

# **Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins**

**Un nouveau rapport au risque**

Conception : Éditions EDK  
2, rue Troyon  
92310 Sèvres  
Tél : 01 55 64 13 93

ISBN : 978-2-8425-4119-4

COLLECTION  
SCIENCES SOCIALES  
ET SIDA

**Sexualité, relations  
et prévention  
chez les homosexuels  
masculins**

Un nouveau rapport au risque

Sous la direction de  
Michel Bozon  
Véronique Doré

anRS

Agence nationale de recherches  
sur le sida et les hépatites virales

ANRS - Collection Sciences sociales et sida  
Copyright Anrs - Paris mai 2007  
ISBN : 978-2-910143-22-0  
ISSN : 1262-4837

Service information scientifique et communication - Anrs  
101, rue de Tolbiac 75013 Paris  
Tél : 01 53 94 60 00

*Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs*

## COMITÉ ÉDITORIAL

Thémis Apostolidis, Michel Bozon, Marcel Calvez, Véronique Doré, France Lert,  
Brigitte Lhomond, Geneviève Paicheler, Marie-Ange Schiltz

## **Remerciements**

Nous remercions chaleureusement Philippe Adam, Christian Andréo, Emmanuel Château, et Alain Giami pour leur aide à l'organisation du séminaire et à l'édition de cet ouvrage. Nous remercions également Suzy Mouchet pour sa relecture attentive des manuscrits et pour avoir préparé les textes à l'édition.

L'assistance éditoriale a été assurée par Névada Mendes et Murièle Matignon.

# Sommaire

## Préface

Un nouveau rapport des homosexuels masculins au risque sexuel  
et à la prévention

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <i>Michel Bozon .....</i> | IX |
|---------------------------|----|

## Chapitre I : Y a-t-il reprise des risques chez les homosexuels masculins ?

Synthèse des données épidémiologiques du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles dans la population homosexuelle masculine en France

|  |   |
|--|---|
| <i>Caroline Semaille, Alice Michel, Florence Lot, Christine Larsen,<br/>Magid Herida, Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Roselyne Pinget,<br/>Annie Velter, Jean-Claude Desenclos .....</i> | 1 |
|--|---|

Relations stables et comportements sexuels à risque : enquête Anrs presse gay 2004

|  |    |
|--|----|
| <i>Annie Velter et Alice Bouyssou-Michel .....</i> | 13 |
|--|----|

Comportements à risque sexuel chez les homosexuels séropositifs en France : résultats de l'enquête Anrs-EN12-VESPA

|  |    |
|--|----|
| <i>Anne-Déborah Bouhnik, Marie Preau, Marie-Ange Schiltz,<br/>Yolande Obadia, France Lert, Bruno Spire, Rosemary Dray-Spira,<br/>Jeanne Fagnani, Isabelle Heard, Patrick Peretti-Watel, Janine Pierret,<br/>Benoît Riandey, Rémi Sitta .....</i> | 31 |
|--|----|

**Chapitre II : Couples et relations stables chez les gays :  
le risque tacite**

|  |    |
|--|----|
| Conjugalité et prévention du sida chez les gays<br><i>Jérôme Courduries</i> .....  | 45 |
| Transparence, verbalisation, silence : la gestion de l'information quant aux prises de risque dans les couples gay multipartenaires<br><i>Arnaud Lerch</i> ..... | 57 |

**Chapitre III : Bareback, une notion écran**

|   |     |
|---|-----|
| Bareback et construction sociale du risque lié au VIH<br>chez les hommes gay<br><i>Jean-Yves le Talec</i> .....                       | 71  |
| La sexualité bareback : d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque<br><i>Alain Léobon et Louis-Robert Frigault</i> ..... | 87  |
| Liste des auteurs .....   | 105 |

# **Préface**

## **Un nouveau rapport des homosexuels masculins au risque sexuel et à la prévention**

Michel Bozon<sup>1</sup>

En octobre 2005, l'Anrs avait organisé à Paris une journée d'études sur les homosexuels masculins et la prévention<sup>2</sup>, qui avait rassemblé une centaine de participants. Cet ouvrage en est le prolongement.

Pourquoi revenir sur la prévention près de deux décennies après l'introduction du *safer sex* et dix ans après l'arrivée des traitements ? Nombreuses étaient les raisons qui conduisaient à remettre à l'ordre du jour le rapport qu'entretiennent les homosexuels masculins au risque sexuel.

Il y avait tout d'abord ce que l'on peut appeler les mauvais chiffres de la prévention et de la prise de risque chez les homosexuels. Ainsi, le dispositif de notification (cf. l'article de Caroline Semaille et coll.) indiquait une augmentation de la part des homosexuels parmi les nouvelles contaminations, dont la moitié étaient des contaminations de moins de six mois. En outre, les données de l'enquête presse gay de 2004, dont les premiers résultats venaient de paraître en juin 2005, signalaient une forte augmentation de la prise de risque dans les relations occasionnelles des homosexuels masculins (cf. l'article d'Annie Velter et Alice Bouyssou-Michel).

Dans le même temps, arrivaient à échéance des recherches soutenues par l'Anrs sur l'évolution des modes de vie homosexuels et la gestion des risques. Ainsi, la recherche de Jean-Yves Le Talec sur le bareback, ainsi que celle d'Alain Léobon et de Louis-Robert Frigaut sur Internet et la communauté des barebackers, permettaient-elle d'aborder sous un prisme nouveau les pratiques non protégées chez les hommes gay. Deux recherches de doctorat, celles de Jérôme Courduriès et d'Arnaud Lerch avaient pris pour objet les couples gay et le statut incertain des enjeux de protection dans la vie de ces couples. L'Anrs avait également soutenu l'enquête VESPA sur la vie et la santé des personnes atteintes, dont Anne-Deborah Bouhnik présente ici le volet concernant les homosexuels séropositifs. Enfin, l'édition de 2004 mentionnée ci-dessus des enquêtes presse gay, coordonnée par Annie Velter, permet d'aborder de façon quantitative la manière dont la question de la prévention est traitée dans les relations stables chez les gays. Les recherches citées, qui correspondent aux chapitres de cet ouvrage, abordent des questions qui ne sont pas forcément nouvelles, mais qui se trouvent posées dans des contextes nouveaux.

<sup>1</sup> Responsable de l'unité de recherche « Démographie, genre et sociétés », Institut national d'études démographiques (INED).

<sup>2</sup> Journée d'animation de la recherche de l'AC 18 Anrs « Sexualité, relations et prévention du VIH/sida chez les homosexuels masculins. Nouveaux enjeux, nouvelles recherches, nouvelles actions », Paris, 6 octobre 2005.

Le problème de l'adhésion des homosexuels masculins à la prévention et au *safer sex* est une des questions centrales. Chercheurs, acteurs de la prévention et militants savent bien que cette adhésion n'a jamais été pleine, continue et non problématique. Comme le signalait déjà les responsables de l'enquête presse gay dans les années 1990<sup>3</sup>, les problèmes de mise en œuvre du *safer sex* n'ont pas grand-chose à voir avec l'intégration ou l'absence d'intégration des individus à la communauté homosexuelle : même les individus les plus touchés par les messages de prévention et se reconnaissant comme homosexuels ont, plus ou moins souvent, des pratiques qui échappent à une logique de rationalité sanitaire. Par ailleurs, la vie sexuelle des séropositifs, qui représentent d'après les études entre 12 et 15 % des homosexuels masculins (cf. l'article de Caroline Semaille et coll.), est restée longtemps un sujet dont on ne parlait guère, comme s'il ne posait pas problème<sup>4</sup> : les séropositifs étaient donc censés soit n'avoir plus de vie sexuelle, soit, s'ils en avaient, se protéger systématiquement. Or avec l'installation des traitements, l'idée d'un renoncement définitif aux rapports sexuels devient de moins en moins vraisemblable, cependant que la difficulté de maintenir une protection sexuelle permanente dans la longue durée paraît de plus en plus évidente. Un autre aspect problématique de la mise en œuvre du *safer sex* est la distinction, déjà ancienne, qu'établissent les sujets et les acteurs de la prévention entre les relations occasionnelles, censées être protégées, et les relations stables, où il serait moins nécessaire de se protéger. Or la stabilité de cette distinction et la prévisibilité des comportements qui lui sont associés ne sont absolument pas garanties (cf. l'article d'Anne-Déborah Bouhnik).

On peut dire qu'un nouveau contexte social et épidémiologique s'est mis en place dans les années 2000, dans lequel la discipline partagée de la prévention et ses valeurs ne sont plus perçues comme une condition d'accès à la sexualité, librement acceptée, mais, dans certains cas, comme une contrainte ou un obstacle potentiel aux relations ou à l'épanouissement sexuel. Même dans le simple registre du discours, le caractère indépassable de l'exigence de responsabilité associée au *safer sex* ne fait plus l'unanimité. Il faut écarter d'emblée une fausse explication. Cet éloignement à la norme de prévention n'est pas limité à de jeunes générations qui n'auraient pas connu les ravages du sida ; l'enquête presse gay montre bien que le « relâchement » est général. Alors même que le *safer sex* ne réussit pas à entrer dans les mœurs et à se banaliser, le sida lui-même, à partir de la diffusion des traitements, a commencé à devenir moins visible et à se banaliser comme maladie chronique. L'espérance de vie des séropositifs progresse fortement, et donc leur espérance de vie sexuelle également. Quand l'on n'a pas pour perspective d'éviter une contamination pour soi, il est difficile de maintenir une exigence de protection absolue.

Par ailleurs, un renouvellement de la sociabilité gay est en cours, avec un recul des approches directes en face-à-face dans des lieux où la prévention avait gagné une place et une légitimité, et avec le développement des rencontres par Internet, qui ont connu un succès fulgurant chez les homosexuels masculins. Internet permet l'expression facile de demandes et d'attentes cachées jusque-là

<sup>3</sup> Philippe Adam, Marie-Ange Schiltz, « Relapse et cantonnement du risque aux marges de la “communauté” : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête presse gay ». In : *Les Homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*, Paris : Anrs, Collection sciences sociales et sida, 1996, p. 11-23.

<sup>4</sup> Voir *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris : Anrs, Collection sciences sociales et sida, 1999.

et fait émerger de nouvelles communautés virtuelles, non soumises à l'exigence de prévention et à la médicalisation. Toutes les attentes qui s'expriment sur la toile ne correspondent pas cependant, dans la « vraie vie », à des pratiques sans protection : lorsque les personnes se rencontrent face-à-face, elles obéissent à des « codes de bonne conduite », en fonction des évaluations individuelles qu'elles font du risque et de règles de sérotriage (cf. l'article d'Alain Léobon et coll.) Une des limites de cette stratégie est que la proportion des individus qui ne connaissent pas ou plus leur statut sérologique, les séro-interrogatifs, augmente et que cette ignorance existe également au sein des relations stables.

Au-delà du développement d'un nouveau moyen de communication, il faut sans doute mesurer la profonde modification du contexte normatif de la sexualité, qui a touché les homosexuels comme les autres. Il n'y a plus aujourd'hui d'institution, d'instance sociale ou de communauté capable d'imposer une norme collective en matière de sexualité. Tout discours de santé publique touchant à la sexualité et à l'intimité est tenu à distance par les individus, dans la mesure où il risque d'interférer avec les scénarios intrapsychiques et interpersonnels qui construisent les relations. Dans ce contexte d'individualisation normative, même l'exigence de transparence et de partage des informations entre partenaires d'une relation stable paraît une exigence abstraite et inatteignable, potentiellement perturbatrice (cf. les articles de Jérôme Courduriès et d'Arnaud Lerch). Il y a prééminence systématique des enjeux relationnels sur les enjeux de protection, même dans une population homosexuelle qui avait été caractérisée par Michaël Pollak dans les années 1980 comme envisageant sa sexualité sous l'angle de la rationalité<sup>5</sup>. En raison de ce bouleversement du cadre normatif, la référence explicite des individus au bareback n'a pas forcément de signification clairement établie et univoque en matière de pratiques individuelles et de protection (cf. l'article de Jean-Yves Le Talec).

L'enjeu, pour les acteurs de la prévention, est donc de reconquérir en permanence l'adhésion individuelle des personnes. Les individus doivent être convaincus, à chaque instant, de la nécessité d'inventer individuellement et avec leurs partenaires des manières de se protéger et de réduire les risques qu'ils courrent, sans que soient perturbés leurs relations, leurs loisirs et tout ce qui compte pour eux. Malgré le développement d'un individualisme normatif dans la sexualité, l'enjeu est d'aider les homosexuels à apprécier de façon plus réaliste la réalité des risques qu'ils courrent, et à prendre des décisions personnelles adaptées à la grande diversité des situations relationnelles et des aspirations en matière de sexualité.

Nous avons besoin de savoir beaucoup plus de choses sur les pratiques individuelles de protection des acteurs. Cet ouvrage y contribue. Mener une recherche « pour » la prévention n'est pas uniquement mener une recherche « sur » la prévention. Il faut fortement approfondir nos connaissances sur le fonctionnement des relations des homosexuels, aussi bien les relations stables que les relations sans lendemain. Il faut inventorier les pratiques informelles de protection qui se mettent en place sans référence au *safer sex*. Pour mettre en place un jour un *counselling* individuel de masse, qui sera amené à utiliser les nouveaux moyens de communication, il faut être capable de faire réfléchir les individus aux risques qu'ils courrent, à partir des réalités qu'ils connaissent, des situations qui les préoccupent et des questions qu'ils doivent résoudre.

<sup>5</sup> Michaël Pollak, « L'homosexualité masculine, ou le bonheur dans le ghetto ? ». In : Philippe Ariès, André Béjin eds, *Sexualités occidentales*. Paris : Seuil, 1984, p. 56-80 (Première publication dans *Communications* 1982 ; 35 : 37-55).



## **Chapitre I**

**Y a-t-il reprise des risques  
chez les homosexuels  
masculins ?**



# Synthèse des données épidémiologiques du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles dans la population homosexuelle masculine en France

Caroline SEMAILLE<sup>1</sup>, Alice MICHEL<sup>1</sup>, Florence LOT<sup>1</sup>, Christine LARSEN<sup>1</sup>,  
Magid HERIDA<sup>1</sup>, Françoise CAZEIN<sup>1</sup>, Josiane PILLONEL<sup>1</sup>, Roselyne PINGET<sup>1</sup>,  
Annie VELTER<sup>1</sup>, Jean-Claude DESCENCLOS<sup>2</sup>

## Résumé

Cet article fait la synthèse des données épidémiologiques disponibles en 2005 en France dans la population homosexuelle masculine, à partir de plusieurs sources de données (notification obligatoire du VIH/sida, surveillance des infections sexuellement transmissibles, enquêtes ponctuelles).

Près de cinq ans après la parution des résultats de l'enquête presse gay 2000, qui montraient une reprise des comportements à risque chez les homosexuels en France, les données épidémiologiques, celles issues de la notification obligatoire du VIH comme celles issues de la surveillance des infections sexuellement transmissibles conduisent au même constat : la transmission du VIH continue dans cette population et les prises de risque vis-à-vis du VIH également, comme le montrent les résultats de la dernière enquête presse gay (cf p. 13). Cette synthèse des données épidémiologiques (sources InVS) s'appuie sur :

- la notification obligatoire du VIH (depuis sa mise en place en 2003), celle du sida (depuis 1986) et les données de la surveillance virologique couplée à la notification du VIH [16] ;
- les estimations de la prévalence du VIH à partir des enquêtes de comportements (enquêtes presse gay et baromètre gay) ou de la méthode d'estimation de la prévalence par la méthode directe [14, 18, 19, 5] ;
- les systèmes de surveillance des infections sexuellement transmissibles basés sur des réseaux de laboratoires volontaires (infections à gonococcies, lymphogranulomatose vénérienne rectale) ou sur des réseaux de cliniciens volontaires (syphilis) [8, 9, 10] ;
- une enquête nationale sur la prévalence des co-infections par le virus des hépatites B et C dans la population VIH+ en juin 2004 en France [12] ;
- une investigation menée par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) sur des cas d'hépatite C aiguë survenant chez des homosexuels séropositifs en Île-de-France [6].

La méthodologie de ces systèmes de surveillance, de ces enquêtes et des méthodes d'estimation de prévalence a déjà été décrite et publiée par ailleurs.

**Mots clés :** homosexuels, VIH, épidémiologie, notification du VIH, infections sexuellement transmissibles, prévalence du VIH.

<sup>1</sup> Unité VIH/sida-IST-VHC, département des maladies infectieuses, Institut national de veille sanitaire, 12, rue du Val D'Osne, 94415 Saint Maurice Cedex – France – c.semaille@invs.sante.fr

<sup>2</sup> Département des maladies infectieuses, Institut national de veille sanitaire, Saint Maurice.

## Surveillance du VIH et du sida (InVS)

### Notification obligatoire du VIH<sup>3</sup>

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, 1 786 séropositivités au VIH ont été découvertes et notifiées chez des hommes homosexuels en France, soit un pourcentage de 23 %, et de 28 % si les modes de contamination « inconnus » sont exclus. Sur cette même période, les homosexuels représentent 24 % des cas de sida. Ainsi, une découverte de séropositivité sur cinq concerne un homosexuel. Le nombre annuel de cas de sida chez les homosexuels a diminué jusqu'en 2001 (409), s'est stabilisé entre 2001 et 2003, puis a diminué à nouveau en 2004 (287). La pneumocystose (28 %), la maladie de Kaposi (22 %), la candidose œsophagienne (13 %) et les lymphomes (11 %) sont les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes chez les homosexuels. Parallèlement à cette diminution des cas de sida chez les homosexuels, la survie s'est améliorée avec un risque de décès divisé par quatre depuis l'avènement des trithérapies [4].

En revanche, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, la proportion d'homosexuels a significativement augmenté, passant de 20 % au 1<sup>er</sup> semestre 2003 à 25 % au deuxième semestre 2004/premier trimestre 2005 ( $p = 0,001$ ).

Les homosexuels découvrent leur séropositivité à 39 ans en moyenne (38,6-39,6). Les homosexuels âgés de 30 à 39 ans représentent près de la moitié des cas (43 %), alors que les moins de 20 ans représentent moins de 2 %.

La grande majorité des homosexuels découvrant leur séropositivité (82 %) sont de nationalité française, 4 % sont de nationalité d'un pays du continent américain (principalement Brésil, 26 %, et États-Unis, 16 %) et 3 % d'un pays d'Europe centrale ou occidentale autre que la France. Les homosexuels du continent africain représentent 2 % des découvertes de séropositivité (Cameroun et Angola principalement).

Les homosexuels qui découvrent leur séropositivité résident surtout en Île-de-France (44 %). Dans les autres régions, la proportion d'homosexuels découvrant leur séropositivité varie de 1 à 6 %. Les informations sur les partenaires à l'origine de la contamination (relation stable ou occasionnelle, séropositivité du partenaire connue ou non...) sont globalement mal renseignées par le clinicien lors de la notification obligatoire. Cependant, le partenaire est indiqué comme séropositif connu dans 10 % des cas par le clinicien (pour 72 % des notifications, le statut du partenaire est inconnu ou non renseigné).

Les deux principaux motifs de dépistage chez les homosexuels sont la présence de signes cliniques ou biologiques (34 %), signes qui peuvent être liés à une primo-infection et à la notion d'une exposition au VIH (32 %). Près d'un homosexuel sur cinq (18 %) découvre sa séropositivité au moment d'une primo-infection. La proportion élevée de diagnostics au moment d'une primo-infection suggère un recours précoce au dépistage chez les homosexuels exposés au risque d'infection. Cette proportion est plus élevée chez ceux de moins de 40 ans : 20 % sont à un stade de primo-infection, contre 13 % chez les 40 ans et plus. Cependant, une part non négligeable des homosexuels (15 %) découvre sa séropositivité tardivement, au

<sup>3</sup> Données au 31 mars 2005.

stade du sida. Cette proportion augmente avec l'âge : de 4 % chez les moins de 30 ans, elle atteint 26 % chez les 50 ans et plus.

Parmi les hommes qui découvrent leur séropositivité, si on compare les homosexuels ( $n = 1\ 786$ ) à ceux qui sont contaminés par des rapports hétérosexuels ( $n = 1\ 855$ ), les homosexuels sont plus jeunes (39 ans versus 42 ans,  $p < 0,0001$ ), sont plus souvent dépistés à la suite d'une exposition à un risque (31 versus 19 %,  $p < 0,0001$ ), déclarent plus souvent un partenaire séropositif (10 % versus 5 %,  $p < 0,0001$ ). La distribution des catégories socio-professionnelles dans ces deux populations est globalement différente : moins d'ouvriers et plus de cadres supérieurs/moyens, de professeurs ou de professions libérales chez les homosexuels. Par ailleurs, au moment du diagnostic, les homosexuels sont plus souvent en activité que les hétérosexuels (67 % versus 43 %,  $p < 0,0001$ ). Les homosexuels sont plus fréquemment de nationalité française que les hétérosexuels (82 % versus 38 %,  $p < 0,0001$ ).

### **Analyse de la surveillance virologique<sup>4</sup>**

#### *Détermination de l'infection récente parmi les nouveaux diagnostics*

Les résultats du test d'infection récente sont disponibles pour 1 408<sup>5</sup> homosexuels. Ce test montre que près de la moitié d'entre eux (46 % ; IC<sup>6</sup> à 95 % 43,2-48,4) ont été infectés récemment (dans les six mois précédent le diagnostic). La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels qui résident en Île-de-France (52 % versus 40 % pour les autres régions,  $p < 0,0001$ ), alors qu'elle est plus faible dans le Nord-Pas-de-Calais (44 %), en Provence-Alpes-Côte d'azur (47 %), en Aquitaine (49 %) et dans la région Rhône-Alpes (35 %).

La proportion d'infections récentes chez les homosexuels n'a pas significativement évolué entre 2003 et 2004/2005 ( $p = 0,07$ ), même si elle était plus élevée au 1<sup>er</sup> semestre 2003 (56 %). Elle ne varie pas selon les motifs de dépistage ( $p = 0,06$ ), ni en fonction de la nationalité (Français 47 % versus tous les étrangers 41 %,  $p = 0,06$ ). En revanche, elle diminue significativement avec l'âge : 58 % pour les moins de 30 ans, 49 % pour les 30-39 ans, 37 % pour les 40-49 ans et 29 % pour les plus de 50 ans ( $p < 0,0001$ ). La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels dont la notification obligatoire a été faite par un médecin de ville (55 %) que par un médecin hospitalier (42 %,  $p < 0,0001$ ). Ce résultat semble indiquer que, après une exposition au VIH, les personnes consultent un médecin de ville avant d'avoir recours à un médecin hospitalier. La proportion d'infections récentes varie également en fonction des catégories socioprofessionnelles ( $p = 0,009$ ) : elle est plus élevée chez les employés (49 %), les cadres supérieurs et moyens ou professions libérales (46 %) que chez les ouvriers (33 %).

Les données recueillies sur la notification et qui sont associées à l'infection récente en analyse univariée (voir paragraphe précédent) ont donc été incluses dans un modèle d'analyse multivariée, afin d'identifier celles qui sont associées au fait d'avoir un test en infection récente. Les résultats de l'analyse sont présentés dans le *tableau 1*.

<sup>4</sup> Données au 31 mars 2005.

<sup>5</sup> Personnes notifiées pour le VIH qui n'ont pas refusé la surveillance virologique et pour lesquelles un buvard est disponible.

<sup>6</sup> IC : intervalle de confiance.

Tableau 1.

**Facteurs associés à l'infection récente. Résultats de l'analyse multivariée réalisée sur 1 408 sujets homosexuels (données au 31 mars 2005)**

|  |   | Analyse univariée |           |          | Analyse multivariée |           |          |
|--|---|-------------------|-----------|----------|---------------------|-----------|----------|
|  |   | OR                | IC (95 %) | p        | ORa                 | IC (95 %) | p        |
| <b>Âge au moment du diagnostic</b>     | 15-29 ans   | 3,35              | 2,22-5,04 | < 0,0001 | 3,09                | 2,04-4,68 | < 0,0001 |
|  | 30-39 ans   | 2,29              | 1,57-3,35 |          | 2,17                | 1,47-3,18 |          |
|  | 40-49 ans   | 1,44              | 0,96-2,17 |          | 1,38                | 0,91-2,09 |          |
|  | Plus de 50 ans                                      | 1                 |           |          | 1                   |           |          |
| <b>Semestre de diagnostic</b>          | 1 <sup>er</sup> semestre 2003                       | 1                 |           | 0,01     | 1                   |           | 0,037    |
|  | 2 <sup>e</sup> semestre 2003                        | 0,66              | 0,47-0,93 |          | 0,68                | 0,48-0,97 |          |
|  | 1 <sup>er</sup> semestre 2004                       | 0,57              | 0,40-0,81 |          | 0,61                | 0,43-0,87 |          |
|  | Second semestre 2004-1 <sup>er</sup> trimestre 2005 | 0,62              | 0,45-0,86 |          | 0,65                | 0,46-0,90 |          |
|  |   |                   |           |          |                     |           |          |
| <b>Catégorie socio-professionnelle</b> | Sans profession, étudiant                           | 1                 |           | 0,01     |                     |           | 0,1      |
|  | Employé   | 1,08              | 0,80-1,47 |          |                     |           |          |
|  | Ouvrier   | 0,55              | 0,37-0,83 |          |                     |           |          |
|  | Cadre supérieur/moyen, profession libérale          | 0,94              | 0,72-1,24 |          |                     |           |          |
| <b>Région de résidence</b>             | Hors Île-de-France                                  | 1                 |           |          | 1                   |           | 0,0004   |
|  | Île-de-France                                       | 1,61              | 1,31-1,99 |          | 1,48                | 1,19-1,85 |          |
| <b>Type de déclarant</b>               | Médecin hospitalier                                 | 1                 |           |          | 1                   |           | < 0,0001 |
|  | Médecin de ville                                    | 1,75              | 1,39-2,20 |          | 1,65                | 1,30-2,08 |          |

OR : Odds Ratio ; IC : intervalle de confiance ; ORa : Odds Ratio ajusté

Lors de l'analyse multivariée, les facteurs liés à l'infection récente sont : 1) l'âge (l'infection récente diminue avec celui-ci, les homosexuels de moins de 30 ans ayant trois fois plus de risques d'être détectés en infection récente que ceux de plus de 50 ans) ; 2) le semestre de diagnostic (le risque d'infection récente était plus élevé lors du 1<sup>er</sup> semestre 2003, comparativement aux autres semestres) ; 3) la région (le risque d'infection récente en Île-de-France est plus élevé de 1,5 par rapport à l'ensemble des autres régions) ; 4) le type de déclarant, les médecins de ville déclarant 1,6 fois plus d'infections récentes que les médecins hospitaliers. En revanche, la proportion d'infections récentes ne varie pas significativement avec les catégories socioprofessionnelles.

La proportion d'infections récentes est élevée chez les homosexuels. Elle peut être la conséquence d'un relâchement des comportements de prévention, mais elle dépend également d'autres facteurs, dont les pratiques de dépistage. En effet, les homosexuels ont plus souvent recours au dépistage du VIH que les autres populations [18]. Leur probabilité d'être dépistés rapidement après leur contamination est donc également plus élevée, surtout lorsque le dépistage est réalisé à la suite d'une prise de risque.

