multipartenariat, pratiques dites « hard », etc. Cependant, plusieurs modes d'organisation intime et de gestion de la sexualité peuvent coexister à un moment donné, comme l'indiquent les données issues des questionnaires et des entretiens. En termes d'orientation intime et de construction de soi, les *barebackers* ne semblent donc pas relever uniquement du « modèle du réseau sexuel », même si celui-ci tient probablement une large place dans leurs modes de socialisation [19].

L'affirmation identitaire du *bareback* peut être comprise comme l'émergence d'une identité problématique. Elle tient à la fois du registre collectif des minorités « involontaires », et de celui du « vécu personnel », selon la typologie proposée par Michel Wieviorka [84] : minorité marquée par une accumulation de discriminations historiquement naturalisées, subies tant sur le plan de l'homosexualité que sur celui du sida ; histoire personnelle d'homme gay, réellement, symboliquement ou potentiellement touché par le VIH.

Le *bareback*, en tant que référent identitaire, ne peut cependant être dissocié du contexte de la santé, comme l'illustre le bandeau d'information diffusé sur le site SMBoy : « *Faire le choix d'une culture bareback c'est manifestement rallier une nouvelle communauté de destin, celle des gays séropositifs. C'est aussi perdre à terme sa qualité de vie, sa santé et rencontrer des problèmes dans son milieu social. Bad trip ! Raw sex : Barebacking is not a game. C'est un acte radical et mortel* ». L'évocation d'une « communauté de destin », expression empruntée à Michael Pollak [65], évoque bien la dimension d'identité collective, aux conséquences sociales, personnelles et médicales péjoratives²⁶.

Les récits recueillis tendent cependant à minimiser cette dimension médicale (voire hygiéniste), au profit d'un regard plus « sociologique ». Le fait de pratiquer le *bareback* intervient comme référent de l'identité pour soi – affirmation, revendication – mais aussi comme désignation, constitutive de l'identité pour autrui [31]. Il peut être interprété comme une évolution de l'identité personnelle, ainsi que l'évoquait Michael Pollak : « *Si les découvertes scientifiques ne permettent pas de maîtriser le mal dans les prochaines années, le sida va devenir le terrain de prédilection d'une recomposition de l'espace politique autour de valeurs individualistes promues par la libéralisation des mœurs et propres aux classes moyennes refusant des contraintes de choix privés, notamment sexuels,*

²⁶ Cette présentation n'est pas sans rappeler, à d'autres époques, celle de l'homosexualité, qui fut longtemps décrite, également, comme un choix de vie aux conséquences néfastes, sur le plan social (discrimination), personnel (isolement) et même médical (maladie mentale).

s'opposant à une partie des couches populaires et aux fractions déclinantes des classes moyennes qui, pour leurs sécurité et protection collective, ont tendance à s'en remettre à l'État » ([65], p. 202). Mais les *barebackers*, du moins une partie d'entre eux, présentent aussi leur choix comme un élément d'une identité collective, une référence communautaire, dans laquelle s'intègre souvent la séropositivité, s'accompagnant d'une sous-culture. Cette contradiction apparente révèle ce que Claude Dubar décrit comme une « *identité en crise* » [31], et qui s'exprime comme une affirmation réactive²⁷ ou transgressive, associée à la visibilité gay. On retrouve sans doute ici le jeu entre invisibilité et visibilité, entre discrétion et exhibition, évoqué par Pierre Bourdieu à propos de la différence et des stratégies de subversion de la domination symbolique, propres aux groupes dominés [17].

Homosexualisation du sida

Les adeptes du *bareback* recontextualisent implicitement l'homosexualisation du sida, en adoptant cette double position identitaire, d'hommes gay visibles, touchés directement ou symboliquement par le VIH. Mais ils le font de manière provocante en exploitant la contradiction entre leur « liberté individuelle » d'adopter une sexualité non protégée et l'injonction de « responsabilité », individuelle et collective, liée à l'idée de prévention.

Cette contradiction n'est pas nouvelle : elle a déjà été mise en lumière dans le contexte des associations de lutte contre le sida, à propos des volontaires homosexuels, entre pratique de la prévention sur le terrain et pratiques sexuelles personnelles [60]. Fondamentalement, les *barebackers* remettent en cause le discours de prévention tel qu'il a été construit depuis le milieu des années 1980. C'est dans ce sens qu'il convient de comprendre la déclaration provocante de Guillaume Dustan : « *La capote n'a jamais existé* » [35].

Cette remise en cause rejoint presque exactement les inquiétudes exprimées par Daniel Defert voici plus de dix ans, à propos du discours de prévention et de l'absence de débat sur sa nécessaire adaptation : « *Si on fait de la sexualité protégée une idéologie officielle et non à nouveau l'objet d'un débat sur la sexualité, l'homosexualité aujourd'hui, on risque d'imposer un nouveau silence sur la vérité des pratiques sexuelles aujourd'hui. On risque de mauvaises surprises à court terme si on transforme le safer sex en langue de bois militante* » [27]. En d'autres termes, le « sexe à moindre risque » ne saurait être une injonction intangible qui se résumerait au seul usage du préservatif, prôné par un discours global, voire s'adressant implicitement aux seuls hommes gay séronégatifs. Les *barebackers* ont souligné, par l'expression de leurs désirs, et au-delà de toute critique, la nécessité d'une évolution du discours de prévention [26].

Cette adaptation doit répondre aux évolutions des pratiques sexuelles qui se différencient, comme l'indiquent les données du Sondage Baromètre Gay 2000, par exemple en fonction du statut sérologique [10]. Les résultats de l'étude de cohorte PRIMO l'indiquent également, les hommes gay séropositifs étudiés ont plus fréquemment des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels séronégatifs ou ignorant leur statut sérologique : 5,1 % en 1998 versus 21,1 % en 2001-2002 [29].

²⁷ Voir la remarque de Marie-Hélène Bourcier sur l'identité réactive ([16], p. 56).

Cette notion de liberté individuelle, privilégiée au détriment de la notion de responsabilité, est très présente dans les données recueillies, notamment dans les entretiens avec des *barebackers*. Elle se manifeste sous la forme d'une revendication individuelle et d'un refus de se soumettre aux recommandations préventives, vécues comme une contrainte inadéquate, une norme susceptible d'être transgressée.

Normes et déviance

Comme le montre Geneviève Paicheler, l'ensemble du dispositif de prévention peut être compris comme un système de normes : « *Le sida a fait évoluer sensiblement l'acceptation de l'homosexualité, mais paradoxalement, le discours sur la sexualité n'a pas beaucoup changé, si ce n'est qu'il a fait vertu du respect des normes sanitaires* » ([64], p. 263). Dès lors, face à ce qui apparaît comme une construction normative, le *bareback* peut être compris comme l'expression d'une déviance, et comme la formation de la sous-culture communautaire qui lui correspond [11].

Les adeptes du *bareback* transgressent de la même façon la norme implicitement associée « *d'asexualité des séropositifs* » [27], telle qu'elle a pu être induite par une partie des campagnes de prévention, qui pouvaient être comprises comme s'adressant avant tout aux gay séronégatifs. L'argumentation de la « liberté sexuelle », surtout au travers de pratiques non protégées, vient rappeler, *a fortiori* depuis l'avènement des multithérapies, que les hommes gay séropositifs peuvent avoir une vie sexuelle intense.

Ce regard posé selon un système de normes/déviance soulève également d'autres questions, dans la mesure où cette norme de « bonne conduite » est plus ou moins directement associée à l'image d'« héroïsme social » des homosexuels et a servi de base à la revendication initiale du Contrat d'union civile, puis à celle du PaCS [15]. Dès lors, la position transgressive des *barebackers* dans le champ des pratiques sexuelles s'étend-elle plus largement au rejet de formes d'intégration et de socialisation telles que la conjugalité, rendue accessible par le PaCS ? Une partie des données recueillies tend à l'indiquer, en particulier les entretiens, sans toutefois prétendre à la généralisation. Certains *barebackers* adoptent une position globalement transgressive, en rejetant non seulement la norme de prévention, mais aussi l'évolution « hétéronormative » des homosexuel(le)s²⁸. Ce rejet est assez comparable à celui mis en évidence dans le contexte contemporain de la « figure de la folle » : dans les deux cas, il s'agit bien d'un système de normes/déviance dont les stigmates sont visibilisés et resignifiés dans la sphère publique, sous la forme d'une contestation marginale et plus ou moins communautaire. De même que les folles, les *barebackers* sont accusés par leurs détracteurs de donner une « mauvaise image de l'homosexualité (masculine) », c'est-à-dire une image non conforme à un ensemble de

²⁸ Ce que j'ai par ailleurs désigné sous le terme d'« homonorme » [56] et qui n'est pas sans rappeler, dans un contexte différent, l'homophilie d'Arcadie [39, 61, 72], c'est-à-dire une forme d'expression de l'hétéronormativité (« *le "ghetto hétérosexuel" culturel et politique [...] naturel et normal* » évoqué par Bourcier [16], p. 35). On peut faire l'hypothèse qu'à la faveur des évolutions sociales comme le PaCS, une forme de normativité universaliste a gagné l'espace social et culturel gay, rejetant à la marge d'autres formes d'expression (sociale, identitaire, sexuelle). Le courant *queer* représente l'une des formes de contestation de cet idéal universaliste.

caractéristiques idéales : choix sexuel « banalisé », genre masculin normalisé et sexualité discrète [56].

Les productions discursives des adeptes du *bareback*²⁹ replacent l'homosexualité et les pratiques sexuelles dans la sphère publique, alors qu'un fort courant qualifié d'universaliste (ou d'intégrationniste) au sein du groupe social des homosexuel(le)s, tend à les restreindre à l'espace privé, comme l'exprime notamment Philippe Adam : « [...] l'émergence de cette posture politique universaliste accompagne le développement de l'idéal d'une homosexualité vécue dans la sphère privée » ([8], p. 107). Le caractère transgressif, communautaire et subculturel du *bareback* prend donc l'exact contre-pied de ce courant universaliste, qui s'exprime en France depuis le milieu des années 1990.

Enfin, en demeurant dans la perspective théorique d'un dispositif de prévention compris comme système de normes/déviance, reste la question de savoir qui en sont les défenseurs et qui assume l'éventuelle fonction d'« entrepreneur de morale » [11]. Daniel Defert avait souligné le danger de voir se transformer un ensemble de mesures pragmatiques répondant à une situation d'urgence de santé publique en « langue de bois militante », détachée du contexte de la sexualité des gays et de l'évolution de l'épidémie [27]. Aujourd'hui, l'analyse des productions discursives sur le *bareback* peut conduire à identifier certains acteurs de la lutte contre le sida, notamment Act Up-Paris, comme tenant ce rôle d'entrepreneurs de morale et défenseurs de la norme de prévention, pour des raisons de santé publique. Un certain nombre de données vont dans ce sens, mais il s'agit ici d'une hypothèse, dont les implications restent à développer ultérieurement.

En tout état de cause, les *barebackers*, du moins certains d'entre eux, ont brisé le secret entourant les pratiques sexuelles non protégées chez les hommes gay (celles-ci ont toujours existé) et se sont de ce fait soustraits à une forme « d'économie du placard »³⁰ qui s'y rattachait. Pour autant, parce qu'ils sont désignés comme *déviants*, leur espace d'expression sociale reste strictement contrôlé. De ce point de vue, le *bareback* fonctionne comme une « catégorie disciplinaire », au sens défini par Michel Foucault [37], voire plus exactement une sous-catégorie marginale ou minoritaire, au sein du groupe plus large des homosexuel(le)s.

Perspectives

À ce stade, il est possible de dégager un certain nombre de perspectives, suggérées en première analyse par les données recueillies au cours de cette recherche.

Le caractère identitaire intrinsèque au *bareback* influe sur les représentations de la sexualité et de la prévention du VIH. Évoquer ce phénomène revient à se limiter aux hommes ; la catégorie de sexe femme se trouve invisibilisée. Sur le plan du genre, c'est le registre de la virilité qui s'exprime essentiellement (au détriment d'autres formes comme l'efféminement, le transgenre³¹, etc.), dans un

²⁹ Qu'il s'agisse de récits de l'ordre de la réalité (témoignages, interviews, etc.) ou de la fiction (romans, etc.).

³⁰ L'expression est empruntée à Eve Kosofsky Sedgwick [47].

³¹ À l'exception de quelques figures publiques, comme Érik Rémès qui exprime des variations performatives du genre masculin.

contexte qui relève souvent des rapports sociaux de sexe entre hommes construits sur la domination³².

Sur le plan de la sexualité enfin, le *bareback* est par définition limité aux pratiques homosexuelles et de ce fait ignore la question des prises de risque associées aux relations bisexuelles et hétérosexuelles. Pourtant, comme en témoigne dans son entretien l'un de nos informateurs, l'organisation de soirées multipartenaires « réservées » à des hommes et des femmes séronégatives est avérée en France³³. Enfin, le *bareback* est fortement associé à la séropositivité, sans toutefois l'être exclusivement. Ce lien apparaît surtout au travers des productions discursives, beaucoup moins sur le terrain ou sur Internet, où le statut sérologique est rarement déclaré.

Ces différentes inscriptions identitaires du phénomène de *bareback* focalisent la question des risques sexuels sur les hommes gay et tendent à en invisibiliser les autres dimensions épidémiologiques. Mais les *barebackers* posent aussi publiquement une série d'interrogations relatives à la transmission du VIH (sur-contamination, transmission des mutations et résistances virales, influence du niveau de la charge virale, etc.). Le débat qu'ils suscitent, relatif à la prévention, à la signification de l'homosexualisation du sida et à l'identité gay, souligne indirectement les zones d'ombre qui demeurent, notamment en matière de tolérance sociale, d'homophobie et d'hétérosexisme³⁴.

Le cœur de la polémique entre adeptes et détracteurs du *bareback* s'articule essentiellement sur l'opposition entre liberté personnelle et responsabilité individuelle et collective en matière de prévention. C'est en conséquence la question de la solidarité qui se trouve posée de nouveau, en tant que lien social fondateur du mouvement de lutte contre le sida et, dans une certaine mesure, en tant qu'argument encourageant et légitimant la nécessité d'adhérer à un « code de bonne conduite sexuelle ». Le *bareback*, en tant que phénomène social (plus qu'en tant que pratique), remet en cause cette notion de solidarité, longtemps promue comme une valeur communautaire, et révèle au grand jour la crise que traversent depuis plusieurs années le mouvement de lutte contre le sida et les principes sur lesquels il a été fondé.

C'est enfin le principe d'innocence des victimes qui se trouve ramené au premier plan, principe problématique, comme le souligne Geneviève Paicheler : « *Le sida est en effet une des grandes tragédies contemporaines, souvent assimilé à une sorte de Troisième Guerre mondiale. Il concentre tous les éléments d'une épopée dramatique. Comme tout fléau scandaleux, il tue des "victimes innocentes", la question lancinante concernant la réalité de "l'innocence" des victimes. Il était fondamental de poser que toutes les victimes étaient innocentes. Mais il fallait aussi considérer que certaines victimes étaient plus innocentes que d'autres, sans que cela soit toujours les mêmes, dans un mélange d'égoïsme et de*

³² Cette configuration n'est pas sans rappeler le « stéréotype sexuel de la folle », également fondé sur la domination virile du partenaire efféminé, qui est forcément attiré par des hommes virils et passif sur le plan sexuel ([56], p. 534-536).

³³ C'est donc l'équivalent des *bareback neg parties* homosexuelles ; un « certificat de séronégativité » est demandé aux participant(e)s.

³⁴ La question du suicide des jeunes gays et lesbiennes, longtemps occultée en France, a récemment pris une importance croissante dans les débats sur l'homosexualité, avec notamment la parution de plusieurs ouvrages traitant de cette question, qui montrent toutes les limites de l'idéal universaliste [30, 81].

dévouement » ([64], p. 263). Un certain nombre de prises de positions récentes contribuent à briser ce « principe d'innocence » pour mettre en accusation des hommes gay séropositifs, comme à Reims, où une association homosexuelle a annoncé son intention de porter plainte contre plusieurs adeptes du *bareback* (ou supposés tels), accusés d'avoir contaminé d'autres hommes gay³⁵. Plus largement, ce sont les discours élaborés autour du thème de la pénalisation de la transmission du VIH [62] qui remettent en péril ce principe d'innocence, déjà longuement débattu par le passé, notamment dans le contexte de l'affaire du sang contaminé.

Conclusion

Le travail en cours sur le phénomène de *bareback* explore en premier lieu une hypothèse identitaire et ses implications, sans exclure d'autres pistes de recherches qui pourraient éclairer les raisons de son apparition et de son éventuel développement.

Cette hypothèse fondée sur l'affirmation du *bareback* comme identité réactive ou transgressive s'inscrit, tout comme l'affirmation explicite d'une posture de recherche identitaire, dans une sociologie des minorités, utilisant notamment les apports de la théorie *queer*, qui permet d'éclairer la compréhension des phénomènes sociaux à partir de l'étude de leurs marges. Ici, ce sont notamment les questions relatives aux normes et à la place de l'homosexualité dans la société qui semblent en jeu.

Il reste à compléter l'analyse des données afin de confronter plus exactement l'hypothèse initiale aux données recueillies et de lever un certain nombre d'incertitudes, liées au caractère actuellement confus et imprécis du terme *bareback* et de la réalité qu'il décrit. Mais on peut dès à présent souligner qu'il ne recouvre ni seulement, ni totalement, un ensemble de pratiques sexuelles à risque chez les hommes gay, dont la réalité est attestée de longue date. En tant que phénomène identitaire, le *bareback* est contradictoire, et relève à la fois de l'identité collective et de l'individualisme social. C'est un choix problématique, dans un registre marginal, qui met en évidence la crise de l'identité gay, prise entre une histoire sociale fondée sur des valeurs communautaires et une évolution de plus en plus sociétaire.

Bien que son évaluation quantitative soit incertaine, le phénomène de *bareback* représente un enjeu politique, centré en premier lieu sur une question de santé publique ; mais ses implications sont lourdes de conséquences sur le mouvement social qu'a représenté et que représente encore la lutte contre le sida et, dans une certaine mesure, sur l'organisation normative des sexualités dans la société.

³⁵ Selon le récit publié sur plusieurs sites gay et dans *Têtu*, et qui soulève aussi des questions autour du secret médical [44]. Les récentes manifestations de protestations organisées par Act Up-Paris en avril 2003 à l'encontre de Franck Spengler, éditeur du roman d'Érik Rémès, *Serial fucker*, et de Thierry Ardisson, producteur du magazine télévisé *Tout le monde en parle* dans lequel cet auteur s'était exprimé, tous deux accusés d'être « criminels et complices du *bareback* », indique bien la volonté d'étendre la notion de « culpabilité » à d'autres acteurs du débat, au-delà du contexte homosexuel. Pour autant, l'association combat fermement toute tentative de pénalisation de la transmission du VIH (*Action*, dossier « criminalisation », n° 89, juin 2003, 6-10).

Références bibliographiques

1. Act Up-Paris. Irresponsables. *Action : la lettre mensuelle d'Act Up-Paris* 2000 ; 68 : 20-2.
2. Act Up-Paris. Prévention. *Action : la lettre mensuelle d'Act Up-Paris* 2001 ; 73 : 9-11.
3. Act Up-Paris. En finir avec Dustan. *Action : la lettre mensuelle d'Act Up-Paris* 2001 ; 77 : 16.
4. AIDES Provence. *Réduction des risques sexuels entre hommes : rapport d'activité 2000*. Marseille : AIDES Provence, multigraphié, 2000.
5. Adam P, Schiltz MA. *Relapse et cantonnement du risque aux marges de la « communauté » : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête « presse gaie »*. In : Calvez M, Schiltz MA, Souteyrand Y, eds. *Les homosexuels face au sida : rationalités et gestion des risques*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1996 : 11-23.
6. Adam P, Delmas MC, Brunet JB. Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay : de l'impact perçu par les individus à la mesure d'une influence effective. In : ANRS, ed. *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1999 : 43-58.
7. Adam P, Delmas MC, Hamers F, Brunet JB. Attitudes et comportements préventifs des homo- et bisexuels masculins à l'époque des nouveaux traitements antirétroviraux. *BEH* 1999 ; 41 : 171-3.
8. Adam P. Lutte contre le sida, PaCS et élections municipales : l'évolution des expériences homosexuelles et ses conséquences politiques. *Sociétés contemporaines* 2001 ; 41-42 : 83-110.
9. Adam P, Hauet É, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
10. Adam P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *BEH* 2002 ; 18 : 77-9.
11. Becker H. *Outsiders : études de sociologie de la déviance* (1963). Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1985.
12. Bédarida F. Préface. In : Pollak M, ed. *Une identité blessée*. Paris : Métailié, 1993 : 5-12.
13. Bolton R. Mapping terra incognita : sex research for AIDS prevention : an urgent agenda for the 1990s. In : Herdt G, Lindenbaum S, eds. *The time of AIDS : social analysis, theory and method*. Newbury Park : Sage Publications, 1992 : 125-58.
14. Borel V. *Un ruban noir*. Arles : Actes Sud, 1995.
15. Borrillo D, Lascoumes P. *Amours égales ? Le Pacs, les homosexuels et la gauche*. Collection *Sur le vif*. Paris : La Découverte, 2002.
16. Bourcier MH. *Queer zones : politiques des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*. Collection *Modernes*. Paris : Balland, 2001.
17. Bourdieu P. Quelques questions sur le mouvement gay et lesbien. In : Bourdieu P, ed. *La domination masculine*. Collection *Liber*. Paris : Éditions du Seuil, 1998 : 129-34.
18. Bozon M. La sexualité a-t-elle changé ? Regards sur l'activité sexuelle et sur ses significations à l'ère du sida. In : Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami A, Spira A, eds.