La proportion d'infections récentes plus élevée au 1<sup>er</sup> semestre 2003 que pour les autres semestres est difficile à interpréter, car ce semestre a correspondu à la mise en place de la surveillance virologique. Une vaste campagne de sensibilisation a été menée au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2003 auprès de l'ensemble des médecins inscrits au Conseil de l'ordre (envoi des documents d'information sur la notification du VIH et des fiches de notification). Il est donc possible que les

médecins aient été plus enclins à proposer un dépistage devant l'existence de signes cliniques évoquant une primo-infection à VIH.

#### *Détermination des groupes et des sous-types des virus*

La surveillance virologique permet également l'étude des groupes et des sous-types du VIH chez les personnes qui découvrent leur séropositivité. Le sous-type B, prédominant parmi les virus circulants en France, est le plus fréquent chez les homosexuels, mais on retrouve également des sous-types non-B (13 %) largement prédominants sur le continent africain. La présence des sous-types non-B chez des homosexuels avait déjà été mise en évidence en 1996-1998 à partir de l'Observatoire des sous-types du VIH, mais en proportion très faible (2 %). L'augmentation croissante des sous-types non-B chez les homosexuels semble indiquer une intrication entre l'épidémie de la population africaine et celle des homosexuels. En Île-de-France et dans la région Rhône-Alpes, la proportion des sous-types non-B est plus élevée que la moyenne nationale. En France, les homosexuels contaminés par des sous-types non-B sont principalement de nationalité française (80 % des cas, soit 108 cas). Par ailleurs, quelques homosexuels ont été contaminés par le VIH-2, dont les deux tiers de nationalité française. Aucun groupe O n'a pour l'instant été identifié chez les homosexuels.

### **Estimation du nombre d'homosexuels en France**

Dans les années 1990, le nombre d'homosexuels actifs était estimé à près de 300 000. Cette estimation était basée sur l'enquête ACSF/Inserm « Analyses des comportements sexuels en France », réalisée en 1992 auprès de 20 000 Français.

Plus de 4 % des hommes ont déclaré au cours de cette enquête avoir eu au cours de leur vie au moins un rapport sexuel avec un homme. Le nombre d'homosexuels a donc été estimé à 800 000, sur la base des 20 millions d'hommes âgés de 18 à 69 ans. En outre, 1,5 % des hommes interrogés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes au cours des cinq dernières années. Le nombre d'homosexuels sexuellement actifs a donc pu être estimé à 280 000.

Cette enquête (CSF/Inserm/Ined/Anrs), reconduite en 2005, permettra sans doute d'estimer à nouveau le nombre d'homosexuels en France.

### **Estimation de la prévalence du VIH chez les homosexuels**

Le nombre d'homosexuels infectés par le VIH a été estimé à 34 000, fin 1997 [5]. La prévalence chez les homosexuels sexuellement actifs est près de 120 fois plus élevée que chez les hétérosexuels.

On dispose, par ailleurs, d'une prévalence de l'infection à VIH « déclarée » (proportion d'homosexuels qui se déclarent séropositifs pour le VIH), à partir des enquêtes de comportements réalisées dans la population gay. Cette prévalence « déclarée » se situe entre 12 % et 15 % selon les enquêtes. Les prévalences dans les enquêtes presse gay 2000 et 2004 étaient respectivement de 14,7 % (IC 95 % 13,6-15,8) et de 12,9 % (IC 95 % 11,8-13,9) [18]. Dans l'enquête baromètre gay 2002 réalisée auprès d'homosexuels fréquentant les lieux de rencontre

gay en France, la prévalence déclarée par les homosexuels était de 12 %, dont un quart avait découvert leur séropositivité dans l'année [14].

Actuellement, il n'existe pas en France de données sur la prévalence du VIH chez les homosexuels basées sur des examens biologiques (c'est-à-dire sur un prélèvement sanguin permettant de réaliser un test de dépistage du VIH), il serait donc nécessaire d'envisager une enquête qui permettrait d'estimer une prévalence du VIH. En effet, l'interprétation de la prévalence déclarée a ses limites ; elle peut très largement sous-estimer la prévalence réelle, comme l'illustre l'étude réalisée par le Center for Disease Control and Prevention (CDC) auprès de 1 767 homosexuels de cinq villes des États-Unis entre juin 2004 et avril 2005. La prévalence déclarée était comparable à celle observée en France (13,2 %), mais la prévalence biologique s'élevait à 25 % [3]. Parmi l'ensemble des homosexuels séropositifs, près de la moitié ne connaissait pas son statut sérologique, et cela était surtout marqué chez les homosexuels de moins de 30 ans.

Bien que la prévalence biologique ou déclarée du VIH dans une population soit un indicateur très important, elle ne peut refléter la dynamique de l'épidémie. L'indicateur qui pourrait rendre compte de cette dynamique, en particulier dans une population où la transmission continue (comme c'est le cas chez les homosexuels) est l'incidence du VIH. L'estimation de cette incidence à partir des données de la notification du VIH, de la surveillance virologique et des informations sur les comportements de dépistage, est un des enjeux majeurs de la surveillance pour les années à venir.

## Les infections sexuellement transmissibles

Les données de surveillance sur les infections sexuellement transmissibles depuis 2000 viennent corroborer les données issues de celles de la notification du VIH : la résurgence de la syphilis fin 2000, comme l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en 2003-2004, concernent essentiellement des homosexuels [8, 9].

Depuis la mise en place de la surveillance de la syphilis en 2000, plus de 80 % des cas de cette affection sont survenus chez des homosexuels et cette proportion est encore plus élevée en Île-de-France (87 %). De plus, la récidive de la syphilis est fréquente : parmi les homosexuels qui ont présenté une syphilis, près d'un sur cinq avait déjà un antécédent de syphilis. Le délai médian de recontamination était de 16 mois pour ceux qui avaient présenté deux épisodes de syphilis entre 2000 et 2004. La co-infection syphilis-VIH est fréquente, puisque près de la moitié des homosexuels qui présentent une syphilis est séropositive. La proportion de co-infections syphilis-VIH a diminué de 61 % à 41 % entre 2000 et 2004. Les sujets qui ont présenté au moins deux syphilis sont plus souvent séropositifs. De plus, une proportion non négligeable d'homosexuels (7 %) découvre sa séropositivité au moment du diagnostic de la syphilis. Les homosexuels qui présentent une syphilis ont 37 ans en moyenne et déclarent une médiane de dix partenaires au cours des douze derniers mois. Ils déclarent utiliser systématiquement le préservatif dans 50 % des cas lors des pénétrations anales et quasiment pas lors de fellations (3 %). Le nombre de cas de syphilis chez les homosexuels a semblé diminuer en 2004 en Île-de-France (- 12 % entre 2003 et 2004), mais pas dans les autres régions.

La surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne rectale auprès d'un réseau pilote de laboratoires a démarré en France en avril 2004, à la suite d'une alerte lancée par les Pays-Bas sur la survenue de cas dans la communauté homosexuelle de Rotterdam. En France, la lymphogranulomatose vénérienne rectale<sup>7</sup> concerne exclusivement des homosexuels âgés de 39 ans en moyenne, dont plus de 80 % sont également séropositifs [9]. La quasi-totalité des cas a été diagnostiquée en Île-de-France (95 %). L'analyse moléculaire des 241 souches rectales a montré que celles-ci sont toutes du même type (L2) et des analyses complémentaires sur 130 souches L2 montrent que les souches sont identiques, suggérant ainsi que la source est commune. Aux Pays-Bas, les analyses retrouvent également une souche majoritaire de lymphogranulomatose vénérienne rectale, alors qu'au Royaume-Uni, une plus grande diversité des souches est retrouvée.

Le nombre de gonococcies a augmenté entre 2002 et 2004 dans le réseau de surveillance Renago de manière importante chez les hommes (croissance de plus de 45 %) [10], mais ne disposant pas de données sociocomportementales sur les cas de gonococcie, il n'est pas possible d'évaluer l'importance de cette infection sexuellement transmissible chez les homosexuels, et encore moins de savoir si cette augmentation récente est liée à une recrudescence des cas chez des homosexuels. Depuis la mi-2005, des informations sont collectées, à travers le réseau de la syphilis, sur les cas de gonococcie, afin d'obtenir des informations sociocomportementales. Il est encore un peu tôt pour analyser ces données.

## **Hépatite C aiguë chez des homosexuels séropositifs**

L'enquête nationale hospitalière conduite en 2004 par l'InVS sur la prévalence des infections par les virus des hépatites B et C dans la population atteinte par le VIH a montré que la prévalence du VIH-VHC chez les homosexuels est faible (autour de 3 %), mais elle est plus élevée que celle estimée dans la population générale en 2004 (0,84 %) [12, 13]. La prévalence du VHC chez les homosexuels séropositifs a eu tendance à diminuer entre l'enquête de 2001 et celle de 2004 [7].

Cependant, la même année, des cas d'hépatite C aiguë chez des homosexuels atteints par le VIH étaient signalés à l'InVS par des services hospitaliers parisiens. Une étude rétrospective réalisée auprès de ces services a permis d'en recenser 29 cas, majoritairement de génotype 4, survenus entre 2001 et 2004 [6]. Ces hommes, âgés de 40 ans en moyenne au moment du diagnostic d'hépatite C, étaient le plus souvent asymptomatiques pour l'infection à VIH et rapportaient des pénétrations anales non protégées, parfois traumatiques ou sanguinolentes, avec des partenaires sexuels multiples. Près de la moitié d'entre eux décrivait la survenue d'une infection sexuellement transmissible concomitante à l'hépatite C. Aucun des facteurs de risque de transmission du VHC (usage de drogue, gestes invasifs...) n'a été retrouvé. La transmission sexuelle du VHC étant très faible (incidence de 0,4‰ personnes-année) au sein de couples hétérosexuels [17] comme homosexuels [1] non atteints par le VIH, il est possible que ces hépatites aient été transmises lors de pénétrations anales non protégées multiples (traumatiques ou sanguinolentes) et favorisées par des lésions muqueuses préexistantes (infection sexuellement transmissible), ou du fait d'une charge virale spermatique

---

<sup>7</sup> Données de surveillance au 31 décembre 2005.

VHC plus importante chez le partenaire co-infecté VIH-VHC [2]. Des cas similaires d'hépatite C aiguë ont également été décrits dans d'autres pays d'Europe (Grande-Bretagne, Pays-Bas) et, depuis 2001, une augmentation de l'incidence du VHC chez les homosexuels VIH+ a été observée, en Suisse, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas.

Pour mieux comprendre les facteurs associés à la transmission du VHC dans cette population et, donc, la survenue récente de ces cas d'hépatite C aiguë, une étude a été lancée en 2006 par l'InVS auprès des services hospitaliers prenant en charge les personnes séropositives pour le VIH. Cette étude devrait permettre également d'estimer l'incidence du VHC dans la population homosexuelle masculine infectée par le VIH.

## Conclusion

La surveillance de l'infection à VIH en France montre que les homosexuels masculins font partie des populations les plus touchées. Les résultats des enquêtes comportementales, la surveillance des infections sexuellement transmissibles et la survenue de cas d'hépatite C aiguë viennent corroborer les informations issues des données de la notification obligatoire du VIH/sida et de la surveillance virologique.

De plus, la surveillance des infections sexuellement transmissibles et les investigations épidémiologiques montrent qu'un certain nombre d'homosexuels séropositifs ne se protègent pas, puisqu'ils contractent la syphilis, voire présentent une récidive dans les deux ans, se contaminent pour la lymphogranulomatose vénérienne ou, plus récemment, par le VHC. Les récentes enquêtes de comportements (enquêtes presse gay 2004 et baromètre gay 2002) montrent, par ailleurs, que les sujets séropositifs s'engagent plus souvent dans des pratiques à risque que les séronégatifs et plus régulièrement avec des partenaires de statuts sérologiques inconnus.

La notification obligatoire du VIH montre que, outre l'augmentation des nouveaux diagnostics chez les homosexuels entre 2003 et 2004/2005, lorsque le statut du partenaire est connu ou renseigné, le partenaire à l'origine de la contamination est séropositif dans 50 % des cas.

La surveillance du VIH nous apporte d'autres informations pertinentes, à savoir :

- la proportion des sous-types non-B (retrouvés de manière quasi exclusive en Afrique) et les cas de VIH-2 (type de virus africain) chez les homosexuels qui découvrent leur séropositivité suggèrent la diffusion des virus du continent africain chez les homosexuels en France ;
- la région Île-de-France semble occuper une position particulière ; outre le fait qu'elle regroupe 44 % des découvertes du VIH chez les homosexuels, c'est dans cette région que les premiers cas de syphilis puis de lymphogranulomatose vénérienne et d'hépatite C aiguë ont été diagnostiqués. La proportion des sous-types non-B est plus fréquente en Île-de-France qu'ailleurs et l'infection récente y est 1,5 fois plus fréquente que pour l'ensemble des autres ; pourtant, l'enquête baromètre gay 2002 n'avait pas montré de différence en termes de prise de risque entre l'Île-de-France et les autres régions. Il semble donc que ce qui diffère entre celle-ci et les autres régions ne s'explique pas par des comportements davantage à risque ou non, mais plutôt par une offre de dépistage peut-être plus accessible

en Île-de-France, un nombre plus élevé d'homosexuels, une proximité plus importante entre des homosexuels séronégatifs et séropositifs et une plus grande diversité des nationalités (avec, donc, une intrication possible entre les épidémies d'Afrique et de France).

Une des questions fréquemment posée par le milieu associatif est : les jeunes homosexuels sont-ils touchés par le VIH ? On dispose actuellement de peu de données épidémiologiques pour répondre. Un des premiers éléments de réponse est la faible proportion de jeunes parmi les découvertes de séropositivité chez les homosexuels : les moins de 20 ans représentent moins de 2 % et les moins de 25 ans 10 % et cette proportion n'a pas varié entre 2003 et 2004 ( $p = 0,4$ ). Le deuxième élément est celui de la proportion d'infections récentes chez les moins de 25 ans : cette proportion est élevée (54 %), mais elle reflète surtout le fait que les personnes jeunes qui réalisent un dépistage ont une probabilité plus importante d'être détectées en « infection récente » qu'une personne plus âgée. En d'autres termes, le nombre moyen d'années « d'exposition » est forcement plus faible chez une personne de moins de 25 ans que chez une personne plus âgée, ce qui augmente leur probabilité d'être « détectées » en infection récente. Les infections sexuellement transmissibles ne semblent pas toucher les jeunes homosexuels. Par ailleurs, les données comportementales concernant les pratiques à risque parmi les jeunes homosexuels âgés de moins de 25 ans doivent être appréhendées avec prudence. En effet, les jeunes hommes participent peu à ce type d'enquêtes, qui nécessitent pour le répondant l'affirmation de son orientation sexuelle par la lecture de la presse identitaire (pour les enquêtes presse gay) ou la fréquentation des lieux de convivialité communautaires et d'échanges sexuels (pour les enquêtes baromètres), de même que l'affirmation de ses pratiques homosexuelles. Or, les jeunes homosexuels sont plus souvent, à cette période de leur vie, dans un processus interne d'acceptation de leur orientation sexuelle. La démarche de remplir un questionnaire sur ses pratiques sexuelles nécessite pour le répondant d'avoir franchi ce moment de doute [15]. Cependant, pour ceux qui ont fait la démarche de répondre aux questionnaires, on observe dans l'enquête presse gay 2004 qu'il n'y a plus de différence significative de comportement préventif quant aux pénétrations anales entre les jeunes homosexuels âgés de moins de 25 ans et leurs aînés [19], alors que c'était le cas dans l'enquête 2000 et les baromètres gay de 2000 et 2002 [18]. Au regard des données dont nous disposons, les jeunes homosexuels semblent peu touchés par le VIH, mais il est possible qu'ils échappent aux systèmes de surveillance (du VIH ou des infections sexuellement transmissibles) ou aux dispositifs d'enquêtes, comme nous venons de le voir. Il est donc difficile de répondre avec certitude. Il faut rester vigilant et encourager les études spécifiquement menées dans cette population.

Malgré l'amélioration du pronostic de l'infection au VIH, cette maladie reste très grave et son impact sur la qualité de vie est majeur. La dernière enquête presse gay [19] montre une dégradation des comportements de prévention, avec une augmentation de 70 % des pénétrations anales non protégées entre 1997 et 2004. L'ensemble des actions de prévention (spots télévisés, actions de terrain, éducation médicale) demeure indispensable. Parallèlement aux politiques publiques, chacun des acteurs concernés (associations, médecins, épidémiologistes...) doit se saisir de cette situation préoccupante.

## Références bibliographiques

1. Alary M, Joly JR, Vinclette J, Lavoie R, Turmel B, Remis RS. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C virus in a prospective cohort study of men who have sex with men. *Am J Public Health* 2005 ; 95 (3) : 502-5.
2. Briat A, Dulioust E, Galimand J, Fontaine H, Chaix ML, Letur-Konirsch H, et al. Hepatitis C virus in the semen of men coinfected with HIV-1 : prevalence and origin. *AIDS* 2005 ; 19 (16) : 1827-35.
3. Center for Disease Control and Prevention. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men. Five US cities, June 2004-April 2005. *MMWR* 2005 ; 54 (24) : 597-601.
4. Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 23 :112-4.
5. Desenclos JC, Costagliola D, Commenges D et al. La prévalence de la séropositivité VIH en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 11 : 41-4. <http://www.eurosurveillance.org/em/v10n05/1005-122.asp>
6. Gambotti L. and the acute hepatitis C collaborating group in alphabetic order : Batisse D., Colin-de-Verdiere N, Delaroque-Astagneau E, Desenclos JC, Dominguez S, Dupont C, Duval X, Gervais A, Ghosn J, Larsen C, Pol S, Serpaggi J, Simon A, Valantin MA, Velter A.. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris (France) 2001-2004. *Euro surveill* 2005 ; 10 : 15-117. [http://www.invs.sante.fr/publications/2002/vih-vhc/co\\_infection\\_vih\\_vhc.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2002/vih-vhc/co_infection_vih_vhc.pdf)
7. Gouëzel P, Salmon D, Pialoux G, Holstein J, Delarocque-Astagneau E. *Co-infection VIH-VHC à l'hôpital, enquête nationale juin 2001*. Saint-Maurice : InVS, collection enquêtes-études, avril 2002.
8. Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, De Berbeyrac B, Semaille C. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France. *Med Mal Inf* 2005 ; 35 : 281-9.
9. Herida M, Sednaoui P, Couturier E et al. Rectal Lymphogranuloma venereum, France. *Emerg Infect Dis* 2005 ; 11 : 505-6.
10. Herida M, Sednaoui P, Laurent E, Goulet V et les biologistes du réseau Rénago. Les infections à gonocoques en 2001 et 2002 : données du réseau national des gonocoques (Rénago). *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; 15 : 57-9. [http://www.invs.sante.fr/beh/2004/15/beh\\_15\\_2004.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2004/15/beh_15_2004.pdf)
11. Institut de veille sanitaire avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH. Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003. *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; 24-25 :101-10. <http://www.invs.sante.fr/beh/2004/24 25/beh 24 25 2004.pdf>
12. Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 23 : 109-2.
13. Meffre C, Delarocque-Astagneau E, Le Strat Y, Dubois F, Desenclos JC et al. *Prévalence des infections à hépatites B et C, France métropolitaine 2003-2004. Enquête nationale sur la prévalence de l'hépatite C*. InVS, 2006.
14. Michel A, Velter A, Couturier E, Semaille C. Baromètre gay 2002 : Enquête auprès des hommes fréquentant les lieux gay en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; 43 : 227-8.

15. Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population* 1997 ; 6 : 1485-537.
16. Unité VIH/sida-IST-VHC. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 46-47 : 230-2.
17. Vandelli C, Renzo F, Romano L, Tisminetzky S, De PM, Stroffolini T, et al. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples : results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2004 ; 99 (5) : 855-9.
18. Velter A, Michel A, Semaille C. *Baromètre gay 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2005.
19. Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A et Semaille C. *Premiers résultats de l'enquête presse gay 2004*.[http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg\\_resultats/premiers\\_resultats\\_epg.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/premiers_resultats_epg.pdf)



# **Relations stables et comportements sexuels à risque : enquête Anrs presse gay 2004**

Annie VELTER<sup>1</sup>, Alice BOUYSOU-MICHEL<sup>1</sup>

## **Résumé**

En 2004, dans un contexte épidémiologique préoccupant<sup>2</sup>, l'enquête presse gay a été renouvelée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), avec le soutien scientifique et financier de l'Anrs. Cet article décrit les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des personnes interrogées ayant déclaré avoir eu un partenaire stable. Ainsi, sept sur dix ont déclaré avoir eu un partenaire stable au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Ces relations affectives ont été très largement décrites par les répondants comme non exclusives, ces derniers ayant eu par ailleurs des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les comportements sexuels préventifs sont différents selon que la relation est exclusive ou pas et selon les statuts sérologiques des deux partenaires. Des stratégies de protection alternatives sont alors mises en place, mais certaines situations propices à la contamination par le VIH d'un des deux partenaires stables mettent en lumière leurs limites dans une population où la prévalence du VIH est importante.

**Mots clés :** enquête quantitative, homosexuel masculin, relations stables, comportements sexuels, stratégies de protection alternatives, couples sérodifférents.

## **Contexte et objectif de l'étude**

De nombreuses enquêtes, dont les premières enquêtes presse gay, montrent qu'une large proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est engagée dans une relation stable avec une seule personne du même sexe [17]. Ces études montrent également que la protection des rapports sexuels au sein de ces relations est moins importante qu'avec des partenaires occasionnels [8, 1, 13]. Pour pallier ce non-usage systématique du préservatif entre partenaires stables, différentes recherches ont permis de dégager des stratégies de protection alternatives [10]. Ces dernières s'appuient sur un engagement commun concernant la connaissance mutuelle du statut sérologique VIH de chacun des partenaires et de l'exclusivité sexuelle ou pas, le *safe-sex* avec les partenaires occasionnels étant de rigueur (usage du préservatif, systématique ou non, pratique de rapports anaux) dans ce dernier cas. Cependant, ces engagements ne sont pas sans faille, les capacités

<sup>1</sup> Institut de veille sanitaire (InVS), 12, rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex  
E-mail : a.velter@invs.sante.fr

<sup>2</sup> Se référer à l'article sur ce sujet.

de négociation du risque de contamination au sein de la relation et à l'extérieur étant variables et ne garantissant pas l'absence totale d'exposition au risque [6, 11]. Ainsi, il a été montré que les relations stables sont devenues une source importante d'infection à VIH parmi les homosexuels masculins [7].

Cet article décrit les comportements sexuels préventifs des sujets de l'enquête Anrs presse gay 2004 avec leurs partenaires stables. Dans un premier temps, il compare les caractéristiques sociodémographiques, l'activité sexuelle et le recours au test de dépistage du VIH des sujets ayant une relation stable avec ceux qui n'en ont pas et décrit les différents types de relations, exclusives ou pas, ainsi que leurs spécificités. Ensuite, sont exposés les comportements préventifs des répondants ayant une relation stable, selon la forme de celle-ci et les stratégies adoptées lors de rapports sexuels non protégés avec le partenaire stable.

## **Enquête et méthodologie**

Pour réaliser cette nouvelle enquête 2004, la presse gay et des sites Internet identitaires ont été mobilisés, recouvrant des supports de nature généraliste ou pornographique et de portée géographique nationale ou régionale. L'exhaustivité des médias gay existants en 2004 n'a pas été recherchée ; l'enquête visait un profil le plus large et le plus diversifié possible de lecteurs et d'internautes homosexuels.

Le questionnaire auto-administré anonyme a été encarté dans 16 revues identitaires de juillet à octobre 2004 et a été mis en ligne sur dix sites Internet communautaires gay du 20 septembre au 31 octobre 2004. Les réponses ont été recueillies jusqu'en février 2005.

Il comportait plus de cent questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques et aux informations sur les modes de vie, la santé, la sexualité, les comportements sexuels préventifs avec les partenaires stables et/ou occasionnels lors des douze mois ayant précédé l'enquête.

Pour la première fois, la notion de relation stable a été définie, a priori, dans le questionnaire comme une relation ayant duré plus de six mois. Les relations stables exclusives ou pas ont été définies, a posteriori, à partir du nombre de partenaires sexuels masculins déclaré par les répondants. Ainsi, les hommes ayant déclaré une relation stable dans les douze derniers mois et avec un seul partenaire sexuel masculin au cours de la même période de référence ont été rassemblés dans le groupe des relations stables exclusives ; ceux ayant déclaré deux partenaires et plus ont été rassemblés dans celui des relations stables non exclusives.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata V8.2. En analyse univariée, les comparaisons des caractéristiques des répondants, selon qu'ils avaient eu une relation stable ou pas, ou selon que celle-ci avait été exclusive ou pas, ont été réalisées avec le test du chi<sup>2</sup> avec un seuil à 0,05. Les non-réponses n'ont pas été intégrées.

Des comparaisons des résultats de l'enquête 2004 avec ceux des enquêtes 1997 et 2000, seules les données issues des supports de la presse écrite ont été retenues.

## Résultats

### **Caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon de l'enquête Anrs 2004 (n = 6 184)**

Au total, 6 184 questionnaires remplis ont été validés et retenus pour l'analyse, dont plus des trois quarts (4 749) en provenance de la presse écrite. L'âge moyen des répondants était de 36,6 ans (minimum : 13, maximum : 92) et le niveau d'éducation élevé (63 % ont suivi des études supérieures). Ils vivent plus fréquemment en milieu urbain, 58 % d'entre eux résident dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants. Plus du tiers sont franciliens (35 %) et majoritairement célibataires (80 %). Une très large majorité (84 %) indique avoir eu au moins une relation stable d'une durée supérieure à six mois avec un homme au cours de sa vie. Le nombre médian de relations stables au cours de la vie s'élève à 2 [quartiles : 1-3]. Trois quarts d'entre eux (77 %) ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois, et 68 % déclarent avoir eu une relation stable au cours de la même période de référence. Parmi les 86 % d'hommes ayant eu recours au test de dépistage du VIH au cours de leur vie, 13 % sont séropositifs et 15 % séro-interrogatifs (c'est-à-dire que, en dépit du dépistage, ils ne connaissent pas leur statut sérologique ou ne sont plus certains d'être encore séronégatifs).

### **Description sociodémographique des répondants ayant eu une relation stable**

En, 2004, 68 % des répondants (4 153) ont déclaré avoir eu une relation stable avec un homme au cours des douze derniers mois. Jusqu'en 1995, la proportion de sujets ayant eu un partenaire stable dans les douze derniers mois fluctuait autour de 50 %, pour atteindre 75 % en 1997. Cette augmentation ne s'est pas poursuivie ; au contraire, depuis 2000, une diminution est observée, avec 71 % en 2000 et 69 % en 2004, pour les réponses issues de la presse uniquement.

Plus de trois quarts des relations stables étaient toujours en cours au moment de l'enquête. La durée médiane de vie des relations stables est de trois ans [quartiles : 2-4]. Près de la moitié des sujets (49 %) ayant un partenaire stable vivait avec ce dernier et un Pacs avait été signé par 15 % d'entre eux.