- La sexualité au temps du sida*. Collection *Sociologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF, 1998 : 11-34.
19. Bozon M. Orientations intimes et constructions de soi : pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. *Sociétés contemporaines* 2001 ; 41-42 : 11-40.
 20. Bozon M. *Sociologie de la sexualité*. Collection *128 Sociologie*. Paris : Nathan, 2002.
 21. Butler J. *Gender trouble ? Feminism and the subversion of identity*, 2th ed. New York-Londres : Routledge, 1999.
 22. Carson G. Psychotherapy with men who bareback. Communication à la convention de la *California Psychological Association*. Pasadena, Californie, 1998 (www.gaytherapy.com).
 23. Charfe Y, Pelé G. Présentation des journées Hommes entre eux. *Entre gens* 1993 ; 2 : 3-4.
 24. Coursaud JB, Laforgerie JF. Sexualité gay : les résultats de l'enquête 2000 : (re)prise de risque. *Illico* 15 mars 2001 ; 25 : 6-12.
 25. Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau AL, Warszawski J, Laporte A. Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris. In : *Sida, VIH et MST : état des lieux en 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2003 : 3-4.
 26. Dannecker M. Contre le déni du désir sexuel. *Infothèque sida* 2000 ; 1 : 4-10.
 27. Defert D. L'homosexualisation du sida. *Gai Pied Hebdo* 29 novembre 1990 ; 446 : 61-3.
 28. Delor F. *Séropositifs : trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Collection *Logiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 1997.
 29. Desquilbet L, Deveau C, Goujard C, Hubert JB, Derouineau J, Meyer L, et le groupe d'étude de la cohorte PRIMO. Increase in at-risk sexual behaviour among HIV-1-infected patients followed in the French PRIMO cohort. *AIDS* 2002 ; 16 (17) : 2329-33.
 30. Dorais M. *Mort ou fif, la face cachée du suicide chez les garçons*. Montréal : VLB Éditeur, 2001.
 31. Dubar C. *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF, 2000.
 32. Dustan G. *Dans ma chambre*. Paris : POL, 1996.
 33. Dustan G. *Je sors ce soir*. Paris : POL, 1997.
 34. Dustan G. *Plus fort que moi*. Paris : POL, 1998.
 35. Dustan G. La capote n'a jamais existé. *Libération*, 21-22 octobre 2000 ; 6044 : 8.
 36. Easterman-Ulmann R. Aiden Shaw : « Mon gode est plus petit que ma bite ». *Têtu* 2000 ; 46 : 30-1.
 37. Foucault M. *La volonté de savoir*. Collection *Bibliothèque des histoires*. Paris : Gallimard, 1976.
 38. Gendin S. They shoot bare backers, don't they ? *POZ* 1999.
 39. Girard J. *Le mouvement homosexuel en France, 1945-1980*. Paris : Syros, 1981.
 40. Goffman E. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (1963). Collection *Le sens commun*. Paris : Éditions de Minuit, 1975.
 41. Goulet V, Sednaoui P, Laporte A, Billy C, Desenclos JC. Augmentation du nombre de gonococcies identifiées par le réseau RENAGO. *BEH* 1999 ; 26 : 109-11.
 42. Gourvenec P. *Tilt*. La Tresne : Éditions Le Bord de l'Eau, 1999.
 43. Grosjean B. Homos : la capote n'a plus la cote. *Libération* 2000 ; 6035 : 3-5.

44. Héraud X, Martet C, Praï F. Prévention : dérapage à Reims. *Têtu* 2003 ; 63 : 150-2.
45. InVS. Surveillance du sida en France, situation au 31 mars 2002. *BEH* 2002 ; 27 : 133-9.
46. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif*. Collection 128 Sciences sociales. Paris : Nathan, 2001.
47. Kosofsky Sedgwick E. *Epistemology of the Closet*. Berkeley : University of California Press, 1990.
48. Laporte A. Progrès thérapeutiques et relapse : pas de causalité. *ANRS Information/ Transcriptase / Transcriptase sud*. Barcelone : 14^e conférence internationale sur le sida, automne 2002 : 52-4.
49. Lemarchand J. *Les mécanismes de mise sur agenda du bareback*. Mémoire de maîtrise, Institut d'Études Politiques de Paris, juin 2001.
50. Léobon A, Frigault LR, Lévy J. *Les usages sociosexuels d'Internet et le développement d'une culture du risque au sein de la communauté homosexuelle*. CARTA, Laboratoire de Géographie sociale, Université d'Angers, 2003.
51. Leraton RP. *Gay Porn. Le film porno gay : histoire, représentations et construction d'une sexualité*. Paris : H&O Éditions, 2002.
52. Lestrade D. *Act Up : une histoire*. Collection *Impacts*. Paris : Denoël, 2000.
53. Lestrade D. Oui, le relapse est une menace. *Libération* 21-22 octobre 2000 ; 6044 : 9.
54. Le Talec JY. *Le risque du sexe, entre rumeur et réalité : la prévention de la transmission du VIH chez les homosexuels masculins, état des lieux du dispositif à Paris, établi entre janvier et juillet 2000*. Rapport SOS Habitat et Soins/DDASS de Paris, septembre 2000 (www.multisexualités-et-sida.org).
55. Le Talec JY. Réflexions sur l'identité gaie. In : Ignasse G, Welzer-Lang D, eds. *Genre et sexualités : quelle recherche, quel enseignement ?* Paris : L'Harmattan, 2003.
56. Le Talec JY. *La « figure de la folle » : approche sociologique de l'homosexualité masculine*. Thèse de sociologie sous la direction de D. Welzer-Lang, Université de Toulouse-Le Mirail, Toulouse, 2003.
57. Mansergh G, Marks G, Colfax GN, et al. « Barebacking » in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS* 2002 ; 16 (4) : 653-9.
58. Martens V. *Relapse et barebacking : danger de la jouissance ou jouissance du danger ?* Bruxelles : Genre d'à côté, 2003 (<http://www.genres-d-a-cote.org/gueul/ggueul06.htm>).
59. Mathieu NC. Critiques épistémologiques de la problématique des sexes dans le discours ethno-anthropologique. In : Mathieu NC, ed. *L'anatomie politique : catégories et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes, 1991 : 75-127.
60. Mendès-Leite R, Proth B. Statut sérologique, militantisme et prises de risque : enjeux et paradoxes de l'engagement et du vécu. In : Mendès-Leite R, Proth B, De Busscher PO, eds. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida : trois essais sur les (homo)sexualités masculines*. Collection Sexualité humaine. Paris : L'Harmattan, 2000 : 109-36.
61. Miles C. Arcadie, ou l'impossible Éden. *La revue h* 1996 ; 1 : 25-35.
62. Molla A. Approche juridique des comportements sexuels aboutissant à la transmission du virus à autrui. Numéro spécial « Quartier rose : homosexualités, sida, éducation et mémoire ». *Triangul'ère* 2002 ; n° 3 (1/2) : 72-7.
63. O'Connel J, Layder D. *Methods, sex and madness*, Londres-New York : Routledge, 1994.

64. Paicheler G. *Prévention du sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Collection *CNRS communication*. Paris : CNRS Éditions, 2002.
65. Pollak M. *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1988.
66. Rémès É. *Je bande donc je suis*. Collection *Le rayon gay*. Paris : Balland, 1999.
67. Rémès E. *Serial fucker. Journal d'un barebacker*. Paris : Éditions Blanche, 2003.
68. Rofes E. The emerging sex panic targeting gay men. Communication à la conférence *Creating Change de la National Gay and Lesbian Task Force*. San Diego (Californie), 16 novembre 1997.
69. Rofes E. Building a movement for sexual freedom during a moment of sex panic. Communication à la conférence *The Second Annual Summit to Resist Attacks on Gay Men's Sexual Civil Liberties*. Pittsburgh (Pennsylvanie), 13 novembre 1998.
70. Roth-Bettoni D. Illico, 15 ans. *Illico* 2003 : 5-17.
71. Scarce M. La fin du *safer sex* ? *Têtu* 1999 ; 33 : 55-9.
72. Sidéris G. Folles, swells, effeminatees, and homophiles in Saint-Germain-des-Prés of the 1950s. *J Homosexuality* 2000 ; 41 (3-4) : 219-32 (traduction en ligne sur http://semgai.free.fr/contenu/textes/sideris_folles.htm : Des folles de Saint-Germain-des-Prés au fléau social. Le discours homophile contre l'efféminement dans les années 50 : une expression de la haine de soi ?).
73. Sowadsky R. *Barebacking in the gay community*. 1999. <http://www.thebody.com/cgi/safeans.html>.
74. Spire B, Lert F. L'initiative de l'association Aides en matière de « réduction des risques sexuels ». *Transcriptase* 2002 ; 103 : 4-5.
75. Stall R, Coates TJ, Hoff C. Behavior risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men : a review of results from the United States. *Am Psychol* 1990 ; 43 (11) : 978-85.
76. Taéron C. Bareback : en quête de raisons et de sens (dossier). *Journal de la démocratie sanitaire* 2003 ; 155 : 12-23.
77. Tamagne F. *Histoire de l'homosexualité en Europe : Berlin, Londres, Paris, 1919-1939*. Collection *Univers historique*. Paris : Éditions du Seuil, 2000.
78. Thévenin P, Héraud X, Silk J, Léon M, Corbin S, Barbe Y. Drague sur le net. *Têtu* 2001 ; 61 : 75-83.
79. Tighe J. Sexual relapse. *HIV Concelor Perspectives* 1991 ; 1 (1).
80. Valenzuela T. Bareback sex and HIV : a young man's choice. *Gay Today* 15 mars 1999 (<http://gaytoday.badpuppy.com/garchive/viewpoint/031599vi.htm>).
81. Verdier E, Firdion JM. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Montblanc : H&O Éditions, 2003.
82. Welzer-Lang D. *Entre commerce du sexe et utopie : l'échangisme. Actes du premier colloque européen sur l'échangisme*. Toulouse : Université de Toulouse 2-Le Mirail, 1998.
83. Welzer-Lang D. Pour une approche proféministe non homophobe des hommes et du masculin. In : Welzer-Lang D, ed. *Nouvelles approches des hommes et du masculin*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail, 2000 : 109-38.
84. Wierviorka M. *La différence*. Collection *Voix et regards*. Paris : Balland, 2001.
85. Yep GA, Lovaas KE, Pagonis AV. The case of « riding bareback » : sexual practices and the paradoxes of identity in the era of AIDS. *J Homosexuality* 2002 ; 42 (4) : 1-14.

La communication publique sur le sida en direction des homosexuels et bisexuels masculins en France (1989-2002)

Christophe BROQUA

Résumé

L'histoire des campagnes de prévention du sida ciblées en direction des homosexuels masculins présente en France la particularité d'avoir été extrêmement tardive. Cet article le montre en dressant un panorama chronologique des campagnes réalisées par les pouvoirs publics à l'attention des homosexuels. On distinguera trois périodes. À partir de 1990, l'AFLS tente d'articuler communication ciblée à travers médias et réseaux communautaires, et clins d'œil aux homosexuels dans les campagnes télévisées adressées au grand public. En 1995 est réalisée la première campagne presse intégrant dans des médias grand public des messages explicitement adressés aux homosexuels. Enfin, à partir de 1999, les homosexuels apparaissent clairement chaque année dans les spots de prévention télévisés.

Mots clés : politique publique, communication publique, campagne de prévention, prévention ciblée, homosexuel.

On a souvent décrit la « double contrainte » qui pesait au début des années 1980 sur ceux qui souhaitaient faire de la prévention en direction des gays : il fallait les alerter spécifiquement d'un risque qui les menaçait en premier lieu, tout en les protégeant de la stigmatisation sociale. En revanche, plus rares sont les textes s'attachant à faire apparaître l'étonnante lenteur avec laquelle les efforts de prévention ciblée ont été entrepris. C'est ce à quoi nous nous attacherons dans cet article¹.

La construction d'une « grande cause »

En février 1982, le Ministre communiste de la Santé, Jack Ralite, déclare à l'Assemblée nationale en réponse à une question écrite posée par le député Jacques Godfrain au sujet des mesures envisagées face à la nouvelle maladie qui frappe principalement les homosexuels :

¹ Je remercie Kamel Brik (CRIPS Île-de-France) pour l'aide à la constitution du corpus.

« À ce jour, plusieurs cas ont été décrits en France, touchant des homosexuels. Le ministère de la Santé a entamé, avec l'appui de personnalités scientifiques compétentes, une action propre à recenser l'ensemble des patients atteints et à cerner les causes de ce phénomène. Si sa réalité est confirmée en France, le ministère de la Santé prendra les mesures nécessaires pour freiner son extension, mesures parmi lesquelles l'information de la population homosexuelle aura sa place »².

Cependant, il faut attendre 1987 et l'arrivée de Michèle Barzach au poste de ministre délégué chargé de la santé (pendant la première cohabitation sous Mitterrand) pour que le sida soit décrété « grande cause nationale », six ans après l'apparition de la maladie, qui touche alors majoritairement les homosexuels masculins et les usagers de drogues par voie intraveineuse³. Les premières campagnes nationales de prévention menées par les pouvoirs publics et réalisées par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) la même année (« *Le sida, il ne passera pas par moi* » ; « *Le sida, il ne passera pas par nous* ») ne comportent aucun message ciblé en direction de ces populations. C'est d'ailleurs au moment où le sida est reconnu comme une menace globale pour l'ensemble de la société qu'elles sont lancées.

C'est en 1989 que les pouvoirs publics adressent pour la première fois un message de prévention aux gays, lorsque le CFES décide de décliner la campagne « *Les préservatifs préservent de tout. De tout sauf de l'amour* » en différents visuels dont l'un, diffusé sous forme d'encart dans la presse gay, cible spécifiquement les homosexuels (« *Le préservatif gâche le plaisir ? Ils n'ont pas l'air du tout de cet avis. Les préservatifs préservent de tout. De tout sauf de l'amour* ») (figure 1). La même année, suite aux recommandations formulées dans un rapport sur le sida remis par le Pr Claude Got au Premier ministre, trois instances spécifiques sont créées : l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS), l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) et le Conseil National du Sida (CNS). L'AFLS est chargée, d'une part, d'organiser les campagnes nationales de prévention et, d'autre part, de répartir les financements publics attribués à des projets associatifs. En 1990, elle réalise ce que l'on peut considérer comme la première brochure des pouvoirs publics ciblée en direction des homosexuels (« *Safer sex : tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le sexe plus sûr entre hommes...* ») ; elle est conçue par AIDES et Santé et Plaisir Gai (SPG) et aucune mention de l'Agence n'est faite sur le document, officiellement pour ne pas rebuter le public visé.

Les débuts d'une prévention ciblée

Si l'AFLS n'inclut pas de message clairement destiné aux homosexuels dans ses campagnes grand public, elle espère néanmoins que certains des personnages mis en scène pourront constituer des supports d'identification pour les différentes populations touchées par l'épidémie, dont les gays. Ainsi, en 1990, elle décide d'intégrer un duo d'hommes, censés représenter des homosexuels, au spot déjà diffusé l'année précédente (« *Les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances* »). Ensuite, deux campagnes réalisées en 1991 et 1992 (« *Les*

² Cette réponse est publiée au *Journal Officiel* en mai 1982.

³ Sur l'histoire des politiques publiques liées au sida et de leur articulation avec les mouvements associatifs, voir [5].

préservatifs, pourquoi hésiter plus longtemps ? » ; « Les préservatifs, aujourd'hui tout le monde dit oui ») comportent au total trois spots mettant en scène des hommes dont les dialogues permettent aux plus attentifs de les reconnaître comme homosexuels. En 1991, un spot de la campagne « *Les préservatifs, pourquoi hésiter plus longtemps ?* » montre une discussion entre deux hommes assis sur le capot d'une voiture : « – *Moi ? J'en ai toujours sur moi. – Moi, j'en demande à chaque fois, ça revient au même* ». Ce spot est repris quelques mois plus tard sous une forme légèrement modifiée, avec des dialogues un peu plus explicites : « – *Moi ? J'en ai toujours deux ou trois sur moi. – Ça fait déjà quelques raisons pour mieux se connaître* ». Un dernier spot enfin, réalisé dans le cadre de la campagne « *Les préservatifs, aujourd'hui tout le monde dit oui* » en 1992, montre une scène de cantine où trois hommes évoquent la liaison de l'un d'eux avec un certain « Dominique » :

- « – 1 : *Alors c'est la forme ?*
- 2 : *C'est à toi qu'il faut demander ça.*
- 3 : *C'est pas ce soir que tu vois Dominique ?*
- 1 : *Ouais.*
- 2 : *Et alors, tu vas le chercher chez lui ?*
- 1 : *Ouais.*
- 3 : *Et tu sais où tu vas l'amener ?*
- 1 : *Ouais.*
- 2 : *C'est toi qui l'invite j'espère !*
- 1 : *Ouais.*
- 3 : *Et tu penses que ça va marcher ?*
- 1 : *Ouais.*
- 2 : *Et t'as des préservatifs bien sûr ?*
- 1 : *Mais pour quoi faire ? C'est pas comme si on se connaissait pas, on travaille dans le même service.*
- 2 & 3 : *Ouais !*
- 3 : *Eh bien si ça te suffit !*
- Voix off : *Les préservatifs, aujourd'hui tout le monde dit oui ! »*

Si l'on excepte le « lui » de la cinquième réplique, le propos pourrait concerner une personne de sexe féminin, et le choix d'un prénom au genre indéterminé illustre clairement la stratégie alors mise en œuvre par l'Agence. Dans une émission télévisée retraçant l'histoire des campagnes de prévention du sida, un représentant de l'agence de communication Alice (qui a conçu les campagnes de cette époque) explique : « *On devait faire des spots pour les homosexuels dans lesquels le grand public ne voie pas qu'il s'agissait d'homosexuels* »⁴. Ces spots correspondent à ce que l'on appelle à l'époque un « *clin d'œil en direction des homosexuels* » ([4], p. 110).

Parallèlement, l'AFLS se dote dès 1990 d'un « groupe d'experts » sur la thématique des homosexuels et du VIH, finance sur appels d'offres des actions de prévention ciblées, achète des encarts dans la presse gay, avant d'éditer en 1992 une série de cinq brochures à destination des homosexuels diffusées de manière sélective (« *Petits Livres du plaisir, du sexe et de l'amour* » de la

⁴ Arrêt sur image, La Cinquième, 6 juin 1996.

collection « *Hommes entre eux* »⁵. Elle organise enfin cette même année un colloque réunissant chercheurs, acteurs de terrain et pouvoirs publics, afin de faire le bilan des actions menées et de dégager des perspectives pour l'avenir. Les premiers messages véritablement explicites adressés aux homosexuels à travers des campagnes grand public apparaissent en 1994. Il s'agit de spots réalisés par des associations, diffusés à la télévision et au cinéma. L'un fait partie des trente et un films produits dans le cadre du concours « *3 000 scénarios contre un virus* » organisé auprès des adolescents par le CRIPS Ile-de-France : deux étudiants se retrouvent dans une bibliothèque universitaire où ils évoquent leur relation amoureuse. L'autre, signé par Act Up-Paris, procède à l'énumération détaillée des pratiques qui présentent un risque de transmission – relations sexuelles non protégées et échange de seringues – et des prophylaxies associées. Fin 1994, suite à la dissolution de l'AFLS, recommandée par le Pr Luc Montagnier dans un rapport remis au Premier ministre, la Direction générale de la santé (DGS) reprend le flambeau de la prévention en France tandis que les DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales) sont chargées de financer localement les actions de prévention menées sur le terrain par les associations.

Messages ciblés dans les campagnes grand public et dans la presse spécialisée

En 1995, quatorze ans après l'apparition du sida, ce sont cette fois les pouvoirs publics qui, pour la première fois, lancent une campagne de prévention dans un média grand public intégrant des messages ciblés en direction des homosexuels (ou des hommes ayant des pratiques homosexuelles) par des encarts dans la presse et un spot radiodiffusé. Préparée pendant la seconde cohabitation François Mitterrand, elle est lancée par le premier gouvernement de la présidence de Jacques Chirac, quelques semaines après son élection en mai 1995. Un des encarts cible les couples gays ouverts (« *Heu-reux* ») (figure 2), un second s'adresse aux gays multipartenaires (« *Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme...* ») (figure 3) et un troisième aux bisexuels multipartenaires (« *Quand vous faites l'amour avec Pierre, pensez à protéger Virginie...* »).