Au cours des douze derniers mois, 74 % des répondants ayant eu une relation stable ont également déclaré avoir eu des partenaires sexuels masculins (que nous qualifierons par la suite de relation non exclusive) ; 26 % sont monogames. Ces relations stables exclusives sont en hausse significative depuis 1997, avec 24 % en 1997, 27 % en 2000 et 26 % en 2004 pour la presse uniquement.

### *Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des sujets ayant eu une relation stable (n = 4 153) avec ceux n'ayant pas eu de relation stable (n = 1 933)*

Comparativement aux répondants n'ayant pas eu de relation stable au cours des douze derniers mois, ceux ayant spécifié en avoir eu sont plus jeunes en moyenne (36 ans versus 37) et ont un niveau d'études plus élevé : 44 % d'entre eux ont suivi au moins un second cycle universitaire (*tableau 1*). Ils habitent plus fréquemment des agglomérations urbaines de plus de 100 000 habitants (60 % versus 56 %, p < 0,05). Ils revendiquent plus systématiquement leur orientation

sexuelle (91 % versus 85 %,  $p < 0,0001$ ), plus fréquemment connue et acceptée par leur entourage familial (66 % versus 50 %,  $p < 0,0001$ ).

Le nombre médian de partenaires sexuels masculins au cours des douze derniers mois s'élève à cinq [quartiles : 1-20] pour les sujets ayant eu une relation stable, contre dix [quartiles : 2-30] pour ceux n'en n'ayant pas eu. La fréquence des rapports sexuels parmi les hommes ayant eu une relation stable est plus importante. Ainsi, la moitié indiquait avoir eu plusieurs rapports sexuels par semaine, contre 19 % pour les autres répondants sans relation stable ; seuls 2 % n'en ont pas eu au cours des douze derniers mois, contre 14 % (*tableau 2*).

D'une manière générale, les répondants ayant une relation stable ont eu plus souvent recours au test de dépistage au cours de leur vie que les autres (89 % versus 79 %,  $p < 0,0001$ ).

*Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des sujets ayant eu une relation stable exclusive ( $n = 947$ ) et ceux ayant eu une relation stable ouverte ( $n = 2\,711$ )*

Le profil des répondants diffère selon le type de relation stable exclusive ou pas. Ainsi, les hommes dont la relation stable est non exclusive sont en moyenne plus âgés que ceux qui sont monogames (37 ans versus 35 ans). Ils résident plus fréquemment dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants (62 % versus 56 %,  $p < 0,002$ ) et vivent moins en couple avec un homme (42 % versus 69 %,  $p < 0,0001$ ). Leur affirmation et la reconnaissance de leur homosexualité sont moins prégnantes (*tableau 1*). La durée médiane de la relation est similaire quel qu'en soit le type (trois ans). Plus la relation est récente et moins elle est exclusive : 13 % des relations dont la durée est inférieure à un an sont exclusives alors que 25 % des relations de plus de cinq ans le sont. Si la moitié des sujets ayant une relation non exclusive ont indiqué au moins dix partenaires sexuels masculins au cours des douze derniers mois (*tableau 2*), la fréquence de leurs rapports sexuels est moindre et plus irrégulière : 48 % ont eu plusieurs rapports sexuels dans une semaine, contre 62 % pour les monogames. Ces derniers ont moins souvent recours aux tests de dépistage que les multipartenaires (86 % versus 91 %). Les sujets dont la relation est exclusive sont majoritairement séro-négatifs (91 %), alors que ceux dont la relation est non exclusive sont pour 16 % séro-interrogatifs et pour 15 % séropositifs (*tableau 2*).

### **Discussion entre partenaires autour de la prévention**

Au sein des relations stables, la question du dialogue autour des comportements sexuels préventifs est essentielle et permet d'éclairer les stratégies de protection mises en œuvre de manière commune ou pas. Le questionnaire a permis de repérer trois thèmes de discussion pouvant être abordés entre les deux membres d'une relation stable : recours au test de dépistage du VIH et statut sérologique de chacun, connaissance de relations sexuelles avec d'autres partenaires pour l'un et l'autre, pratique de la pénétration anale au sein de la relation stable et décisions qui s'en sont suivies.

- La connaissance du statut sérologique du partenaire stable est ici primordiale. Cependant, 13 % des répondants ne savent pas si leur partenaire stable a eu recours à un test de dépistage. Cette méconnaissance est plus importante lorsque la relation est récente (24 % pour les sujets dont la relation stable est

Tableau 1.  
Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'enquête (en %)

|   | Ensemble des répondants<br>(n = 6 194) | Répondants sans partenaire stable<br>(n = 1 933) | Répondants avec partenaire stable<br>(n = 4 153) | Répondants avec partenaire stable |                                       |
|---|--|--|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
|   |  |  |  | P                                 | Rélation non exclusive<br>(n = 2 711) |
| <b>Distribution par âge</b>                         |  |  |  |                                   |                                       |
| Moins de 25 ans                                     | 13,3                                   | 14,2   | 12,7   | 0,0000                            | 13,8                                  |
| 25-29 ans   | 14,9                                   | 13,0   | 15,8   |                                   | 19,5                                  |
| 30-34 ans   | 18,6                                   | 16,9   | 19,6   |                                   | 20,4                                  |
| 35-44 ans   | 32,0                                   | 31,0   | 32,5   |                                   | 29,7                                  |
| 45 ans et plus                                      | 21,2                                   | 24,9   | 19,4   |                                   | 15,6                                  |
|   | 100,0                                  | 100,0  | 100,0  |                                   | 99,0                                  |
| <b>Age moyen</b>                                    |  |  |  |                                   |                                       |
|   | 36,6                                   | 37,4   | 36,2   | 0,0004                            | 35,1                                  |
| <b>Niveau d'éducation</b>                           |  |  |  |                                   |                                       |
| Inférieur au bac                                    | 18,9                                   | 21,6   | 17,5   | 0,0000                            | 16,1                                  |
| Bac ou brevet professionnel                         | 18,1                                   | 18,6   | 17,7   |                                   | 17,0                                  |
| 1 <sup>er</sup> cycle universitaire                 | 21,0                                   | 20,8   | 21,1   |                                   | 23,0                                  |
| 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> cycle universitaire | 42,1                                   | 39,0   | 43,7   |                                   | 43,9                                  |
|   | 100,0                                  | 100,0  | 100,0  |                                   | 100,0                                 |
| <b>Zone de résidence</b>                            |  |  |  |                                   |                                       |
| Moins de 20 000 habitants                           | 21,6                                   | 23,0   | 20,8   | 0,0470                            | 23,7                                  |
| 20 000-100 000 habitants                            | 20,0                                   | 20,8   | 19,6   |                                   | 19,9                                  |
| Plus de 100 000 habitants                           | 58,4                                   | 56,2   | 59,6   |                                   | 56,4                                  |
|   | 100,0                                  | 100,0  | 100,0  |                                   | 100,0                                 |
| <b>Mode de vie</b>                                  |  |  |  |                                   |                                       |
| Seul  | 50,9                                   | 74,0   | 39,0   | 0,0000                            | 23,9                                  |
| En couple avec un homme                             | 33,9                                   | 1,7  | 49,2   |                                   | 9,6                                   |
| Autres types de cohabitation                        | 15,2                                   | 22,3   | 11,8   |                                   | 6,5                                   |
|   | 100,0                                  | 98,0   | 100,0  |                                   | 100,0                                 |

**Tableau 1 (suite).**  
**Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'enquête (en %)**

|  | <b>Ensemble des répondants<br/>(n = 6 194)</b> | <b>Répondants sans partenaire stable<br/>(n = 1 933)</b> | <b>Répondants avec partenaire stable<br/>(n = 4 153)</b> | <b>Répondants avec partenaire stable</b> |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <b>P</b>                                 | <b>Rélation exclusive<br/>(n = 947)</b> |
| <b>Situation légale</b>  |  |  |  |  |   |
| Célibataire  | 79,9   | 89,0   | 75,6   | 0,0000                                   | 75,1                                    |
| Passé  | 10,6   | 0,7  | 15,3   |  | 19,4                                    |
| Autre  | 9,5  | 10,3   | 9,1  |  | 5,5                                     |
|  | 100,0  | 100,0  | 100,0  |  | 100,0                                   |
| <b>Auto-définition de l'orientation sexuelle</b>   |  |  |  |  |   |
| Homosexuelle   | 89,5   | 85,5   | 91,5   | 0,0000                                   | 93,9                                    |
| Autre  | 10,5   | 14,5   | 8,5  |  | 6,1                                     |
|  | 100,0  | 100,0  | 100,0  |  | 100,0                                   |
| <b>Acceptation de l'homosexualité par l'entourage familial (père, mère, frère ou sœur)</b> |  |  |  |  |   |
| Oui  | 60,8   | 49,7   | 66,1   | 0,0000                                   | 70,3                                    |
| Non  | 39,2   | 50,3   | 33,9   |  | 29,7                                    |
|  | 100,0  | 100,0  | 100,0  |  | 100,0                                   |

Tableau 2.  
Caractéristiques de l'activité sexuelle et statut sérologique des répondants (en %)

|  | Ensemble des répondants<br>(n = 6 194) | Répondants sans partenaire stable<br>(n = 1 933) | Répondants avec partenaire stable<br>(n = 4 153) | Répondants avec partenaire stable |                                     |
|--|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
|  |  |  |  | p                                 | Relat. non exclusive<br>(n = 2 711) |
| <b>Nombre de partenaires masculins au cours des 12 derniers mois</b> |  |  |  |                                   |                                     |
| 0  | 6,2                                    | 14,3   | 2,1  | 100,0                             | 4,47                                |
| 1  | 21,1                                   | 6,5  | 28,2   |                                   | 28,9                                |
| 2-5  | 23,1                                   | 21,9   | 23,7   |                                   | 20,1                                |
| 6-10   | 14,3                                   | 14,5   | 14,2   |                                   | 17,9                                |
| 11-20  | 12,6                                   | 13,4   | 12,4   |                                   | 28,7                                |
| Plus de 20   | 22,7                                   | 29,3   | 19,5   |                                   | 100,0                               |
| <b>Nombre médian de partenaires</b>                                  |  |  |  |                                   |                                     |
|  | 5,0                                    | 10,0   | 5,0  | 1,0                               | 10,0                                |
| <b>Fréquence des rapports sexuels</b>                                |  |  |  |                                   |                                     |
| Plusieurs fois par semaine   | 40,5                                   | 19,5   | 50,5   | 0,0000                            | 0,0000                              |
| Au moins une fois par mois   | 19,0                                   | 17,4   | 20,0   |                                   | 47,7                                |
| Moins d'une fois par mois  | 8,0                                    | 16,3   | 4,1  |                                   | 21,2                                |
| Irégulièrement, mais avec des périodes                               | 26,4                                   | 32,3   | 23,6   |                                   | 3,1                                 |
| Pas de rapport sexuel  | 6,1                                    | 14,5   | 1,8  |                                   | 4,2                                 |
|  | 100,0                                  | 100,0  | 100,0  |                                   | 13,2                                |
| <b>Durée médiane de la relation</b>                                  |  |  |  |                                   |                                     |
|  |  |  | 3,0  | 3,0                               | 3,0                                 |
| <b>Recours au test de dépistage au cours de la vie</b>               |  |  |  |                                   |                                     |
| Oui  | 85,8                                   | 79,3   | 88,8   | 0,0000                            | 90,7                                |
| Non  | 14,2                                   | 20,7   | 11,2   |                                   | 9,4                                 |
|  | 100,0                                  | 100,0  | 100,0  |                                   | 100,0                               |

Tableau 2 (suite).  
Caractéristiques de l'activité sexuelle et statut sérologique des répondants (en %)

|  | Ensemble des répondants<br>(n = 6 194) | Répondants sans partenaire stable<br>(n = 1 933) | Répondants avec partenaire stable<br>(n = 4 153) | Répondants avec partenaire stable |        |
|--|--|--|--|-----------------------------------|--------|
|  |  |  |  | p                                 | p      |
| <b>Statut sérologique VIH des répondants testés</b>      |  |  |  |                                   |        |
| Séronégatif  | 72,0                                   | 63,2   | 75,6   | 0,0000                            | 0,0000 |
| Séropositif  | 13,0                                   | 15,6   | 11,9   |                                   |        |
| Séro-interrogatif  | 15,0                                   | 21,2   | 12,4   |                                   |        |
|  | 100,0                                  | 100,0  | 100,0  |                                   |        |
| <b>Statuts sérologiques des deux partenaires stables</b> |  |  |  |                                   |        |
| Non testés   |  |  | 4,4  | 6,5                               | 3,3    |
| Sécoconcordants négatifs                                 |  |  | 51,3   | 62,7                              | 45,3   |
| Sécoconcordants positifs                                 |  |  | 3,0  | 1,0                               | 4,2    |
| Séodifférents  |  |  | 41,4   | 29,8                              | 47,2   |
|  |  |  | 100,0  | 100,0                             | 100,0  |

inférieure à un an, contre 6 % pour ceux dont la relation est supérieure à cinq ans,  $p < 0,0001$ ) et lorsqu'elle n'est pas exclusive (15 % versus 7 %,  $p < 0,0001$ ). Lorsque les répondants savent que leur partenaire a eu recours à un test, ces derniers sont alors majoritairement déclarés séronégatifs (72 %) et la proportion de partenaires séropositifs est faible (9 %). Au final, sur 19 % des répondants, 15 % précisent qu'ils ne connaissent pas le statut de leur partenaire ou que celui-ci n'est plus sûr d'être encore séronégatif (4 %). Ceux dont la relation est non exclusive indiquent plus souvent que leur partenaire est de statut séro-interrogatif (21 % versus 12 %,  $p < 0,0001$ ) ou séropositif (11 % versus 5 %,  $p < 0,0001$ ).

- Le questionnement des partenaires sur de possibles rapports sexuels hors de leur relation, et leurs conséquences sur les pratiques sexuelles lors de cette relation font l'objet de débats au sein de celle-ci, sans que des tendances franches se dessinent pour autant. Ainsi, 39 % des sujets indiquent que leur partenaire a eu d'autres partenaires sexuels qu'eux-mêmes durant les douze derniers mois. Mais pour 24 %, cette question n'a pas été abordée ou clarifiée par des répondants qui ne savent pas si leur partenaire est multipartenaires.
- En revanche, la pratique de la pénétration anale est largement discutée au sein des relations, quelle que soit leur nature (78 %). Cependant, la durée de la relation altère les discussions sur ce sujet : 27 % des répondants dont la relation est supérieure à cinq ans n'ont pas abordé cette question, contre 18 % pour ceux dont la relation est inférieure à deux ans ( $p < 0,0001$ ). Suite à cette discussion, le maintien du préservatif a été mentionné par 35 % des sujets concernés, alors que près de six répondants sur dix (58 %) ont décidé de ne pas utiliser de préservatif lors des pénétrations anales entre eux. L'accord de non-protection des rapports anaux dans la relation stable reste majoritaire, que celle-ci soit exclusive (71 %) ou pas (53 %).

### **Pratiques sexuelles et prévention du VIH dans la relation stable**

#### *Comparaison des pratiques sexuelles et de leur protection selon le type de partenaires stables ( $n = 4\,153$ ) et occasionnels ( $n = 4\,364$ )*

La fellation et la pénétration anale sont majoritairement pratiquées par les sujets avec leurs partenaires stables, confirmant ainsi les tendances antérieures (*tableau 3*). Ces pratiques ne diffèrent pas avec le type de partenaire. Contrairement à la fellation, la pratique de la pénétration anale dans la relation stable varie avec l'âge des sujets et la durée de vie de la relation. En effet, alors qu'elle est de plus en plus pratiquée jusqu'à l'âge de 35 ans (96 %), elle diminue ensuite de manière significative (88 % pour les 45 ans et plus). Par ailleurs, plus la relation stable est ancienne, moins les rapports anaux sont pratiqués (95 %, lorsque les relations sont inférieures à un an contre 90 % pour celles de plus de cinq ans,  $p < 0,0001$ ). La pénétration anale est plus systématique avec le partenaire stable qu'avec les autres partenaires sexuels (93 % versus 88 %,  $p < 0,0001$ ).

Lors de ces pratiques sexuelles, l'usage du préservatif est bien moindre au sein des relations stables que lors des rapports anaux avec d'autres hommes. Pour la fellation, 66 % des répondants déclarent une exposition au sperme dans la relation stable, contre 44 % avec d'autres hommes. Pour ce qui concerne la pénétration anale, 88 % des hommes ayant une relation stable ont eu au moins une pénétration anale non protégée avec leur partenaire stable, contre 36 % avec d'autres partenaires. La fréquence des pénétrations anales non protégées

au sein des relations stables est plus régulière que celle avec d'autres partenaires sexuels. Ainsi, parmi les sujets ayant eu au moins une pénétration anale non protégée avec leur partenaire stable, 68 % d'entre eux ont eu au moins une pénétration anale non protégée une fois par mois et plus, contre 24 % pour ceux ayant eu au moins une pénétration anale non protégée avec d'autres hommes.

*Comparaison des pratiques sexuelles et de leur protection entre les sujets ayant eu une relation stable exclusive (n = 947) et ceux ayant eu une relation stable non exclusive (n = 2 711)*

Si les pratiques de fellation et de sodomie ne sont pas différencielles, que la relation stable soit exclusive ou pas (*tableau 3*), leurs protections le sont.

**Tableau 3.  
Prévention du risque de contamination du VIH lors de la fellation  
et des pénétrations anales au cours des douze derniers mois avec le partenaire  
stable et d'autres partenaires sexuels (en %)**

|  | Répondants<br>avec<br>partenaire<br>stable<br>(n = 4 153) | Répondants<br>dont la relation<br>stable est<br>exclusive<br>(n = 947) | Répondants dont la<br>relation stable est non<br>exclusive<br>(n = 2 711) |  | Répondants<br>avec<br>partenaires<br>occa-<br>sionnels<br>(n = 4 364) |
|--|---|--|---|--|---|
|  |   |  | Avec le<br>parte-<br>naire<br>stable                                      | Avec<br>d'autres<br>partenaires<br>sexuels |   |
| <b>Pratique de la fellation</b>  |   |  |   |  |   |
| Pas de pratique de la fellation  | 0,9   | 0,4  | 1,0   | 2,2  | 2,0   |
| <i>Parmi ceux qui pratiquent la fellation</i>  |   |  | **<br>*   |  |   |
| Usage systématique du préservatif  | 2,5   | 1,8  | 2,5   | 7,1  | 6,3   |
| Pas d'exposition au sperme   | 31,9  | 23,4   | 35,6  | 52,9                                       | 49,5  |
| Exposition au sperme   | 65,7  | 74,8   | 61,9  | 39,9                                       | 44,2  |
| <b>Pratique de la pénétration anale</b>  |   |  |   |  |   |
| Pas de pratique de la pénétration anale  | 6,9   | 5,8  | 7,4   | 13,2                                       | 11,5  |
| <i>Parmi ceux qui pratiquent la pénétration anale</i>  |   |  | *   |  |   |
| Pénétration anale systématiquement protégée  | 29,3  | 19,1   | 33,6  | 64,9                                       | 64,2  |
| Au moins une pénétration anale non protégée  | 70,7  | 80,9   | 66,4  | 35,1                                       | 35,9  |
| <i>Fréquence des pénétrations anales non protégées parmi ceux qui ont eu au moins une pénétration anale non protégée</i> |   |  |   |  |   |
| Exceptionnelle (une ou deux)   | 9,1   | 7,0  | 9,6   | 36,5                                       | 38,4  |
| Occasionnelle (moins d'une par mois)   | 22,5  | 19,1   | 24,5  | 38,8                                       | 37,6  |
| Régulière (une par mois et plus)   | 68,4  | 73,9   | 65,9  | 24,7                                       | 24,0  |

\* p < 0,0001 ; \*\* p < 0,0095 ; \*\*\* p < 0,105

Les hommes ayant une relation stable exclusive ont eu, pour trois quart d'entre eux, une exposition au sperme avec leur partenaire lors de la fellation. La grande majorité a eu au moins une pénétration anale non protégée avec leur partenaire (81 %) et ce de manière régulière (75 %).

Les comportements de protection déclarés par les hommes ayant une relation stable non exclusive mettent en évidence des stratégies de gestion des risques. Ainsi, dans ce type de relation, les rapports sexuels sont davantage protégés que dans les relations exclusives (*tableau 3*) et les pénétrations anales non protégées plus fréquemment de l'ordre de l'exceptionnel ou de l'occasionnel (34 % versus 25 %,  $p < 0,0001$ ). Par ailleurs, ces sujets décrivent des comportements préventifs plus marqués avec les autres partenaires sexuels qu'avec leur partenaire stable (*tableau 3*) : la pratique de la fellation ou de la pénétration anale est moins fréquente avec les autres hommes. Cependant, les répondants dont la relation est non exclusive et qui pratiquent la pénétration anale avec d'autres partenaires sont plus du tiers (35 %) à avoir eu au moins un rapport anal non protégé dans les douze derniers mois.

La mise en perspective des stratégies définies lors de discussions entre partenaires et les comportements préventifs déclarés permettent de noter que 77 % des sujets qui avaient indiqué avoir décidé d'utiliser systématiquement le préservatif avec leurs partenaires stables l'ont effectivement fait au cours des douze mois, sans que la nature de la relation interfère.

#### *Pratiques sexuelles et prévention du VIH dans la relation stable, selon le statut sérologique des deux partenaires (n = 3 635)*

Si on s'intéresse plus spécifiquement aux comportements sexuels et préventifs à l'intérieur même de la relation stable, en combinant le statut sérologique du répondant et celui de son partenaire, à partir des déclarations du répondant, on peut apprécier les stratégies internes aux relations et constater des situations où les risques de contamination d'un des partenaires sont importants.

La répartition de la combinaison des statuts sérologiques des deux partenaires stables ayant eu recours au test de dépistage du VIH indique que la moitié d'entre eux sont séroconcordants négatifs et 3 % séroconcordants positifs. Les couples sérodifférents, où l'un des deux partenaires est de statut différent de l'autre ou au moins l'un des deux ne connaît pas son statut sérologique bien que dépisté, représentent 46 %. Cette répartition se modifie selon le type de relation : la moitié des relations stables ouvertes est composée de couples sérodifférents, contre 36 % pour les relations stables exclusives ( $p < 0,0001$ ).

Alors que la pratique de la pénétration anale est systématique, quel que soit le statut sérologique du couple, des différences significatives sont constatées quant à la protection de ces rapports. D'une manière générale, les couples séroconcordants ne protègent pas leurs pénétrations anales : 83 % des couples séroconcordants négatifs ont eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des douze derniers mois et 73 % pour les couples séroconcordants positifs (*tableau 4*). Dans les couples où l'un ou les deux partenaires ont un statut sérologique inconnu, la non-protection des rapports anaux est également élevée (65 %) au regard du risque de contamination encouru. Dans près d'un tiers des couples (32 %) pour lesquels le risque de transmission du

VIH est manifeste (l'un des partenaires est séropositif l'autre séronégatif), la non-protection des sodomies est mentionnée.

Pour ces couples sérodifférents, le risque est d'autant plus présent que la périodicité de ces rapports non protégés est accentuée : 60 % des couples où l'un des partenaires ou les deux ont un statut sérologique inconnu pratiquent la pénétration anale non protégée de manière régulière (une fois par mois ou plus) et 50 % des couples où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif le font également régulièrement.

Les couples séroconcordants pratiquent aussi de manière régulière la pénétration anale non protégée dans près de trois quarts des cas (*tableau 4*), les couples séroconcordants séropositifs s'exposant au risque d'une surcontamination.

Tableau 4.

**Prévention des pratiques sexuelles lors de la fellation et des pénétrations anales au cours des douze derniers mois, selon le statut sérologique des deux partenaires de la relation stable (en %) (n = 3 635)**

|  | Les deux partenaires sont séronégatifs (n = 1 842) | Les deux partenaires sont séropositifs (n = 111) | Un partenaire séropositif, l'autre séronégatif (n = 422) | Un ou deux partenaires de sérologie inconnue (n = 1 260) | p      |
|--|--|--|--|--|--------|
| <b>Pratique de la fellation</b>  |  |  |  |  |        |
| Pas de pratique de la fellation  | 0,5  | 0,9  | 1,7  | 1,0  | 0,081  |
| <i>Parmi ceux qui pratiquent la fellation</i>  |  |  |  |  | 0,0000 |
| Usage systématique du préservatif  | 1,6  | 5,3  | 5,8  | 2,5  |        |
| Pas d'exposition au sperme   | 23,6   | 46,3   | 50,7   | 36,2   |        |
| Exposition au sperme   | 74,8   | 48,4   | 43,5   | 61,2   |        |
| <b>Pratique de la pénétration anale</b>  |  |  |  |  |        |
| Pas de pratique de la pénétration anale  | 4,6  | 5,5  | 8,0  | 9,6  | 0,0000 |
| <i>Parmi ceux qui pratiquent la pénétration anale</i>  |  |  |  |  | 0,0000 |
| Pénétration anale systématiquement protégée  | 17,4   | 27,2   | 68,2   | 35,1   |        |
| Au moins une pénétration anale non protégée  | 82,6   | 72,8   | 31,8   | 64,9   |        |
| <i>Fréquence des pénétrations anales non protégées parmi ceux qui ont eu au moins une pénétration anale non protégée</i> |  |  |  |  |        |
| Exceptionnelle (une ou deux)   | 7,1  | 2,7  | 16,5   | 13,2   | 0,0000 |
| Occasionnelle (moins d'une par mois)   | 20,1   | 20,0   | 32,2   | 25,8   |        |
| Régulière (une par mois et plus)   | 72,8   | 77,3   | 51,2   | 61,1   |        |

L'effectif total de ce sous-groupe diffère du groupe de référence de répondants ayant eu un partenaire stable, du fait des non-réponses aux questions du recours au test de dépistage VIH pour le répondant lui-même et pour son partenaire (au total : 12 %).

## Discussion

### Méthodologie

Les différentes enquêtes représentatives de la population générale mettent en évidence la difficulté de recruter un nombre suffisant d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes [12]. Aussi, la construction d'échantillons de convenance comme cette étude est devenue une pratique commune à différents pays depuis plusieurs décennies. Les structures des populations produites par ces échantillons sont très similaires, quel que soit le pays ou l'année de réalisation [4, 15, 3]. Ainsi, il a été décrit que les répondants par voie de presse sont plus affirmés quant à leur identité sexuelle, leur pratique exclusivement homosexuelle et leur activité sexuelle, mais également quant à leur motivation et leur intérêt vis-à-vis des questions de prévention du VIH [16, 17]. Ces biais surestiment probablement le niveau de protection au sein de la population des homosexuels masculins. Considérant que ces biais restent stables au cours des différentes enquêtes, on peut accepter les tendances, en se gardant de généraliser les résultats à l'ensemble de la population homosexuelle.

Jusqu'à l'enquête presse gay 2000, la notion de partenaire stable était laissée à l'appréciation des répondants. Dans la nouvelle édition, il était précisé qu'il s'agissait d'une relation avec une personne du même sexe ayant duré plus de six mois. Cette information ne semble cependant pas avoir eu d'impact significatif sur les caractéristiques des répondants concernés comparativement aux enquêtes antérieures.