Fortement décriée par certaines associations en raison de censures gouvernementales de dernière minute⁶, également très critiquée par ceux qui, à l'inverse, considèrent l'évocation directe de l'homosexualité comme une forme condamnable de prosélytisme, cette campagne est la plus explicite jamais réalisée en France. Au moment de sa conception, l'Agence Australie s'est largement appuyée sur la compétence et l'autorité qu'exerce alors Act Up-Paris : tout d'abord en ayant recours à leur expertise sur les enjeux de la prévention, et ensuite en faisant valoir auprès des pouvoirs publics les risques de protestation des activistes au cas où les messages ne seraient pas conformes à leurs attentes [4].

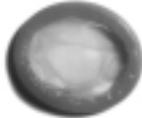
⁵ Pour une analyse de ces documents, voir [3], ainsi que l'article du même auteur dans cet ouvrage. Plus largement, sur la politique de prévention du sida en direction des homosexuels par l'AFLS, voir [2].

⁶ Deux encarts ont été supprimés, d'autres ont été modifiés, comme celui adressé aux gays multipartenaires, sur lequel les pieds nus en bout de lit ont été changés en chaussures posées sur le sol, le prénom Karim a été remplacé par Gilles, etc. ([4], p. 233).



Heu-reux. Eric et Christophe vivent ensemble. Cette nuit, ils ont fait l'amour. Il leur arrive d'avoir d'autres aventures homosexuelles, alors ils se protègent. Pour toute pénétration, ils emploient un préservatif associé à un gel à base d'eau, afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif. Ces gels à base d'eau sont en vente dans les pharmacies et dans certaines grandes surfaces. Pour en parler, Ecoute Gaie au (1) 44.93.01.02 et Sida Info Service au 05.36.66.36.

Protégez-vous du sida.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE

Figure 2.
« *Heu-reux* ».
Ministère de la Santé publique et de l'Assurance Maladie, 1995.



Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme.

Jérôme. Si vous pratiquez la pénétration anale

entre hommes, le préservatif, bien utilisé, est la meilleure protection contre le virus du sida (VIH) et les maladies sexuellement transmissibles (MST). Afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif, il est recommandé d'utiliser un gel à base d'eau, en vente dans les pharmacies et certaines grandes surfaces.

Si vous avez plusieurs partenaires, adopter le préservatif c'est se protéger soi et les autres. Pour en parler, Ecoute Gaie

au (1) 44.93.01.02 et Sida Info Service au

05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**



Figure 3.

« *Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme* ». Ministère de la Santé publique et de l'Assurance Maladie, 1995.

Toujours en 1995, une campagne de solidarité vis-à-vis des personnes atteintes (« *S'aimer, s'aider et ne jamais céder* ») est diffusée dans la presse homosexuelle. Elle décline différents messages : « *Vivre avec le VIH, c'est vivre avant tout* » ; « *Mon copain est séropositif et je l'aime* » ; « *Quand on peut m'écouter, c'est plus facile d'en parler* » ; « *Hier, nous étions deux... Aujourd'hui, je réapprends à vivre* » ; « *La maladie est moins dure à supporter avec mes amis à côté* ». C'est enfin en 1995 qu'est lancée la série de bandes dessinées de Cunéo, qui marque les esprits par son originalité et le caractère non injonctif de son contenu.

En 1996, une nouvelle campagne grand public, comprenant elle aussi des messages ciblés en direction des homosexuels, est diffusée dans la presse et à la télévision. Dans l'encart destiné à la presse généraliste, l'image des gays redevient floue, et les avancées de l'année précédente semblent déjà loin (« *Cet été, aimez-vous comme vous le voulez. Avec un préservatif* »). En même temps, dans la presse gay, la publication d'une série de trois encarts non signés introduit une forme nouvelle de communication qui se présente comme du rédactionnel. Quant au spot télévisé (« *Quel souvenir garderez-vous de vos vacances ? Le sida ?* »), il faut encore faire preuve d'un grand discernement pour réussir à voir les deux homosexuels qui s'y cachent. Les homosexuels alors interrogés par l'IFOP (Institut français d'opinion publique) s'affirment cependant satisfaits de ce tournant, reconnaissant une influence de ces deux campagnes sur le maintien de leurs pratiques de prévention.

La Mairie de Paris en revanche, quittant le flou pour sa part, met en scène pour la première fois un couple d'hommes sur une affiche de prévention du sida, dans le cadre d'une nouvelle campagne déclinée en anglais, en allemand et en espagnol (« *En amour, il faut être deux. Contre le sida il faut être trois* ») (figure 4). Toujours en 1996, l'association *Lesbian and Gay Pride Films* (émanation de l'association *Lesbian and Gay Pride*) organise un concours de scénarios sur le thème de l'homosexualité et du sida (« *L'amour est à réinventer* »), qui aboutit l'année suivante à la diffusion de dix courts métrages sur les chaînes de télévision et dans les salles de cinéma.

Une seconde série d'encarts rédactionnels paraît dans la presse gay en 1997 (« *Mais pourquoi c'est plus fort que moi ?* » ; « *T'es complètement inconscient ?* » ; « *Mais pourquoi on n'en parle jamais ?* »). En 1997 et 1998, les campagnes gouvernementales délaissent la cible des homosexuels pour privilégier des thèmes plus transversaux tels que la solidarité avec les personnes atteintes – dans la famille, dans le couple ou en milieu professionnel – ou le dépistage précoce du VIH.

Le retour en force des homosexuels dans les campagnes télévisées

En 1999, on assiste en quelque sorte au retour en force de la prévention ciblée, avec tout d'abord une brochure, sous la forme d'un roman-photo (« *Révélation* »), moins prude que celui de l'AFLS destiné aux adolescents homosexuels. Mais l'événement le plus notable est qu'une nouvelle campagne de prévention diffusée à la télévision au cours de l'été 1999, puis une seconde en 2000, comprennent toutes deux un spot s'adressant aux gays. Le premier (été 1999), signé par le réalisateur Patrice Chéreau, met en scène un homosexuel



Figure 4.
« En amour, il faut être deux. Contre le sida, il faut être trois ».
Mairie de Paris, 1996.

décrivant les difficultés du maintien de la prévention (campagne « *Ce n'est pas toujours facile de mettre un préservatif* ») :

« Tu sais, quand j'ai rencontré Vincent, je sais pas comment te dire ça, j'en avais simplement envie. Et puis c'est très vite devenu simplement autre chose. Bien sûr que je mets des capotes d'habitude. Je les avais sur moi d'ailleurs, je les sentais dans ma poche ; mais avec lui c'était vraiment différent. C'est peut-être pour ça qu'on n'en a pas mis ce jour-là. En fait, je crois qu'on n'en a même pas parlé. Et voilà ! Tu comprends ?

Voix off : Ce n'est pas toujours facile de mettre un préservatif mais il y a toujours plusieurs milliers de contaminations par le sida, chaque année en France ».

Dans le second (été 2000), réalisé par Raymond Depardon, deux hommes qui s'apprêtent à avoir une relation sexuelle discutent à la terrasse d'un café (campagne « *Le sida on en meurt encore* ») :

« – Ça fait longtemps que t'es tout seul ?

– Euh non, ça fait pas très longtemps.

– T'es libre ?

– Tu veux faire quoi ?

Voix off (de l'un des deux protagonistes) : C'est l'histoire de deux mecs qui vont faire une vraie connerie. Ils se connaissent seulement depuis trois semaines et ils vont faire l'amour sans préservatif. Comme si pour nous, pour moi, le sida n'existait plus.

Voix off (d'une femme) : Il suffit d'une fois pour être contaminé par le virus du sida ».

Dans l'un et l'autre spot, la situation évoquée ou mise en scène est d'un certain point de vue la même : une première relation sexuelle où le préservatif n'est pas utilisé entre deux protagonistes qui se connaissent depuis peu. Mais le statut précis des personnages et de leur comportement non protégé diffère : dans le premier spot, l'homme qui s'exprime dit avoir l'habitude d'utiliser des préservatifs, et il semble appartenir à la génération de ceux qui ont connu la forte vague épidémique ; dans le suivant, les deux protagonistes sont plus jeunes, et l'oubli du préservatif n'a pas l'air d'un accident. Dans le premier cas, on reconnaît la lassitude des homosexuels trentenaires, dans le second, l'« insouciance » des plus jeunes qui n'ont pas connu les ravages de l'épidémie.

Au début de l'année 2001 (mars), paraissent les résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000 qui montrent pour la première fois de manière non équivoque l'érosion des comportements préventifs chez les gays à travers une nette recrudescence des comportements non protégés en France [1], notamment chez les plus jeunes et chez les séropositifs. En même temps, le retard pris dans la mise en place d'une déclaration obligatoire (et anonyme) de la séropositivité empêche de savoir si ce recul de la prévention ne traduit par une augmentation des nouvelles contaminations.

Au cours de l'été 2001, un spot réalisé par le CFES, déclinant différentes pratiques sexuelles potentiellement contaminantes, à partir d'extraits de films de fiction (dont certains montrent des homosexuels), est censuré au dernier moment par les services du Premier ministre. La campagne de l'année précédente est rediffusée faute de mieux. Quelques semaines plus tard, un communiqué de presse du ministère délégué à la Santé s'alarme de la recrudescence de la syphilis au cours des derniers mois.

À la fin de l'année, aux alentours du 1^{er} décembre, sont publiés dans le cadre de la campagne « *Le sida n'est pas mort* » une série d'encarts ciblés en direction des homosexuels dans la presse gay et généraliste, qui distingue la cible des séropositifs (« *Mon corps peut transmettre le sida. Moi je n'accepte pas* » ; « *Mon corps peut transmettre le sida. Moi je refuse* ») de la cible des séronégatifs (« *Mon corps peut attraper le sida. Moi je ne veux pas* » ; « *Mon corps peut choper le sida. Moi je dis non* »). C'est la première fois en France, vingt ans après la découverte des premiers malades homosexuels, que les pouvoirs publics adressent explicitement un message de prévention aux gays séropositifs. En même temps, des spots télévisés montrent des personnages potentiellement contaminés, parmi lesquelles on reconnaît des hommes homosexuels, avec en voix off le slogan : « *Aujourd'hui, [date du jour], douze personnes ont été contaminées par le virus du sida. Un préservatif les aurait protégés. L'épidémie reprend, reprenons le préservatif* ».

Enfin, en 2002, la campagne télévisée du 1^{er} décembre choisit de communiquer sur les situations de couple. Le spot « homosexuel » (comme celui qui, pour la première fois cette année, montre des migrants originaires d'Afrique noire) met en scène un couple dont l'un des membres évoque un partenaire extérieur :

- « – *Tu sais, le mec de cet été...*
 - *Je ne veux plus entendre parler de cette histoire.*
 - *Il est séropo.*
 - *T'as fait un test ?*
 - *Non.*
 - *On va le faire tous les deux...*
- Voix off : *Sida, le test, c'est important de savoir* ».

L'objectif est ici d'appliquer ce que certains chercheurs australiens ont nommé au milieu des années 1990 la « sûreté négociée », consistant à se tenir informé du statut sérologique de chaque membre du couple à l'aide de tests répétés, afin d'envisager les modes de protection adaptés, qui peuvent dans certains cas correspondre à l'abandon de toute protection.

Conclusion

Ce panorama chronologique des campagnes de prévention du sida adressées aux homosexuels et bisexuels masculins en France laisse clairement apparaître le retard considérable de ces mesures, tant si l'on tient compte du décalage qui les sépare des premières données scientifiques, que si l'on compare la situation française à celle d'autres pays.

La population homosexuelle présente en France la singularité d'avoir transformé ses modes de vie et plus précisément ses comportements sexuels alors qu'aucun message de prévention ne lui avait encore été adressé par les pouvoirs publics. C'est en grande partie grâce aux initiatives communautaires et en raison de l'expérience collective de l'épidémie (accrue au moment où les tests de dépistage apparaissent) que les gays ont su adapter très vite leurs comportements. Mais pour autant, les contaminations n'ont jamais cessé.

C'est pourquoi l'avancée que représentent les spots s'adressant explicitement aux homosexuels dans les campagnes télévisées réalisées ces dernières années ne doit pas masquer les importantes lacunes qui restent à combler. Car la cible

Saisir l'insaisissable. Les stratégies de prévention du sida auprès des homosexuels et bisexuels masculins en France (1984-2002)

Pierre-Olivier de BUSSCHER

Résumé

Cet article retrace l'histoire des stratégies de prévention mises en place auprès de la population homosexuelle en France depuis les débuts de l'épidémie, ceci tant à un niveau associatif qu'à un niveau étatique. Quatre grandes phases de cette histoire sont définies : une première consistant en la mise en place d'une stratégie communautaire, une seconde mettant en évidence l'existence de publics « hors-communauté », une troisième construite sur l'idée du maintien des pratiques préventives et non plus seulement de leur adoption, et enfin une quatrième répondant aux nouveaux enjeux liés à l'apparition de nouveaux traitements.

Mots clés : prévention, communication, action de terrain, homosexuel masculin, bisexuel masculin, jeune gay, *relapse*, *bareback*, association, politique publique.

Cet article est dédié à la mémoire de Roger Voisin

Analyser les différentes stratégies mises en place en direction des homosexuels dans la prévention de l'épidémie à VIH relève d'une problématique peu originale. Il s'agit de comprendre comment les politiques de santé publique et leurs relais – qu'ils soient étatiques ou associatifs – ont créé et cherché à porter différents messages auprès d'une « population » définie par un comportement, celui d'avoir des relations sexuelles avec des personnes de même sexe. La difficulté majeure dans ce processus de définition étant que ladite « population » n'a de réalité sociale qu'épidémiologique. Elle ne renvoie ni à des catégories démographiques (classes d'âge), ni à des catégories socioprofessionnelles, ni à une localisation géographique. À l'instar d'autres comportements à risque (usage de tabac, consommation d'alcool, comportement alimentaire), l'attrance sexuelle pour un autre homme se concrétisant par des pratiques sexuelles est susceptible d'exister dans tous les segments de la population. La stratégie la plus communément utilisée en France vis-à-vis de la gestion des comportements à risque a été le recours très large à une communication de masse dans des campagnes grand public, relayées par des dispositifs d'accueil et de soutien. Or précisément, dès l'identification des modes de transmission du VIH et du principal groupe de transmission, cette stratégie classique de prévention grand public apparaît

comme « impensable » ; elle est écartée sans même avoir été débattue. En dehors d'une tentative ponctuelle de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) au début des années 1990 dans la presse généraliste¹, il faudra attendre l'année 1995 (pour les campagnes presse) et l'aube des années 2000 (pour les campagnes télévisées) pour que cette voie soit finalement pleinement exploitée.

Deux facteurs vont, en effet, interdire la possibilité d'une telle démarche durant l'ensemble des années 1980 et la plus grande partie des années 1990. Le premier est d'ordre politique. Si la pratique sexuelle « homosexuelle » est pleinement licite et sur un pied d'égalité avec la pratique sexuelle « hétérosexuelle »² depuis 1981, l'homosexualité reste un objet d'enjeux et de débats. Pour nombre de fractions de la société française, elle est peut-être licite, elle n'en reste pas moins anormale, pathologique voire intolérable. D'où une situation de double contrainte : la difficulté pour un pouvoir politique, qui plus est un gouvernement de gauche (durant la première phase de l'épidémie), de donner à penser qu'il s'occupe de « marginaux », ceci dans un souci de ménager l'opinion publique ; et le risque de stigmatiser une population déjà discriminée en l'associant à une maladie de nature épidémique [25]. L'autre facteur est l'existence d'un champ social de l'homosexualité structuré entre un pôle associatif et un pôle commercial, issus des mouvements homophile et gay des années 1960 et 1970. La visibilité de ces institutions – renforcée au début des années 1980 par le développement sensible de lieux de convivialité associatifs ou commerciaux – ainsi que les processus identitaires qui s'y forment, donnaient l'illusion, dans le contexte d'une faible connaissance sociologique de l'homosexualité, d'une population « captive » se regroupant dans différents espaces identifiés, ayant des leaders et des organisations pouvant apparaître comme « représentatives ».

Investir le champ de l'homosexualité

La démarche « naturelle » qui marque les premiers temps de l'épidémie va être alors celle d'une prévention de type communautaire. Dès lors que le principal risque de transmission est identifié (la pénétration anale) et qu'un rempart peut être proposé (le préservatif), il s'agit d'assurer la promotion de celui-ci au sein des différents relais identifiés ciblant exclusivement les homosexuels. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les premières interventions, d'initiative associative, soutenues ou non par l'État : rédaction de pages spécifiques par l'Association des Médecins Gais (AMG) dans le *Guide Gai Pied*, articles rédactionnels de l'AMG et de Vaincre Le Sida (VLS) dans les magazines *Gai Pied Hebdo* et *Samouraï*, émissions de radio sur Fréquence Gaie (FG), premier démarchage – non sans peine – de volontaires de AIDES au sein des établissements commerciaux qui autorisent les consommations sexuelles, encartage de la première brochure de AIDES dans *Gai Pied Hebdo*, message pédagogique et diffusion du sigle SSR (sexe sans risque) dans les petites annonces du même journal, mise en relais

¹ AFLS, Campagne « Un homme qui rencontre une femme peut en parler avec tout le monde mais un homme qui rencontre un homme », parue dans *Le Parisien libéré*, *Le Figaro*, *L'Équipe*, *Le Chasseur français* et *Libération*, 1991.

² Nous ne parlons pas ici de la conjugalité mais bien uniquement des pratiques sexuelles. Remarquons de surcroît que l'abrogation de l'article 331 du Code pénal en 1981 a mis à niveau, entre homosexuels et hétérosexuels, l'âge légal vis-à-vis du consentement. Contrairement à d'autres pays l'homosexualité en tant que telle n'était pas prohibée en France, du moins depuis la rédaction du code Napoléon au début du XIX^e siècle.

et diffusion de matériel de prévention au sein des associations homosexuelles de loisirs et de convivialité [11]. Dans le même temps, la stratégie grand public mise en place tant par les associations, et en premier lieu AIDES, que par l'État à partir de 1986-1987 est celle d'une « déshomosexualisation » de l'épidémie cherchant à ce que tout le monde puisse se sentir concerné, construisant ainsi la lutte contre le sida en cause d'intérêt national [24].

Cette démarche communautaire est renforcée durant la seconde moitié des années 1980 par l'émergence de l'association Santé et Plaisir Gai (SPG)³. Née d'une scission « douce »⁴ de AIDES dans l'objectif d'importer en France un dispositif de prévention reposant sur l'organisation de réunions de sexualité collective limitée aux caresses et à la masturbation (*jack-off party*), cette association s'engage dans différentes actions s'appuyant toutes sur le canal communautaire, faisant relayer son offre de service par *Gai Pied Hebdo* et proposant une communication fortement marquée par une identité « gay ». Ainsi l'association décline l'activité des *jack-off parties* selon différentes sous-populations spécifiques (« cuirs »⁵, « ours »⁶, etc.), organise des groupes de paroles sur le *safer sex* dont les participants sont recrutés au moyen des petites annonces de *Gai Pied Hebdo*, propose des ateliers « massages » et « création photos » dans l'objectif de réaliser un travail sur la « corporalité »⁷, met en place un concours de prévention pour les gérants d'établissements commerciaux et surtout devient un véritable prestataire de service pour l'État dans l'élaboration de brochures de prévention à destination du public des associations et des lieux commerciaux⁸.

Cette première stratégie de prévention obtient rapidement des résultats en termes de changement des comportements. Preuve de cette efficacité, les indicateurs de l'Enquête Presse Gay initiée par Michael Pollak en 1985, au moyen d'un questionnaire auto-administré encarté dans *Gai Pied*, montrent jusqu'au début des années 1990 une adoption progressive mais massive des comportements préventifs ainsi qu'un recours important au test de dépistage dont l'une des principales conséquences a été de placer les individus dans une position de proximité beaucoup plus forte vis-à-vis de l'épidémie.

Pourtant, au travers de la même enquête se profilent de nouvelles questions. Le biais de recrutement induit par l'utilisation du média « presse gay » propose un portrait particulier de la population homosexuelle où sont fortement sur-représentés les individus de 25 à 40 ans, se définissant comme exclusivement homosexuels, ayant réalisé des études supérieures, habitant Paris et l'Île-de-France, et appartenant à des catégories socioprofessionnelles supérieures. Ce groupe est particulièrement actif dans le champ de l'homosexualité, fréquente en particulier la scène commerciale, et lit (et pour cause) la presse gay. C'est à la fois le groupe qui a massivement adopté le *safer sex* mais aussi celui qui a été le plus alerté et informé sur l'épidémie de sida par cette prévention communautaire. À l'inverse, aux marges de l'enquête se dessinent des populations, minoritaires, pour qui l'adoption de la prévention reste problématique. Elles sont à la fois moins

³ Sur cette association, voir [7].

⁴ Au sens de non-conflictuelle, du moins en ses débuts.

⁵ Homosexuels ayant des pratiques qualifiées de hard (sodomasochistes, fétichistes, etc.).

⁶ Homosexuels corpulents.

⁷ Selon une logique opposant celle-ci à la « génitalité ».