### Les résultats de l'enquête 2004

Une partie importante de répondants (7/10) a déclaré avoir eu un partenaire stable au cours des douze derniers mois. La durée médiane de ces relations est cependant de courte durée (trois ans). Le profil de ces sujets est celui d'hommes appartenant aux classes socialement favorisées, urbaines, assumant leur orientation sexuelle. Aussi, en dépit de l'adoption du PaCS, en 1999, ayant permis « *l'émergence dans l'espace public d'une visibilité du couple homosexuel* » [5], il semble toujours difficile pour certaines catégories socioprofessionnelles moins favorisées d'assumer cette visibilité sociale. Les relations stables ne s'apparentent pas à un modèle uniforme, mais se déclinent en différentes modalités d'union, exclusive ou pas, cohabitante ou pas, pacsée ou pas. En effet, une large majorité des sujets déclarant un partenaire stable a également d'autres partenaires sexuels. La relation est d'autant moins exclusive qu'elle est récente.

Le recours massif au test de dépistage du VIH des répondants ayant eu un partenaire stable par rapport à ceux qui n'en ont pas eu, confirme que « *le VIH est [...] une composante incontournable de la vie des couples homosexuels* », par rapport au comportement de dépistage des couples hétérosexuels [17].

Cependant, au regard des résultats de l'enquête, le risque de contamination par le VIH au sein des relations stables reste une réalité.

Ce risque est présent au sein même du couple, quelle que soit la nature de la relation. En effet, près d'un tiers des répondants ne connaît pas le statut sérologique de son partenaire stable. Alors que les couples sérodifférents représentent près de la moitié des relations stables, la part d'exposition au risque de contamination est élevée (près de 7/10). De même, pour les couples où le risque

de transmission du VIH est manifeste, puisque l'un des partenaires est séropositif et l'autre négatif, la non-protection des rapports anaux est mentionnée (près d'un tiers de cas).

Par ailleurs, le risque est également présent du fait de la part très importante des relations stables non exclusives (3/4). Dans ce cadre, le dialogue et la mise en œuvre de stratégies<sup>3</sup> de l'abandon du préservatif lors des rapports sexuels ne sont pas toujours effectifs. Ainsi, d'un point de vue sérologique, les sujets ayant une relation non exclusive sont plus souvent séro-interrogatifs vis-à-vis de leur statut sérologique. En termes de comportements préventifs, même si ces couples non exclusifs ont moins de rapports anaux non protégés et de manière plus accidentelle au sein même de la relation, les pénétrations anales pratiquées avec d'autres partenaires ne sont pas protégées dans plus d'un tiers des cas. Cette proportion de rapports anaux non protégés avec d'autres hommes est similaire à celle observée parmi les répondants pratiquant la pénétration anale avec des partenaires occasionnels (qu'ils aient ou non un partenaire stable), mais également à celle rapportée par les répondants de l'enquête baromètre gay 2002<sup>4</sup> avec ce type de partenaires [19]. Ainsi, si les résultats décrivent l'existence d'une stratégie de gestion du risque de contamination entre partenaires stables, celle-ci s'avère insuffisante au sein d'une population où la prévalence déclarée s'élève à 13 % [19].

Outre ces résultats, le fait que le lien entre durée de la relation et protection des rapports anaux ne soit pas univoque pose également les limites du principe de négociation. Ainsi, lorsque la relation est récente, d'une durée de moins d'un an, les rapports sexuels sont plus systématiquement protégés, le statut sérologique des deux partenaires est plus souvent sérodifférent (du fait d'une plus grande méconnaissance du statut sérologique du partenaire) et les relations sont majoritairement non exclusives. La discussion et les accords qui semblent se dessiner entre les deux membres de la relation portent davantage sur l'usage du préservatif que sur la connaissance du statut sérologique de chacun d'eux. En revanche, les couples dont la durée de la relation est supérieure à cinq ans protègent peu les pénétrations anales au sein de leur relation, mais sont plus souvent séroconcordants, bien que la relation soit également très souvent non exclusive.

### **Mise en perspective des résultats de l'enquête avec les précédentes et avec des enquêtes étrangères**

Depuis l'enquête de 1997, une diminution sensible de la proportion des relations stables est observée, perdant ainsi six points en l'espace de sept ans. En dépit de cette tendance, la part des relations stables de l'enquête 2004 reste supérieure à celle des pays européens [4, 15, 2]. Les données sociodémographiques des enquêtes presse gay antérieures [17, 1] et celles d'enquêtes européennes [8, 13] sont analogues à celles décrites dans l'enquête 2004. Cependant, les relations stables non exclusives ont été plus souvent mentionnées par les sujets de l'enquête 2004 que par ceux des autres études étrangères [15, 2]. Le recours au dépistage des deux partenaires et la connaissance du statut sérologique sont en adéquation avec les autres résultats étrangers [8, 13, 2].

<sup>3</sup> Celles-ci s'appuient sur la réalisation répétée de tests de dépistage, afin de vérifier la concordance des statuts sérologiques des deux partenaires et l'usage systématique du préservatif avec les partenaires occasionnels, dans l'optique de ne pas protéger les rapports anaux entre partenaires stables.

<sup>4</sup> Enquête réalisée auprès d'homosexuels masculins fréquentant les lieux de rencontre gay.

La pratique de la pénétration anale avec le partenaire stable est plus généralisée dans l'enquête française que dans les enquêtes réalisées à l'étranger [4, 15, 2].

La diminution de la protection des rapports anaux entre partenaires stables décrite dans les précédentes enquêtes presse gay se poursuit [3]. Parmi les hommes pratiquant la pénétration anale avec leur partenaire stable, 64 % n'utilisaient pas de préservatif en 2004, contre 57 % en 2000 et 55 % en 1997.

Les études étrangères décrivent les mêmes stratégies de négociation dans les relations stables et mettent en évidence leurs limites [8, 13, 14], aussi bien pour ce qui concerne la non-utilisation systématique du préservatif dans les relations « extra-conjugales » que pour le moindre dialogue autour des questions de prévention dans les relations stables les plus anciennes [13, 14].

## Conclusion

Les résultats de l'enquête 2004 montrent qu'une part importante de répondants a eu une relation stable au cours des douze derniers mois, bien qu'en termes de tendance, ce type de relation diminue. Ces relations affectives se distinguent cependant de la norme hétérosexuelle : la vie en couple n'est pas usuelle, la durée des relations est courte et les relations sexuelles avec d'autres hommes sont fréquentes.

Les comportements préventifs rapportés en 2004 sont, comme précédemment, différents, selon l'exclusivité ou pas de la relation et les statuts sérologiques des deux partenaires. Les sujets de l'enquête 2004 continuent d'adapter la protection de leurs rapports anaux au sein de la relation, selon des stratégies alternatives basées sur la connaissance et la concordance des statuts sérologiques et sur la confiance entre les deux partenaires. Néanmoins, des limites à ces adaptations sont observées. Ainsi, la non-protection des rapports anaux est importante parmi les couples sérodifférents, que la relation soit exclusive ou pas. De même, la négociation de la protection au sein du couple dépend de la capacité de chacun au dialogue et à la transparence, qui varient selon la durée de la relation. Ces résultats remettent en cause l'idée selon laquelle la liberté sexuelle des homosexuels masculins s'accompagnerait d'une capacité à discuter facilement des relations sexuelles simultanées. La fréquence des incertitudes des répondants, tant sur le comportement sexuel de leur partenaire stable que sur le statut sérologique de ce dernier ou sur leur propre statut, suggère une difficulté de communication.

Les comportements à risque sont donc fréquents et augmentent au fil des enquêtes. Ils se traduisent par des risques d'expositions à la contamination par le VIH et aux infections sexuellement transmissibles, tant avec le partenaire stable qu'avec les autres partenaires sexuels, au sein d'une population où la prévalence déclarée du VIH est importante.

Outre les actions de prévention généralistes portant sur la sexualité des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des actions plus spécifiques ciblant les rapports sexuels dans le contexte particulier des relations stables sont indispensables. Ce pourrait être à l'image des conseils personnalisés proposés sur le site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (<http://www.tienstoinpret.fr/>) destinés aux couples récemment formés, leur permettant de mesurer leur capacité à mettre en place et à respecter des stratégies de prévention [9].

## Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête presse gay 2000*. Saint-Maurice : InVS, 2001.
2. Balthazar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. VIH/sida : augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : premiers résultats de GaySurvey 04. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique*, 2005.
3. Bochow M, Jauffret-Roustdide M, Michel A, Schiltz MA. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In : Broqua C, Lert F et Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 35-54.
4. Bochow M, Wright MT, Lange M. *Schwule Männer und AIDS : Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit*. AIDS Forum Band 48. Berlin : Deutsche AIDS-Hilfe, 2004.
5. Broqua C, de Busscher PO. La crise de la normalisation. Expérience et condition sociales de l'homosexualité en France. In : Broqua C, Lert F et Souteyrand Y eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs, 2003, p. 19-33.
6. Davidovich U, de Wit JB, Stroebe W. Assessing sexual risk behaviour of young gay men in primary relationships : the incorporation of negotiated safety and negotiated safety compliance. *AIDS* 2000 ; 14 : 701-6.
7. Davidovich U, de Wit JB, 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.
8. Elford J, Bolding G, Maguire M, et al. Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. *AIDS* 1999 ; 13 : 1407-11.
9. Inpes. Sida : mobiliser la communauté homosexuelle. *Equilibres* 2006 ; 13 : 2.
10. Kippax S, Noble J, Prestage G, et al. Sexual negotiation in the AIDS era : negotiated safety revisited. *AIDS* 1997 ; 11 : 191-7.
11. Kippax S, Slavin S, Ellard J, et al. Seroconversion in context. *AIDS Care* 2003 ; 15 : 839-52.
12. Messiah A, Mouret-Fourme E. Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle. *Population* 1993 : 1353-80.
13. Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, et al. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS* 2001 ; 15 : 1025-35.
14. Prestage G, Mao L, McGuigan D, et al. HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. *AIDS Care* 2006 ; 18 : 166-72.
15. Reid D, Weatherburn P, Hickson F, et al. *On the move Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2003*. London : Sigma Research, 2004.
16. Sandfort TGM. Sampling male homosexuality. In : Bancroft J, eds. *Researching sexual behavior : methodological issues*. Bloomington : Indiana University Press, 1997, pp. 261-75.

17. Schiltz MA. *Les homosexuels face au sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquête.* Rapport CAMS/CERMES/Anrs, 1998.
18. Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A et Semaille C. *Premiers résultats de l'Enquête presse gay 2004.* [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg\\_resultats/premiers\\_resultats\\_epg.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/premiers_resultats_epg.pdf), 2005.
19. Velter A, Michel A, Semaille C. *Baromètre Gay 2002.* Saint-Maurice : InVS, 2005.



# **Comportements à risque sexuel chez les homosexuels séropositifs en France**

## **Résultats de l'enquête Anrs-EN12-VESPA<sup>1</sup>**

Anne-Déborah BOUHNIK\*, Marie PRÉAU \*\*, Marie-Ange Schiltz\*\*\*,  
Yolande Obadia\*, France Lert\*\*\*\*, Bruno Spire\* et le groupe d'étude  
Anrs-EN12-VESPA<sup>2</sup>

### **Résumé**

L'enquête Anrs-EN12-VESPA, menée en 2003 auprès d'un échantillon national représentatif de la population séropositive suivie en milieu hospitalier, a permis d'évaluer les comportements à risque sexuel chez les homosexuels et d'en rechercher les facteurs associés, en fonction du type de partenaires (stables ou occasionnels). Parmi les homosexuels séropositifs ayant des partenaires occasionnels, 21 % déclarent ne pas utiliser de manière systématique le préservatif. En plus de facteurs préalablement connus comme le nombre de partenaires sexuels, les stratégies de recherche des partenaires et les consommations de produits, une altération de la qualité de vie mentale en lien avec le VIH apparaît comme un nouveau facteur associé à la prise de risque.

Au sein des couples sérodifférents, la prise de risque est de 18 % et la non-révélation du statut sérologique au partenaire augmente les prises de risque. Les autres facteurs de risque sont l'alcoolisation occasionnelle, une faible expérience de relations affectives stables, ainsi qu'un bas niveau d'éducation.

Ces résultats suggèrent d'adapter les stratégies de prévention aux différentes situations et vulnérabilités.

**Mots clés :** étude quantitative, homosexuel masculin, comportements sexuel et préventif.

\* ORS PACA/unité Inserm 379 – Marseille, France.

\*\* Équipe Psychologie sociale de la santé, laboratoire de psychologie sociale – Aix-en-Provence, France.

\*\*\* CAMES/CERMES Inserm-CNRS/EHESS – Paris, France.

\*\*\*\* Unité Inserm 687 – Saint-Maurice, France.

bouhnik@marseille.inserm.fr, preau@marseille.inserm.fr, Marie-Ange.Schiltz@ehess.fr, obadia@marseille.inserm.fr, France.Lert@st-maurice.inserm.fr, spire@marseille.inserm.fr

<sup>1</sup> L'enquête Anrs-EN12-VESPA a été financée par l'Anrs.

<sup>2</sup> Le groupe d'étude Anrs-EN12-VESPA est composé de AD. Bouhnik, R. Dray-Spira (unité Inserm 687), J. Fagnani (CNRS-UMR Matisse), I. Heard (Hôpital européen G. Pompidou), F. Lert, Y. Obadia, P. Peretti-Watel (ORS PACA/unité Inserm 379), J. Pierret (CERMES/unité Inserm 504/UMR 8559), B. Riandey (INED), M.A. Schiltz, R Sitta (unité Inserm 687), et B Spire.

## Objectifs

Les comportements à risque sexuel chez les gays restent un sujet d'actualité : en effet, plusieurs études ont montré une augmentation des prises de risque [2, 9], ainsi qu'une augmentation des infections sexuellement transmissibles au sein de ce groupe [5, 7]. De plus, alors que les nouvelles contaminations par le VIH ont considérablement baissé chez les usagers de drogue, l'incidence des nouvelles contaminations reste importante chez les homosexuels et représente une part importante des nouveaux cas d'infections par le VIH [8,12].

L'analyse qui suit a pour objectif d'étudier les facteurs de risque associés aux prises de risque sexuel chez les homosexuels porteurs du VIH en France, l'utilisation des données de l'enquête Anrs-EN12-VESPA nous permettant d'obtenir des résultats à partir d'un échantillon représentatif de cette population. Outre l'impact des modes de vie, les données de l'enquête VESPA permettent également d'étudier plus précisément l'impact des facteurs relatifs au vécu de l'infection par le VIH, ce qui la distingue d'autres études portant sur des échantillons de gays sans distinction du statut sérologique.

## Rappel de la méthodologie de l'enquête

L'enquête Anrs-EN12-VESPA, menée en 2003, s'adressait aux patients connaissant leur séropositivité depuis au moins six mois, âgés de 18 ans et plus, de nationalité française ou étrangers résidant en France depuis au moins six mois. Les patients ont été recrutés de façon aléatoire dans les consultations externes de 102 services hospitaliers tirés au sort, ayant accepté de participer à l'enquête, répartis sur tout le territoire de la France métropolitaine, afin de constituer un échantillon qui fournit le reflet le plus fidèle possible de la population séropositive suivie à l'hôpital [15]. Le recueil des données incluait un questionnaire administré en face-à-face par la méthode CAPI, qui contenait 398 questions portant notamment sur la vie quotidienne, les conditions de vie et les comportements sexuels. Un questionnaire médical court rempli par l'équipe médicale renseignait sur les taux de charge virale et de CD4 au moment de l'enquête, ainsi que sur le traitement antirétroviral en cours. Enfin, un auto-questionnaire était proposé aux patients, incluant diverses échelles psychométriques et, notamment, l'échelle de qualité de vie SF-36. À l'issue du questionnaire, les patients recevaient un bon d'achat d'une valeur de 15 euros.

Parmi les 4 963 patients éligibles pour l'enquête, 264 n'ont pas été sollicités parce que leur médecin jugeait que leur état physique ou psychologique ne permettait pas de les interroger, tandis que 1 767 ont été sollicités mais ont refusé (les refus ayant été le plus souvent motivés par le manque de temps). On comptait donc 2 932 participants (soit un taux de réponse de 59 %). Plus précisément, l'étude des non-répondants montre que ceux-ci ne se distinguent pas des participants au regard du sexe, de l'âge ou de la charge virale, mais que, en revanche, ils occupent plus souvent un emploi et ont moins souvent été contaminés par voie homosexuelle. Les résultats statistiques tiennent compte d'un redressement et d'une pondération limitant les biais relatifs à la différence des niveaux de participation entre les patients d'une part, à la fréquence inégale des consultations d'autre part.

## Méthodes et analyses statistiques

Ont été définis comme homosexuels les hommes se déclarant comme tels ou se déclarant bisexuels. L'ensemble des comportements mesurés fait référence à l'année écoulée, qu'il s'agisse de l'activité sexuelle, des consommations de produits ou de l'utilisation du préservatif.

Les analyses ont été menées de façon différenciée suivant le type de partenaires, stables ou occasionnels. Dans le cadre de relations avec des partenaires occasionnels, tous les patients déclarant des partenaires occasionnels ont été inclus dans l'analyse. Par ailleurs, compte tenu de l'importance des variables mesurant la qualité de vie, seuls les patients ayant rempli l'auto-questionnaire ont été retenus dans l'analyse.

Les comportements à risque ont été définis comme la non-utilisation systématique du préservatif pour la pénétration anale au cours des douze derniers mois avec un partenaire occasionnel.

Dans le cadre des relations avec un partenaire stable, seuls les patients ayant déclaré avoir un partenaire stable depuis au moins six mois et dont le statut sérologique déclaré par le patient était négatif pour le VIH ou inconnu de celui-ci ont été inclus dans l'étude. Une première analyse montrant que la qualité de vie n'intervient pas dans la prise de risque sexuel avec le partenaire stable, les résultats présentés portent sur l'ensemble des patients, que ceux-ci aient ou non rempli l'auto-questionnaire.

Les comportements à risque ont été définis comme la non-utilisation systématique du préservatif pour la pénétration anale au cours des douze derniers mois avec un partenaire principal de statut sérologique négatif ou inconnu.

## Mesure de la qualité de vie

La mesure de la qualité de vie a été effectuée à l'aide de la version française de l'échelle SF-36 [11]. Il s'agit d'une échelle composée de quatre sous-échelles physiques (activité physique, santé perçue, douleur physique, limitations dues à l'état physique) et de quatre sous-échelles mentales (vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique, vitalité), qui permettent d'évaluer la qualité de vie selon deux dimensions distinctes. Chacune des sous-échelles a été dichotomisée, en utilisant comme seuil le 25<sup>e</sup> percentile de la distribution de même age et de même sexe en population générale française [10]. Ainsi, il est proposé pour chaque patient d'évaluer sa qualité de vie selon deux scores de qualité de vie mentale et physique altérée ou non [4]. Les patients identifiés comme ayant une qualité de vie physique/mentale altérée sont ceux présentant un score < 25<sup>e</sup> percentile de la population de référence (même age et même sexe) pour au moins l'une des sous-échelles physique/mentale.

Pour l'analyse des comportements à risque avec les partenaires occasionnels, nous avons d'abord vérifié si les répondants à l'auto-questionnaire étaient différents des non-répondants pour les caractéristiques sociodémographiques et biomédicales. Puis, dans les deux études présentées, les patients déclarant des comportements à risque ont été comparés avec ceux qui déclaraient toujours des rapports protégés à l'aide de tests du Chi-deux. Des modèles de régression logistique ont ensuite été réalisés, afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à la prise de risque sexuel.

## Résultats

Parmi les 2 932 patients qui ont répondu à l'enquête, 1 044 se déclaraient homosexuels. Ils avaient 43 ans en moyenne, 43 % avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat et 66 % avaient un emploi au moment de l'enquête. Plus du tiers des patients ont été diagnostiqués séropositifs pour le VIH après 1995 (35 %), 80 % étaient traités par multi-thérapies au moment de l'enquête, 23 % étaient en stade C de la maladie, 66 % avaient une charge virale indétectable (< 400 copies/ml) et 92 % un taux de CD4 > 200/ml.

La figure 1 présente la répartition des patients selon leur activité sexuelle et le type de partenaires au cours de l'année écoulée. Une grande majorité des patients homosexuels de l'enquête VESPA était sexuellement active au cours des douze derniers mois et, parmi eux, 258 (25 %) déclaraient n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec un partenaire stable, 299 (29 %) déclaraient à la fois un partenaire stable et des partenaires occasionnels et 372 (36 %) ne déclaraient avoir eu des rapports sexuels qu'avec des partenaires occasionnels. Au total, 346 patients déclaraient un partenaire stable séronégatif pour le VIH ou de statut sérologique inconnu. Par ailleurs, 671 patients déclaraient avoir des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels.

### Analyse des comportements sexuels à risque avec les partenaires occasionnels

Parmi les 671 patients ayant déclaré avoir eu des partenaires occasionnels au cours de l'année écoulée, 87 n'avaient pas fourni de données complètes pour l'échelle de qualité de vie (SF-36). Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous avons comparé ces patients ayant des partenaires occasionnels et n'ayant pas répondu intégralement à l'échelle de qualité de vie à ceux y ayant répondu

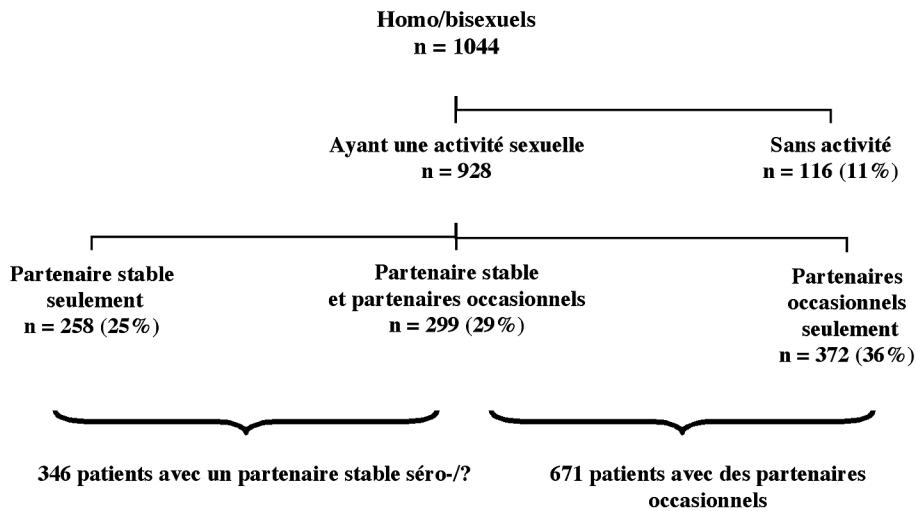


Figure 1.  
Activité sexuelle des homosexuels  
(n = 1 044 – enquête Anrs-En12-VESPA)

intégralement. Il apparaît que ces patients n'étaient pas différents des 584 patients répondants à la qualité de vie, que ce soit en termes de données sociodémographiques ou de données médicales. Notre analyse a donc porté sur les 584 patients ayant répondu intégralement à l'échelle de qualité de vie.

Pour ce qui concerne les caractéristiques de ces rencontres occasionnelles, on observe que le nombre médian de partenaires au cours des douze mois précédent l'enquête était de dix. Les stratégies de recherche de partenaires utilisées le plus souvent étaient la fréquentation de saunas, *backrooms* ou *sex-clubs* (52 %), les bars ou les discothèques (45 %) et les endroits publics ou lieux de drague extérieurs (40 %). Près d'un tiers des individus a utilisé Internet, le minitel ou les réseaux téléphoniques (32 %), 20 % ont rencontré des partenaires chez des amis, dans des associations ou sur leur lieu de travail et 14 % ont utilisé les petites annonces.

Près de la moitié des patients déclaraient avoir consommé du poppers au cours des douze derniers mois (44 %), 33 % du cannabis et 14 % déclaraient des abus d'alcool répétés, c'est-à-dire l'absorption d'au moins six verres d'alcool au cours d'une même occasion, au moins une fois par mois. La consommation d'anxiolytiques était aussi fréquente et concernait 21 % de l'échantillon.

L'indicateur synthétique de qualité de vie montre que 70 % des individus de l'enquête avaient une altération de la qualité de vie physique (au moins une sous-échelle physique présentant un score < 25<sup>e</sup> percentile de la population générale française de même âge et de même sexe) et que 65 % présentaient une altération de la qualité de vie mentale (définie de la même manière que pour la qualité de vie physique).

Un homme sur cinq (20 %) déclarait ne pas avoir utilisé le préservatif de manière systématique avec un partenaire occasionnel. Par ordre d'importance, les raisons mises en avant étaient le refus ou la difficulté d'utiliser un préservatif (44 %), le fait que les partenaires sont séropositifs (35 %), et l'indétectabilité de la charge virale (21 %). Quatorze pour cent des personnes concernées pensent que c'est aux autres de se protéger, 8 % oublient, 4 % ont peur que le fait de mettre un préservatif ne trahisse leur séropositivité, et 2 % comptent sur les traitements d'urgence.

Aucune caractéristique sociodémographique n'était associée à la prise de risque, ni aucun marqueur d'évolution de la maladie (taux de CD4, niveau de charge virale ou stade clinique). Le tableau 1 présente les facteurs associés à la prise de risque : avoir eu plus de 15 partenaires dans l'année écoulée, avoir utilisé Internet ou les réseaux téléphoniques pour rencontrer des partenaires ou avoir fréquenté des saunas *backrooms*, *sex-clubs*. La consommation de produits était également associée au risque, que ce soit le cannabis, l'abus d'alcool répété, les anxiolytiques ou encore le poppers. En revanche, les rencontres de partenaires chez les amis, dans des associations ou sur le lieu de travail étaient associées à moins de prise de risque.

Enfin, concernant les indicateurs de qualité de vie physique et mentale, seul l'indicateur d'une altération de la qualité de vie mentale était associé à davantage de comportements sexuels à risque.

Cette association reste significative en analyse multiple. Les autres facteurs indépendamment associés au risque sexuel avec partenaires occasionnels étaient le nombre de partenaires, l'utilisation d'Internet et autres réseaux téléphoniques,

Tableau 1.

**Facteurs associés à la non-utilisation systématique du préservatif avec partenaires occasionnels parmi les hommes homosexuels ou bisexuels ayant déclaré des partenaires occasionnels (n = 584 – Enquête VESPA)**

|   | Analyse univariée |   |      | Analyse multiple |           |                 |
|---|-------------------|---|------|------------------|-----------|-----------------|
|   | Total             | Utilisation systématique du préservatif |      | p-value          | Odd-Ratio | IC 95 % p-value |
|   |                   | Oui                                     | Non  |                  |           |                 |
|   |                   | 80,0                                    | 20,0 |                  |           |                 |
|   |                   | %                                       | %    | %                |           |                 |
| Nombre de partenaires sexuels <sup>1</sup>  |                   |   |      |                  |           |                 |
| De 1 à 5  | 44,7              | 49,3                                    | 26,5 | < 0,001          | 1         | < 0,001         |
| De 6 à 15   | 32,9              | 33,4                                    | 30,8 |                  | 2,0       |                 |
| Plus de 15  | 22,4              | 17,3                                    | 42,7 |                  | 5,0       |                 |
| Recherche de partenaires sexuels sur Internet ou par des réseaux téléphoniques <sup>1</sup>                     |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 67,7              | 70,9                                    | 54,7 | 0,001            | 1         | 0,002           |
| Oui   | 32,3              | 29,1                                    | 45,3 |                  | 2,0       |                 |
| Recherche de partenaires sexuels par rencontres chez des amis, dans des associations ou au travail <sup>1</sup> |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 47,8              | 52,0                                    | 30,8 | < 0,001          | 1         | 0,017           |
| Oui   | 52,2              | 48,0                                    | 69,2 |                  | 0,5       |                 |
| Recherche de partenaires dans des saunas, <i>backrooms</i> , <i>sex-clubs</i> <sup>1</sup>                      |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 79,6              | 77,9                                    | 86,3 | 0,044            |           |                 |
| Oui   | 20,4              | 22,1                                    | 13,7 |                  |           |                 |
| Consommation de cannabis <sup>1</sup>   |                   |   |      |                  |           |                 |
| Jamais  | 67,5              | 69,8                                    | 58,1 | 0,040            |           |                 |
| De temps en temps   | 21,9              | 19,9                                    | 29,9 |                  |           |                 |
| Tous les jours  | 10,6              | 10,3                                    | 12,0 |                  |           |                 |
| Abus régulier d'alcool <sup>2</sup>   |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 86,0              | 88,2                                    | 76,9 |                  | 1         | 0,024           |
| Oui   | 14,0              | 11,8                                    | 23,1 | 0,002            | 1,9       |                 |
| Consommation d'antidépresseurs <sup>1</sup>   |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 90,4              | 91,4                                    | 86,3 | 0,093            |           |                 |
| Oui   | 9,6               | 8,6                                     | 13,7 |                  |           |                 |
| Consommation d'anxiolytiques <sup>1</sup>   |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 79,3              | 81,2                                    | 71,8 | 0,025            | 1         | 0,029           |
| Oui   | 20,7              | 18,8                                    | 28,2 |                  | 1,7       |                 |

| Utilisation de poppers <sup>1</sup>                   |      |      |      |                               |
|---|------|------|------|-------------------------------|
| Non   | 55,5 | 59,1 | 41,0 | < 0,001                       |
| Oui   | 44,5 | 40,9 | 59,0 |                               |
| Altération de la qualité de vie physique <sup>3</sup> |      |      |      |                               |
| Non   | 29,5 | 31,0 | 23,1 | 0,091                         |
| Oui   | 70,5 | 69,0 | 76,9 |                               |
| Altération de la qualité de vie mentale <sup>3</sup>  |      |      |      |                               |
| Non   | 35,4 | 39,0 | 21,4 | < 0,001                       |
| Oui   | 64,6 | 61,0 | 78,6 | 1<br>2,7<br>[1,6-4,7] < 0,001 |

<sup>1</sup> Dans l'année écoulée.

<sup>2</sup> Absorption d'au moins six verres d'alcool lors d'une même occasion, au moins une fois par mois.

<sup>3</sup> Au moins une sous-échelle avec un score < 25<sup>o</sup> percentile de la distribution de ce même score dans la population générale française de même âge et même sexe.

l'abus d'alcool répété et la consommation d'anxiolytiques. La recherche de partenaires dans son entourage (chez des amis, dans des associations ou sur le lieu de travail) restait également associée à moins de prise de risque en analyse multiple.

### Analyse des comportements sexuels à risque avec le partenaire stable

Parmi les 346 patients déclarant un partenaire stable non séropositif, seuls 35 patients ont déclaré ne pas connaître le statut sérologique de celui-ci, les 311 autres patients déclarant un partenaire séronégatif pour le VIH.

Un quart des patients déclarait avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, et 23 % déclaraient des abus d'alcool (consommation d'au moins six verres d'alcool au cours d'une même occasion), au moins une fois par mois. La consommation d'anxiolytiques était également fréquente (21 %) et 9 % avaient consommé des antidépresseurs dans l'année écoulée.

La durée moyenne de la relation était de neuf ans (écart-type = 8,8), et 16 % rapportaient une relation de moins d'un an. Seuls 17 patients déclaraient ne pas avoir révélé leur statut sérologique à leur partenaire.

Un homosexuel sur cinq n'avait connu qu'une seule relation stable de plus de six mois au cours de sa vie, celle qu'il vivait au moment de l'enquête ; un quart avaient vécu deux relations stables, et 13 % vécu cinq ou plus. Dans les 12 mois précédant l'enquête, 47 % avaient eu des partenaires occasionnels et 6 % avaient eu des relations avec des personnes des deux sexes.

Parmi les 346 patients sélectionnés dans notre échantillon, 43 n'ont pas répondu aux données relatives à l'échelle de qualité de vie (SF-36). Parmi les 303 ayant des données complètes, 62 % présentaient une altération de la qualité de vie mentale et 67 % une altération de la qualité de vie physique.

Parmi les 346 patients sélectionnés, 61 (18 %) rapportaient avoir eu au moins un rapport sexuel avec pénétration anale non protégée avec son partenaire stable. Les raisons avancées pour ne pas utiliser de préservatifs étaient avant tout une décision conjointe de ne pas se protéger (68 %), la difficulté pour le partenaire d'utiliser des préservatifs ou son refus de le faire (60 %), la difficulté pour le patient d'utiliser des préservatifs ou son refus de le faire (48 %), et le fait que la charge virale du patient est indétectable (31 %). Seuls 4 % déclaraient compter sur les traitements post-exposition.

Aucun facteur biomédical n'était associé à la prise de risque, que ce soit le niveau de charge virale, le taux de CD4 ou le stade clinique.

Le niveau d'éducation est le seul facteur sociodémographique associé à la prise de risque : les hommes ayant arrêté leurs études au baccalauréat ou ayant un risque accru de comportements non protégés (*tableau 2*). Par ailleurs, le fait d'avoir eu des partenaires occasionnels ou bien d'avoir eu des relations avec des personnes des deux sexes au cours des douze derniers mois n'était pas associé aux comportements à risque avec le partenaire stable (respectivement  $p = 0,33$  et  $p = 0,11$ ). L'abus d'alcool répété était le seul facteur relatif à la consommation de produit associé à la prise de risque.

En ce qui concerne la relation avec le partenaire, les patients dont la relation dure depuis moins d'un an avaient tendance à rapporter davantage de comportements à risque, de même que ceux qui n'avaient pas révélé leur séropositivité au partenaire. En revanche, les patients qui ne connaissaient pas le statut sérologique de leur partenaire n'avaient pas plus de comportements à risque ( $p = 0,70$ ). Enfin, les personnes déclarant avoir vécu au moins cinq relations stables de plus de six mois au cours de leur vie avaient moins de comportements à risque que les autres personnes.

Parmi les patients ayant fourni des données complètes de qualité de vie, aucun lien n'a été trouvé entre la prise de risque avec le partenaire stable et une altération de la qualité de vie mentale ou physique.

En analyse multiple (*tableau 2*), la non-révélation du statut à son partenaire restait indépendamment associée à la prise de risque sexuel avec ce dernier. Les autres facteurs augmentant le risque étaient l'abus régulier d'alcool, un niveau d'éducation inférieur ou égal au baccalauréat. Le fait d'avoir vécu plus de cinq relations stables au cours de sa vie restait également associé à moins de prise de risque.

## Conclusions

En dépit de la forte implication de la communauté homosexuelle dans la promotion du « *safer sex* », la prise de risque sexuel reste fréquente chez les hommes homosexuels séropositifs, comme dans la population homosexuelle plus généralement [2, 9]. Les résultats confirment que les déterminants de la prise de risque avec les partenaires occasionnels ne sont pas les mêmes que ceux qui interviennent dans le cas de relations avec le partenaire stable, ce qui nécessite donc des analyses et des interventions spécifiques. Cependant, qu'il s'agisse des relations avec les partenaires occasionnels ou des relations avec un partenaire stable, le niveau de risque est du même ordre. De plus, d'après l'enquête presse gay 2004, cet indicateur de prise de risque correspond à des expositions répétées et non à des épisodes d'expositions exceptionnels [9]. Dans un cas comme dans l'autre, aucun marqueur lié à la progression de la maladie (charge virale, taux de CD4, stade clinique) n'est associé à la prise de risque. C'est un résultat fondamental, qui vient enrichir le débat concernant l'impact des multi-thérapies sur la prise de risque chez les personnes atteintes, débat ponctué d'études aux conclusions contradictoires [21, 22]. Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques des patients ne sont également pas associées à la prise de risque sexuel, mis à part le niveau d'éducation dans le cas des relations avec le partenaire stable [19, 18, 1] ; la prise de risque est en particulier la même, quel que soit l'âge des individus.

Tableau 2.

**Facteurs associés à la non-utilisation systématique du préservatif avec le partenaire principal parmi les hommes homosexuels ou bisexuels ayant déclaré un partenaire principal non-séropositif (n = 346 – Enquête VESPA)**

|   | Analyse univariée |   |      | Analyse multiple |           |                 |
|---|-------------------|---|------|------------------|-----------|-----------------|
|   | Total             | Utilisation systématique du préservatif |      | p-value          | Odd-Ratio | IC 95 % p-value |
|   |                   | Oui                                     | Non  |                  |           |                 |
|   |                   | 82,3                                    | 17,7 |                  |           |                 |
|   | %                 | %                                       | %    |                  |           |                 |
| Niveau d'éducation > baccalauréat                         |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 59,5              | 57,0                                    | 72,1 | 0,03             | 1         | 0,01            |
| Oui   | 40,5              | 43,2                                    | 27,9 |                  | 0,4       | [0,2-0,8]       |
| A révélé son statut sérologique à son partenaire          |                   |   |      |                  |           |                 |
| Oui   | 95,1              | 96,1                                    | 90,2 | 0,05             | 1         | 0,01            |
| Non   | 4,9               | 3,9                                     | 9,8  |                  | 3,8       | [1,3-10,6]      |
| Bisexualité dans les 12 derniers mois                     |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 93,9              | 93,0                                    | 98,4 | 0,11             |           |                 |
| Oui   | 6,1               | 7,0                                     | 1,6  |                  |           |                 |
| A vécu au moins cinq relations stables au cours de sa vie |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 87,2              | 85,6                                    | 95,1 | 0,04             | 1         | 0,04            |
| Oui   | 12,8              | 14,4                                    | 4,9  |                  | 0,3       | [0,1-1,0]       |
| Abus régulier d'alcool <sup>2</sup>                       |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 76,8              | 78,9                                    | 67,2 | 0,05             | 1         | 0,04            |
| Oui   | 23,2              | 21,1                                    | 32,8 |                  | 1,9       | [1,0-3,6]       |
| Durée de la relation ≤ 1 an                               |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 84,3              | 85,9                                    | 77,0 | 0,08             |           |                 |
| Oui   | 15,7              | 14,1                                    | 23,0 |                  |           |                 |
| Altération de la qualité de vie physique <sup>3,4</sup>   |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 33,3              | 32,5                                    | 37,0 | 0,524            |           |                 |
| Oui   | 66,7              | 67,5                                    | 63,0 |                  |           |                 |
| Altération de la qualité de vie mentale <sup>3,4</sup>    |                   |   |      |                  |           |                 |
| Non   | 37,6              | 37,3                                    | 38,9 | 0,832            |           |                 |
| Oui   | 62,4              | 62,7                                    | 61,1 |                  |           |                 |

<sup>1</sup> Dans l'année écoulée.<sup>2</sup> Absorption d'au moins six verres d'alcool lors d'une même occasion au moins une fois par mois.<sup>3</sup> Au moins une sous-échelle avec un score < 25<sup>o</sup> percentile de la distribution de ce même score dans la population générale française de même age et de même sexe.<sup>4</sup> Parmi les 303 patients ayant répondu de manière complète à l'échelle de qualité de vie (SF-36).

Dans le cadre de relations avec des partenaires occasionnels, les facteurs liés aux modes de vie de ces personnes, déjà documentés dans la littérature, sont également retrouvés dans notre échantillon, tels le nombre de partenaires sexuels, la consommation d'alcool ou d'anxiolytiques [3, 13, 17]. Les stratégies de recherche des partenaires et, en particulier, l'usage d'Internet sont également des facteurs essentiels dans la prise de risque, comme cela a pu être évoqué dans d'autres enquêtes [14, 6]. Ce lien entre prise de risque et utilisation d'Internet a donné lieu à de nombreuses études, qui soulignent la nécessité de renforcer la prévention auprès des utilisateurs, de plus en plus nombreux, de ce moyen de communication. Outre ces facteurs connus, non spécifiquement associés à la séropositivité, l'altération de la qualité de vie mentale apparaît comme un déterminant capital. La recherche des facteurs en relation avec cette altération de la qualité de vie mentale, très répandue dans cette population, indique le rôle crucial de l'expérience thérapeutique de la séropositivité, qui se manifeste par la présence et la perception d'effets secondaires gênants [4, 16]. L'amélioration de la qualité de vie mentale des patients passe donc en partie par un accompagnement thérapeutique, afin d'aider ceux-ci à mieux vivre avec leur traitement. Ces résultats présentent des implications importantes en termes de santé publique. En effet, ils manifestent la nécessité d'une prise en charge globale visant à améliorer la qualité de vie mentale, qui agirait simultanément sur la qualité de vie et comme une stratégie pertinente dans les programmes de prévention secondaire.

Dans le cadre de relations avec un partenaire principal non séropositif, la non-révélation du statut sérologique au partenaire est associée aux prises de risque. En revanche, la diversité de l'expérience avec les partenaires stables est un facteur protecteur. Ces résultats suggèrent la mise en place d'actions de conseil individuel, destinées à inciter les personnes s'engageant dans une relation stable à parler de leur séropositivité au sein de leur couple et à négocier la prévention.

Il convient cependant de mentionner les limites de cette étude. En premier lieu, parmi les patients sollicités, 41 % ont refusé de répondre. Une étude attentive des non-répondants montre qu'ils ne se distinguent pas des participants au regard du sexe, de l'âge ou de la charge virale mais, en revanche, ces patients occupent plus souvent un emploi et ont moins souvent été contaminés par voie homosexuelle [15]. Les techniques de redressement et de pondération ont tenu compte de ces spécificités, afin de limiter les biais relatifs à ces différences de participation.

Plus généralement, l'enquête VESPA partage les problèmes méthodologiques des enquêtes déclaratives ayant trait aux comportements à risque et qui peuvent être affectées par des biais de désirabilité sociale. Malgré tout, de nombreuses études ont montré la fiabilité de telles méthodes et elles ont été de nombreuses fois utilisées [20].

En dépit de ces limites, l'enquête VESPA, première enquête menée en France auprès d'un échantillon large et représentatif des patients infectés par le VIH, est une source d'informations précieuses sur les conditions de vie des patients séropositifs en général et sur les comportements à risque en particulier.

## Références bibliographiques

1. Beck A, McNally I, et al. Psychosocial predictors of HIV/STI risk behaviours in a sample of homosexual men. *Sexual Transmitted Infectious* 2003 ; 79 (2) : 142-6.
2. Bochow M, Jauffret-Roustide M, et al. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In : Broqua C, Lert F, et Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 35-54.
3. Carey MP, Carey KB, et al. Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients. *J Consult Clin Psychol* 2001 ; 69 (5) : 846-50.
4. Carrieri P, Spire B, et al. Health-related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003 ; 32 (1) : 38-47.
5. Couturier E, Michel A, et al. Syphilis surveillance in France, 2000-2003. *Euro Surveill* 2004 ; 9 (12).
6. Crosby R, Mettey A. A Descriptive Analysis of HIV Risk Behavior Among Men Having Sex With Men Attending a Large Sex Resort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 ; 37 (4) : 1496-9.
7. Herida M, Michel A, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in France. *Med Mal Infect* 2005 ; 35 (5) : 281-9.
8. InVS. Premiers résultats du nouveau dispositif de dépistage de l'infection par le VIH. *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire* 2004 ; 24 : 101-10.
9. InVS/Anrs. *Premiers résultats de l'enquête presse gay 2004*. Paris : InVS et Anrs 2005
10. Leplege A, Ecosse E, et al., eds. *Le questionnaire MOS SF-36 : Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris : Estem 2001.
11. Leplege A, Mesbah M, et al. [Preliminary analysis of the psychometric properties of the French version of an international questionnaire measuring the quality of life : the MOS SF-36 (version 1.1)]. *Rev Epidémiol Santé Publique* 1995 ; 43 (4) : 371-9.
12. Lert F, Obadia Y, et al. First results from the Anrs-VESPA survey of persons living with HIV/AIDS]. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2005 ; 53 (1) : 79-85.
13. McKirnan DJ, Venable PA, et al. 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.
14. Mettey A, Crosby R, et al. Associations between internet sex seeking and STI associated risk behaviours among men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2003 ; 79 (6) : 466-8.
15. Peretti-Watel P, Riandey B, et al. Comment enquêter la population séropositive en France ? : l'enquête ANRS-EN12-VESPA2003. *Population* 2005 ; 4.
16. Preau M, Vincent E, et al. Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients. *J Psychosom Res* 2005 ; 59 (6) : 407-13.
17. Purcell DW, Parsons JT, et al. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *J Subst Abuse* 2001 ; 13 (1-2) : 185-200.
18. Robins AG, Dew MA, et al. Psychosocial factors associated with risky sexual behavior among HIV-positive gay men. *AIDS and Behavior* 1998 ; 2 : 137-49.

19. Robins AG, Dew MA, *et al.* Do homosexual and bisexual men who place others at potential risk for HIV have unique psychological profiles ? *AIDS Educ Prev* 1997 ; 9 (3) : 239-51.
20. Spira A, Bajos N, *et al.* Cross-national comparisons of sexual behavior surveys-methodological difficulties and lessons for prevention. *Am J Public Health* 1998 ; 88 (5) : 730-1.
21. Venable PA, Ostrow DG, *et al.* Viral load and HIV treatment attitudes as correlates of sexual risk behavior among HIV-positive gay men. *J Psychosom Res* 2003 ; 54 (3) : 263-9.
22. Ven PV, Mao L, *et al.* Undetectable viral load is associated with sexual risk taking in HIV serodiscordant gay couples in Sydney. *Aids* 2005 ; 19 (2) : 179-84.

## **Chapitre II**

# **Couples et relations stables chez les gays : le risque tacite**



# Conjugalité et prévention du sida chez les gays<sup>1</sup>

Jérôme COURDURIÉS<sup>2</sup>

## Résumé

La conjugalité, qui, pendant un temps, a été perçue comme un refuge dans un mode de vie moins exposé au VIH, ne protège en rien les hommes homosexuels et peut même avoir des effets contraires. Rares sont les couples qui adoptent une vigilance de haut niveau vis-à-vis du sida. Les raisons de l'absence d'une stratégie de prévention stable sont diverses et dépendent étroitement des histoires et des vécus individuels. Nous pouvons cependant identifier dans les histoires conjugales quelques facteurs qui favorisent une moindre perception du risque de contamination et un recul de la vigilance. D'abord, l'investissement émotionnel dans la vie conjugale, souvent associé à une baisse de la vigilance. Ensuite, la difficulté à négocier véritablement une stratégie de prévention concertée et l'impossibilité massivement répandue de faire allusion devant son compagnon à des aventures extra-conjugales et à d'éventuels manquements. Enfin, les rapports de force conjugaux qui rendent parfois difficile de faire valoir ses exigences en matière de prévention.

Cette contribution s'appuie sur une enquête qualitative menée auprès de 34 couples gay.

**Mots clés :** couple gay, homosexualité, sida, prévention, sexualité, identité masculine.

Nous savons que les hommes homosexuels ont été les premiers touchés par l'épidémie de sida et les premiers à se mobiliser. Cependant, les enquêtes montrent aujourd'hui une augmentation des prises de risque dans les pays occidentaux. Les raisons de ce qu'il est convenu d'appeler un relâchement sont multiples. Il est toutefois apparu ces dernières années que la conjugalité, qui a pu être perçue comme un refuge dans un mode de vie moins exposé au sida, ne protégeait en rien d'une exposition au virus et pouvait même avoir des effets contraires.

La sexualité conjugale gay présente des risques potentiellement importants, même si la réalité de ces risques dépend d'un certain nombre de variables : le statut sérologique des deux partenaires, l'ouverture ou non à l'extra-conjugalité, la fréquentation de lieux de rencontre et de consommation sexuelle, la courte

<sup>1</sup> Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une thèse en anthropologie sociale sur la conjugalité homosexuelle masculine. Elle a été soutenue par une bourse de recherche de l'Anrs.

<sup>2</sup> Université Toulouse-Le Mirail. Centre d'anthropologie, 39 allée Jules Guesde, 31000 Toulouse. jerome.courdurries@free.fr.

durée de la relation conjugale, le répertoire sexuel, la fréquence de certaines pratiques. Les couples d'hommes pratiquent plus que les autres l'extra-conjugalité [1] et l'étude que j'ai menée confirme l'importance de cette conjugalité ouverte à des rencontres occasionnelles. Par ailleurs, toutes les enquêtes montrent que la pénétration anale est plus fréquente avec un partenaire stable qu'avec un partenaire occasionnel [18, 2].

Les raisons de l'absence d'une stratégie de prévention stable au sein des couples gay sont diverses et dépendent étroitement des histoires individuelles. L'itinéraire biographique, dans tout ce qu'il a de plus général et surtout l'expérience intime de l'amour, de la sexualité et de la sexualité entre hommes en particulier, sont des déterminants de la perception que chacun a du risque et des postures qu'il adopte au sein de son couple. Il est tout de même possible d'identifier dans les histoires conjugales quelques facteurs directement liés à la vie de couple et qui favorisent une moindre perception du risque de contamination et un recul de la vigilance.

## Méthodologie et terrain de l'enquête

Trente-quatre couples ont constitué le corpus de cette enquête. Ils ont pour la plupart d'entre eux répondu à un texte d'invite communiqué sur des sites Internet de sociabilité gay, diffusé par la lettre d'information électronique d'un magazine homosexuel ou envoyé aux participants d'un forum Internet sur le mariage gay. Ont répondu à cet appel à témoignage ceux qui se reconnaissaient dans les expressions « couple gay » et « vie de couple ». Le texte d'invite ne contenait aucune définition a priori de la vie de couple, qui aurait pu inclure, par exemple, des critères liés à l'ancienneté de la relation ou à la cohabitation, l'objectif étant de privilégier l'auto-définition par mes interlocuteurs eux-mêmes. J'ai supposé que l'écrit serait un canal plus favorable que l'oral pour aborder l'intimité<sup>3</sup>. Il me fallait aussi trouver le moyen de favoriser au maximum la libre parole des mes interlocuteurs. J'ai donc opté pour une méthodologie diversifiée : des conversations<sup>4</sup> en face-à-face, le recueil de récits de vie via Internet, l'échange de courriers électroniques, des entretiens téléphoniques. Une relation privilégiée avec un couple d'amis a également fourni des observations précieuses sur les faits conjugaux quotidiens, dont certains échappent au discours. Autant de pistes méthodologiques qui permettent de jouer sur la distance entre l'enquêteur et l'enquêté.

Les hommes qui ont participé à cette enquête habitent Paris et alentours mais également les régions, souvent dans une grande ville et quelquefois en milieu rural ; seulement deux couples ne sont pas cohabitants. Quatre sont séropositifs et vivent avec un homme lui aussi séropositif. Dans six cas, un membre du couple est séropositif et l'autre séronégatif. Vingt-quatre couples se sont donc déclarés séronégatifs. Les catégories socioprofessionnelles sont le plus souvent intermédiaires et les enquêtés ont tous un accès relativement facile à l'écrit. Ils sont âgés de 24 à 50 ans, mais les trentenaires sont les plus nombreux.

<sup>3</sup> Voir Le Gall et Le Van 1999 [11]. Les auteurs ont enquêté sur l'entrée dans la sexualité, en demandant à des étudiants de raconter leur expérience par écrit.

<sup>4</sup> Jean-Pierre Olivier de Sardan parle de l'entretien comme conversation, « une stratégie récurrente de l'entretien ethnographique, qui vise justement à réduire au minimum l'artificialité de la situation d'entretien » [22].

Plusieurs facteurs expliquent les caractéristiques de ce corpus. Ils sont liés aux spécificités de la population homosexuelle [17, 24] et aux modalités de l'enquête. Ceux qui ont accepté de rédiger un récit de vie ont des ressources culturelles plus élevées que la moyenne et l'écriture est manifestement pour eux un plaisir : la longueur des récits qui comptent parfois plus de quarante pages en témoigne. Dans un souci de clarté, seuls quelques témoignages particulièrement évo-cateurs illustrent cette contribution.

## **Investissement émotionnel et baisse de la vigilance préventive**

Chez les gays, l'investissement émotionnel est fréquemment associé à une baisse de la vigilance préventive [13, 26]. Lorsqu'ils se remémorent les moments qui ont suivi la rencontre avec leur compagnon, les hommes interrogés parlent de leur sensation d'avoir, avec cette relation, comblé un manque, pallié une solitude. Comment concilier la promesse de lendemains heureux et le sentiment de sécurité recherché par tous dans la vie conjugale avec la nécessité de se prémunir de la transmission du sida ?

Vingt-quatre de mes interlocuteurs ont déclaré que ni eux, ni leur compagnon ne sont séropositifs. Le moment où, pour la première fois, ils n'ont plus utilisé le préservatif dans leur couple a été un moment important. L'abandon du préservatif pour la pénétration anale est d'abord perçu comme l'instant à partir duquel la sexualité conjugale peut atteindre un degré maximal d'intimité. Ce renoncement au préservatif porte en lui-même des enjeux implicites. C'est une manière, pour chacun des membres du couple, de signifier à l'autre son engagement et son souhait que cette relation reste unique. La moitié de mes interlocuteurs qui se disaient séronégatifs n'ont plus utilisé le préservatif avec leur compagnon dans les semaines qui ont suivi leur rencontre, sans même avoir subi un test de dépistage. Ils craignaient que demander à celui qu'ils venaient de rencontrer de faire un test et d'en montrer le résultat ne fût interprété comme la manifestation d'un manque de confiance. Dans ce contexte, l'abandon du préservatif et le non-recours au test de dépistage constituent une marque de confiance et d'engagement, mais ne s'inscrivent pas dans une démarche préventive raisonnée.

Dès qu'ils se sont rencontrés, Gilles (31 ans, éducateur) et Sébastien (25 ans, enseignant) ne se sont presque plus quittés. Ils avaient deux appartements mais ont vécu tout de suite ensemble tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre et, au bout de quelques jours, ils avaient déjà des projets de vacances. Gilles raconte que durant les premiers mois, leurs « *corps étaient comme aimantés* ». Ils ont fait un test de dépistage du VIH huit jours après leur rencontre, qui s'est avéré négatif. Ils ont été alors tentés de ne plus utiliser de préservatif pour la pénétration anale. Au-delà des difficultés qu'il dit lui-même éprouver à faire l'amour avec un préservatif, Gilles raconte qu'ils ressentaient tous deux une « *forte frustration* » à utiliser un préservatif. Il était important pour eux de vivre une relation sexuelle « *sans tabou* » et « *en toute liberté* ». Une manière pour lui de dire qu'une sexualité amoureuse ne peut guère s'accommoder durablement de l'usage du préservatif lors de la pénétration anale. Finalement, Gilles et Sébastien ont continué d'utiliser des préservatifs jusqu'à leur deuxième test de dépistage, lui aussi négatif, deux mois après leur rencontre. Même s'ils n'ont pas renoncé au préservatif durant les deux premiers mois, le récit de Gilles nous renseigne sur ses représentations de la sexualité amoureuse : une sexualité fusionnelle, à l'image

de leur relation amoureuse, qui va difficilement de pair avec l'obstacle que représente pour lui le préservatif.