⁸ Brochure « *Safer sex* » (avec AIDES), 1989 ; Brochures « Hommes entre eux » (5 volumes) pour le compte de l'AFLS, 1991-1994.

souvent usagers des espaces associatifs ou commerciaux, elles se définissent plus aisément comme « bisexuels », elles sont soit plus jeunes, soit plus âgés, leur niveau socioculturel est plus faible, leur entourage est plus fréquemment constitué d'hétérosexuels que d'homosexuels [20, 23].

Ces données, qui recoupent d'autres études qui se mettent en place sur la même période⁹, ainsi que (et surtout) les témoignages issus des premières actions de prévention de terrain et plus particulièrement celles portant sur les lieux de rencontre extérieurs, montrent les limites de la prévention communautaire. Elles indiquent la nécessité de développer une nouvelle stratégie cherchant à sensibiliser ces populations perçues à la fois comme « périphériques » et comme présentant une extrême vulnérabilité face au VIH. L'élaboration de cette nouvelle stratégie et sa coexistence avec l'ancienne stratégie communautaire marque le début d'une nouvelle période qui s'ouvre à l'aube des années 1990.

Centre versus périphérie ou comment civiliser les barbares ?

Cette réflexion menée dès la fin des années 1980 se concrétise en termes de stratégie lors de la rencontre « Hommes entre eux » de Saintes organisée par l'AFLS en juin 1992 [5]¹⁰. En effet, outre les présentations plénières usuelles à ce type d'événement (situation épidémiologique, recherches en cours, bilan des actions menées), outre différents ateliers portant sur des techniques d'interventions (l'écoute, l'évaluation, etc.), ce colloque cherche à mettre en valeur des questions spécifiques à différentes populations. Et si deux ateliers portant sur les lieux commerciaux et sur les associations de loisirs s'attachent à la poursuite de la stratégie communautaire, trois autres, portant sur les « jeunes homo- et bisexuels », les « lieux de drague publics » et la prostitution, démontrent les limites de cette démarche. Point commun à ces trois publics identifiés par les acteurs de prévention, leurs distances aux institutions de l'homosexualité. Ainsi les « jeunes gays » sont-ils caractérisés comme étant engagés dans un processus d'acceptation de leur orientation sexuelle les menant à avoir des rapports sexuels sans pour autant avoir encore intégré les cadres de l'homosexualité communautaire ; dans ces conditions les « jeunes bisexuels » ne sont vus que comme « jeunes gays » n'ayant pas encore accepté totalement leur homosexualité. Les prostitués sont décrits comme une population complexe regroupant homosexuels identitaires et hommes déniaient leur homosexualité sous le prétexte de la « transaction commerciale ». Enfin les usagers des « lieux de drague » sont identifiés pour une large part comme étant « *ceux qui accomplissent des actes homosexuels (et) ignorent et refusent leur appartenance à l'homosexualité* » ([5], p. 25).

Dans ces conditions, les actions de prévention ciblées ne suffisent plus : les relais permettant de toucher les individus sont inexistantes et les modalités d'intervention sont inadéquates, risquant de rebuter les publics en les confortant ainsi dans une forme de déni. D'où la mise en place par l'AFLS d'une politique conduisant à la socialisation des individus en tant qu'homosexuels. En effet si ces différentes « populations périphériques » sont jugées prioritaires en termes de santé publique, leur « existence sociale » est problématique. Elles ne sont d'une

⁹ Voir [21], ainsi que les nombreuses recherches anglo-saxonnes portant sur les « *men who have sex with men* » qui se multiplient à cette époque.

¹⁰ Sur la rencontre de Saintes, voir [13].

certaine manière des « populations » qu'en terme épidémiologique et tous ces individus n'ont finalement guère en commun que des pratiques sexuelles similaires et, au mieux, quelques espaces clandestins où ils se côtoient dans le but de pouvoir s'adonner à ces pratiques. En dehors des possibilités obligatoirement limitées d'une approche purement individuelle¹¹, l'unique façon de s'adresser à ces publics est bien, non pas tant la création d'une nouvelle communication ciblée qui se substituerait à la prévention communautaire, que de permettre progressivement aux individus de s'approprier les messages adressés à la communauté gay.

La démarche réalisée dans ce cadre auprès des jeunes gays est particulièrement exemplaire de cette stratégie.

Dans un premier temps est produite une brochure en direction de cette cible. C'est le second volume de la collection « Hommes entre eux » réalisée par l'AFLS¹², mais son ton tranche avec les autres volumes : le procédé narratif retenu est celui du roman-photo, les protagonistes « jeunes » évoluent dans un monde social où se mélangent homosexuels et hétérosexuels, la scène commerciale gay n'apparaît qu'en filigrane, laissant place comme décor à une soirée conviviale privée dans un appartement, ou à la pratique d'un sport en pleine nature ; l'éventail des pratiques sexuelles envisagées est restreint à la fellation, la pénétration et la masturbation (alors que les autres brochures envisagent bien d'autres pratiques) ; le contexte relationnel est toujours de nature « romantique » ; enfin, le roman s'achève par l'établissement d'une relation stable.

L'objectif est de donner une image positive de l'homosexualité pleinement intégrée dans la société et ne se différenciant guère, en termes de vie affective et sentimentale, de la sexualité des jeunes hétérosexuels. Cette image est à la fois appropriable par le jeune découvrant son orientation sexuelle et socialement acceptable, ce qui permet une diffusion assez large de la brochure, au-delà des réseaux communautaires. La tonalité particulière de cette brochure sera reprise au fil des années dans l'ensemble du matériel de prévention à destination des « jeunes gays »¹³.

Dans un second temps, au-delà de cette redéfinition d'orientation en terme de communication, l'AFLS initie une politique de création d'espaces associatifs spécifiques permettant l'accueil de ces jeunes. S'appuyant sur les quelques associations de jeunes gays existantes – et plus particulièrement sur les structures parisiennes, le MAG et le GAGE –, l'AFLS met en place une fédération (GEMINI) dont l'objectif sera d'apporter compétences et soutiens aux embryons d'associations qui se créent ici ou là sur le territoire. Mais outre cette aide logistique, la nouvelle fédération s'engage rapidement dans des actions à but préventif, en premier lieu l'organisation de soirées thématiques ludiques sur la prévention. Elaborées (et validées par la tutelle) au niveau fédéral, ces soirées proposent un discours préventif calibré à l'ensemble de son réseau. Dans le même temps, la fédération réalise des actions de « désenclavement » dont l'objet est d'informer

¹¹ Ceci à l'exception notable du *counselling* téléphonique proposé par Sida Info Service mais qui nécessite que l'individu soit déjà entré *a minima* dans une démarche d'interrogation sur sa sexualité par rapport à la transmission du virus.

¹² AFLS, Brochure « Guillaume, Christophe, Julie et les autres... », 1992.

¹³ AJCS/GEMINI, Brochures « Garçons entre Eux » ; GEMINI, « Les premières fois »...

les jeunes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle de l'existence d'une association locale prête à les accueillir sur leurs propres lieux de socialisation¹⁴.

L'objectif est clair : il s'agit de « capter » le jeune au moment où il se pose la question de son orientation sexuelle en lui proposant des relais qui faciliteront son intégration dans la « communauté gay », et le rendront par là même perméable aux normes de la prévention. Le dispositif est complété ultérieurement : d'une part par le soutien apporté à l'association Contact, dont l'objectif est de permettre une meilleure acceptation de l'homosexualité au sein de la cellule familiale, levant ainsi une fréquente hostilité qui apparaît comme un obstacle à ce que le jeune s'identifie en tant qu'homosexuel ; d'autre part par la création de la Ligne Azur au sein de Sida Info Service démultipliant la démarche de désenclavement initiée par GEMINI en proposant une écoute et une orientation téléphonique, accessible de manière souple sur l'ensemble du territoire. C'est dans la même logique que l'AFLS soutient au début des années 1990 la manifestation de la Gay Pride sous le mot d'ordre de la visibilité homosexuelle. Si GEMINI en tant que fédération a disparu en 1998 pour des raisons internes, cette stratégie a permis de passer de l'existence de quelques organisations parisiennes à la présence de 21 associations œuvrant auprès des jeunes gays en 1997, date de plus forte expansion de la fédération.

Cette stratégie, que l'on pourrait qualifier d'instrumentalisation de l'identité gay à des fins de prévention va être appliquée de manière similaire auprès de ceux que l'on commence à qualifier d'« hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sans pour autant se reconnaître une identité homosexuelle » dans les différents colloques portant sur la prévention. Ainsi, très rapidement, la Ligne Azur dépassera-t-elle la cible « jeune » *stricto sensu* pour s'intéresser à tous ceux qui rencontrent des difficultés vis-à-vis de leur orientation sexuelle ; elle mettra notamment en place, pour la période la plus récente, une communication spécifique à destination des hommes mariés ayant des pratiques homosexuelles au sein des saunas parisiens¹⁵.

Pourtant, des difficultés se font jour. Ce qui était relativement aisé auprès des jeunes gays qui, de toute façon, étaient en train de construire leur vie sentimentale et sexuelle, s'avère beaucoup plus complexe à envisager pour des hommes adultes qui pour des raisons culturelles, sociales, religieuses, n'ont pas construit d'identité spécifique liée à leurs pratiques, pratiques qui de surcroît sont souvent non exclusivement homosexuelles. Pour eux, ce sont les interventions de terrain qui ont été privilégiées : les volontaires associatifs – le plus souvent ceux des antennes de AIDES – occupent de manière régulière l'un des rares espaces investis par ces hommes : les lieux de rencontre extérieurs [9, 17]. Ici, les interventions s'apparentent bien plus, d'un point de vue méthodologique, à celles réalisées auprès des prostitué(e)s ou des usagers de drogues : le plus souvent il s'agit d'affréter une camionnette garée à proximité du lieu de drague, qui sert de base pour des binômes de volontaires distribuant des préservatifs et du gel sur la zone de rencontre et permettant un accueil des hommes désirant avoir un entretien sur leurs pratiques sexuelles ou sur le sida autour d'un café et de gâteaux. C'est en ce sens que ces interventions sur les lieux de rencontre peuvent, par analogie, être qualifiées de « dispositif bas seuil de l'homosexualité » :

¹⁴ Campagne Cart-Com à destination des bars, cinéma, théâtre. Organisation de stands sur les « Salons de l'étudiant ».

¹⁵ Sida Info Service, Campagne « Double vie, double envie » financée par la DDASS de Paris, 2002.

il s'agit *a minima* d'établir un contact entre ces hommes et les volontaires – le plus souvent gay¹⁶ – de l'association, contact qui permet de faire passer un message de prévention.

En jouant la carte de la prévention communautaire, les différentes institutions, et en premier lieu l'AFLS, rendent sensible, de fait, la question des populations « hors communauté » et celle du décalage entre pratiques et identité sexuelle. En un sens, cette double stratégie de prévention a renforcé l'hégémonie, qui préexistait au sida, du modèle « gay » en privilégiant une vision schématique d'un « centre » constitué par l'homosexualité identitaire *versus* des « périphéries », schéma dont pourtant les résultats de l'enquête ACSF [18, 19] mettaient en cause la pertinence, en décrivant la relative importance d'une population d'hommes ayant eu au moins un rapport sexuel avec une personne de même sexe au cours de la vie vis-à-vis de ceux rapportant la même pratique au cours de la dernière année. Mais, alors même que nombre d'énergies se mobilisent autour de ces « périphéries », une nouvelle rumeur – plus qu'un fait – se répand au sein du « centre ». Elle se résume en un terme : *relapse*.

Une brève histoire du *relapse*

C'est lors du colloque « Homosexualités et sida » de 1991 [22] que pour la première fois s'exprime la crainte de voir apparaître en France un phénomène observé au sein des communautés gay de San Francisco et de New York depuis l'extrême fin des années 1980. Alors que ces communautés, touchées de plein fouet par l'épidémie, avaient adopté de manière massive les comportements de prévention, on relève ça et là l'existence ponctuelle d'un retour à des pratiques à risque. D'emblée, cette information est médiatisée de manière sensationnaliste : tragique au sein de groupes sociaux traumatisés par les morts de la première vague épidémique du début des années 1980, elle permet, dans le contexte américain en plein règne de la nouvelle droite, de montrer des failles dans la prise en charge communautaire des gays. Enfin, l'utilisation du terme *relapse*, classique en santé publique vis-à-vis de relâchements de comportements de santé, prend une connotation pour le moins maladroite et polémique dans ce contexte si l'on se souvient de son sens premier, médiéval, de « rechute » dans le péché¹⁷.

L'arrivée de ce débat en France amène les mêmes polémiques autour du terme de *relapse* sans pour autant, dans un contexte politique et religieux bien différent, avoir la même acuité. Rapidement, la question se déplace, d'autant plus que les indicateurs, notamment l'Enquête Presse Gay, ne montrent pas de dégradation sensible du niveau de prévention, qui reste particulièrement élevé au sein de la communauté gay [1]. Ce qui apparaît en revanche plus nettement, c'est que l'adoption d'un comportement de prévention n'induit pas pour autant que toutes les relations sexuelles soient sans risque, et que chacun est susceptible d'avoir, dans des conditions précises et spécifiques, une pratique à risque. Le problème

¹⁶ Pour ne prendre qu'un exemple, ce type d'actions est mené à AIDES Île-de-France par le groupe Pin'Aides, c'est-à-dire par le même groupe investissant les établissements commerciaux du quartier du Marais.

¹⁷ C'est en particulier le terme utilisé par l'Inquisition pour qualifier les hérétiques ayant abjuré et retournant néanmoins à l'hérésie.

se déplace dès lors de l'adoption des comportements de prévention au maintien de ceux-ci.

La recherche en sciences sociales, et plus particulièrement celle mise en place par l'ANRS depuis 1989, va tenir un rôle important dans la mise en place de nouvelles stratégies de prévention en apportant notamment des données qualitatives portant sur les déterminants de ces « accidents » de prévention. En effet, durant cette première moitié des années 1990, les événements et colloques mêlant chercheurs et militants se multiplient, à l'initiative des associations ou des institutions de recherche, favorisant ainsi l'utilisation des résultats d'études dans la mise en place de nouvelles stratégies préventives¹⁸. Quatre niveaux d'interventions peuvent être identifiés.

En premier lieu, l'intensification d'un principe de mise en situation dans les campagnes de communication. Déjà initiée dans les brochures « Hommes entre eux », cette stratégie part du constat que la connaissance des modes de transmission et des moyens de prévention ne suffit pas à une mise en œuvre adéquate du *safer sex*. D'où une communication qui, par la mise en scène des différents aspects de la vie gay, permet d'identifier de « bons exemples » de stratégies personnelles. L'enjeu majeur, pourtant rarement affirmé en tant que tel, est le multipartenariat qui occupe une place majeure dans les différents styles de vie gay. Rarement attaqué de front dans les campagnes¹⁹ à travers, par exemple, des messages d'incitation à la réduction du nombre de partenaires²⁰, il n'en est pas moins mis en scène discrètement, par exemple lorsqu'il est rappelé : « *Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme* »²¹ ; mais il est surtout sous-jacent dans les messages qui se construisent autour de la question du couple gay. Celui-ci est l'objet d'une valorisation importante, ce qui, dans le même temps, permet de communiquer sur une utilisation du test de dépistage permettant au sein du couple l'abandon du préservatif à la condition de protéger toute relation extérieure. On trouve ici la première expression de ce qui sera formalisé plus tard comme stratégie de *negotiated safety* [2].

Cette question du multipartenariat engendre le second niveau d'intervention. S'il n'est guère possible d'empêcher les personnes d'avoir plusieurs partenaires, on peut par contre intervenir là où ce multipartenariat est institutionnalisé, à savoir dans les établissements commerciaux autorisant les pratiques sexuelles qui se multiplient durant la décennie 1990, à Paris d'abord, en région ensuite. D'où la mise en place en 1995 d'une charte de « bonne conduite » des établissements s'engageant à promouvoir et diffuser le matériel de prévention en leur sein sous l'égide du Syndicat national des entreprises gaies (SNEG), de AIDES et d'Act Up-Paris.

Troisième niveau d'intervention, la multiplication des dispositifs de *counseling* ou d'autosupport. Cette stratégie part à la fois du constat de la nécessaire personnalisation des messages de prévention et d'une approche globale de la personne : la mise en œuvre adéquate du *safer sex* réclame que l'individu soit à même d'adhérer aux valeurs de santé promues. Or nombre de personnes au sein de la communauté gay sont, de manière ponctuelle ou plus chronique, en

¹⁸ Sur les rapports entre sciences sociales, État et associations gay, voir [8].

¹⁹ Il fera par contre l'objet de débats houleux dans le monde de la recherche.

²⁰ Un des rares exemples se trouve dans l'éditorial la brochure « Hommes entre eux » n° 5 intitulé « Sauts d'hommes ».

²¹ CFES, Campagne d'été, 1995.

situation de fragilité dans leur démarche préventive, en raison soit de difficultés économiques ou sociales, soit de deuils répétés, soit d'une mauvaise acceptation par eux-mêmes ou leur entourage de leur homosexualité, etc. Aux différentes lignes d'écoute de Sida Info Service et aux interventions de prévention de AIDES ou d'autres associations gay et lesbiennes dans les lieux commerciaux et sur les espaces de rencontre extérieurs, s'ajoutent de nombreux groupes de paroles qui se créent au sein des associations, certains ciblés selon le statut sérologique (groupes de séropositifs le plus souvent, mais parfois aussi groupes de séronégatifs à l'instar de l'expérience du Centre Gai et Lesbien de Paris), ainsi que certains dispositifs expérimentaux comme la permanence de l'AMG au sein d'un sauna parisien. Cette stratégie forme une réponse aux limites de la « communication » face à l'enjeu du maintien des comportements de prévention. Elle connaîtra pourtant elle-même ses limites à partir du moment où elle tentera la médicalisation voire la psychologisation d'espaces n'ayant pas vocation à l'être. Ainsi le projet de l'association VLS de proposer la présence d'un psychologue dans les bars à *backrooms* parisiens créera une réaction forte issue tout aussi bien du milieu associatif que de certains chercheurs, conduisant finalement à l'abandon du projet.

Enfin, le dernier niveau d'intervention est très spécifique à la France. Il résulte d'une recherche menée par un psychanalyste portant sur les freins inconscients à la prévention [16]. Rejoignant les analyses qui lient mal-être et prises de risque, la recherche a mis en exergue la notion de « désir inconscient de contamination » renvoyant tout à la fois aux caractères psychiques d'une forme de « syndrome du survivant » et à l'identification inconsciente de l'homosexualité à la séropositivité. Cette théorie très populaire dans les cercles militants au milieu des années 1990, malgré l'existence d'oppositions fortes, a conduit à la réalisation d'une campagne de prévention sous forme de bande dessinée²², sans signataire et sans message injonctif ou informatif : le but est de permettre à chacun une première démarche individuelle de « travail » sur ses « failles psychologiques ». Cette expérience pour le moins paradoxale – en raison du décalage entre l'univers conceptuel de la recherche (la psychologie « analytique ») et le mode d'intervention choisi (la communication) – aurait pu rester anecdotique si le jeu des acteurs au sein des institutions de santé publique n'avait porté de manière forte cette démarche, faisant de cette campagne l'une des principales à destination des gays réalisées dans les années 1990. Cependant, soutenue par un groupe relativement restreint d'acteurs, cette stratégie est abandonnée peu à peu à la fin de la décennie, alors que le contexte de l'épidémie se modifie considérablement.

En 1996, en effet, la donne thérapeutique change. L'introduction des multithérapies bouleverse considérablement la vie des gays. L'avenir s'ouvre, pour de nombreux séropositifs qui connaissent une amélioration très notable de leur état de santé, mais aussi pour de nombreux séronégatifs amants, compagnons ou simples amis de séropositifs. La transformation du champ de l'homosexualité qui s'initie à ce moment est importante, dépassant de loin la question thérapeutique, même si les conséquences de ce tournant de l'épidémie ne se sont mises en place que très progressivement.

²² Campagne dite « Cunéo » du nom de son dessinateur, sans auteur, financée par la DGS division Sida, 1995.

Les multithérapies et la recomposition de l'espace : *bareback*, séro-interrogation et réduction des risques sexuels

Dès l'apparition des multithérapies, et dans le contexte de lutte contre la *relapse* précédemment décrit, des craintes s'expriment sur un éventuel relâchement des pratiques de prévention lié à un optimisme nouveau sur les possibilités de la médecine à vaincre le virus. Pourtant, dans un premier temps, rien ne semble véritablement évoluer. L'Enquête Presse Gay de 1997 [3] montre un maintien du niveau préventif et permet de mesurer une bonne compréhension des acquis mais aussi des limites des nouveaux traitements. La question préventive majeure reste celle du *relapse*.