## Une parole difficile

### La question de la négociation

Au moment où ils ont rencontré leur compagnon, mes interlocuteurs, dans leur ensemble, s'étaient déjà interrogés à propos des risques liés au sida. Ils avaient une opinion plus ou moins ferme sur les pratiques qui présentent des risques et sur la manière de se prémunir d'une éventuelle contamination. Leurs représentations des pratiques de prévention nécessaires varient bien sûr selon leur propre perception du risque, selon leurs expériences amoureuse et sexuelle, selon leur histoire personnelle. Cependant, lorsque deux individus forment un couple, ils ne mettent que rarement en œuvre une véritable stratégie de prévention conjugale. Il faut que les membres du couple aient une histoire particulière, qu'ils aient côtoyé de près des personnes touchées par le sida ou qu'ils soient eux-mêmes séropositifs, pour que la question de la prévention soit toujours explicitement abordée.

Dès leur rencontre, les dix couples vivant avec le VIH, séropositifs ou sérodifférents, ont parlé du sida et de la prévention à l'intérieur de leur couple comme lors de relations extra-conjugales, esquissant les contours d'une stratégie préventive. Que leur relation soit exclusive ou non, ils ont souvent abordé la question de la prévention. Cela est particulièrement vrai pour les couples sérodifférents au sein desquels le sida et l'éventualité que celui-ci entraîne une mort prématurée font du risque de contamination un sujet de préoccupation incontournable. La stratégie alors établie est en réalité un compromis, sur la base d'une estimation de l'importance du risque présenté par les différentes pratiques sexuelles. Bernard (40 ans, sans emploi, séropositif) dit pratiquer parfois la pénétration anale réceptive avec son compagnon Yves (37 ans, coiffeur, séronégatif), parce qu'ils considèrent tous les deux que, dans la mesure où Bernard est passif et Yves actif, les risques d'une contamination sont mineurs. Dans les quatre situations où les deux partenaires sont séropositifs, ceux-ci utilisent le préservatif dans le cadre des rencontres extra-conjugales, alors que ce n'est plus systématiquement le cas dans les relations sexuelles conjugales. Généralement bien informés sur les risques de surcontamination, ils ont pesé ensemble le pour et le contre pour, finalement, abandonner le préservatif. Hervé (35 ans, dessinateur), qui vit avec son compagnon Paul (36 ans, employé) depuis plus de dix ans, raconte qu'il leur arrive souvent de ne pas utiliser le préservatif. Comme ils sont tous les deux séropositifs, nous dit Hervé, le renoncement au préservatif ne représente pas pour eux un grand danger. Une enquête menée en Suisse auprès de couples homosexuels montre que 36 % des couples séropositifs utilisent le préservatif de manière irrégulière pour la sodomie [18]. Pour ce qui est de leurs relations extra-conjugales, les couples séropositifs déclarent avoir décidé ensemble d'utiliser un préservatif pour la pénétration anale. Qu'il s'agisse des couples qui se déclarent séropositifs ou de ceux qui disent être sérodifférents, les fellations ne sont pratiquement jamais protégées au sein du couple et le sont rarement à l'extérieur.

Pour la plupart des 24 couples qui se sont déclarés séronégatifs, l'expression orale de la négociation se réduit au mieux à un accord de principe général conclu

au début de vie en couple ou plus tard. Mais, comme nous le rappellent des chercheurs à propos de l'organisation financière des couples hétérosexuels suédois, pour qu'une négociation puisse être engagée, il faut qu'il y ait eu une discussion explicite [21]. Pour qu'elle se fasse en des termes égalitaires, la négociation nécessite d'abord que les acteurs communiquent et que chacun prenne du recul et s'interroge sur ses propres pratiques. Cette introspection conjugale peut favoriser un sentiment d'instabilité et d'incertitude, peu compatible avec une relation conjugale [3]. Sans prendre la forme d'une discussion et, donc, d'une négociation, l'accord sur la prévention dans les couples séronégatifs est le plus souvent tacite.

Lorsque les individus ont discuté de la prévention, confronté leurs points de vue et se sont rejoints sur l'attitude à tenir, sur les pratiques sexuelles possibles ou non et sur les principes de mise en œuvre, la discussion n'est reprise que dans de rares cas. Or, ils prennent souvent de la distance avec ces principes, en particulier pour ce qui est des pratiques jugées peu risquées comme la fellation, mais également pour la pénétration anale. Cela est d'autant plus fréquent dans les relations extra-conjugales stables qui mêlent sexualité et sentiment, comme en témoigne Stéphane. Deux ans après leur rencontre, l'idée avait germé chez celui-ci (28 ans, cadre), en couple depuis sept ans avec Noël (30 ans, architecte), d'ouvrir leur sexualité à un troisième partenaire. Stéphane raconte que Noël est alors devenu le « Monsieur prévention » du couple, avec ses « 175 commandements »<sup>5</sup>. S'il adhérait à l'avis de son ami à propos des risques liés à la sodomie, Stéphane n'avait pas cherché à discuter ceux de ces commandements qui lui semblaient abusifs. Dans les faits, Stéphane a parfois pris quelques libertés avec la liste de ces interdictions, sous les yeux de Noël comme à l'occasion de rencontres qu'il a faites seul. Stéphane dit qu'il a une méthode pour déterminer les hommes avec lesquels il peut prendre des libertés. Il l'a mise à l'épreuve avec Walter, un homme qui est devenu leur ami et de temps en temps leur amant. Selon Stéphane, Walter n'est pas le genre de garçon à avoir une « *vie sexuelle explosive* ». Il tient cette conviction de leurs discussions mais aussi de ses observations. La manière dont il perçoit Walter lui inspire confiance : « *le style du garçon, sa non-connexion à Internet, sa non-fréquentation des bars gay, son côté très méditatif, l'absence de gel chez lui* ». Autant d'éléments d'appréciation qui l'ont conduit à envisager de pratiquer avec celui-ci la pénétration anale sans préservatif. Les critères, sur la base desquels chacun détermine s'il doit ou non utiliser un préservatif, reposent parfois sur des fondements irrationnels. Les témoignages recueillis montrent que, à des degrés divers, la plupart des individus interrogés mettent en œuvre des modes de « protection imaginaire » [16] et développent, parallèlement aux attentes objectivées par la médecine, des stratégies fondées sur des impressions personnelles, des sortes de rituels de sécurité.

### **L'extra-conjugalité silencieuse**

Une des expressions romantiques de l'amour fusionnel s'exprime dans l'exclusivité conjugale ou, pour reprendre le terme utilisé par les homosexuels de l'enquête, la « fidélité ». Aussi est-il souvent impossible de faire allusion devant

---

<sup>5</sup> Les interdictions énoncées par Noël concernant l'anulingus et, surtout, la fellation non protégée ne sont que rarement respectées par Stéphane, qui juge qu'elles « *présentent des risques moins élevés* ».

son compagnon à des aventures extra-conjugales et, du même coup, à d'éventuels manquements à la prévention. Quel rôle ces représentations jouent-elles dans la vie de ces couples ? Vingt-deux de mes interlocuteurs ont déclaré qu'ils faisaient des rencontres occasionnelles. Ils évoquent, pour expliquer leur désir d'avoir des relations sexuelles avec d'autres partenaires, un besoin naturel, irrépressible. Fabien (39 ans, directeur), en couple depuis six ans avec Gérald (39 ans, artiste), dit que « *c'est plus fort que lui* ». D'autres, nostalgiques du temps où ils accumulaient les conquêtes, voient dans le mode de vie en couple « ouvert » le prolongement naturel d'un mode de vie gay centré sur la drague [23]. En réalité, ils essaient pour beaucoup de concilier leur croyance dans une relation amoureuse exclusive qui serait le gage de la sécurité et leur désir d'avoir des relations sexuelles occasionnelles. Il est vrai que certains couples se racontent leurs aventures extra-conjugales. Même si, parmi les enquêtés, cette pratique n'est pas très partagée, se raconter l'un à l'autre ses aventures sexuelles et éventuellement les partager constitue pour quelques uns une règle qui, disent-ils, leur permet de renforcer leur complicité. Cela ne va pas pourtant sans poser des difficultés. D'autres témoignent d'une expérience régulière ou occasionnelle d'une sexualité avec un troisième partenaire. Cela dit, malgré toute la tolérance que les couples qui se disent « ouverts » revendiquent, la parole à propos de l'extra-conjugalité (exception faite des « trios ») n'est pas pour autant libérée [26]. Presque tous les témoignages montrent que leurs auteurs répugnent à aborder ce sujet au sein du couple.

L'extra-conjugalité est connue des compagnons, mais dans les grandes lignes seulement. C'est-à-dire que celui qui a une sexualité hors du couple ne raconte pas le détail de ses aventures. Même dans les couples où l'extra-conjugalité n'est pas clandestine, lever le secret sur le journal des rencontres peut s'avérer dangereux. Cela ne va pas sans rappeler le « contrat entre conjoints » dont parle Michel Bozon à propos des couples hétérosexuels et qui « interdit de divulguer les aventures extra-conjugales et oblige à les garder clandestines » [7].

Pourquoi tant de couples gay passent-ils sous silence les rencontres qu'ils font, alors même qu'ils semblent s'être mis d'accord sur cette organisation de leur sexualité ? Pour le comprendre, il faut garder à l'esprit que la norme d'une sexualité plurielle et récréative, plutôt masculine et gay, et celle, valorisée dans notre société, d'une sexualité conjugale exclusive exercent des influences contradictoires sur les couples gay [12]. Interrogés à propos de leur sentiment à l'idée que leur compagnon fasse lui aussi des rencontres, certains répondent d'abord qu'ils pensent que leur compagnon leur est « fidèle ». Ils semblent, en réalité, appréhender avec difficulté le fait que leur compagnon ait des aventures : ils y voient une menace pour leur relation. Ils redoutent que celui-ci tombe amoureux d'un autre homme, alors que eux-mêmes sont certains d'en être à l'abri.

Ces témoignages montrent que l'extra-conjugalité doit rester silencieuse dans les couples gay. Si on considère que celle-ci vient remettre en cause l'intimité conjugale [20] sur laquelle repose le sentiment pérenne de bien-être et de sécurité au sein du couple, l'accord sur l'extra-conjugalité a donc pour but de fixer les contours du couple et de préserver l'intimité et la confiance. Certes, les individus qui disent avoir des relations extra-conjugales sont nombreux. Cependant, le silence qui pèse sur leur évocation au sein du couple montre la force que conserve l'idéal d'une relation exclusive dans les couples de même sexe.

Évoquer une aventure, lui donner corps en entrant dans le détail, c'est lui faire passer la frontière et fragiliser la relation conjugale.

Dire que mes interlocuteurs ont peur du sida est une évidence. Il reste cependant à savoir quel en est le degré. Pour ceux qui ne sont pas eux-mêmes séropositifs ou dont le compagnon ne l'est pas, le sida ne constitue pas une préoccupation quotidienne. Le risque de contamination passe au second plan. Car le risque majeur de l'extra-conjugalité, tel qu'il est perçu par la plupart des sujets de l'enquête, ne réside pas dans la contamination par le VIH, mais dans la remise en cause de la relation conjugale.

## Inégalité conjugale, rapports de force et prévention du sida

Le modèle hiérarchique des relations entre les sexes semble traverser tous les couples rencontrés au cours de l'enquête, affectant négativement des activités, des gestes ou des situations corporelles qui sont connotés comme féminins. Quelques hommes témoignent d'une organisation conjugale fortement inégalitaire, jusqu'à décrire des éléments caractéristiques d'une domination particulièrement oppressante pour eux. Ces rapports de force au sein du couple rendent, dans certains cas, difficile pour celui qui souffre d'une forte dissymétrie de faire valoir ses exigences en matière de prévention.

Mes interlocuteurs sont pris en étau entre deux modèles : d'un côté l'idéal d'un partage équitable, majoritaire dans les discours et renforcé par la mise en présence de deux hommes ; d'un autre côté, le modèle traditionnel d'une division sexuée du travail domestique, qui n'incite pas les hommes à prendre massivement part aux tâches ménagères. Si bien qu'un homme, même s'il vit avec un autre homme, ne peut pas aller trop loin dans la prise en charge de ces activités, qui risquent de mettre en péril à ses propres yeux sa qualité d'homme [9].

Si le domaine du travail domestique constitue un point nodal des enjeux de l'égalité conjugale, la sexualité en est un autre, tout aussi important. À l'instar de la pénétration vaginale, considérée comme « la manifestation la plus concrète du lien et du rapprochement des partenaires » [5], la pénétration anale, qui concerne la quasi-totalité des couples interrogés, est perçue par nombre de gays comme une pratique étroitement liée au sentiment amoureux, ou du moins réservée au partenaire régulier [15]. Un homme, du fait de sa position pendant le coït anal, peut se voir classé du côté féminin [15] et donc du dominé [4, 6, 10] : dans de nombreuses sociétés, des mots très péjoratifs qualifient les hommes pénétrés<sup>6</sup>. Par ailleurs, Marit Melhuus nous dit que lorsqu'elles sont attribuées à un homme, des qualités typiquement féminines dans les représentations ont une valeur négative [14]. Malgré l'intérêt nouveau de certains hommes hétérosexuels pour la sodomie réceptive, l'asymétrie des positions dans la sexualité est encore très ancrée dans les représentations [25]. Elle trouve un contre-poids dans les pratiques qui favorisent la réciprocité et l'égalité. Être « passif » à tour de rôle dans une relation conjugale est alors perçu comme « plus démocratique, une preuve d'amour pour son partenaire » [8]. C'est la raison pour laquelle le discours des sujets interrogés valorise l'alternance des postures dans la sexualité conjugale, même si, dans la pratique, certains hommes, exclusivement passifs dans

<sup>6</sup> Des termes relevant du langage courant ou argotique assignent les hommes passifs à une place féminine et ont une dimension péjorative : « maricon » au Mexique, « bicha » au Brésil.

la sodomie et sans doute plus indépendants à l'égard des injonctions de la norme masculine, se disent satisfaits de leur vie amoureuse.

Les postures de chacun dans la sexualité, qu'elles soient fixes, évolutives, ou interchangeables, sont le plus souvent pleinement consenties. Néanmoins, certains hommes acceptent, à leur corps défendant et pour des raisons tout aussi diverses que complexes, de toujours pratiquer la pénétration anale réceptive. Dans ce cas, le rôle réceptif est parfois directement associé au sentiment de « se sentir comme une femme ». Cette assignation, lorsqu'elle fait écho à des attributions ressenties comme fortement inégalitaires dans les autres domaines de la vie conjugale, finit, au fil du temps, par affecter négativement la représentation que l'individu a de lui-même et engendre de la souffrance.

La plus grande partie des hommes a eu une socialisation typiquement masculine et les homosexuels ont été élevés nécessairement comme des hétérosexuels [4]. Un homme en couple avec un autre homme ne peut, de ce fait, se voir assigné sans difficultés à des champs de compétences domestiques et à des rôles traditionnellement perçus comme féminins et subalternes. La position de celui qui est renvoyé du côté du féminin et du dominé est d'autant plus insupportable qu'elle cumule les inégalités, en particulier dans le domaine le plus sensible, celui de la sexualité anale passive non réciproque [9].

Le témoignage de David (30 ans aide-soignant) donne un exemple extrême des effets produits par une forte dissymétrie conjugale. La souffrance que ressent David prend sa source tant dans la violence des disputes que dans le cumul de facteurs d'une possible inégalité : il a dix ans de moins que Jean (40 ans, chef d'entreprise), son compagnon, et exerce un métier moins reconnu socialement et bien moins rémunérateur. Par ailleurs, parce que son compagnon refuse d'y participer, il assume l'intégralité des tâches ménagères, considérées généralement plutôt comme féminines, subalternes et peu valorisantes, et se trouve assigné à un rôle sexuel exclusivement passif. Il a également été victime de coups. David travaille dans un service hospitalier qui accueille des malades en fin de vie et est très sensibilisé à la question du sida. Dans le cadre de son travail, il effectue deux fois par an un test de dépistage. Il a demandé quelquefois à Jean, mais sans jamais réellement insister, de faire lui aussi un test. Celui-ci lui a toujours répondu qu'il ne voulait pas et qu'il n'avait rien à craindre. Quant à leurs pratiques de prévention lors de leurs relations extra-conjugales, David ne les évoque jamais avec son compagnon ou seulement ponctuellement et sur un ton dégagé, Jean lui répondant de manière tout aussi détachée. Cela ne veut pas dire que David ne se pose pas de questions quant à l'attitude de Jean en matière de prévention. Mais il est probable que, en raison de la position qu'il occupe dans ce couple où la hiérarchie sociale est très marquée, il ne s'autorise pas à lui demander des comptes.

Au-delà de cette enquête, le témoignage de David ouvre des pistes de réflexion et conduit à formuler deux hypothèses complémentaires. D'une part, les rapports de force dans certains couples sont tels qu'il est difficile pour celui qui, comme l'a confié l'un des sujets, « souffre » d'une réelle dissymétrie de faire valoir ses souhaits en matière de prévention. Sans pour autant présenter des positions aussi criantes d'inégalité et de violence, le contexte conjugal ne permet pas toujours aux deux membres du couple d'exprimer leurs attentes, leurs exigences et leurs inquiétudes en matière de prévention. Le consensus conjugal en la matière est du même coup tout aussi difficile à formuler. D'autre part, l'instabilité

de l'image de soi produite par l'assignation à des postures et à des rôles considérés comme subalternes favorise une moindre considération des risques et une baisse de la vigilance.

## Conclusion

Les raisons de la moindre vigilance partout constatée en matière de prévention du sida sont diverses. Elles tiennent à des dynamiques individuelles, difficiles à appréhender dans leur globalité, et aux modalités de la vie conjugale. D'abord, le sida représente globalement une faible menace aux yeux des couples séro-négatifs qui ont été interrogés. Cela tient sans doute au fait que peu d'entre eux comptent dans leur entourage proche une personne séropositive.

Lorsque deux hommes vivent en couple, deux conceptions de l'amour, de la sexualité et du risque de transmission du sida cohabitent, dont il est difficile de mesurer le poids dans les comportements en matière de prévention. Le consensus est d'autant plus difficile à trouver que la discussion est souvent impossible. Au delà des accords de principe sur une sexualité ouverte, l'extra-conjugualité reste un sujet sensible et tenu sous silence. De plus, le mode de vie conjugal, tant dans le champ de la sexualité que dans celui, plus général, de l'organisation domestique, produit un contexte déterminant dans la manière dont les individus en couple ressentent le souci de leur propre santé et se positionnent en matière de prévention du sida.

Devant les déficits constatés en matière de prévention et l'absence d'une préoccupation unanimement exprimée pour les risques que représente le sida, deux hypothèses pourraient être explorées. D'une part, des travaux en anthropologie médicale ont montré que, dans bien des couples hétérosexuels, les femmes ont en charge le suivi de la santé des membres de la famille et, en particulier, de la santé de leur mari, alors même que cela ne constitue pas pour les hommes une préoccupation majeure [19]. Cette répartition sexuée des responsabilités dans le couple n'encouragerait donc en rien les hommes homosexuels à exprimer le souci de leur propre santé et de celle de leur compagnon. Les déficits en matière de prévention dans la plupart des couples séronégatifs interrogés pourraient peut-être témoigner plus largement d'un déficit de prise en charge de leur propre santé. D'autre part, la réticence à mettre en œuvre des pratiques conformes aux discours de prévention pourrait être comprise comme l'expression d'une volonté de soustraire la sexualité gay au champ médical. Longtemps considérée comme un trouble par la psychiatrie et érigée depuis une vingtaine d'années en catégorie épidémiologique, la sexualité homosexuelle masculine a été en effet très investie par le champ médical. Deux pistes qu'il faudrait approfondir et vérifier.

## 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 : 56-72.
2. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête Presse gay 2000*. Paris : INVS, DGS, Anrs, 2002.
3. Benjamin O, Sullivan O. Relational resources, gender consciousness and possibilities of change in marital relationships. *The Sociological Review* 1999 ; 47 (4) : 794-820.
4. Bourdieu P. *La domination masculine*. Paris : Seuil, 1998.
5. Bozon M. Sexualité et conjugalité. In Blöss T ed. *La dialectique des rapports hommes-femmes*. Paris : PUF, 2001a : 239-59.
6. Bozon M. Sexualité et genre. In Laufer J, Marry C, Maruani M eds. *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme*. Paris : PUF, 2001b : 169-86.
7. Bozon M. Amour, désir et durée. Cycle de la vie conjugale et rapports entre hommes et femmes. In : Balos N, Bozon M, Ferrand A, et al. eds. *La Sexualité aux temps du sida*. Paris : PUF, 1998 : 175-232.
8. Carballo-Dieguez A, Dolezal C, Nieves L et al. Looking for a tall, dark, macho man... Sexual-role behaviour variations in Latino gay and bisexual men. *Culture, Health & Sexuality* 2004 ; 6 (2) : 159-71.
9. Courduries J. Les couples gays et la norme d'égalité conjugale. *Ethnologie française* 2006 ; 34 (4) : 705-11.
10. Hamel C. *L'intrication des rapports sociaux de sexe, de « race », d'âge et de classe : ses effets sur la gestion des risques d'infection par le VIH chez les français descendant de migrants du Maghreb*. Paris : Thèse en anthropologie, dir. M.-E. Handman, EHESS, 2003.
11. Le Gall D, Le Van C. Le premier rapport sexuel. Les mots pour ne pas le dire. *Bastidiana* 1999 ; 27-28 : 121-39.
12. Lerch A. Les éthiques conjugales gaies à l'épreuve du multipartenariat. In : Lagrave R-M, Gestin A, Lépinard E, Pruvost G, eds. *Dissemblances. Jeux et enjeux du genre*. Paris : L'Harmattan, 2002 : 65-78.
13. McLean J, Boulton M, Brookes M, et al. Regular partners and risky behaviour : why do gay men have unprotected intercourse ? *AIDS Care* 1994 ; 6 : 331-41.
14. Melhuus M. The power of penetration – The value of virginity : male and female in Mexican heterosexual and homosexual relations. In : Alès C, Barraud C, eds. *Sexe relatif ou sexe absolu ?* Paris : Éditions MSH, 2001 : 201-27.
15. Mendes-Leite R. Sens et contexte dans les recherches sur les (homo) sexualités et le sida : réflexions sur le sexe anal. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homo-sexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : CRIPS, Anrs, 2003 : 199-220.
16. Mendes-Leite R. L'homosexualité existe-t-elle encore ? ou De la banalisation sociale de l'homosexualité. *Cahiers de l'imaginaire* 1992 ; 7.
17. Messiah A. Caractéristiques sociodémographiques des homo/bisexuels masculins analysées à travers une enquête en population générale. In : Collectif. *Les Homosexuels face au sida : rationalités et gestions des risques*. Paris : Anrs, 1996 : 25-31.

18. Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *Aids* 2001 ; 15 : 1025-35.
19. Moulinié V. *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*. Paris : Maison des Sciences de l'Homme, Ministère de la Culture, 1998.
20. Neuberger R. *Nouveaux couples*. Paris : Odile Jacob, 1997.
21. Nyman C, Evertsson L. Difficultés liées à la négociation dans la recherche sur la famille : un regard sur l'organisation financière des couples suédois. *Enfances, Familles, Générations* 2005 ; 2.  
(<http://www.erudit.org/revue/efg/2005/v/n2/010913ar.html>)
22. Olivier de Sardan JP. La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête* 1995 ; 1 : 71-109.
23. Pollak M. L'homosexualité masculine ou le bonheur dans le ghetto ? *Communications* 1982 ; 35 : 37-55.
24. Schiltz M-A. Parcours homosexuels : une sexualité non traditionnelle dans des réseaux d'échanges sexuels à forte prévalence du VIH. *Population* 1997 ; 52 (6) : 1485-536.
25. Welzer-Lang. *Les hommes aussi changent*. Paris : Payot, 2004.
26. Worth H, Reid A, McMillan K. Somewhere over the rainbow : love, trust and monogamy in gay relationships. *Journal of Sociology* 2002 ; 38 : 237-53.



# **Transparence, verbalisation, silence : la gestion de l'information quant aux prises de risque dans les couples gay multipartenaires**

Arnaud LERCH\*

## **Résumé**

Lorsqu'ils décrivent leurs stratégies de prévention des risques de transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles, de nombreux couples gay sexuellement non exclusifs se réclament de la transparence. Les recherches montrent pourtant que, même lorsque les deux partenaires se mettent d'accord sur les attitudes à adopter dans leurs conduites sexuelles en dehors du couple, les prises de risque demeurent réelles, et que celles-ci n'impliquent pas forcément de dépistage consécutif ou d'information systématique du partenaire. Cet article tente de « questionner » la norme de transparence et de circulation de l'information, en résitant celle-ci dans le contexte plus large des enjeux relationnels qui structurent le couple et des interactions conjugales qui en découlent. La prise en compte des facteurs contextuels, qui déterminent la verbalisation ou favorisent le silence autour des pratiques à risque, oblige à penser la rationalité des gestes de prévention de manière « située ».

**Mots clés :** homosexualité, conjugalité, multipartenariat, VIH, prévention.

Pour aborder la question des pratiques sexuelles et des pratiques de prévention des gays à partir d'une réflexion sur les normes conjugales, partons d'un constat : lorsque les hommes gay en couple évoquent leurs pratiques sexuelles et leurs stratégies de prévention, nombreux sont ceux qui revendiquent, au niveau des principes, une transparence absolue dans l'information du partenaire principal quant à leurs prises de risque éventuelles avec des partenaires occasionnels. Or les enquêtes quantitatives par questionnaire révèlent que, même lorsque les deux membres du couple se mettent d'accord sur les attitudes à adopter dans leurs conduites sexuelles avec des tiers, les prises de risque demeurent réelles, et que celles-ci n'impliquent pas forcément ni dépistage consécutif, ni information du partenaire [3]. Il s'agit donc d'explorer ici les implications et les limites de la norme de transparence dont de nombreux couples gay multipartenaires se réclament, pour tenter de reformuler certaines questions liées à la prévention. Notamment, montrer en quoi cette idée abstraite de « transparence » est ambiguë et

---

\* Arnaud Lerch – CERLIS (CNRS/Paris V).

pourquoi elle n'implique pas toujours la verbalisation des pratiques sexuelles avec des tiers et, a fortiori, des pratiques sexuelles à risque.

## Revendication de transparence

Avant d'aborder les représentations des interviewés sur la notion de transparence, précisons d'emblée que les couples interrogés pour cette recherche avaient un accord de principe sur la question de la non-exclusivité sexuelle, et que celle-ci était acceptée et pratiquée, à des degrés divers, par les deux partenaires. Cela devrait a priori faciliter la circulation de l'information quant aux pratiques à risque par rapport à d'autres couples en théorie exclusifs. En effet, pour les couples sur lesquels cette recherche a porté, l'extra-conjugalité n'est pas appréhendée comme une faute ou une transgression majeure dont la révélation au partenaire constituerait un aveu difficile, mais représente le fruit d'un processus de négociation conjugale intervenu à différents moments de leurs parcours commun.