Mais dans l'espace médiatique, à la fois à travers un article en deux parties paru dans le magazine *Têtu* [6, 15], et suite à la parution du premier roman d'un jeune auteur gay séropositif [12] de nouvelles questions émergent. La question de l'abandon volontaire du préservatif, voire celle de la contamination volontaire (*Têtu*) sont évoquées pour la première fois. Ce changement paraît toutefois d'abord anecdotique ou médiatique, et ne porte pas à conséquence dans le champ de la prévention, du moins jusqu'en 1999. Puis, progressivement, un nouveau phénomène devient l'objet de toutes les attentions dans les structures militantes : le *bareback*. Ce terme anglo-saxon qualifiant l'abandon volontaire du préservatif est au centre des débats qui vont se cristalliser à partir de 1999 autour du conflit opposant des auteurs littéraires décrivant cette attitude sur un mode proche du témoignage romancé et les militants d'Act Up-Paris, en premier lieu leur fondateur Didier Lestrade. Au-delà des enjeux de lutte entre les protagonistes, renforcés par un traitement volontiers sensationnaliste de la part des médias, la conséquence la plus immédiate est l'émergence de toute une série de nouvelles questions qui viennent accentuer les interrogations nées de l'introduction des multithérapies.

En premier lieu, la prise de conscience de l'existence de la sexualité des séropositifs : probablement induite par le meilleur état de santé des personnes atteintes, jamais la question de la vie sexuelle des personnes séropositives n'avait fait l'objet d'une telle attention. Cette « découverte » est rendue encore plus sensible par le phénomène de *bareback* où des personnes atteintes vont revendiquer explicitement- à l'instar des auteurs précédemment évoqués – ou plus simplement laisser voir – au travers de petites annonces sur Internet par exemple – une sexualité non protégée. Sont alors évoqués le choix des séropositifs qui, entre eux, ont décidé d'abandonner le préservatif, l'existence de « par-touzes » de séropositifs où le latex est proscrit, mais aussi, non sans un certain souci polémique, la question de la contamination volontaire en reprenant les termes utilisés sur les sites *bareback* anglo-saxons de *gift giver* (donneur du virus) et de *bug chaser* (individu cherchant à se faire contaminer [14] ; voir aussi la contribution de J.Y. Le Talec dans cet ouvrage).

En second lieu se pose la question du traitement post-exposition. Initialement réservée aux accidents d'exposition au sang, la prise d'un traitement d'urgence à la suite d'une prise de risque sexuel est rendue possible dans le but d'empêcher la contamination. La question des conséquences de ce dispositif vis-à-vis de la question du *relapse* est immédiatement posée, avec la crainte sous-jacente d'une banalisation de ce recours.

Troisième évolution : la mobilisation communautaire. Même s'il ne peut être entièrement déterminé par la nouvelle donne thérapeutique, le déclin de la mobilisation des gays autour du sida est fortement perceptible. Deux éléments se conjuguent : d'une part une démobilité de l'espace associatif gay qui se tourne vers de nouvelles revendications (PaCS, homoparentalité...), d'autre part la chute du volontariat au sein des associations de lutte contre le sida, et en premier lieu à AIDES. La stratégie initiée par l'AFLS au début des années 1990, qui reposait avant tout sur une omniprésence des messages de prévention dans les institutions de l'homosexualité, devient caduque : les associations de jeunes ou de convivialité se détournent du sida pour se consacrer totalement à leur objet premier ; de nombreux établissements ne ressentent plus une quelconque « obligation morale » à la diffusion du matériel de prévention, et les actions des volontaires de la lutte contre le sida deviennent de plus en plus sporadiques faute de ressources humaines.

L'Enquête Presse Gay 2000, dont les résultats ont été publiés en 2001 [4], a permis de mieux saisir les processus à l'œuvre, tout en relativisant un certain nombre de débats mis en exergue par le jeu médiatique. Elle a ainsi montré la marginalité du phénomène de *bareback* : même si le fait que celui-ci ne peut être observé à travers le dispositif n'induit pas qu'il n'existe pas, il est probablement restreint à des populations spécifiques et circonscrites, trop minoritaires pour pouvoir être saisies par une enquête quantitative. À l'inverse, et pour la première fois, l'enquête décrit un relâchement des attitudes préventives doublé d'un élargissement du répertoire sexuel (et plus particulièrement une augmentation du recours à la pénétration anale), quel que soit le type de partenaires (occasionnels ou réguliers). Ce relâchement explique en grande partie la recrudescence des Infections sexuellement transmissibles (IST), autre indicateur important des prises de risque, alors que sont identifiées en région parisienne des épidémies de gonococcies puis de syphilis. Enfin, quatre sous-groupes sont identifiés comme particulièrement vulnérables : les jeunes gays, les personnes recourant de manière importante au multipartenariat, les personnes séropositives et les couples sérodifférents.

La mise en place de la réponse à ces nouveaux enjeux se construit progressivement depuis l'an 2000. Quatre points paraissent faire consensus.

En premier lieu, la nécessité de la re-mobilisation des acteurs institutionnels gay et lesbiennes. Ce point est particulièrement important concernant les jeunes gays dont les appels à Sida Info Service en 2000 montrent une dégradation globale du niveau de protection mais aussi des connaissances vis-à-vis de l'infection à VIH [10], indiquant par-là qu'un fossé se creuse entre les nouvelles générations entrant dans le champ de l'homosexualité et les générations précédentes. C'est dans cette perspective que l'on peut analyser à la fois le démarchage de la commission prévention d'Act Up-Paris auprès des associations de jeunes gays, qui a débouché sur un texte de revendication commun publié dans *Le Monde* en décembre 2000, l'organisation par AIDES et Sida Info Service des États Généraux « Homosexualités et identités : santé, vie affective, vie sociale » en mai 2002, ainsi que la mise en place d'une nouvelle charte de responsabilité des établissements gay cosignée par le SNEG, Act Up, AIDES et Sida Info Service à la même date.

Second point : la nécessité de communiquer des messages spécifiques aux personnes atteintes même si la nature des messages reste, quant à elle, plus

problématique. Ce souci de prendre en compte la sexualité des gays séropositifs est illustré à la fois par l'introduction de cette problématique dans les campagnes de Sida Info Service, à travers l'évocation des éventuelles surcontaminations²³ ou de la transmission des IST²⁴, par la campagne du CFES qui identifie les protagonistes comme séropositifs ou séronégatifs²⁵, ou par l'ouverture d'un dispositif de *counseling* au sein de l'association Kiosque Info Sida.

Troisième point : la nécessité de mieux faire connaître le traitement post-exposition (TPE). L'évaluation de la mise en place de ce traitement vis-à-vis d'événements d'ordre sexuel a montré, au-delà des dysfonctionnements liés à l'hétérogénéité de l'évaluation des risques, qu'il n'y avait pas confusion entre TPE et pilule du lendemain. Aujourd'hui, la communication étatique a rejoint les principales associations pour faire connaître et promouvoir cette possibilité à la suite d'une prise de risque²⁶.

Enfin, l'identification d'épidémies d'IST parmi les homo/bisexuels parisiens conduit à la mise en œuvre d'une prévention plus globale qui tient compte de l'ensemble des IST (VIH, syphilis, gonococcies, mais aussi VHA et VHB) et de leurs échelles de risques selon les pratiques. Cette évolution n'est pas sans conséquence, car elle implique de poser la question de la fellation qui n'avait plus, depuis le début des années 1990, été abordée de façon si systématique²⁷.

Pourtant au-delà de ces points de relatif accord, la principale « nouveauté » en termes de réponses à ces enjeux est, quant à elle, objet de vives polémiques : la stratégie dite « de réduction des risques sexuels », par analogie avec la réduction des risques en toxicomanie, a été mise en place de façon expérimentale par AIDES Provence dans un sauna marseillais puis diffusée de façon plus systématique dans les titres de la presse érotique à destination des gays. Partant d'un constat de terrain – la présence toujours plus importante d'hommes affirmant ne plus avoir recours au préservatif – l'association a produit des *flyers* proposant des « alternatives » qui permettent de réduire les risques de transmission en l'absence de protection. Calqués sur des campagnes anglo-saxonnes, et plus particulièrement britanniques, ces messages conseillent, par exemple, l'utilisation de gel, et insistent sur la majoration des risques lors d'une pénétration anale passive, d'un nombre important de partenaires ou d'une charge virale élevée, tout en rappelant que le préservatif reste l'unique moyen garantissant une protection totale.

Cette nouvelle stratégie, qui ouvre la possibilité pour l'individu d'avoir des rapports non protégés, a engendré l'opposition véhémement de différents acteurs dont, en premier lieu, Act Up-Paris et le magazine *Têtu*. Depuis, les différents débats contradictoires qui ont eu lieu durant l'année 2002 permettent de mieux analyser où se situent les enjeux. Le principe de réduction des risques n'est pas mis en cause en soi, une majorité d'acteurs semblant agréer leur utilisation dans le cadre d'un *counseling* individuel, en face-à-face ou par téléphone. Le problème est bien plus de savoir si l'on peut franchir avec de tels messages l'étape de la communication écrite, sachant que, déposés dans un établissement ou publiés dans une

²³ Sida Info Service, Campagne « Sexualités » financée par la CRAMIF, 2001.

²⁴ Sida Info Service, Campagne « Gay séropositifs » financée par la CRAMIF, 2001.

²⁵ CFES, Campagne « Tatouage », 2001.

²⁶ CFES, Carte postale « Vous avez pris un risque sexuel » de la campagne « Le sida n'est pas mort », 2001.

²⁷ Sida Info Service, Brochure « Sexualité » ; AIDES Provence, Brochure « Hard Safe Sex » ; Campagne du CRIPS Île-de-France.

revue communautaire, ces messages peuvent être lus, assimilés, appropriés aussi bien par ceux à qui ils sont destinés – les hommes qui ont abandonné le préservatif – que par ceux, et ils restent majoritaires, qui ont encore recours à la prévention. Le risque est bien « d'autoriser », sous le prétexte d'écarter un risque maximal de contamination, des comportements qui, par l'usage de gel ou en restant actif par exemple, renvoient à un risque important de contamination.

Le débat reste d'actualité : les uns concluent à la nécessité de nouvelles approches face à un constat d'échec, les autres pointent le risque d'une banalisation des rapports non protégés, et quelques-uns enfin admettent la possibilité d'une communication sur ces pratiques de réduction des risques mais uniquement dans des espaces ciblés comme les sites Internet *bareback*. D'autres questions restent en suspens. Pour ne prendre qu'un exemple, l'une des motivations de l'abandon du préservatif – du moins dans ce qui transparaît au travers des petites annonces des sites *bareback* – est la valeur symbolique du sperme ; selon cette hypothèse, la recommandation de réduction des risques, dont le message global est justement de ne pas avoir de contact avec ce liquide, risque fort d'être caduc aussitôt énoncé.

Conclusion

In fine, la situation actuelle ressemble fort à une phase d'expérimentation vis-à-vis d'un nouveau contexte dont l'ensemble des déterminants reste à étudier. Les évolutions notées dans l'Enquête Presse Gay du point de vue du comportement sexuel et du recours à la prévention suggèrent des remaniements profonds des styles de vie gay, qui dépassent de loin la simple question de la vie sexuelle, et dont les multithérapies ne sont probablement que l'un des facteurs de transformation. Ces changements se situent à un niveau individuel mais aussi probablement à un niveau collectif, comme l'indique la démobilitation du monde associatif communautaire gay vis-à-vis de la question du sida. Au-delà de ce niveau institutionnel, il ne serait dès lors pas surprenant que des glissements et des mutations se produisent aussi dans la construction de l'identité collective et, de manière plus terre à terre, à un niveau interindividuel. Alors que la réponse à l'épidémie en santé publique nécessite des indicateurs stables construits sur des principes de continuité et de durée permettant la comparaison (nombre de cas de sida déclarés, recours à la prévention et régularité de ce recours, nombre de partenaires, fréquence des différentes pratiques...), l'histoire de la population homosexuelle est régie fondamentalement par un principe de discontinuité. Les transformations majeures qu'a connu le champ de l'homosexualité durant les années 1990 ont renforcé de façon très sensible cet état de fait et, à titre d'exemple, la vie quotidienne d'un homosexuel en 2000, à même niveau socio-professionnel, même âge, même implantation géographique, est probablement très différente de celle d'un homosexuel en 1990. D'où, pour pouvoir apporter une réponse nouvelle à l'épidémie, la nécessité d'appréhender les indicateurs de santé de manière globale, dans une logique de description dynamique des styles de vie homosexuels, au sens où le style de vie n'est pas l'accumulation de caractéristiques figées mais bien plus une matrice induisant des normes, des représentations et des comportements. Ce sont ces enjeux qui devront faire aujourd'hui l'objet d'une réflexion globale dans la mise en œuvre de nouvelles stratégies de prévention.

Références bibliographiques

1. Adam P, Schiltz MA. *Relapse et cantonnement du risque aux marges de la « communauté » : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête « presse gaie »*. In : Calvez M, Schiltz MA, Souteyrand Y, eds. *Les homosexuels face au sida : rationalités et gestion des risques*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1996 : 11-23.
2. Adam P. Les enjeux de la négociation au sein des couples séronégatifs. *Transcriptase* 1997 ; 61 : 12-3.
3. Adam P, Delmas MC, Hamers F, Brunet JB. Attitudes et comportements préventifs des homo- et bisexuels masculins à l'époque des nouveaux traitements antirétroviraux. *BEH* 1999 ; 41 : 171-3.
4. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
5. AFLS. Hommes entre eux : première rencontre des acteurs de prévention. *Entre gens* 1993 ; 2.
6. Arbona L, Duez P. Zone rouge. *Têtu* 1996 ; 6 : 26-31 et 68-9.
7. De Busscher PO. L'association Santé et Plaisir Gai et la construction du *safer sex* en France (1988-1994). In : Calvez M, Schiltz MA, Souteyrand Y, eds. *Les homosexuels face au sida : rationalités et gestion des risques*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1996 : 35-42.
8. De Busscher PO. Les enjeux entre champ scientifique et mouvement homosexuel en France au temps du sida. *Sociologie et Sociétés* 1997 ; XXIX (1) : 47-60.
9. De Busscher PO, Mendès-Leite R, Proth B. Lieux de rencontre et back-rooms. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999 ; 128 : 24-8.
10. De Busscher PO. *Les appels de gays et de bisexuels en 2000 : synthèse*. Sida Info Service, 2001.
11. De Busscher PO, Thiaudière C, Pinell P. Naissance. In : Pinell P, Broqua C, De Busscher PO, Jauffret M, Thiaudière C, eds. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Collection *Science, histoire et société*. Paris : PUF, 2002 : 27-54.
12. Dustan G. *Dans ma chambre*. Paris : POL, 1996.
13. Jauffret M, De Busscher PO, Pinell P. Transformations. In : Pinell P, Broqua C, De Busscher PO, Jauffret M, Thiaudière C, eds. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Collection *Science, histoire et société*. Paris : PUF, 2002 : 337-87.
14. Le Talec JY. *Le risque du sexe, entre rumeur et réalité : la prévention de la transmission du VIH chez les homosexuels masculins, état des lieux du dispositif à Paris, établi entre janvier et juillet 2000*. Rapport SOS Habitat et Soins/DDASS de Paris, septembre 2000.
15. Lestrade D. Zone rouge. *Têtu* 1996 ; 4 : 26-9 et 68.
16. Lisandre H, Feuillet L, Wernoth C. *Les homosexuels et le safer sex : contribution psychanalytique à la prévention du sida*. Rapport ANRS/Paris VII, 1994.
17. Mendès-Leite R, Proth B, De Busscher PO. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida : trois essais sur les (homo)sexualités masculines*. Collection *Sexualité humaine*. Paris : L'Harmattan, 2000.

18. Messiah A, Mouret-Fourme E. Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle. *Population* 1993 ; 48 (5) : 1353-80.
19. Messiah A. Homosexualité, bisexualité : nombre de partenaires, caractéristiques socio-démographiques et pratiques sexuelles. In : Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami A, Spira A, eds. *La sexualité au temps du sida*. Collection *Sociologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF, 1998 : 235-52.
20. Pollak M. *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1988 : 212 p.
21. Pollak M. *Recherche-action « Espoir sida 91 »*. Rapport David et Jonathan/ADRESSE, 1991.
22. Pollak M, Mendès-Leite R, Van Dem Borghe J. *Homosexualités et sida : actes du colloque international au ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, 12 et 13 avril 1991*. Collection *Université*. Lille : Cahiers Gai Kitsch Camp, 1991.
23. Schiltz MA. *Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes*. Rapport CAMS/CERMES/ANRS, mars 1998.
24. Thiaudière C. *Sociologie du sida*. Collection *Repères*. Paris : La Découverte, 2002.
25. Thiaudière C, Pinell P. Politique publique I. In : Pinell P, Broqua C, De Busscher PO, Jauffret M, Thiaudière C, eds. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Collection *Science, histoire et société*. Paris : PUF, 2002 : 75-106.

Homosexualité et reconnaissance : le corps du mépris

François DELOR

Présentation

François Delor est mort à l'âge de 43 ans, le 3 septembre 2002 à Bruxelles. Il était psychanalyste et chercheur au Centre d'études sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis (Bruxelles). Il avait par ailleurs fondé et présidé l'association Ex æquo, chargée de prévention du sida auprès des homosexuels, et plus récemment, l'Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités. Souvent remarqué pour ses qualités d'orateur, tant dans les milieux de la recherche que dans ceux du militantisme, il œuvrait inlassablement au transfert des savoirs entre ces différents univers. Ses travaux portaient principalement sur l'expérience de la séropositivité et sur les significations du risque VIH, mais il préparait aussi une thèse en sociologie sur l'injure homophobe. Nous lui avons demandé une contribution pour cet ouvrage, qu'il n'aura pas eu le temps d'écrire...

À défaut, nous avons choisi de republier un texte inédit en France. Cet article est paru en 1999 dans la revue belge *Recherches sociologiques* (vol. 30, n° 2, p. 119-138) à l'occasion d'un numéro consacré au thème « Souffrance sociale et attentes de reconnaissance », présentant les actes d'un colloque organisé en juin 1998 par Jean-Michel Chaumont autour du travail du philosophe et sociologue allemand Axel Honneth. François Delor examine ici les formes et les effets de l'assignation identitaire homosexuelle, en insistant notamment sur le rôle déterminant joué par l'injure. Sa double approche sociologique et psychanalytique explique la tonalité singulière de l'article qui n'exclut pas l'expression à la première personne, et pose des questions cruciales, que l'on adhère ou non aux réponses qu'y apporte l'auteur.

Résumé

Un travail de recherche mené en Communauté Française auprès de personnes séropositives propose une approche renouvelée de « l'expérience homosexuelle » en soumettant certains aspects de celle-ci à une double question. Peut-on rendre compte de l'expérience homosexuelle en tant qu'expérience exemplaire du mépris ? Si oui, quels en sont alors les éléments les plus déterminants ? L'hypothèse proposée est qu'au cœur du traitement social de l'homosexuel, la question du corps, du désir et de la sexualité reste, aujourd'hui encore, centrale, source de maltraitance et d'espace spécifiques de mépris ou d'humiliation dont le processus de l'injure est une modalité particulière. À partir de là, les enjeux socioaffectifs, les crises et les impasses d'une préférence sexuelle minoritaire, de même que l'action et la mobilisation associative et militante, sont mis en lumière et interrogés.

Mots clés : mépris, injure, image de soi, socialisation, reconnaissance.

C'est notamment grâce à un travail de recherche récemment mené en Communauté Française¹ que des informations récentes ont été recueillies au sujet de ce qu'on pourrait appeler « l'expérience homosexuelle ». C'est aussi le travail de l'association « Ex æquo », active dans le domaine de la prévention du sida à l'intention des « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes », qui a donné l'occasion de nourrir cette réflexion.

Cette contribution ne vise pas à restituer dans tous leurs détails les interviews et leurs analyses mais tente plutôt d'en soumettre certains aspects à une double question. Peut-on tout d'abord, en s'éclairant des concepts d'Axel Honneth [9], rendre compte de l'expérience homosexuelle en tant qu'expérience exemplaire du mépris ? Si oui, quels en sont alors les éléments les plus déterminants ?

Dans le prolongement de ces questions, l'hypothèse proposée est qu'au cœur du traitement social de l'homosexuel, la question du corps, du désir et de la sexualité reste, aujourd'hui encore, particulièrement centrale, source d'une forme de maltraitance particulière ou, à tout le moins, espace spécifique de l'expérience où peuvent se manifester le mépris ou l'humiliation.

Ce texte n'a pas cependant pour ambition de vérifier en profondeur la validité de cette hypothèse. Tout d'abord, les témoignages apportés dans ce travail de recherche, outre leur statut de reconstruction, rapportent des faits qui datent pour certains d'il y a plusieurs années. Ensuite, on peut aujourd'hui avoir l'impression d'un assouplissement normatif qui, peut-être, rend bancal une part du raisonnement. Il convient donc d'être prudent. En même temps, tant la lecture des entretiens que les réunions d'analyse en groupes obligent à prendre en compte une forme de douleur qui continue à se manifester et qu'il serait illusoire et imprudent de ranger purement et simplement dans les mauvais souvenirs.

Pour résumer de manière simplifiée, la question qui nous laisse dubitatif est de savoir s'il est permis d'être confiant et optimiste par rapport à une extension des modes de reconnaissance à l'adresse des personnes homosexuelles ou si, au contraire, il convient de montrer une vigilance accrue et une attention plus fine aux processus de mépris et à leurs marques ou modalités éventuellement renouvelées.

Prendre position par rapport à une telle incertitude nécessite un travail approfondi qui n'a pas été mené à son terme dans le cadre de la recherche au sujet des personnes atteintes du sida dans la mesure où ce n'en était pas l'objet central. De nouvelles investigations, à la fois plus ciblées et plus profondes, devraient nourrir cette interrogation. C'est pourquoi cette question n'est pas ici résolue mais seulement esquissée grâce aux concepts proposés par Axel Honneth.

La première partie de ce texte tente de rendre compte d'un aspect particulier du processus de socialisation qui, sous la forme d'une embûche identitaire, s'impose à des personnes homosexuelles. Il s'agira plus particulièrement de dégager les enjeux socioaffectifs, les crises et les impasses qu'une préférence sexuelle minoritaire peut provoquer pour un individu, notamment sous l'angle de la demande

¹ Il s'agit d'une recherche qualitative (voir [6]) qui a eu pour objectif de mieux comprendre le risque du sida. Des personnes séropositives ont été choisies comme interlocuteurs privilégiés et l'analyse de leurs propos a permis de resituer le risque du sida dans des situations de vulnérabilité sociale. Dans le cadre de cette recherche, de nombreuses personnes homosexuelles ont été rencontrées, que ce soit en qualité d'interviewées ou parce qu'elles ont été invitées à participer aux travaux d'analyse en groupes des entretiens.

de protection qui se trouve être un enjeu essentiel de la demande de reconnaissance affective. L'injure sera décrite comme une des modalités les plus violentes de l'imposition normative, susceptible ici d'être partagée par une communauté socialisatrice particulière et par la société en général, au détriment de tel enfant ou adolescent confronté à une préférence minoritaire.

La deuxième partie vise à articuler les trois registres du mépris proposés par Axel Honneth et ce qui est apparu crucial dans l'expérience homosexuelle, afin, notamment, de dégager le statut particulier que prennent le corps et la sexualité dans chacun de ces registres.

Une dernière partie propose quelques considérations au sujet du mouvement associatif confronté aux mêmes incertitudes et hésitations à propos de l'évolution du contexte social. En même temps, des questions relatives à certains processus d'injure, de réduction et d'assignation identitaires seront posées, dans la mesure où ils peuvent être observés à l'intérieur de certains réseaux associatifs.

Enfin, quelques pistes de questionnement seront proposées, qui paraissent aujourd'hui fécondes lorsqu'il est question d'orienter des actions ou des mobilisations évitant le piège de la complaisance victimaire et violente sans pour autant tomber dans l'insouciance légère et imprudente.

La socialisation : entre naissance, reconnaissance et mépris

Un espace de reconnaissance, de protection et de promesse

Un point important nous semble concerner le processus de socialisation qui est mis en œuvre en même temps que le processus primaire de reconnaissance sociale de l'enfant. La communauté dans laquelle l'enfant paraît est le lieu dans lequel il expérimente et apprend la rencontre avec autrui pour, ensuite, être capable de s'inscrire à part entière dans le monde et de tenir compte de l'existence d'un « *autrui généralisé* », selon l'expression de Mead. Honneth s'inspire lui aussi très largement de Mead et de Hegel en conférant un statut central à la rencontre et aux exigences de l'autre.

Une communauté socialisatrice particulière n'agit pas seulement par elle-même. Elle est largement déterminée et mandatée dans ses rôles et dans son fonctionnement par le contexte social dans lequel elle s'inscrit, porteur de la majeure partie des exigences normatives. Ce même contexte influence le rapport de force légitime entre les « éducateurs » et ceux dont ils ont la charge. De même, la durée du séjour du jeune au sein de la communauté de socialisation primaire est dépendante d'impératifs culturels et peut-être surtout de contraintes économiques².

De plus, la socialisation primaire ne peut pas être réduite à une fonction d'apprentissage. Au contraire, elle s'inscrit à l'intérieur d'un système de relations affectives au cœur desquelles sécurité, confiance, estime en l'autre et en soi, sentiment d'appartenance à un espace d'inscription et de reconnaissance sociale, etc., s'échangent à l'intérieur d'un processus dynamique marqué par divers moments d'incertitude. D'une certaine façon, on peut parler d'un ensemble d'échanges

² Une observation générale est que le moment de l'entrée dans l'âge adulte, c'est-à-dire plus précisément le moment d'une autonomisation par rapport à la cellule familiale, tend à être de plus en plus tardif [7].

cognitifs et affectifs qui produisent le cadre à partir duquel un monde environnant est rendu prévisible, forme particulière de promesse tenue³ qui est nécessaire au maintien de soi conçu comme lieu où les opérations connexes de reconnaissance et de construction de soi et du monde s'entrecroisent sans relâche⁴. Ainsi que le signale Strauss, « [...] lorsque ce cadre interne cohérent ou encore cette structure administrative centrale impliquant la cognition, les sentiments et la perception tombe en panne ou se trouve éclatée, que ce soit pour des raisons psychologiques, biologiques ou sociales et, le plus souvent, en fonction d'un enchaînement complexe d'éléments appartenant à ces divers registres, nous sommes très troublés » ([17], p. 261). Nous tentons sans relâche de ramasser les morceaux épars de notre expérience pour prévenir toute détérioration supplémentaire, résultant par là en continu l'expérience inattendue – dont le point extrême est la confrontation à l'insensé – à l'intérieur d'une structure organisatrice et protectrice porteuse d'un sens. La dynamique de cette « cartographie interne » est par là même saisie entre la tendance à la dislocation face à l'imprévu et la tendance à l'immobilisme ou à l'identique.

La socialisation primaire s'inscrit à l'intérieur de ce processus de construction de soi et du monde, s'appuyant sur une modalité de la promesse largement affective et conditionnée par une forme de promesse en retour : obtenir la confiance et la protection à condition d'une adéquation suffisante à divers impératifs sociaux ; être reconnu à condition d'être reconnaissable, être attaché émotionnellement à condition d'être et de rester attachant, etc. Il existe une interaction étroite, à l'intérieur de ce processus, entre l'anticipation de soi, l'anticipation de l'autre et l'anticipation du monde, dans une visée de maintien de la relation comme espace de reconnaissance rassurant en lui-même.

Une promesse intenable

La tension identitaire précoce qui apparaît chez de nombreux homosexuels et la forme de douleur qui s'y attache est précisément liée à l'anticipation d'une promesse intenable, c'est-à-dire à l'anticipation de soi comme « méconnaissable » pour autrui ou comme désormais non inscriptible, tel un mot mal orthographié qui ne pourrait plus trouver sa place dans le dictionnaire qui jusqu'alors lui servait de refuge. Dans la confusion, des sentiments et des émotions se mêlent : prévision de l'abandon, sentiment d'une rupture inéluctable, perte anticipée de la

³ On peut se référer ici à Winnicott et notamment à la conception qu'il développe d'une immersion du bébé dans un monde de bienveillance instauré dans la relation avec une mère suffisamment bonne. Le besoin de sécurité et d'affection demeure central chez l'enfant et, ensuite, chez l'homme, même s'il se libère progressivement de la capture initialement totalisante du monde maternel. C'est en cela que la sphère affective et donc, pour l'enfant et le jeune, la sphère de la socialisation primaire sont particulièrement cruciales.

⁴ Par analogie, les analyses menées au sujet de la schizophrénie dans une visée husserlienne sont riches d'enseignement dans la mesure où elles mettent en lumière la relation étroite entre anticipation du monde, élaboration continue d'une structure de cohérence et besoin de sécurité. Certains auteurs américains, à leur tour largement inspirés par Alfred Schutz, lui-même élève de Husserl immigré aux États-Unis, s'y intéressent aujourd'hui. On pense ainsi notamment à Strauss [16], Davidson [4, 5], Wiggins [18] ou Phillips [13] qui proposent, à partir de la phénoménologie, une analyse très fine de la quotidienneté de la vie des personnes. Selon Strauss, la schizophrénie représente une forme de déplacement ou de rupture du point d'équilibre du processus continu de construction et de maintien de la « carte interne susceptible de nous informer au sujet de qui nous sommes, de comment marche le monde et de comment nous entrons en rapport avec ce monde pour gérer la complexité de notre existence et de notre croissance » ([17], p. 260).

protection de l'espace relationnel et émotionnel, haine ou dégoût de soi auquel on impute la cause d'une promesse non tenue, vœu d'échappée à la tension, etc. Une modalité d'échappée à cette tension peut être la dépression ou encore la mobilisation du secret, de la fugue ou de l'échec comme ressources éventuellement paradoxales face à l'hostilité appréhendée. Quelques extraits des entretiens réalisés auprès de personnes séropositives et homosexuelles⁵ sont exemplaires de ce processus d'anticipation.

« J'étais en vacances en famille en Espagne dans un hôtel. Je devais avoir treize ans, peut-être quatorze. C'est bien possible que ce soit quatorze et au restaurant de l'hôtel, il y avait un garçon qui venait servir à table. C'était quelqu'un que je trouvais beau et que je regardais sans arrêt. À un moment donné, dans le courant des vacances, je me suis dit "au fond, pourquoi est-ce que je le regarde tout le temps, celui-là ?". Je me suis posé la question et je me suis dit : "qu'est-ce qui se passe ?". Et puis, je me suis dit : "mon Dieu, je dois être homosexuel". Je connaissais la signification du terme "homosexuel".

J'en avais entendu parler, dans ma famille notamment, par mon père qui en avait une image très négative [...] Je n'avais encore rien eu comme expérience sexuelle, vraiment zéro, et voilà. Je m'en suis rendu compte subitement et ça a été un choc pour moi, qui a duré très longtemps. Je me suis dit : "je suis foutu". Je n'en ai parlé à personne. Pendant quinze ans, je n'en ai parlé rigoureusement à personne. Personne, zéro. Ni amis, ni... j'ai tout gardé pour moi. J'étais extrêmement conscient... (Christian).

L'adolescence, ça s'est résumé à cela. Rien jusqu'à mes vingt ans, c'est-à-dire jusqu'au jour où j'ai eu une voiture. Là, j'ai commencé à sortir avec des copains. Quand j'ai eu mon permis, j'ai commencé à sortir, d'abord en boîte hétéro parce que je m'étais affirmé soi-disant hétéro... pour faire un peu comme tout le monde. J'étais très mal dans ma peau à cette époque-là parce que je ne savais pas. Je ne savais pas quoi penser de ce que je devais faire. J'avais eu une grosse déception amoureuse, qui a débouché sur trois mois de dépression nerveuse, donc ce n'était pas rien (Patrick).

Tout ce que j'avais entendu, c'était que l'homosexualité, les pédés, c'était pire que les violeurs, les assassins. C'est tout en bas de la société, c'est le fond du panier » (Joseph).

Parlant de l'homosexualité, l'un d'eux déclare :

« Ma mère m'a dit que c'était soit du vice, soit un manque de volonté et que pour moi, c'était un manque de volonté » (Marc).

Un autre dit à propos de ses parents :

« Je crois qu'il leur a fallu le temps pour le croire et ça a été l'hystérie la plus totale. Je retournais encore régulièrement chez eux à ce moment-là, tous les mois à peu près, et il y avait encore des gens qui téléphonaient pour moi chez mes parents. Quand c'était une fille qui téléphonait, c'était la joie la plus totale, sans même se demander qui pouvait être cette fille qui avait téléphoné... C'était la joie pour mes parents du moment qu'il y avait une fille » (Jacques).

⁵ Un de nos ouvrages [6] offre un parcours détaillé de l'ensemble des entretiens et décrit la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. Une partie entière de l'ouvrage est spécialement consacrée à l'analyse des trajectoires de personnes homosexuelles.

Un troisième parle de la réaction de son père :

« J'ai un fils alcoolique, j'ai un fils qui ne fout rien du tout, qui n'arrête pas de faire des conneries, j'ai le fils de ma femme qui se drogue et voilà le dernier maintenant qui est homosexuel. Et bien, c'est du propre... » (Éric).

Il s'agit tout d'abord, on le voit, d'une anticipation. En effet, la représentation que chacun se fait de la réaction d'autrui supposée à une confiance ou à une révélation tient de la spéculation. C'est un futur qui vient imprimer dans le présent le poids de conséquences redoutées. Il est donc important de distinguer l'évolution effective ou objective (sociostructurelle) d'un système de valeurs, ainsi que des modes de reconnaissance qui s'y attachent, et la représentation ou la traduction (dimension sociosymbolique) de ce système pour des individus ou des groupes dans leurs histoires particulières. Le sentiment de sécurité et de reconnaissance qui polarise la sphère affective se construit sans relâche au croisement de l'imaginaire – tel que le désir d'affection et de sécurité le mobilise – et des expériences concrètes.

Le trait le plus particulier qui concerne les personnes homosexuelles est précisément que c'est de ceux dont elles sont les plus proches et qui leur sont les plus précieux qu'elles craignent, en les confrontant à leur préférence intime, la réaction la plus hostile. Cet élément ne peut être minimisé. Au contraire, il est susceptible d'accroître la tension entre la construction et les hésitations identitaires, les besoins de reconnaissance, le besoin fondamental de sécurité et d'affection, la découverte progressive d'un trait stigmatisé, etc. L'homosexuel ou celui qui ressent une préférence homosexuelle naît dans un modèle hétérosexuel qui constitue le milieu fort de sa socialisation primaire. C'est par rapport à ce milieu dont il attend la protection et la sécurité affective qu'il ne parvient pas – à un moment donné – à (se) rendre compte d'un trait distinctif. C'est par ailleurs dans ce milieu qu'il identifie ce trait comme susceptible de lui valoir injure ou moquerie. L'autre protecteur est ainsi, dans le même temps, vu par anticipation comme menaçant. Certaines blagues ou injures sont partagées entre des cellules socialisatrices particulières et la société générale où elles s'inscrivent, partage qui renforce la cohésion et la sécurité que l'ensemble est susceptible de fournir à la totalité de ses membres. Ces mêmes blagues ou injures distillent, pour certains membres qui y sont pourtant nés, le sentiment d'une étrangeté et d'une exclusion potentielle⁶.

⁶ Nous pensons à ce sujet à l'histoire exemplaire du vilain petit canard, bel et bien étranger au bon monde des poules dont il finit par s'exclure lui-même. L'enfant étranger dont on se moque à l'école trouve éventuellement une consolation à la maison. Il ne vit pas tout à fait la même chose que celui dont on se moque aussi mais qui, en plus, doit craindre que sa maison, c'est-à-dire sa famille, ne le reconnaisse plus comme semblable. En même temps, il ne faut pas trop simplifier et il serait utile de s'interroger davantage au sujet de la honte et de la complexité de ce sentiment. Cet enfant dont on se moque peut en effet éviter de parler chez lui de l'injure qu'il a reçue dans la crainte de faire à son tour honte à ses parents par le simple fait de répéter l'injure, forme à la fois banale et précise de la communauté de parole entre l'insulteur et l'insulté lorsqu'on tient compte du fait qu'une insulte – une fois prononcée – est susceptible de « (re)jouer toute seule » ou encore, pour le dire autrement, que le simple fait de la répéter (r)anime un pouvoir d'injure qui demeure attaché au mot en lui-même, au-delà du contexte précis de sa première énonciation. Il peut aussi avoir plus ou moins secrètement honte de ses parents dont l'origine lui vaut d'être injurié, surtout lorsqu'il s'agit de ces injures qui commencent par « fils de... » ou « ta mère est une... » qui ont précisément pour ressort – au-delà de la provocation – de susciter ou de révéler au destinataire de l'injure la honte qu'il éprouve au sujet de ses parents.

Regard, injure et dégoût de soi

Goffman avait déjà largement décrit le stigmaté et plus spécialement les effets spécifiques du stigmaté physique. Ici, il s'agit d'un stigmaté particulier, à la fois relatif au corps ou au désir et – la plupart du temps – invisible. Comment l'individu peut-il accéder à une identité pratique ou sociale en matière sexuelle alors qu'il ne peut, sous l'angle de sa préférence, être assuré de reconnaissance dans son premier cercle de socialisation ? Cette reconnaissance passe par une forme d'assentiment ou d'approbation, explicite ou implicite, que supporte notamment l'instance du regard, cruciale dans le champ de l'éducation et de la relation affective, qui vient à la fois compléter et ponctuer les mots. De même, la désapprobation, le rejet ou l'injure sont souvent accompagnés d'un jeu de regard. Ce que finit par rencontrer un homosexuel, ce sont avant tout des signifiants spécifiques et des images particulières qui sont portées dans le discours et dans le regard de l'autre. L'homosexuel est ainsi rencontré à la fois dans le dictionnaire, dans le vocabulaire familial, dans l'injure de la cour d'école, dans l'allusion d'un instituteur, dans un jeu de regards plus ou moins complices qui prolongent le surnom insultant, etc. Avant d'être l'expression d'un désir vécu par un sujet, l'homosexualité est un thème social qu'il rencontre, autour duquel s'articulent moqueries, désignation, craintes, dégoûts.

Une forme de hors-jeu ?

Sans doute peut-on objecter que chacun – qu'il soit homosexuel ou hétérosexuel – peut avoir la crainte de voir son désir surpris par l'autre. L'autre ne risque-t-il pas de se moquer, de rejeter, de dire non ou encore de profiter de l'expression de cette vulnérabilité ? C'est pourquoi le jeu de regard et de déroboade par lequel se dévoile et se camoufle le désir est un véritable exercice – ou jeu – de communication qui oscille entre d'une part le vœu de sécurité et le désir de reconnaissance comme enjeux centraux et, d'autre part, la nécessité d'une certaine insécurité ou d'une prise de risque comme préalable à la mise en jeu du désir. Cette oscillation ou cette tension n'est cependant tenable qu'à condition d'un accord à la fois au sujet de l'existence du jeu lui-même et au sujet du droit de toute personne d'y tenter sa chance, ou reconnaissance de l'instance du désir telle qu'elle existe en chacun.

Il nous semble que le fait que chacun soit légitimement désirant est loin d'être un acquis. Même si, théoriquement, le fait est indéniable, des catégories ou des personnes sont aujourd'hui encore largement considérées comme indignes ou incapables de désirer, que ce soit en fonction de l'objet que leur désir semble avoir élu ou en fonction de traits qui leur sont attribués et qui sont socialement considérés comme éléments identitaires incompatibles avec l'existence en qualité de « désirant », tels le grand âge, le handicap, la difformité dite « repoussante », etc.

Le jeu du désir s'inscrit dans un espace social en tension. En fonction de ses ressources et de la reconnaissance que l'autre leur accorde, il est plus ou moins aisé pour un individu de jouer ce jeu, d'en supporter la tension ou l'épreuve et d'en recueillir les fruits ou les échecs. Il est cependant nécessaire que le droit ou la dignité d'entrer dans cet espace de jeu lui soit reconnue et que ne lui soit pas déniée *a priori* la qualité de joueur. Les personnes mises hors jeu sont aussi incapables de gagner que de perdre. Elles sont en fait privées du droit même

d'exprimer un désir. Dans le cas des homosexuels, il nous semble qu'un soupçon pèse précisément au sujet de leur capacité à s'inscrire en qualité de joueur à part entière dans l'espace du désir. Ce qui est ainsi mis en cause serait peut être moins la modalité particulière de leur désir que le fait même qu'un penchant de cette nature puisse mériter le nom de désir.

Au-delà de l'expérience particulière de tel homosexuel, ce que le mépris et l'injure viseraient alors à faire exister, ce serait un penchant spécifique ou une « espèce » de penchant⁷, c'est-à-dire une espèce inférieure distinguée et exclue de la noble famille du désir par l'injure et qui, par cette exclusion, vient en consolider l'espace et la frontière.

Nous pensons plus spécialement à deux injures. La première consiste en un simple mouvement des mains qui, frappées l'une contre l'autre d'une certaine manière, signifient que celui qui est visé est une « tapette ». Il s'agit bien entendu d'une injure codée. Son contenu sémantique est connu par les personnes qui partagent le même code. Ce type d'injure nous semble intéressant à double titre : tout d'abord, elle est – la plupart du temps – mise en scène devant un public auquel l'injuteur s'adresse par les mouvements de son corps (clins d'œil, mouvements du menton ou de la tête qui désignent l'injurié, etc.). En cela, nous verrons que cette injure est exemplaire d'une modalité d'allocation vis-à-vis de quelqu'un qui est présent et qu'on veut exclure de la relation interpersonnelle. Ensuite, elle permet de mieux saisir les liens entre l'acte de parole, la manifestation corporelle, le langage et la communication d'un sens, liens dont on pourra faire apparaître que l'injure se sert en les pervertissant. En prolongement de cette analyse, nous essaierons de montrer qu'une deuxième injure, à savoir l'emploi du participe passé « enculé », est à son tour exemplaire d'un double mouvement que l'injure met en œuvre – en s'appuyant sur le corps qu'elle vise –, à savoir la négation de la personne et la création d'une espèce à laquelle elle se trouve rattachée en qualité de non-personne.