Une des idées fortes, qui vient soutenir le modèle du multipartenariat dans ces couples et qui est très présente dans leurs discours, est l'exigence d'authenticité, valeur qui a pris par ailleurs une importance croissante dans la conjugalité contemporaine, toutes sexualités confondues [7]. En effet, dans un contexte où l'on interprète ses désirs comme la manifestation de son identité profonde, ne pas « s'écouter » revient à ne plus être soi. Et, donc, ne pas être soi, c'est rater l'intérêt et le sens d'une relation conjugale purement élective, définie comme la rencontre de deux personnes authentiques. Dans les systèmes de représentations qui viennent justifier la pratique du multipartenariat, c'est souvent au nom de l'honnêteté, du refus de la frustration personnelle et du réalisme, vis-à-vis de soi-même comme vis-à-vis du partenaire, que de nombreux couples préfèrent la franchise d'un modèle institué de relations sexuelles multiples à la tromperie de l'adultère : « *L'absence d'exclusivité sexuelle, c'est l'honnêteté que ça manifeste. Je crois qu'il y a énormément de gens qui en ont envie et qui se mentent.* » (Lucien, 26 ans, danseur.)

À une morale et à des normes perçues comme hypocrites, on préfère donc d'autres valeurs, comme celles de l'épanouissement personnel. Cela semble impliquer, sur le plan des principes, l'honnêteté dans des relations vécues sans aucune dissimulation. En effet, dans cette optique, pourquoi cacher à l'autre ce que l'on a décidé ensemble ? Il n'y a rien à cacher puisqu'il n'y a pas de faute : « *On estimait qu'il y avait tromperie non pas quand tu suçais la bite d'un autre mais quand tu avais ton mec au téléphone, que tu lui demandais ce qu'il avait fait la veille, et qu'il répondait "rien rien, j'ai regardé la télévision". Là, pour le coup, mentir c'est tromper doublement.* » (Christophe, 32 ans, ingénieur informatique.)

De ce point de vue, l'infidélité consisterait davantage dans le fait de vivre ses aventures de manière cachée que dans les actes eux-mêmes, dont la teneur est généralement attendue. La transparence est assimilée à l'honnêteté totale vis-à-vis de la divulgation des relations sexuelles avec des tiers et c'est le mensonge qui constitue la tromperie. Mais cet idéal de transparence, s'il est revendiqué sur le plan des principes, donne rarement lieu à un partage total de l'information. Comme on l'a évoqué précédemment, les chiffres disponibles montrent que

l'information du partenaire principal n'est pas du tout systématique, même en cas de prise de risque<sup>1</sup>.

## Bricolages normatifs

Il apparaît ainsi qu'on ne peut comprendre le silence entourant les pratiques à risque avec des tiers qu'en le rapportant à l'existence de normes relationnelles contradictoires qui co-existent dans la culture conjugale de ces couples. En effet, ce qui ressort des entretiens est que l'ouverture aux partenaires extérieurs se passe rarement sans difficultés. En dépit de l'existence d'une culture de consommation sexuelle très visible dans le milieu gay, et de l'idée fréquemment acceptée de la possibilité d'une sexualité vécue pour elle-même et en dehors de tout attachement affectif, le choix d'instituer le multipartenariat comme règle de fonctionnement induit fréquemment des questionnements personnels et des périodes d'ajustements.

On retrouve notamment une difficulté à se départir totalement du modèle monogame dominant et des signes, dans le discours et les pratiques, de la survivance de l'idéal romantique, au moins sous forme d'idéal régulateur. C'est en partie pour cette raison que l'on ne vient pas au multipartenariat rapidement après la mise en couple, le discours attendu à ce stade de la relation étant plutôt celui de la monogamie, si ce n'est de la passion amoureuse. Et il ne suffit évidemment pas d'accepter les valeurs d'autonomie et de liberté qui sous-tendent le multipartenariat pour pouvoir en assumer totalement et immédiatement les répercussions sur la vie intime, l'image de soi et de son couple. Nombreux sont les interviewés qui font part, en effet, de leur difficulté à vivre cette organisation conjugale, notamment dans les débuts. C'est donc par étapes qu'ils se déprendront progressivement, et rarement totalement, des références du couple monogame, avec, pour conséquence, la coexistence de normes amoureuses contradictoires. On va par exemple retrouver chez ces couples des balancements entre une volonté d'individualisation et une certaine nostalgie d'un modèle plus fusionnel, ou une volonté d'émancipation par rapport au modèle dominant, mais une difficulté tenace à évacuer tout sentiment de jalousie ou de culpabilité quand leurs partenaires ou eux même vont « voir ailleurs ». Ainsi, s'ils acceptent l'idée d'honnêteté sur le plan des principes, ils peuvent se refuser à la transparence totale, en anticipant pour eux mêmes ou leur partenaire une difficulté à gérer sereinement l'information ou à entendre les détails d'une intimité partagée avec un autre : « *On parlait de la liberté du couple avant, mais tout ça restait très théorique, c'est-à-dire qu'on construisait des schémas. Mais on a beau faire des schémas hyper justes, raisonnables, ça ne se passe jamais comme on croyait que ça se passerait. On ne maîtrise pas soi-même ses propres principes. Quand*

---

<sup>1</sup> Les premiers résultats de l'enquête presse gay de 2004 ne permettent pas de mettre en regard ces différents facteurs. Mais l'enquête de 2000 met en évidence le fait que parmi les hommes ayant un partenaire stable dans l'année précédent l'enquête, la pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels concerne 7 % des hommes qui s'étaient engagés à ne pas pratiquer celle-ci avec leurs partenaires occasionnels, et 9 % de ceux qui s'étaient engagés à utiliser systématiquement un préservatif lors de pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels. Parmi ces hommes ayant un accord avec leur partenaire stable mais ayant néanmoins pratiqué la pénétration non protégée avec leurs partenaires occasionnels, seuls 52 % ont eu recours à un test VIH depuis, et 39 % déclarent en avoir parlé à leur partenaire stable.

*on a mal, on a mal. Quand on est jaloux, on est jaloux. Et on a beau se dire que c'est mal, ça ne change rien. »* (Ben, 24 ans, étudiant.)

Ces tensions normatives vont induire des décalages entre leur modèle idéal de couple et leurs pratiques quotidiennes, et des difficultés pendant un temps à stabiliser l'accord conjugal autour de codes de conduites clairs et stables. En effet, les règles à suivre avec des partenaires extérieurs ne sont ni toujours claires, ni toujours verbalisées, et elles sont renégociées à la faveur d'événements particuliers. De même, le principe de transparence et ses implications quant à ce qui doit concrètement être dit ou ce qui doit être tu évolue lui aussi tout au long des trajectoires conjugales et de la socialisation progressive aux nouvelles règles du jeu que constitue le « couple ouvert ». Ainsi, derrière l'idée abstraite de transparence se dessinent, selon les circonstances, de nombreuses stratégies individuelles de contournement, d'euphémisation et d'arrangement avec la règle.

## Risques sanitaires, risques relationnels

Du fait de ces balancements entre des normes concurrentes et des discours différents et de leurs évolutions tout au long de l'histoire du couple, il paraît important, pour comprendre les interactions conjugales autour de la verbalisation des pratiques à risque, de passer d'une analyse des normes à une analyse de leurs usages différenciés selon les situations. Autrement dit, il s'agit de les considérer non comme des règles strictes, mais comme des discours stratégiques, des ressources mobilisables par les deux membres dans une situation donnée. Les normes sont effectivement « liées aux systèmes dynamiques de relations dans lesquels les partenaires sont engagés » et, ce faisant, sont « sans cesse redéfinies relationnellement » [11]. La norme de transparence est donc imbriquée dans des enjeux relationnels et des négociations conjugales qu'il convient de prendre en compte, si l'on veut saisir les raisons qui motivent parfois le silence autour des pratiques à risque. En effet, si le discours préventif fonde une partie importante de la revendication de la nécessité de transparence, la crainte de transmission du VIH ou d'infection sexuellement transmissible n'est qu'une parmi d'autres raisons de vouloir savoir ou de vouloir dire. Raisons concurrentes, qui peuvent entraver la volonté de partager l'information et dont il faut tenir compte, notamment dans les messages de prévention : « *Je pense qu'il voulait savoir. En plus, moi j'avais justifié ça par un prétexte que j'utilise toujours, c'est la peur du sida. Je crois que c'est une peur écran, elle sert à engouffrer un certain nombre de peurs, et justement le sida a justifié qu'on dise tout à l'autre pour pas lui faire courir de risque, une espèce de transparence qui pouvait nous protéger. Quelquefois je me suis rendu compte que ça le faisait beaucoup souffrir, et ça m'a posé beaucoup de problèmes [...] Quand lui a eu une histoire avec un garçon, et qu'il a commencé à me raconter... Jusque là c'était moi qui étais fort, qui vivais des trucs, lui voulait mais n'y arrivait pas. Mais quand il s'y est mis, on ne pouvait plus l'arrêter, et après quelques engueulades, dans un souci d'apaisement on a décidé de ne plus se raconter nos plans.* » (Christian, 31 ans, comédien.)

Comme on le voit, l'approche individualiste des prises de risque achoppe sur le fait que celle-ci ne tient pas compte de la rationalité propre à la dynamique relationnelle et aux enjeux en apparence périphériques que cette dernière contribue à faire émerger [11]. En réalité, cette déclaration montre que la volonté de savoir

répond fréquemment, et parfois de manière prépondérante par rapport aux enjeux de prévention, à une logique de réduction de l'incertitude relationnelle. En effet, dans cette configuration conjugale où la valeur d'exclusivité ne joue plus le rôle de barrière (réelle ou symbolique) vis-à-vis de l'extérieur, la rencontre d'un nouveau partenaire potentiel est facilitée, et la dyade amoureuse est plus explicitement confrontée à la possibilité d'une rupture. C'est un horizon plus envisageable et assez craint, surtout dans les débuts d'une relation. En effet, comment être sûr que le « coup d'un soir » ne devienne pas « une histoire » ? Un de nos interviewés, André, qui selon son compagnon David lui a plus ou moins imposé l'ouverture à des partenaires extérieurs, dira à ce dernier : « *J'irai voir ailleurs mais tu sauras tout, toute la vérité. J'ai dû dire ça à David pour essayer de faire passer la pilule. Lui, même si ça lui faisait mal, il voulait savoir de toute façon. Pour voir si j'abusais peut-être.* » (André, 34 ans, enseignant.)

Ici, le fait de verbaliser ses pratiques vient compenser une inquiétude quant à la force du lien qui unit les partenaires. La transparence est perçue comme venant donner à celui-ci un sentiment de contrôle relatif de la situation dans cette organisation conjugale normativement peu balisée. Cette utilisation de la transparence comme outil de contrôle s'opère tout d'abord à un niveau symbolique, puisque les histoires personnelles sont captées par la « conversation conjugale » [4]. Ainsi, dans la transparence, il se joue comme un partage de l'expérience, le partenaire principal venant valider ou cautionner en dernière instance les pratiques de son conjoint. Le contrôle s'opère ensuite à un niveau très concret, puisqu'il permet au partenaire de détecter de manière apparemment légitime des signes d'attachement à un autre que lui.

## **La préservation de l'autonomie et de la confiance**

C'est précisément pour cette raison que peu d'interviewés assument totalement dans les faits un tel contrôle et un tel partage de l'information, puisque c'est en partie une revendication d'émancipation par rapport au couple traditionnel qui fonde la légitimité de leur configuration conjugale. En effet, la recherche de plus d'autonomie au sein du couple est une autre rhétorique privilégiée pour critiquer l'exclusivité sexuelle, et les implications de cette quête sont parfois contradictoires avec celles de transparence totale : ne pas appartenir à l'autre, disposer librement de son corps ou avoir un monde à soi sont autant des revendications récurrentes dans les entretiens pour justifier le passage au couple ouvert. Par voie de conséquence, on n'est certes pas censé mentir puisqu'il n'y a pas de faute, mais l'on n'est pas non plus obligé de raconter puisqu'on a pas de compte à rendre. Dans ce contexte de valorisation de la norme d'autonomie et de liberté individuelle, certaines des attentes des partenaires quant à leurs comportements respectifs avec des tiers, si elles sont bien réelles, sont parfois perçues comme ayant peu de légitimité à être exprimées : qui souhaite en effet, dans un « couple libre », être assigné à la position de celui qui impose à l'autre ses choix ? Indissociable de l'autonomie, l'enjeu de la confiance au sein du couple prend une ampleur considérable dans une organisation conjugale où l'accord interindividuel a pris le relais des normes conjugales conventionnelles. Il n'est donc pas étonnant que les questions, lorsqu'elles sont exprimées, puissent être interprétées comme un manque de confiance à l'endroit du partenaire. La conjonction de ces deux discours de l'autonomie et de la confiance peut ainsi réduire l'espace de la

parole au sein du couple et n'autoriser que des rappels à l'ordre indirects. C'est le cas d'un des interviewés qui se plaint de la fréquence avec laquelle son partenaire voit son nouvel « amant ». Il s'inquiète de ce qu'il perçoit comme un rapprochement dangereux et du fait que son partenaire puisse ne plus se protéger avec son « amant ». Pour autant, il n'ose pas aborder ouvertement la question, car il a officiellement « confiance ». Assumant ironiquement son manque de légitimité à faire la remarque, mais marquant néanmoins la transgression du partenaire quant à la fréquence de ses aventures, il déclare : « *Là je crois que tu t'écartes un peu des règles que l'on n'a pas fixées.* » (Stéphane, 35 ans, cadre dans la banque.)

On constate que, à l'inverse de l'interviewé précédent qui décrivait sa crainte de transmission du VIH comme une « peur écran » légitimant sa curiosité pour les pratiques sexuelles de son partenaire avec des tiers, Stéphane utilise quant à lui le prétexte d'une crainte d'ordre relationnel pour exprimer – très indirectement, voire de manière quasi subliminale – ses doutes sur les pratiques de prévention de son partenaire. En dépit de ses doutes, Stéphane ne propose pas à son partenaire de réutiliser des préservatifs au sein du couple, ni même de pratiquer un test VIH, car cela n'aurait pas manqué d'être interprété comme une marque de suspicion. On le voit bien ici, le présupposé d'accès à l'information, qui fonde une partie de l'approche individualiste des prises de risque, ne tient pas compte de certains « dividendes relationnels » associés à la marque de confiance que constitue l'absence de questions au partenaire. Comme nous le décrirons par la suite, les mêmes logiques sont parfois à l'œuvre dans le fait de vouloir garder le silence sur ses propres pratiques.

## Les difficultés de l'accord tacite

La citation précédente pose également la question de ce que les membres du couple entendent par « accord » ou « règles de conduite ». Dans une situation conjugale a priori peu normée, les membres du couple sont amenés à se poser des questions sur leurs codes de conduite respectifs et à négocier la ligne de démarcation entre l'autorisé et l'interdit. Les termes de l'accord les plus fréquemment verbalisés, sorte de règle a minima d'une culture commune du *safer sex*, concernent l'utilisation du préservatif, considérée comme une demande légitime. Notons que cette verbalisation n'implique pas de manière systématique de discussions précises sur les pratiques sexuelles qui l'exigeraient. Pour le reste et surtout dans les débuts, on assiste à des conflits d'interprétation (liés aux parcours socio-sexuels différents des partenaires) sur le sens et les limites de cette « nouvelle liberté » qu'est la rupture du principe de l'exclusivité sexuelle. Et il arrive ainsi que certaines ambiguïtés ne soient pas levées sur la nature du contrat moral qui unit les deux membres du couple, et ce pour éviter une mise au point ou une crise conjugale perçue comme trop coûteuse d'un point de vue relationnel. Certains malentendus quant aux pratiques sexuelles autorisées sont volontairement entretenus pour les mêmes raisons. En outre, il est parfois perçu comme plus stratégique, lors de ces discussions, d'opérer une « montée en généralité » et de rester à un certain niveau d'abstraction que d'expliciter les modalités pratiques des interactions sexuelles avec des tiers. Rentrer dans les détails de ses pratiques préventives, donc de ses interactions sexuelles, peut avoir pour effet de confronter brutalement le partenaire principal aux détails d'une intimité

partagée avec d'autres que lui, information qu'il peut ne pas gérer sereinement. Comme on peut le constater, cette négociation, dans un contexte où sont privilégiés les principes d'autonomie et de confiance, donne souvent lieu à des règles du jeu très floues et à des ambiguïtés que les partenaires n'ont pas toujours intérêt à lever. Parfois, derrière le terme revendiqué « d'accord », il n'existe en réalité qu'une perception décalée des attentes de l'autre.

## **Le rapport de force masqué par le contrat**

Il apparaît que faire le choix de l'absence d'exclusivité sexuelle n'implique pas d'accepter sereinement toutes ses implications quotidiennes au niveau relationnel. Si les couples interrogés ont un accord de principe sur la question de la non-exclusivité sexuelle, celle-ci est acceptée et pratiquée par les deux membres du couple à des degrés divers. Force est de constater que, du fait d'expériences conjugales et de vécus sexuels différents, il y a fréquemment une dissymétrie dans les envies respectives des deux membres d'un couple d'être dans une relation non exclusive, ou dans la manière de la concevoir. Il s'ensuit que l'idée même « d'accord », qui définit deux individus libres et égaux, peut voiler en partie les réalités vécues par les individus. En effet, il arrive fréquemment qu'un des membres du couple souhaite le multipartenariat plus que l'autre, mais que ce dernier, alors que cela ne correspond pas à ses aspirations profondes, l'accepte du fait qu'il est amoureux : « *André m'a avoué, à peine arrivé, qu'il n'avait pas été sage. Non seulement ça, mais en plus ça a donné lieux à une discussion où André avait pris des résolutions, à savoir que, que je le veuille ou non, que ça me plaise ou non, ça serait la règle maintenant. J'en ai profité par la suite, mais ce n'est pas quelque chose que j'avais envisagé, dont j'avais besoin. C'est quelque chose qu'il m'a imposé.* » (David, 32 ans, responsable commercial.)

La forte valorisation de l'autonomie dans le couple, en consacrant la liberté des deux individus comme la condition première de l'épanouissement conjugal, peut entraîner des situations de chantage affectif : « *Je savais qu'il ne me quitterait pas parce qu'il était beaucoup plus amoureux de moi que moi de lui, j'en suis sûr [...] Il a toujours été beaucoup plus accro que moi. Je suis beaucoup plus détaché [...] J'ai dit à David, "si vraiment tu me demandes de choisir entre toi et la liberté, c'est la liberté que je choisis".* » (André 34 ans, enseignant.)

Comme on peut le voir, la revendication d'une fidélité totale à ses valeurs, légitimée par une norme conjugale réclamant l'authenticité de chacun, peut rendre le dialogue conjugal très difficile. Il s'ensuit que la notion « d'accord conjugal » autour des pratiques sexuelles avec des tiers, surtout lorsqu'elle est associée à des pouvoirs de négociation inégalement repartis au sein du couple [2], apparaît à certains égards assez illusoire.

Aussi convient-il, lorsque l'on s'interroge sur les critères qui déterminent l'aveu des prises de risque au partenaire principal, de tenir compte des rapports de force qui influencent en amont les négociations conjugales. C'est particulièrement vrai lorsqu'on aborde la question de pratiques sexuelles où plane dans l'esprit de certains interviewés une ambiguïté quant à leur degré de dangerosité en termes de transmission du VIH : c'est le cas de l'absence d'utilisation du préservatif pour la pratique de la fellation, par exemple, où les informations disponibles ont pu être perçues par certains comme peu fiables ou contradictoires.

Si celui qui est « en position de force » dans le couple n'arrive pas dans son discours à minimiser les risques pour tenter d'imposer à son partenaire cette pratique comme légitime, sa position dominante lui donnera néanmoins une plus grande marge de manœuvre pour éviter d'aborder le sujet ouvertement. Les facteurs qui déterminent le rapport de force ne se limitent pas, bien évidemment, au degré des sentiments portés à l'autre. On peut démontrer que des critères tels que les différences d'âge ou d'expérience, de milieu social ou de revenu, le degré d'insertion dans le milieu gay ou la valeur différentielle sur le « marché sexuel » peuvent, eux aussi, venir soutenir l'asymétrie dans la négociation.

Si comme on l'évoquait, les normes, loin d'être des règles univoques, sont également des ressources mobilisables par les individus de manière stratégique, on conçoit aisément que, en termes d'acceptation du multipartenariat, le rapport de force entre les deux membres d'un couple puisse être inversé par rapport à la situation décrite précédemment. C'est le cas pour un des hommes interviewés qui, sans s'être opposé à la rupture de l'exclusivité sexuelle, a montré plus de réticence que son partenaire et y a vu une opportunité de tourner le rapport de force conjugal en sa faveur : « *On peut se projeter dans le rôle du jaloux, pour avoir une position de dominer dans le couple, être en position d'exiger.* » (Ben, 24 ans, étudiant.)

En somme, on peut également s'appuyer sur un ensemble de conventions sociales qui rendent légitime la jalousie, en la justifiant par l'idéal de la fusion<sup>2</sup> pour instituer les rôles du « jaloux » et du « fautif », de celui qui est en droit d'exiger et de celui qui doit des comptes. Cet exemple met également en évidence les difficultés rencontrées par les interviewés dans la verbalisation de leurs pratiques sexuelles avec des tiers et, a fortiori, de ses pratiques à risque. Ici l'information, loin de constituer une donnée neutre que le partenaire principal n'aura qu'à évaluer pour éventuellement modifier ses propres pratiques de prévention, peut facilement devenir un objet de transaction conjugale ou un enjeu de pouvoir.

## **Les vertus du secret dans la mise en scène du lien conjugal**

Les entretiens mettent en évidence le besoin récurrent pour les interviewés d'être rassurés sur la hiérarchie des relations et sur leur place à part dans le réseau relationnel et sexuel du partenaire. Dans les normes dominantes, un des signes principaux du lien conjugal reste aujourd'hui l'exclusivité sexuelle. Dans un contexte de multipartenariat, le besoin de sécurité et de définition d'un « soi conjugal » ne peut passer par la demande de fidélité. Conséutivement, ces besoins se reportent fréquemment sur la définition des règles du jeu avec les partenaires extérieurs : qu'elles soient formulées comme telles, ou qu'elles soient plus implicites, les frontières du permis et de l'interdit ont donc souvent pour objectif de différencier les différents types de relations, de conforter le partenaire principal dans son statut, et de trouver un équilibre entre l'autonomie, d'une part, et la « préservation du conjugal », d'autre part. La question de la manière dont la hiérarchie des relations va être organisée dépend beaucoup des situations individuelles, mais la façon dont sont organisées les relations sexuelles avec les

<sup>2</sup> Normes fusionnelles en partie différentes, par leur ancrage social, des discours donnant la primauté à l'autonomie dans la conjugalité. Notons au passage que l'interviewé en question est jeune, à un degré plus faible d'insertion dans le milieu gai que son partenaire, et a vécu peu de relations amoureuses.

tiers est fréquemment l'occasion de cette mise en scène du lien conjugal. Ainsi, certains des interviewés décident-ils que le temps consacré à leur vie sexuelle à l'extérieur ne doit pas empiéter sur le temps conjugal, d'autres que les lieux où celle-ci se déroule doit refléter spatialement et symboliquement la dualité des relations (lit commun versus lieux de consommation sexuelle, par exemple) ou bien que l'éventail des pratiques sexuelles avec les partenaires occasionnels doit être restreint, certaines restant le domaine privilégié du couple. De ce point de vue, malgré la liberté de principe, certains comportements sexuels à l'extérieur sont perçus comme menaçant pour l'équilibre du couple : « La question de la sodomie avec un autre mec avait pris une importance considérable (...) On baignait plus ensemble depuis un moment et on était tous les deux plutôt passifs (...) ça voulait dire qu'on donnait quelque chose qui jusqu'alors était réservé au couple. Comme si symboliquement la sodomie était un cap. Oui parce que pour moi, ça parlait vraiment de notre relation... » (Stéphane, 28 ans, technicien en électronique.)

Il apparaît que, si les enjeux peuvent être différents selon les couples, les activités sexuelles des deux partenaires avec des tiers parlent en creux de leur relation mutuelle à l'intérieur du couple, et peuvent venir menacer la distribution et la hiérarchisation des places. À la pénétration anale notamment, et plus particulièrement à la pénétration anale passive, est souvent associée une signification particulière [9], celle d'une grande intimité liée à la fusion des corps et à un certain abandon. Dans un contexte de recherche de différenciation symbolique, et alors que le couple est fréquemment perçu comme le lieu par excellence de la fusion et du don de soi, il n'est pas étonnant que l'évocation de cette pratique avec des partenaires occasionnels puisse poser problème. Dans un contexte où certaines pratiques sont censées être réservées aux couples, la verbalisation des prises de risque est rendue plus difficile. De manière similaire, l'utilisation du préservatif, outre son rôle de prévention, joue elle aussi un rôle de différenciation et est l'une des modalités de « préservation du conjugal ». Le fait de l'utiliser avec les partenaires occasionnels et pas avec le partenaire principal vient délimiter deux espaces sociaux différents, dans lesquels le type d'intimité et le rapport de confiance à l'autre sont différents. Dans ce contexte, une prise de risque et l'information consécutive du partenaire obligent à une sorte d'inversion des statuts respectifs, une confiance excessive envers un partenaire occasionnel obligeant le couple à prendre lui-même des précautions et à remettre en question un des signes de sa spécificité, à savoir la confiance et l'absence de préservatif censées la signifier. Plus généralement, si dans les pratiques sexuelles elles-mêmes ou dans les moyens de prévention utilisés, il y a écart par rapport à l'accord de départ et prise de risque consécutive, cet écart de conduite peut devenir très difficile à avouer. En effet, l'éthique conjugale ayant pris ici le relais des normes conjugales traditionnelles, l'accord négocié devient la seule ligne directrice et la seule protection du couple face aux risques à la fois relationnels et de santé auxquels il peut être confronté, ce qui donne à la question de la confiance et de la parole donnée une importance considérable dans la dynamique relationnelle de ces couples.