Une mise hors-jeu de « celui qui est absent »

Deux mains se frappent. Les spectateurs-témoins regardent celui qui est visé par ce mouvement du corps de l'injuteur. Ce type d'injure⁸ est à rapprocher du bras d'honneur ou, pire, du majeur pointé. Une violence physique est évoquée sans aboutir au contact lui-même. Elle s'apparente à la gifle ébauchée ou au coup retenu. Elle est ainsi à la fois de l'ordre de la menace et de la provocation à la violence de l'injurié mais en plus, parce qu'elle est publique, elle « absente » celui qui en est l'objet et qui s'y trouve désigné en qualité de « troisième personne ». Le processus qu'elle met en œuvre pourrait être reformulé de la

⁷ Voir à ce sujet le parcours que propose Évelyne Larguèche dans son analyse de la formule « espèce de... » comme prototype de l'injure. En effet, selon cet auteur, « espèce de » met en évidence ce vers quoi tend toute injure, à savoir la création d'une race (ou d'une espèce) à partir de l'affirmation de l'appartenance à cette espèce d'un humain désigné comme spécimen et, par là même, l'exclusion de cet humain du groupe – non spécifié – auquel se rattache le locuteur. « *Cette étrange locution d'« espèce de... » non seulement méritait pleinement le statut d'injure, mais de plus, par son contenu sémantique et surtout par sa fonction dans le discours, elle apparaissait même comme le prototype de l'injure et... de l'injure « raciste ». Elle permettait ainsi de faire ce constat ou de poser ce principe que : dans la mesure où l'injure crée de par les liens qu'elle instaure dans l'acte de parole, une race, une espèce, toute injure est en elle-même « raciste »* » ([10], p. 10).

⁸ On pourrait employer le terme « insulter » (étymologiquement « sauter sur ») qui rend mieux compte de la dimension d'agression et du mouvement corporel qui l'accompagne.

manière suivante : « *Je m'adresse à vous à qui je propose d'être mes semblables. Je vous demande de voir et d'entendre l'insulte au sujet de celui-là dont je parle. Je vous invite à prendre place dans l'espace de complicité où nous pouvons désormais renforcer notre spécificité, nous affirmant dans la distance n'être précisément pas comme celui dont nous nous moquons* ». Plus encore, « remettre quelqu'un à sa place » par un tel geste, c'est le mettre hors de l'espace social où « je » et « tu » se reconnaissent comme personnes. En cela, cette injure balise un espace de reconnaissance réservé à l'injuteur et à ceux auxquels il s'adresse, à savoir ses témoins. Celui que l'injure vise n'est dès lors qu'un tiers désormais exclu du jeu. Il n'est pas tant celui auquel on s'adresse que celui dont on parle⁹.

De plus, ce type d'injure s'inscrit à un endroit particulier entre l'acte de parole, la manifestation corporelle, le langage et la communication d'un sens. En effet, une parole est toujours une manifestation corporelle mais le langage, dont la parole est le véhicule, tend le plus souvent à faire oublier cette dimension corporelle de la parole au bénéfice de la dimension « désincarnée » du sens. Ici, au contraire, c'est le corps qui semble prendre parole hors du langage. C'est bel et bien la dimension corporelle de l'acte de parole qui est exclusivement mobilisée, au détriment du sens des mots, corps insultant qui prend parole pour « toucher » la sensibilité et en appeler à une réaction physique où pourra alors se réaliser dans les coups la mise à distance que le geste contient. Transformant sa cible en tiers exclu, l'injure provoque celui qu'elle veut ignorer au-dessus de la barrière qu'elle construit et l'invite soit à mettre son corps à la portée des coups pour essayer de se défendre, soit à réagir sur son propre corps en le supprimant comme cause et lieu de cette souffrance.

La deuxième injure est l'emploi des termes « sale enculé » ou encore « espèce d'enculé ». Par là, c'est encore le corps qui se trouve mis à l'avant-plan, sous le mode de l'avilissement ou de la pratique honteuse. Il s'agit bel et bien d'une réduction subjective, effet de caricature. Le corps est touché tout entier par cet effet de réduction à un espace à la fois particulier et intime¹⁰. Le terme évoque la zone du sale. En cela, l'homosexualité rejoint la sphère sexuelle des pratiques honteuses. De plus, la qualification prend une forme passive. L'effet métaphorique de l'injure consiste à réduire une identité à un trait spécifique, choisi pour sa capacité à établir une espèce radicalement différente. Ici, la réceptivité anale et la saleté s'opposent structurellement à l'idéal d'une virilité à la fois propre, active, pénétrante et dominante dont, en cette opposition, elles soutiennent la figure. L'acte même de l'insulte fait la démonstration de cette domination. La formule « espèce de », comme nous l'avons vu ci-dessus, crée de toutes pièces deux éléments complémentaires du processus d'exclusion, à savoir d'une part

⁹ Cette exclusion par le fait d'être « mis à la troisième personne » est précisément ce que Benveniste décrit lorsqu'il évoque que l'emploi du pronom « il » (ou elle) peut servir de forme d'allocution vis-à-vis de quelqu'un qui est présent quand on veut le soustraire à la sphère personnelle du « tu » (« vous ») : « [...] d'une part, en manière de révérence, d'autre part, en témoignage de mépris, pour ravalier celui qui ne mérite pas qu'on s'adresse "personnellement" à lui » ([2], p. 231, cité par [10], p. 149).

¹⁰ L'effet de réduction-extrapolation de l'injure rend l'examen de son processus sémantique comparable à celui de la métaphore. En même temps, l'injure est une assignation identitaire. Elle invite à penser les processus de désignation identitaire en s'appuyant sur l'analyse des processus sémantiques mobilisés dans la métaphore.

un individu réduit à un trait spécifique et d'autre part l'espèce à laquelle il est désormais censé appartenir du fait même de l'attribution de ce trait¹¹.

L'injure demande une forme de réparation ou de consolation subjective. Est-elle pour autant réparable ? Ici à nouveau, il nous semble que l'injure qui vise le corps ne trouvera de réparation ou de consolation immédiate qu'à condition que le réseau consolateur ou rassurant ne soit pas, implicitement ou explicitement, porteur de la même injure. À défaut, on assistera à des « réparations » tardives dans le cadre de réseaux relationnels de socialisation secondaire qui s'emploieront à « effacer », avec plus ou moins de volontarisme, les traces des hontes anciennes. De plus, l'injure, on l'a vu, fait exister une espèce à laquelle, par la désignation, elle rattache l'individu qu'elle vise.

Le thème de la honte et du regard est donc crucial. Plus spécialement, il faut concevoir le regard intérieur de chacun sur lui-même, intériorisant les normes et les attentes et les transformant en conditions de sa reconnaissance. La socialisation secondaire n'efface pas les conditions premières, même si elle participe à une forme de libération en offrant une forme de communauté aux « tiers absents ». La question centrale demeure : la permanence de l'injure ne fait-elle pas signe de la permanence de l'exclusion ou de l'absentification de personnes qui seraient mises hors jeu de l'espace de désir¹² ?

Entre mépris et reconnaissance...

La question du corps, du désir et des modes de reconnaissance

La description d'Honneth pose un premier espace de mépris¹³ du côté du corps et de la sphère affective [9]. Nous avons vu que les homosexuels étaient exemplaires d'une expérience de mépris dans la sphère affective. En cela, ils nous ont invités à repenser en profondeur à une conception du corps comme espace de la reconnaissance et à l'injure comme manifestation du mépris.

Pour rendre compte de l'expérience homosexuelle, il faut aussi prendre en considération tout ce qui concerne le dénigrement de leur mode de vie. Cela constitue en fait un deuxième registre ou mode du mépris. Bien entendu, la distinction

¹¹ Qu'on pense, par analogie, aux propos de Maurice Barrès à l'époque de l'affaire Dreyfus, tels que rapportés par Elisabeth Roudinesco : « *il n'y a de justice qu'à l'intérieur d'une même espèce ; Dreyfus est le représentant d'une espèce différente. Son cas est du ressort d'une chaire d'éthologie comparée* » ([15], p. 201).

¹² À cet endroit, il serait intéressant d'analyser davantage les liens entre l'injure comme forme de défense-exclusion, la prohibition du toucher comme établissement d'un tabou et l'effet de contagion de la violation du tabou (qui viole le tabou devient lui-même tabou puisqu'il possède la faculté dangereuse d'inciter les autres à suivre l'exemple de sa transgression). C'est peut-être parce qu'elle demeure un mode de contact tabou que l'homosexualité est souvent encore considérée comme contagieuse. Reste à savoir pourquoi ce mode de contact reste tabou. On peut sans doute alimenter cette réflexion par la définition que Freud donne du tabou, lorsqu'il compare sa prohibition avec celle que produit la névrose obsessionnelle : « *Le tabou est un acte prohibé vers lequel l'inconscient est poussé par une tendance très forte* » ([8], p. 43-44).

¹³ Ou entend ici « mépris » au sens que lui donne le dictionnaire, à savoir « *le fait de considérer quelqu'un comme indigne d'attention, sentiment qui pousse à ne faire aucun cas (d'une chose), sentiment par lequel on s'élève au-dessus de (ce qui est généralement apprécié), sentiment par lequel on considère quelqu'un comme indigne d'estime, comme moralement condamnable* » (in Robert, *Dictionnaire de la Langue Française*). Ces définitions ont en commun de désigner des positions – haute et basse –, de même que les sentiments en cause dans la relation entre le méprisant et le méprisé et les justifications implicites ou explicites de ces positions ou sentiments.

entre le registre du corps (propre/sale) et celui de la norme ou valeur sociale (bien/mal) n'est pas toujours aisée. La première expérience est sans doute celle de l'injure et elle est en rapport étroit avec le registre du sale. La deuxième expérience est davantage liée à une qualification morale dans la hiérarchie des valeurs sociales.

Il nous semble qu'on est en droit, à ce sujet, de se réjouir d'une évolution d'apparence favorable. Les personnes rencontrées font elles-mêmes état d'une « tolérance » ou d'un respect accru à leur égard. En même temps, les rapports entre le registre des valeurs et le registre des émotions et du corps nous semblent problématiques. Une évolution dans le registre des valeurs et des qualifications a-t-elle une influence dans le registre de la crispation « à fleur de peau » ? Nous formulons pour notre part l'hypothèse suivante : le contexte des valeurs s'est largement modifié. Il est de mauvais ton de dire que l'homosexuel est « indigne » ou « sans honneur ». L'action de la modernité a dévalué l'échelle même des valeurs comme source du mépris ou de la bienveillance. Cela ne signifie pas qu'il n'est plus « dégoûtant ». On pourrait peut-être comparer cela avec le registre de l'aliment, dans la mesure où sexualité et nourriture ont en commun le fait d'être en prise directe avec le corps. Plus précisément, on s'accorde, en qualité de modernes radicaux, à déclarer qu'il n'existe pas de nourriture impure. On se battra même pour que des plats étranges ou étrangers soient considérés comme « dignes » du nom de nourriture. En même temps, on peut être amené à dire qu'en aucun cas, on n'accepterait d'en manger, voire, et c'est un pas supplémentaire, qu'il est inimaginable que d'aucuns puissent « bouffer de telles m... ». Dans le premier cas, il s'agit finalement d'une réaction assez rationnelle dans laquelle sont distingués le droit pour chacun de manger ce qu'il veut – niveau éthico-normatif – et l'expérience effective de l'ingestion de nourriture – niveau pragmatique-corporel. Dans le second cas, les moues de dégoût qui s'impriment sur certains visages marquent au contraire l'absence de distinction ou au moins la difficulté de maintenir cette distinction. En effet, lorsque l'imaginaire est sollicité par l'évocation d'une nourriture particulière, il procède à la mise en relation du corps du sujet lui-même avec la nourriture étrange. Cette mise en relation imaginaire est susceptible de provoquer au-delà ou en deçà de toute opération rationalisante une réaction émotionnelle de dégoût dont la moue ou le frisson¹⁴ peuvent être alors les manifestations physiques plus ou moins involontaires.

Ce qui compte, c'est donc de relever l'emploi des mots et la mobilisation du corps lorsqu'il est question d'un jugement pratique. Le registre des valeurs, inscrit dans les discours, est peut-être plus souple que celui qui reste largement inscrit dans le corps, sous la forme du dégoût, de la répulsion ou du rejet.

Ce qui est le plus difficilement repérable, c'est la tension et la contradiction entre les divers registres. Le langage non verbal peut, à l'occasion, marquer l'infime dégoût, le petit sursaut. Un regard dérobé surprend la surprise. Un minuscule recul se laisse percevoir sans que rien ne soit explicite... Une anecdote : deux amis sollicitent un lit « matrimonial » dans une auberge espagnole dans laquelle, malgré l'adage, on ne trouve pas toujours ce qu'on y amène. La réaction est à la fois, disent-ils, empressée et brouillonne. Embarras et sourire. Surtout, le lendemain, ils aperçoivent, à la porte de la salle où on servait le déjeuner la femme

¹⁴ Sur ce thème du frisson du corps face à l'hostile, des impressions relatives à la digestion font office de métaphores, telles que « écœurement », « excréter », « dégueulasse », etc.

qui les a reçus la veille les désignant discrètement du doigt à une jeune fille. Ils ressentent un grand malaise. L'intériorisation du regard de l'autre s'alimente à une source diffuse. Rien n'est dit explicitement.

Faut-il voir dans ces perceptions les créations perceptives de paranoïaques regrettant les persécutions explicites d'antan ? Faut-il y voir le reste d'un mouvement de dégoût ancien qui s'essouffle ? S'agit-il des curiosités à la fois si simples et si souvent blessantes ? Faut-il y déceler, au contraire, le sursaut des corps face aux impératifs désincarnés de la modernité égalisante ? Sans doute un peu de tout ça qu'il faut s'employer à mieux comprendre pour éviter les simplifications.

Reconnaissance en droit et retour de la question du corps ?

Le troisième registre ou mode de mépris concerne sans aucun doute le fait que les homosexuels ne soient pas dotés des mêmes droits que leurs équivalents hétérosexuels. L'expérience de cette privation ou de cette inégalité de traitement s'exprime dans le cadre, notamment, des revendications au sujet du contrat d'union civile ou sociale. Cet élément est central pour comprendre l'imbrication étroite des registres. En effet, l'état actuel des débats permet de faire apparaître le souci politique de rejoindre un certain nombre de revendications (reconnaissance juridique de l'union homosexuelle) tout en évitant d'y adjoindre le droit d'adopter ou de fonder un couple parental. Dans ces questions relatives à la filiation et à la transmission, la question du corps est abordée, lorsque, par exemple, on argumente à partir de la nécessité de la différence des sexes ou encore par rapport à la protection du désir de l'enfant. De même, le registre des qualifications en termes de valeurs est à son tour mobilisé en filigrane de la question du droit et la question de la contagion et du corps y fait retour.

En effet, il existe un certain consensus pour accorder une certaine valeur aux affections homosexuelles. Cela ne signifie pas que celles-ci sont considérées comme parfaitement égales aux amours hétérosexuelles mais elles ne sont pas totalement disqualifiées. En même temps, l'anthropologie est mobilisée pour fournir au politique inquiet d'une reconnaissance trop égalitaire ou de dérives potentielles l'exemple de différenciations traditionnelles posées comme incontournables pour le salut de la société et le bien de ses enfants. Ce qui est en cause concerne ainsi de manière principale la question de la filiation. Cette réserve manifeste repose largement sur la promotion du couple hétérosexuel comme « naturellement parental » et sur la méfiance à l'égard du couple homosexuel en tant que transmetteur de la vie, de la norme et garant du « bien de l'enfant ». Cette forme de méfiance¹⁵, lisible dans le droit, repose en fait sur un dénigrement du mode de vie homosexuel dans la mesure où la crainte exprimée est soit qu'il ne se généralise, ce qui ne serait pas craint si on l'estimait, soit qu'il ne soit nuisible aux enfants. Nous croyons surtout que le véritable débat n'est

¹⁵ On ne peut faire s'équivaloir méfiance et mépris. En même temps, il peut exister une relation étroite entre ces deux sentiments. En effet, le mépris ressenti à l'égard d'une personne entraîne logiquement une méfiance à son égard (il méprise telle personne qu'il considère comme indigne d'estime et moralement condamnable. C'est pourquoi il se méfie aussi d'elle et de l'influence qu'elle pourrait avoir sur lui ou sur ses proches). D'autre part, la méfiance elle-même peut parfois alimenter le mépris. Ce lien n'est pourtant pas systématique (il ressent de la méfiance envers une personne. Parfois, il justifie ce sentiment en la posant comme méprisable. Parfois, il trouvera à ce sentiment d'autres explications telles la compétence, l'âge, etc.).

pas là mais ailleurs : comment se fait-il que dans une société qui se veut moderne, cette question du bien de l'enfant soit posée *a priori* lorsqu'il s'agit d'homosexuels – ce qui est le cas aujourd'hui – et qu'elle le soit moins lorsqu'il s'agit d'hétérosexuels¹⁶.

Une question subsidiaire demeure : comment la promotion dans les valeurs ou dans les règles d'une extension de la reconnaissance peut-elle avoir une influence effective si ce qui mobilise principalement le mépris s'enracine dans le corps ?

Une question subsidiaire : l'impossible droit d'être aimé...

En effet, le mépris dans le registre des valeurs ou dans le registre du droit invite à développer des modes de reconnaissance qui, aujourd'hui, font l'objet d'un consensus assez large. Déclaration des droits de l'homme, lois d'antidiscrimination, etc., visent à garantir, dans une visée universelle, une forme de recours en cas de mépris. D'une certaine façon, on se mêle – parce qu'on croit, précisément, que c'est possible – d'imposer un certain nombre de devoirs de reconnaissance aux collectivités et aux personnes. Le sujet de droit est protégé en droit. Le sujet qui se réalise dans des modes de vie est aussi protégé – du moins en large partie – par tout ce qui concerne la liberté de choix dans l'ordre des valeurs. Généralisation ou universalisation sous l'angle de l'imposition de règles ou de recommandations paraissent donc des tendances largement observables dans ces deux registres de la reconnaissance sociale – réalisation de soi (reconnaissance éthique) et droit (reconnaissance juridique).

Par contre, et cela concerne tant les homosexuels que les hétérosexuels, dans la mesure où il s'agit précisément de l'expérience humaine la plus cruciale, l'assise émotionnelle, l'amour selon Hegel, l'affection des siens ou la sympathie des parents semblent bel et bien demeurer strictement non généralisables et encore moins universalisables. Nulle loi qui oblige à aimer, à caresser l'enfant comme il en a besoin, à lui fournir, même laid, voire très répugnant, la sécurité affective nécessaire. Nulle possibilité de sanctionner la non-reconnaissance ou le mépris du corps de l'autre lorsqu'il exprime son désir, la moquerie, la raillerie, les rejets. Quoi de plus légitime que de ne pas aimer, de rompre, de quitter, etc. ? Il n'existe pas d'égalité citoyenneté devant un miroir et devant les images qu'il renvoie, puisque ces images sont toujours inégales face aux exigences qu'imposent les courants esthétiques du moment.

C'est ainsi l'espace le plus fondamental de la reconnaissance sociale qui est le plus largement soumis à l'absence de loi. La source la plus profonde de la confiance en soi est incertaine. Nulle garantie. La plainte peut résonner longtemps et sans recours face au particularisme moral. On peut punir le violeur. On ne punira pas celui qui, parce qu'elle (ou il) a été violé(e), ne l'aime plus ou l'aime moins. Le défaut de reconnaissance est pourtant là où le corps blessé n'est pas reconnu. On doit punir celui qui frappe. On ne peut pas punir celui qui

¹⁶ Sauf lorsqu'ils se trouvent être « handicapés » (mentaux, sociaux ou autres), auquel cas on pose moins la question du bien de l'enfant qu'on y apporte une réponse *a priori* par voie de stérilisation, campagnes de réduction du nombre d'enfants dans les familles populaires, etc. En cela, l'homosexuel et le handicapé au sens large partagent le même espace social de méfiance, par une forme de désignation implicite qui dépasse les catégories « homo » et « hétéro » pour mobiliser les catégories globales du « normal » et du « pathologique ».

n'exprime pas son affection, surtout s'il n'aime plus. La souffrance est pourtant intense et probablement dangereuse à l'occasion. N'être pas (ou plus) aimé, c'est aussi souvent – à ses propres yeux – ne pas être ou n'être plus aimable, lorsqu'il faut, pour s'aimer, se nourrir – ne fût-ce qu'un peu – de la confiance en soi que le regard d'un autre accorde au jour le jour. De plus, comment pourrait-on contraindre l'autre à nous reconnaître affectivement alors que la force de la nourriture qu'on pourrait tirer de cette reconnaissance tient précisément à la faveur qu'elle nous manifeste ?

Ne peut-on à cet endroit penser à certaines formes de loyauté ou de tendresse entre les amis ? Comment formuler les conditions de possibilité d'espaces relationnels rassurants et qui visent, entre l'amour sans loi et la loi sans amour, à bricoler et à créer – à l'occasion de toutes pièces – des montages de codes et d'engagements où se mêlent un certain sens de l'humour et de l'honneur¹⁷, de l'estime lucide, une certaine patience, un goût de la durée et un certain nombre de craintes partagées quant à l'avenir.

Quelques considérations au sujet du mouvement associatif

L'expérience homosexuelle est une forme particulière d'expérience minoritaire et stigmatisée. La question posée dès le début de cette contribution est de savoir si, au contraire des expériences de persécution qui ont été les leurs dans le cadre de sociétés « traditionnelles »¹⁸, les homosexuels d'aujourd'hui recueillent davantage les fruits de la révolution moderne. À l'intérieur de ce débat, les associations jouent un rôle important. Que ce soit en tant qu'elles organisent une forme de solidarité communautaire entre homosexuels ou comme lieu d'aide et de soutien aux personnes séropositives, elles ont participé à la définition des événements et des positions.

L'hypothèse que nous voudrions développer ici concerne plus précisément les rapports entre des situations, des événements ou des groupes réputés menaçants, des mouvements plus ou moins organisés de « défense » ou de « lutte » et les fragilités de la modernité : l'absence de maîtrise absolue confronterait régulièrement nos sociétés à un sentiment de menace. À cette occasion, la société « en général » et certains groupes spécifiques développeraient – sans reconnaître leur alliance objective – une stratégie implicite de lutte contre l'idée même de menace¹⁹ à base de divers processus de réduction identitaire, processus dont les avantages paradoxaux (effets de désignation et de

¹⁷ Moins à comprendre comme l'honneur qui s'attache à une personne, à un statut, à un rang, honneur traditionnel, que l'honneur qui s'attache à une relation, parole donnée, serment, engagement, fidélité, etc., qui ne sont pas nécessairement des valeurs anciennes plus ou moins élitistes mais, peut-être, des modalités un rien démodées d'une vie tenable pour les plus vulnérables.

¹⁸ À partir du XIII^e siècle, une véritable machinerie persécutrice s'est mise en place, confondant largement homosexuels, juifs et lépreux dans le même type de désignation : l'inconvertible contagieux, marqué dans le biologique d'une tache irréversible et menaçante pour l'intégrité du corps d'autrui et, au-delà, du corps social.

¹⁹ Je crois que la menace, dans le social, agit souvent comme un signifiant, c'est-à-dire que, sous le vocable « menace », chacun ou chaque groupe est susceptible de mettre ce qui, dans un environnement hostile, lui sert « traditionnellement » à organiser sa défense. Il y a aujourd'hui moins d'accord au sujet d'un agresseur spécifique que d'accord au sujet d'une menace diffuse.

reconnaissance²⁰) se rétribuent dialectiquement à l'envers – ou en réduction – du projet moderne.

Les associations « gaies », le sida et l'homosexuel qui s'assume

Suite à Pollak [14], Martel propose une analyse de l'attitude et des stratégies du mouvement gay à l'occasion du sida [12]. Il n'est pas possible de résumer ici une thèse qui est développée longuement. Ce que Martel essaie de mettre en lumière, c'est combien le mouvement gay a été, d'une certaine façon, « coincé » entre les objectifs de libération qui formaient son fonds de commerce traditionnel et les impératifs de prévention qui l'obligeaient – à condition de prendre en compte l'existence du sida au sein de la population homosexuelle – à promouvoir la nécessité de changer un certain nombre de comportements.

D'une certaine façon, la thèse de Martel est que la lutte pour la libération et contre la stigmatisation a pu être, à l'occasion du sida, un frein à l'adoption de stratégies adaptées au milieu homosexuel. De plus, le sida, après avoir été reçu comme une « menace idéologique », a été retraduit comme un « patrimoine » légitime à partir duquel le statut de victime (victime du social et de la discrimination) trouvait un espace de traduction et d'expression nouveau et davantage respectable²¹.

Ce qui est très frappant chez nous, c'est qu'aujourd'hui encore, les associations « gaies » préfèrent ne pas intégrer explicitement la prévention du sida, pour éviter – disent-elles – tout effet d'amalgame ou de stigmatisation. L'argument paraît légitime au premier regard. En même temps, il repose sur une forme d'idéalisation implicite de l'identité homosexuelle. En simplifiant un peu les termes du débat, les associations fonctionnent largement comme si ce qu'elles avaient à promouvoir, c'est l'homosexuel qui s'assume pleinement, qui est pleinement heureux et tout à fait respectable. Cet homosexuel est évidemment aussi inexistant que l'Homme abstrait de la modernité.

Un impératif moderne ?

Au centre de cette promotion, on trouve un impératif qui correspond, sous une forme sans doute caricaturée, à l'idéal de la modernité sexuelle, c'est-à-dire l'impératif d'une autonomie parfaitement réussie dans la sphère de la sexualité : « Assume-toi toi-même jusqu'au bout » ou encore « sois identique à ce qui te pousse ». Il s'agit bien d'un idéal de maîtrise.

Ensuite, une opération s'effectue par laquelle certains humains – dont des homosexuels – s'identifient et se laissent identifier ou réduire à une appartenance dont ils font le support paradoxal de leur présence et de leur reconnaissance. Le

²⁰ Il faudrait en plus s'interroger sur les liens entre les processus de reconnaissance et d'assignation identitaire lorsqu'ils fonctionnent symétriquement en vue d'une inscription à l'intérieur d'un marché où, de plus en plus, le consommateur est situé, posé, désigné, attendu, etc. Le développement, au Canada notamment, de stratégies de communication et de marketing « rose » ou « gay » porte en fait ce triple processus : reconnaissance, désignation-réduction et – ce qu'on tente de faire oublier – inscription comme consommateur.

²¹ L'ouvrage ouvre un débat sur des sujets largement tabous. Sans doute faut-il y voir la cause des nombreuses polémiques qu'il a suscitées, dont la violence a pu étonner. La position que Martel défend s'inscrit dans une visée de rupture avec les logiques identitaires et communautaires. Il s'agit donc à la fois d'une analyse et d'une prise de position.

fragment identitaire problématique est élu comme lieu d'inscription sociale dans une logique communicationnelle provocatrice. Il s'agit d'être reconnu non en tant qu'être humain mais en tant qu'homosexuel qui s'assume. Ce n'est pas la même chose. C'est même radicalement différent dans la mesure où l'être humain est caractérisé par l'impossibilité logique où il se trouve de s'assumer parfaitement lui-même, sauf à abolir toute temporalité et tout risque.

La Gay Pride (fierté gaie) me paraît en ce sens un indicateur intéressant et à l'occasion inquiétant de l'évolution et/ou de la dérive actuelle d'un certain mouvement gay qui alimente à l'occasion sa fierté au mépris des plus vulnérables.

Jean-Michel Chaumont évoque dans un ouvrage récent la possibilité d'une certaine communauté de regard entre bourreau et victimes [3]. Il analyse notamment l'usage de qualificatifs tels que « schmoustique » ou « *Muselmänner* ». Quant à nous, ce que nous relevons, dans les entretiens sans doute mais surtout dans la rencontre avec certains groupes homosexuels plus ou moins militants, c'est la logique fortement identitaire et parfois contre-productive sur laquelle s'appuie la lutte pour la reconnaissance. Nous voudrions proposer ici quelques anecdotes qui rendent compte du caractère potentiellement paradoxal de cette lutte.

Lorsqu'un jeune gay lui dit qu'il préfère ne pas défiler à la Gay Pride, un militant homosexuel francophone lui écrit – par lettre ouverte et publiée – qu'il peut garder « *la tringle de la respectabilité dans le fondement* »²². Cette forme extrême du mépris, interne à un groupe de stigmatisés, est sans doute largement liée à la question de la respectabilité. Qui, aujourd'hui, en définit les règles ? La fierté nécessite-t-elle la provocation ? La « discrétion » non violente est-elle « honteuse » ? Le regard de l'autre, aujourd'hui, est plus que jamais double : regard d'autrui généralisé, hétérosexuel dans l'ensemble, oscillant entre scandale, sourire, amusement et souci de la limite et regard de certains acteurs communautaires, portant l'impératif d'une démonstration « fière ».

Nous croyons qu'ici, la fierté peut aussi s'appuyer sur une autre forme de la honte, mouvement par lequel on tente fièrement d'extirper de l'autre tout signe d'hésitation, pour, par là même, confirmer son unité individuelle. La fierté, en ce sens, est un moyen de « frapper autrui » pour oublier sa propre déchirure, comme on tenterait d'arracher de soi une part toujours insupportable. Que signifie en fait « être fier d'être homosexuel » ? Quelle « folle honteuse » paie le prix structural et social de la fierté de quelques-uns, probablement dominants en vertu de leurs habitus ou de leurs ressources socioculturelles ? Peut-être un des nouveaux jeux d'alliance est-il celui qui voit, au nom de la libération et de l'assomption de soi, se réunir les « pseudo-gagnants » d'une révolution sexuelle – quelles que soient leurs préférences – c'est-à-dire ceux qui ont les moyens de croire ou de faire croire à leur réussite et à leurs pseudo-bonheurs face à ceux qui, moins beaux,

²² On retrouve, dans cette injure, la signification d'« enclulé », injure du discours dominant dont nous avons parlé ci-dessus. Ce qui est remarquable, c'est que l'injuteur se fait complice du discours dominant et de son injure pour exclure l'injurié. En même temps, la tringle de la respectabilité est ici proposée comme un attribut des dominants. La force de cette formule injurieuse tient alors en deux mouvements : elle réduit l'injurié à la position passive et réceptive, d'une part, mais aussi elle l'exclut de la « communauté » du locuteur (les militants) en le renvoyant publiquement au ridicule d'être à la fois effectivement « pénétré » et en même temps porteur de la norme dominante. N'est-ce pas précisément la plupart du temps ce que l'injure vise, à savoir ce qu'il y a de plus hostile en soi ou dans le groupe auquel on appartient, à savoir la permanence de certaines divisions – subjectives ou sociales –, de diverses modalités de la honte ou encore, pour le dire autrement, la confrontation à l'impossibilité de toute (ré)conciliation totale.

moins riches, moins brillants, moins sûrs de savoir... rament péniblement au fond de leur couche plus ou moins désertée, avec, pour nouvelle difficulté, le sentiment intime que, si eux n'y parviennent pas, c'est vraiment de leur faute, c'est-à-dire en raison de leur incapacité à dépasser ou à contourner – comme si c'était possible – les règles de la séduction et du plaisir garanti²³.

En guise de conclusion...

Entre le militantisme minoritaire qui s'appuie sur un mixage – explosif – entre victimisation et héroïsme et le militantisme implicite de discours dominants qui ne sont pas toujours aussi modernes qu'il n'y paraît, il nous semble que la question éthique est de travailler sur le caractère finalement complice et réducteur des logiques réciproques et identitaires lorsqu'elles imposent en filigrane la fierté ou l'assomption de soi comme nouvelle condition de la reconnaissance.

Je me souviens d'un jour où, dans un colloque international – il y a maintenant cinq ans – dont l'objet était le sida, une militante s'est levée en session plénière. Elle portait un ruban rouge. Elle a dit qu'elle était séropositive. La salle l'a applaudie. Elle a ensuite demandé que toutes les personnes séropositives se lèvent. On a vu une dizaine de personnes se lever, d'autres hésiter. Quelques-unes se sont immédiatement rassises. La salle a aussi hésité à applaudir... En disant « la salle », je dis que ceux qui se sont levés étaient, d'une certaine façon, sortis du lot. Beaucoup ne se sont pas levés et beaucoup ignoraient s'ils devaient se lever ou non. Tout le monde ne connaît pas son statut sérologique. Il aurait été important de dire quelque chose. Il aurait été utile que quelqu'un se lève pour manifester sa désapprobation. Que quelqu'un puisse dire qu'il reconnaissait, chez cette femme, le besoin d'être reconnue comme personne à part entière mais qu'il n'acceptait pas qu'une telle pression soit faite sur d'autres.

Le choix des modalités d'être reconnu peut sans doute être partagé. Il ne peut pas être imposé, sous quelque forme que ce soit, et surtout pas sous la forme de la contagion brutale d'un héroïsme à la fois ponctuel et inconséquent.

En même temps, je n'ai rien dit. Je suis resté assis, dans une position difficile et menacée. Cette position n'est-elle pas d'autant plus difficile qu'elle représente en pratique une forme de résistance diffuse et incertaine face à des modes de domination toujours renouvelés ? Le malaise ne vient-il pas précisément du fait que cette posture inconfortable entre deux positions – ni vraiment debout, ni vraiment assis – est une forme d'opposition qui ne parvient pas à se formuler, résistance malhabile et non explicite, dépourvue de points d'appui ?

N'est-ce pas aujourd'hui la tâche la plus ardue et la plus urgente que de définir les nouvelles pratiques de résistances et de prophylaxie susceptibles de faire face aux nouvelles vagues de dépendances, lesquelles, sans relâche, proposent aux inquiétudes et aux appétits qu'elles éveillent leurs divers produits – variés et marchands – de colmatage, telles les nouvelles formes d'harmonies consensuelles, les modalités inédites de réconciliation totale, que ce soit avec soi-même ou avec les autres, sur base, notamment, de quelques prêts-à-porter identitaires ou de thérapeutiques chères aux consolations imaginaires.

²³ Jamais sans doute le fait de n'avoir pas de succès n'a été plus stigmatisant. Les séries du style « premiers baisers » nous resservent jusqu'à en vomir l'image de ces couples jeunes et beaux et asexués face auxquels des laborieux difformes et boutonneux suscitent le rire et le mépris.

Références bibliographiques

1. André S. *L'imposture perverse*. Paris : Éditions du Seuil, 1993.
2. Benveniste E. *Problèmes de linguistique générale*, tome I. Paris : Gallimard, 1966.
3. Chaumont JM. *La concurrence des victimes : génocide, identité, reconnaissance*. Collection *Textes à l'appui*. Paris : La Découverte, 1997.
4. Davidson L. Developing an empirical phenomenological approach to schizophrenia research. *J Phenomenol Psychol* 1992 ; 23 : 3-15.
5. Davidson L. Phenomenological research in schizophrenia : from philosophical anthropology to empirical science. *J Phenomenol Psychol* 1994 ; 25 : 104-30.
6. Delor F. *Séropositifs : trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Collection *Logiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 1997.
7. Erikson EH. *Adolescence et crise : La quête de l'identité*. Paris : Flammarion, 1972.
8. Freud S. *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1965.
9. Honneth A. Integrität und Mißachtung : Grundmotive einer Moral der Anerkennung. *Merkur* 1990 ; 501 : 1043-54.
10. Larguèche E. *L'injure à fleur de peau*. Paris : L'Harmattan, 1993.
11. Larguèche E. *Injure et sexualité*. Paris : PUF, 1997.
12. Martel F. *Le rose et le noir : les homosexuels en France depuis 1968*. Collection *L'épreuve des faits*. Paris : Éditions du Seuil, 1996.
13. Phillips J. Peirce et la vulnérabilité sémiotique dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique* 1997 ; 62 (2) : 369-79.
14. Pollak M. *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Collection *Leçons de choses*. Paris : Métailié, 1988.
15. Roudinesco E. *Histoire de la psychanalyse en France*, tome I. *La bataille de cent ans (1885-1939)*. Paris : Ramsay, 1982 (réédition : Éditions du Seuil, 1986).
16. Strauss S. The person-key to understanding mental illness : toward a new dynamic psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992 ; 162 (suppl 18) : 19-26.
17. Strauss JS. La nature de la schizophrénie : vulnérabilité et destin. *L'Évolution Psychiatrique* 1997 ; 62 (2) : 245-62.
18. Wiggins OP, Schwartz M, Northoff G. Vers une phénoménologie husserlienne des étapes initiales de la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique* 1997 ; 62 (2) : 299-313.

Liste des auteurs

Michael Bochow, Akademie Waldschloesschen, Goettingen, Allemagne

Anne-Déborah Bouhnik, ORS Paca-Inserm U379, France

Christophe Broqua, CRIPS Île-de-France, chercheur associé au Centre d'Ethnologie Française, Musée National des Arts et Traditions Populaires, France

Pierre-Olivier de Busscher, Sida Info Service, chercheur associé au Centre de Sociologie Européenne, IRESCO, France

François Delor, †

François Deniaud, Médecin généraliste, Centre Clinique et Biologique des MST, Hôpital Saint-Louis, 42, rue Bichat, 75475 Paris Cedex 10, France

Catherine Deschamps, Rattachée au Laboratoire d'Anthropologie Sociale, équipe « altérité, sexualité, santé », CNRS/EHESS/Collège de France, 52, rue du Cardinal Lemoine, 75005 Paris, France

Nicolas Dodier, Inserm-EHESS, France

Rosemary Dray-Spira, INSERM U88-IFR69, Saint-Maurice, France

Jean-Marie Firdion, INED, France

Serge Hefez, Psychiatre, psychanalyste, responsable d'ESPAS (Espace social et psychologique d'aide aux personnes touchées par le sida), 36, rue de Turbigo, 75003 Paris, France

Michel Janier, Médecin des hôpitaux, Centre Clinique et Biologique des MST, Hôpital Saint-Louis, 42, rue Bichat, 75475 Paris Cedex 10, France

Marie Jauffret-Roustide, Institut de Veille Sanitaire, Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société, Saint-Maurice, France

Anne Laporte, Observatoire du Samu social, Paris, France

François Lassau, Dermato-vénérologue, Centre Clinique et Biologique des MST, Hôpital Saint-Louis, 42, rue Bichat, 75475 Paris Cedex 10, France

Jean-Yves Le Talec, Docteur en sociologie, Équipe Simone-Sagesse/Université de Toulouse-le-Mirail, France

France Lert, Inserm U88, Saint-Maurice, France

Brigitte Lhomond, Sociologue, CNRS, LASS, Bâtiment 101, Université Lyon I, 69622 Villeurbanne Cedex, France

Catherine Marimoutou, ORS Paca-INSERM U379, France

Rommel Mendès-Leite, Ethnosociologue, chargé de cours au département de Psychologie Sociale et membre titulaire du Groupe de recherches sur les relations asymétriques (GERA), Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon II, France

Alice Michel, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

Yolande Obadia, ORS Paca-INSERM U379, France

Josiane Pillonel, Institut de Veille Sanitaire, Département des maladies infectieuses, Unité VIH/sida-IST-VHC, Saint-Maurice, France

Roselyne Pinget, Institut de Veille Sanitaire, Département des maladies infectieuses, Unité VIH/sida-IST-VHC, Saint-Maurice, France

Philippe Plauzolles, Docteur en pharmacie, spécialiste de santé publique

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Épidémiologiste INSERM, Unité 149-IFR69, 16, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex, France

Marie-Ange Schiltz, Cams-Cermes, France

Yves Souteyrand, ANRS, France

Éric Verdier, INED, France

Déjà parus dans la collection

■ **Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action**

(mars 1993, réédition 1984)

■ **Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale**

(octobre 1994)

■ **Connaissances, représentations, comportements**

(novembre 1994)

■ **Sexualité et sida**

Recherches en sciences sociales

(décembre 1995)

■ **Les homosexuels face au sida**

Rationalités et gestions des risques

(avril 1996)

■ **Le dépistage du VIH en France**

Politiques et pratiques

(novembre 1996)

■ **Le sida en Afrique**

Recherches en sciences de l'homme et de la société

(avril 1997)

■ **Des professionnels face au sida**

Évolution des rôles, identités et fonctions

(avril 1998)

■ **Le sida en Europe**

Nouveaux enjeux pour les sciences sociales

(juillet 1998)

■ **Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH**

(septembre 1999)

■ **Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France**

Synthèse des données quantitatives (1994-1999)

(novembre 1999)

■ **L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire**

Évaluation de l'Initiative Onusida/ministère de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux

(septembre 2001)

■ **L'observance aux traitements contre le VIH/sida**

Mesure, déterminants, évolution

(décembre 2001)

■ **Sida, immigration et inégalités**

Nouvelles réalités, nouveaux enjeux

(juillet 2002)

■ **L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux**

Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales

(octobre 2002)

■ **Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries
Issues and Challenges**

(juin 2003)



Achévé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau
N° d'Imprimeur : 72564 - Dépôt légal : novembre 2003
Imprimé en France

homosexuelle est plurielle : différentes générations, différents modes de vie, différents statuts sérologiques, etc. Ces diverses situations appellent des réponses spécifiques et imposent d'articuler des campagnes s'adressant à tous à des messages plus ciblés adaptés aux différents publics.

Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
2. Arnal F. *Résister ou disparaître ? Les homosexuels face au sida : la prévention de 1982 à 1992*. Collection *Logiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 1993.
3. De Busscher PO. L'association Santé et Plaisir Gai et la construction du *safer sex* en France (1988-1994). In : Calvez M, Schiltz MA, Souteyrand Y, eds. *Les homosexuels face au sida : rationalités et gestion des risques*. Collection *Sciences sociales et sida*. Paris : ANRS, 1996 : 35-42.
4. Paicheler G. *Prévention du sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Collection *CNRS communication*. Paris : CNRS Éditions, 2002.
5. Pinell P, Broqua C, De Busscher PO, Jauffret M, Thiaudière C. *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Collection *Science, histoire et société*. Paris : PUF, 2002.