## Rationalités « situées »

Pour saisir les raisons du silence autour des pratiques à risque, il convient de résituer la question de la transmission de l'information sur la sexualité avec des

partenaires occasionnels dans un contexte global d'analyse des normes en jeu dans les interactions de ces couples non exclusifs. Comme on l'a vu, derrière l'idéal de transparence revendiqué se dessinent des enjeux relationnels forts qu'il faut prendre en compte. Les difficultés à stabiliser un accord autour de règles de conduite claires s'expliquent en partie par l'acceptation différenciée par les deux membres du couple des valeurs sous-tendues par un choix conjugal, source de plus de liberté mais aussi de plus d'inquiétudes. Ces tensions normatives persistantes entre les conjoints, mais aussi présentes à l'intérieur d'un même individu, peuvent engendrer un décalage entre leurs conceptions idéales du couple et leurs pratiques quotidiennes, des souffrances individuelles, et impliquer des renégociations fréquentes, et non exemptes de rapports de force, sur le permis et l'interdit. Dans ce contexte, l'idée même de règles de conduites et de prévention claires auxquelles se référer, et dont la transgression impliquerait l'aveu au partenaire principal, doit être remise en question. Il faut insister sur le fait que, outre le flou parfois volontairement entretenu sur les termes du contrat, l'espace de la parole autour des pratiques sexuelles avec des tiers est en partie borné et structuré par des enjeux périphériques à la prévention. Si la volonté de connaître les pratiques du partenaire est irréductible au seul souci préventif, le fait de garder le secret peut répondre symétriquement à un ensemble de raisons qu'on ne peut simplement analyser comme de l'insouciance préventive. Le besoin d'autonomie, la nécessaire mise en scène du lien conjugal et les effets pervers d'une confiance érigée en norme absolue notamment sont autant de facteurs qu'il convient de prendre en compte pour expliquer le décalage entre le « discours de la transparence » et la réalité des pratiques. Ne pas considérer que l'établissement et le maintien de relations amoureuses imposent aux individus une forme spécifique de rationalité est un des points aveugles d'une conception strictement individualiste des prises de risque. En effet, en cas d'exposition au risque de transmission du VIH, le membre du couple concerné est lui aussi amené à opérer une sorte de calcul rationnel spécifique, et à mettre en regard les coûts relationnels éventuels occasionnés par la révélation au partenaire et la perception qu'il a de sa propre exposition au risque. Or on sait que cette perception individuelle des prises de risque est loin d'être toujours très fiable.

### Méthodologie

Le corpus d'entretiens ayant servi de point de départ à cette recherche a été constitué de 50 entretiens semi-directifs avec des hommes se définissant comme gay et se considérant en couples au moment de l'entretien (ou dans le mois précédent l'entretien). Ayant entre 23 et 49 ans, les interviewés ont été recruté à Paris et en province (agglomérations de plus de 100 000 habitants), par le biais d'annonces sur Internet, d'associations et de rencontres dans des lieux de sociabilité gay. S'il a parfois été possible de recueillir le témoignage des deux membres d'un même couple (séparément), une grande partie des entretiens ne concerne qu'un des deux membres du couple. Majoritairement séronégatifs, sept interviewés du corpus se déclarent néanmoins séropositifs et trois comme ayant un partenaire séropositif. L'analyse des caractéristiques sociales des interviewés révèle un niveau d'étude élevé (plus de la moitié d'entre eux possédant un diplôme d'études supérieures) et une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures.

## Références bibliographiques

1. Adam BD. Relationship innovation in male couples. *Sexualities* 2006 ; vol. 9, n° 1 : 5-26.
2. Adam P. Les enjeux de la négociation au sein des couples séronégatifs. *Transcriptase* 1997 ; 61 : 12-3.
3. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000*. Rapport InVS/Anrs/DGS.
4. Berger P, Kellner H. Le mariage et la construction sociale de la réalité. *Dialogue* 1988 ; 102 : 6-23.
5. Dowsett GW. *Practicing desire : homosexual sex in the Era of AIDS*. Stanford : Stanford University Press, 1996.
6. Giddens A. *The transformation of intimacy : sexuality, love and eroticism in modern societies*. Cambridge : Polity Press, 1992.
7. Hickson FC, Davies PM, Hunt AJ, Weatherburn P, Mc Manus TJ, Coxon AP. Maintenance of open gay relationships : some strategies for protection against HIV. *AIDS Care* 1992 ; 4(4) : 409-19.
8. Moati JP, Hauser D, Agrafiotis D. Understanding HIV risk-related behaviour : a critical overview of current models. In : Van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D eds. *Sexual Interaction and HIV-Risk. New conceptual Perspectives in European Research*. London : Taylor & Francis, 1997, 100-126.
9. Prieur A. Gay men : reasons for continued practices of unsafe sex. *Aids Education and Prevention* 1990 ; 2 : 110-117.
10. Van Campenhoudt L. Théorisations sociologiques de la norme et de la transgression dans les relations sexuelles. In : Martet J. *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*. Louvain : Academia Bruxellant, 2004, 189-208.



## **Chapitre III**

**Bareback, une notion écran**



# Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay

Jean-Yves LE TALEC<sup>1</sup>

## Résumé

L'émergence du bareback dans les pays occidentaux, dont les premiers signes remontent au début des années 1990, est un révélateur de l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Mais ce phénomène a également tendance à masquer un ensemble de transformations profondes dans la représentation du risque lié au VIH. De ce point de vue, le bareback n'est que l'élément le plus visible d'un continuum de pratiques sexuelles non protégées, dans lequel les stratégies de prévention ne sont pas abandonnées, mais sont aménagées en fonction des désirs et des contraintes normatives et font appel à des procédures de réduction des risques sexuels. La « culture de sexualité » et la « culture de prévention » sont loin de s'opposer. Elles s'influencent mutuellement et conditionnent les attitudes et les pratiques. Le bareback ne fait que souligner les évolutions du lien entre homosexualité et sida et interroge la norme de prévention, désormais vécue comme une contrainte.

**Mots clés :** homosexualité, hommes, VIH, sida, risque, bareback, réduction des risques.

Depuis le début des années 2000, différents résultats d'enquêtes indiquent une nette évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Elle se traduit par un accroissement global des pratiques sexuelles non protégées [14, 39], une tendance générale dans l'ensemble des pays développés, bien qu'elle semble se stabiliser dans certaines grandes villes, comme Londres [12]. Sur le plan épidémiologique, ce constat s'accompagne en France d'une augmentation du nombre d'infections récentes lors de relations homosexuelles entre 2003 et 2004, notamment à Paris [15].

Cet accroissement des comportements à risque s'inscrit dans un contexte de « normalisation paradoxale du sida » [36]. En ce qui concerne spécifiquement les hommes gay, deux tendances ont été décrites : un investissement plus grand dans la sexualité [7], dans un contexte de normalisation sociale de l'homosexualité [4, 20].

<sup>1</sup> Équipe Simone-SAGESSE, université de Toulouse II-Le Mirail ; letalec@univ-tlse2.fr.

Sauf indication contraire, les données présentées dans cet article sont issues du programme de recherche « Bareback et pratiques sexuelles à risques chez les hommes gay », soutenu par l'Anrs (subvention de recherche n° 01137, 2001-2003).

Cette fréquence accrue des conduites à risque s'accompagne également d'une plus grande « visibilité » de celles-ci, notamment sur le thème du bareback, qui apparaît d'abord aux États-Unis vers 1995, puis en France quelques années plus tard [19]. Ce phénomène, correspondant au choix de certains hommes gay d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées<sup>2</sup>, a suscité une violente polémique, dont les arguments éclairent l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Cependant, le bareback ne résume pas l'ensemble des pratiques de non-prévention ; il n'en constitue que l'un des aspects, que l'on peut qualifier d'extrême ou de spécifique, dans un continuum de pratiques sexuelles non protégées.

## **Contexte et discours sur le risque lié au VIH**

L'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay s'inscrit dans un contexte fortement marqué par les efforts de prévention menés depuis une vingtaine d'années. Différentes stratégies se sont succédées, soutenues par les politiques publiques. Cependant, l'irruption d'un discours sur la non-protection des rapports sexuels, porté par certains barebackers, a suscité de nouvelles réflexions sur les rapports entre sexualité et prévention.

### **« Culture de sexualité » versus « culture de prévention » ?**

De prime abord, l'ensemble des éléments constitutifs de ce que l'on peut appeler une « culture de sexualité » gay – lieux, dispositifs, habitudes, scripts, pratiques, réseaux, etc – est souvent opposé aux composantes de ce qui constituerait une « culture de prévention » – messages, outils, aménagements, interventions, etc. En d'autres termes, la logique propre à cette « culture de sexualité » et ses effets viendraient altérer, diluer et amoindrir l'efficacité de la « culture de prévention ».

La « culture de sexualité » gay est directement liée à l'évolution sociale de l'homosexualité et résulte, dans sa forme actuelle, des conséquences de la « libération gay » au cours des années 1970. La promiscuité et l'expérimentation sexuelles étaient revendiquées comme des valeurs venant témoigner de l'émancipation des gays et de leur liberté nouvelle. Ce mode de vie a très vite atteint ses limites sur le plan de la santé, avec la multiplication des cas d'infections sexuellement transmissibles, et l'irruption du sida a provoqué un coup d'arrêt, sans entraîner cependant un réel changement de paradigme en matière de sexualité. La « culture de prévention », qui se développe alors progressivement, vient paradoxalement légitimer et renforcer la « culture de sexualité », tout en modifiant certains de ses paramètres.

C'est ce que l'on peut observer aujourd'hui, notamment dans les lieux identitaires où des interactions sexuelles sont possibles. « Culture de sexualité » et « culture de prévention » co-construisent en quelque sorte les espaces et les pratiques, en entrecroisant leurs références propres. La sexualité renvoie toujours à un « âge d'or » de la libération sexuelle, par des évocations et des dispositifs qui

---

<sup>2</sup> Cette définition du bareback, adoptée dans le cadre de ce travail de recherche, est discutée dans la troisième partie de l'article.

n'ont guère changé (*backrooms*, *darkrooms*, *glory holes*<sup>3</sup> ...), mais en ménageant constamment des espaces dédiés à la prévention (présentoirs de documents d'informations, affiches, stickers, distributeurs de préservatifs et de gel...). Chaque lieu réalise un équilibre propre, qui n'est ni le résultat d'une norme uniformément appliquée, ni le déni total des impératifs de prévention.

De plus, l'action publique en matière de prévention, en subventionnant les actions menées auprès des clients, entérine la construction des identités sexuelles au sein de dispositifs d'échanges sexuels « légitimes et légaux » [4]. Dans les établissements gay où des échanges sexuels sont possibles, ceux-ci font l'objet d'une transaction indirecte, sous forme de droit d'entrée ou de consommations. De ce point de vue, la « culture de prévention », qui déculpabilise ces échanges, ne s'oppose pas à la « culture de sexualité » ; bien au contraire, elle la renforce et en légitime les aspects commercial et identitaire.

Sexualité et prévention réalisent donc un équilibre dynamique qui influence la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Deux éléments de réflexion, relatifs aux effets des politiques de santé publique en matière de prévention du sida, viennent apporter un éclairage intéressant. D'une part, selon Eric Rofes, la focalisation des messages sur le risque majeur associé à la pénétration anale a contribué, à partir de la fin des années 1990, au réengagement des hommes gay dans cette pratique, qu'elle soit protégée ou non [34]. D'autre part, l'imposition d'une norme de santé dans le champ de la sexualité a pu favoriser l'émergence d'une résistance individuelle et collective, liée à la construction du désir de certains hommes, fondée sur la marge et la transgression.

Bien évidemment, la sexualité gay ne se limite pas aux lieux commerciaux, et sa dimension privée (le couple, la sexualité chez soi) tient une place également importante. D'autres facteurs interviennent dans la construction sociale du risque, comme l'arrivée, en 1996, des traitements antiviraux hautement actifs. Cependant, l'émergence d'un discours sur une sexualité affranchie des mesures de prévention provoque une rupture dont les effets se font toujours sentir.

### Le *coming out* des barebackers aux États-Unis

Le bareback semble surgir brutalement dans le débat public nord-américain vers 1995, mais il convient de le replacer dans son contexte.

C'est au début des années 1990 que s'ouvrent à San Francisco les premiers *sex clubs*, qui réapparaissent à la suite de l'interdiction des saunas décidée en 1984 [16]. Il s'agit de lieux « privés » dans lesquels des interactions sexuelles sont possibles. À l'origine, la culture de prévention y est présente, mais ils acquièrent rapidement la réputation de tolérer des comportements de non-prévention<sup>4</sup>. C'est également l'époque où l'on constate dans les enquêtes les premiers relâchements dans les comportements préventifs, désignés sous le terme de *relapse* [38]. Enfin, une réflexion se développe sur l'évolution de l'épidémie, sur

<sup>3</sup> Une *backroom* (littéralement : « arrière-salle ») ou *darkroom* (« salle sombre ») est un dispositif de sexualité permettant la rencontre de partenaires multiples, dans un simple espace ou un « labyrinthe » de cloisons, très peu ou pas du tout éclairé. Les *glory holes* sont des ouvertures pratiquées à mi-hauteur d'une cloison, dans une *backroom* ou une cabine, permettant de pratiquer des fellations à un partenaire sans voir ni toucher celui-ci.

<sup>4</sup> À la fin des années 1990, le *Bareback House* est un *sex club* du Castro district dans lequel toute référence à la prévention est bannie [35].

les politiques de prévention et sur leurs conséquences. Elle tente d'évaluer l'impact du sida sur la culture gay et s'interroge sur les places respectives des hommes séronégatifs ou séropositifs [26, 32].

C'est dans ce contexte complexe que se concrétise une subculture sexuelle centrée sur les rapports sexuels non protégés, porteuse d'une revendication publique, de la part, notamment, d'acteurs du *gay porn*, mais également de militants et d'écrivains [13]. Initialement, la séropositivité est au cœur de cette subculture, contemporaine de l'apparition des traitements antiviraux hautement actifs.

Le bareback suscite un débat violent s'articulant autour de la sexualité : d'un côté, des militants souvent qualifiés de conservateurs, et qui militent en faveur d'une normalisation de l'homosexualité (le mariage gay), réclament un certain contrôle de la sexualité [40] ; de l'autre, les adeptes du bareback, qui décrivent une réalité sexuelle souvent occultée par les mouvements gay ou de lutte contre le sida et mettent en avant leur liberté individuelle d'opérer un tel choix.

### **Le bareback, objet de discours et de tensions en France**

En France, avant l'apparition du terme bareback dans les discours publics, un débat interne au milieu associatif s'est développé à partir de 1995. Il porte notamment sur le risque sexuel et la manière d'appréhender les nouvelles contaminations, alors que, sur le terrain, les intervenants évoquent déjà un relâchement des comportements de prévention [24, 18, 19].

Par la suite, ce sont en premier lieu des écrivains<sup>5</sup> qui décrivent ces nouvelles attitudes sexuelles et proposent un autre regard sur l'expérience quotidienne de la séropositivité. La réaction d'une partie du monde associatif est vigoureuse : elle défend l'application stricte des recommandations de prévention comme étant la seule option possible, à la fois sexuelle et politique. L'ensemble de ces discours et polémiques révèle les trois registres de tensions suivants.

– Le premier a trait à la culture de sexualité et s'exprime au niveau individuel, entre adhésion ou résistance à la norme de prévention. Le discours public traduit cette tension en une dialectique « liberté » versus « responsabilité » et produit des processus d'exclusion et de violence, en désignant les barebackers comme des « irresponsables », voire des « criminels ». Il révèle également une ligne de fracture potentielle entre les hommes gay séronégatifs (ou qui se pensent tels) et les séropositifs, sur le thème du « danger » et de la diffusion « volontaire » du VIH<sup>6</sup>.

– Le deuxième registre de tensions concerne la « culture de prévention » et son interprétation, telle que Daniel Defert l'avait problématisée dès 1990 [8]. Il touche essentiellement le secteur associatif, qui se partage entre une position « conservatrice », dans le sens d'un renforcement de la norme de prévention, et une position « pragmatique », qui cherche à la faire évoluer. La première résiste aux évolutions de la culture de sexualité, tandis que la seconde tente de les accompagner, en explorant la voie de la « réduction des risques sexuels ». Les protagonistes présentent d'abord ces deux approches comme étant inconciliables.

<sup>5</sup> Guillaume Dustan [9, 10, 11] et Erik Rémès [30, 31]. Leurs romans s'apparentent à des auto-fictions et peuvent être lus comme des récits biographiques « romancés ».

<sup>6</sup> Cet aspect est particulièrement évident dans *The Gift* (2003), documentaire de Louise Hogart, couleurs, 62 minutes, Etats-Unis.

Dans un second temps, une négociation s'opère, face à deux dangers potentiels : la stigmatisation des personnes séropositives et la pénalisation de la transmission du VIH [25].

— Le troisième registre de tensions oppose deux conceptions des rapports entre homosexualité et sida : celle, historique, construite sur l'héroïsme et l'engagement des gays, à celle, pragmatique, reflet de l'évolution de l'épidémie et de la banalisation du sida. Cette opposition traduit une nette mutation identitaire : à l'image emblématique des « pédés séropos » militants, fondée sur les notions de mémoire et de responsabilité, succède une figure moins engagée, centrée sur l'individu comme seul lieu de résolution des contradictions entre désirs et injonctions sociales et qui tend à rejeter tout contrôle exercé sur le corps et la sexualité.

Ces tensions interviennent sur fond de « transition normative » de l'homosexualité, portée par le vote de la loi sur le PACS en 1999. Tandis que les désirs sexuels se réfèrent toujours en partie à un passé et à un imaginaire identitaires, les désirs sociaux des gays puisent désormais leur légitimité dans un ensemble de valeurs traditionnellement attachées à l'hétéronorme (le couple légalisé, la parentalité). Pour autant, ces deux registres ne sont pas antinomiques ou, du moins, ils ne semblent pas être vécus comme exclusifs l'un de l'autre. Ils s'intègrent au contraire dans un ensemble de représentations, qui constituent aujourd'hui autant de référents présentés comme légitimes entre une « distinction », qui relèverait d'une sexualité et d'une culture spécifiques, et la « reproduction » d'un ensemble de normes, qui placent le couple et la famille au centre de l'organisation sociale<sup>7</sup>. C'est également dans ce système de repères que s'inscrit l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay.

Celle-ci s'adapte également aux interrogations répétées sur l'évaluation objective du risque qui ont trait, par exemple, à l'influence de la charge virale et des infections sexuellement transmissibles sur la transmission du VIH, à la possibilité de surinfections, à la transmission de souches virales résistantes et au risque différentiel selon les pratiques et les rôles sexuels. Ces données scientifiques, souvent incertaines, ont un impact direct sur l'appréciation du risque et l'efficacité des procédures de réduction des risques que peuvent adopter les hommes gay, séropositifs ou non, qui choisissent des conduites de non-prévention.

## Risque et pratiques sexuelles non protégées

Comment se traduit cette évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay, en termes de pratiques et de représentations ? Les données recueillies auprès d'un échantillon de sujets ne s'identifiant pas comme barebackers mettent en lumières plusieurs grandes tendances relatives aux connaissances et aux représentations, aux stratégies de prévention et aux récits de « prises de risque sexuel ».

<sup>7</sup> Cette tension entre distinction et reproduction est reflétée dans les médias et les productions culturelles : le magazine *De l'air* pose la question « Les homos sont-ils devenus normaux ? » [1]. Dans le film *Chouchou*, cette tension est palpable entre le monde des cabarets travestis parisiens et l'idéal d'un « mariage en blanc » qui conclut l'histoire [*Chouchou* (2003) long métrage de Merzak Allouache, couleurs, 105 minutes, France].

## Connaissances et représentations

La norme de prévention sexuelle produit un discours porteur d'informations et de recommandations consensuelles, censées être comprises et appliquées, afin d'éviter la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Dans la pratique, ce dispositif diverge à chacune de ses étapes : les informations en matière de pratiques à risque et les prescriptions qui en découlent ne sont pas totalement consensuelles. Sur le terrain, la transmission du message et sa réception sont encore l'occasion de distorsions. Le destinataire (la cible) l'incorpore et l'interprète en fonction de ses propres connaissances, mais aussi de ses croyances, de son contexte social, émotionnel, affectif, en le confrontant à ses expériences [27]. Le cadre social de référence des normes conditionne leur réception [6].

L'information, telle qu'elle est perçue et intégrée, se traduit par un ensemble de connaissances. Une approche quantitative, fondée sur un questionnaire proposé à une centaine d'hommes consultant un centre de dépistage, a montré les limites de ces connaissances en matière de transmission du VIH et de la syphilis<sup>8</sup> ; ces tendances sont confirmées par les entretiens approfondis. Les répondants disent être mieux informés sur le VIH que sur les autres infections sexuellement transmissibles, mais en exprimant des incertitudes relatives à certaines pratiques sexuelles, principalement la fellation. De ce point de vue, l'absence de consensus sur le risque encouru est perçue à la fois comme un doute et une crainte. D'une manière assez générale, les répondants admettent leur ignorance sur la transmission des infections sexuellement transmissibles et, notamment, de la syphilis. Il semble que la campagne d'alerte, initiée en 2001, ait attiré leur attention, mais le mode de communication retenu, axé sur le dépistage, se révèle finalement peu informatif.

Globalement, ces carences en matière de connaissances sont à rapprocher des 55 documents de prévention différents recensés sur le terrain à Toulouse<sup>9</sup> et des 70 parutions de diverses campagnes publiées dans la presse identitaire<sup>10</sup>. Il semble que cette masse d'informations n'ait pas l'impact attendu, que ce soit par inattention, banalisation ou effet de saturation. Mais l'information seule ne suffit pas, elle s'intègre à la « culture de prévention » dans une médiatisation globale, incluant l'ensemble des dispositifs et des outils, et elle conditionne la mise en actes des conduites et des stratégies de prévention.

## Stratégies de prévention

Les connaissances et les recommandations de protection déterminent un ensemble de « stratégies de prévention » qui, sur le plan collectif, ont évolué avec le temps et sont décrites en plusieurs étapes : la prudence et l'évitement, le « tout-préservatif » et, enfin, la négociation possible de pratiques non protégées [3, 5]. Michael Pollak avait déjà souligné combien les stratégies de prévention peuvent entrer en concurrence avec les stratégies de sexualité, et qu'il

<sup>8</sup> Enquête réalisée au Centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles (CDMST) de l'hôpital La Grave à Toulouse. La signification statistique des résultats n'est pas atteinte, en raison de la faiblesse de l'échantillon.

<sup>9</sup> Relevé effectué durant l'année 2002 dans les établissements identitaires toulousains (bars, boîtes, saunas, *sex clubs*).

<sup>10</sup> Relevé effectué entre janvier et décembre 2002 dans *Illico, Je Toulouse et Têtu*.

s'opère là un compromis « entre le risque de contagion et le risque de solitude ». Ces compromis acceptables sont « rarement justifiés en termes moraux », mais conduisent à « la recherche de voies adaptées à une satisfaction à moindre risque » [29]. Ils semblent toujours de mise, puisque les recommandations de prévention sont régulièrement vécues comme une contrainte par la plupart des hommes gay interviewés. L'histoire de l'épidémie pèse sur les individus et vient limiter l'espace de liberté que représente leur sexualité.

Les stratégies de prévention individuelles sont élaborées à partir de la sexualité telle qu'elle est vécue et l'influencent, en retour, dans une dynamique permanente. Les étapes « historiques » de l'évolution de ces stratégies chez les hommes gay restent aujourd'hui parfaitement identifiables. Loin de s'être succédées dans le temps, elles se sont superposées et ont été mises en œuvre par les uns et les autres, au gré de leurs choix ou de leurs possibilités. Ces stratégies ont été décrites par ailleurs [28] et les trois profils qui suivent sont identifiables dans notre enquête, au travers des entretiens.

– La prudence : on peut regrouper sous ce terme un ensemble de stratégies plus ou moins rationnelles, guidées par la crainte du sida, qui visent à sélectionner ou à limiter un certain nombre de paramètres de « l'équation sexuelle » : les lieux, les partenaires, les pratiques sexuelles. On retrouve là un ensemble de protections imaginaires et symboliques [23]. L'ensemble de l'activité sexuelle peut être vécu sous l'empire de la crainte et certains tentent de combattre ce « désordre » en maîtrisant leur mode de vie.

– Le « tout préservatif » : cette stratégie se traduit par l'adoption inconditionnelle des recommandations de prévention. Toutefois, un seul répondant applique également ce principe à la fellation ; les autres le limitent aux pénétrations anales et acceptent une part de risque liée aux rapports bucco-génitaux. Le « tout préservatif » est souvent décrit comme une démarche active et personnelle, même si celle-ci représente une contrainte dont les répondants aimeraient pouvoir s'affranchir dans l'absolu.

– La négociation : elle vient moduler le « tout préservatif », comme un moyen alternatif, une manière de concilier le risque et une sexualité moins soumise aux contraintes de la prévention. Elle s'opère majoritairement dans le cadre de couples d'hommes séronégatifs, qui recourent au test de dépistage avant d'abandonner toute forme de protection. Cette stratégie s'appuie souvent sur les notions de fidélité (monogamie) et de confiance. La négociation peut également intervenir dans d'autres configurations (couples séropositifs ou sérodifférents, rencontres occasionnelles) et implique souvent une démarche de « réduction des risques sexuels ».

Ces stratégies sont autant de moyens de réaliser ce « compromis acceptable » entre désirs sexuels et risque, de s'approprier les recommandations de santé publique sans supporter une contrainte jugée trop pénalisante. Elles s'accompagnent cependant d'une remise en cause de la norme : « *Je commence à avoir un problème avec la prévention... En fait, je veux parler de la prévention genre risque zéro tu vois [...] Je trouve que ça manque de remise en question en ce moment.* » (Georges, 29 ans). L'acceptabilité du risque lié au VIH s'est progressivement accrue, et l'on a constaté des abandons de plus en plus nets de ces stratégies de prévention, abandons que Pierre-Olivier de Busscher décrit en deux temps : le *relapse*, puis une « recomposition de l'espace » contemporaine des nouveaux traitements, caractérisée par l'apparition du bareback, de la

séro-interrogation et de la notion de réduction des risques sexuels [5]. Cette évolution révèle une attitude nouvelle qui se traduit, dans les entretiens, par l'évocation régulière d'une sexualité non protégée.

### **Non-protection et « prises de risque »**

Les attitudes de non-protection et de « prises de risque » sont soumises à l'influence conjointe de la « culture de sexualité » et de la « culture de la prévention », qui définit un ensemble de référents symboliques, de savoirs et de pratiques. Ces attitudes s'inscrivent aussi dans l'évolution de l'épidémie de sida en France vers une « normalisation paradoxale ». Elles dépendent enfin de l'histoire du sujet, de son ancrage social, de son capital culturel.

Dans l'ensemble des répondants de l'échantillon, trois attitudes se dégagent schématiquement vis-à-vis du risque lié au VIH :

- l'acceptation de la notion de risque comme faisant partie inhérente de la vie quotidienne : dans cette acceptation, le VIH représente un risque parmi d'autres et peut susciter par moments une attirance, tout comme l'usage de drogues par exemple, et à d'autres moments une plus grande prudence ;
- la crainte constante, voire irrationnelle, du VIH, qui soit limite la sexualité, soit alimente un sentiment répété de doute et de culpabilité, lorsque la sexualité reprend le dessus ;
- la gestion rationnelle du risque lié au VIH, organisée selon une hiérarchie des pratiques sexuelles, en fonction du degré de risque qui leur est associé et qui supporte une logique de « réduction des risques sexuels ».

Aucun informateur n'a évoqué le déni absolu du risque. On peut cependant se demander si l'évocation d'une position de « victime » ne s'apparente pas à une forme de déni ou, en tout cas, à une manière de laisser à l'autre l'appréciation du risque. Quant au défi, c'est l'une des interprétations que l'on pourrait a priori donner du bareback, mais c'est aussi un moyen de gérer la peur.

Dans une situation donnée, la perception d'un risque peut conduire à deux attitudes : soit adopter un comportement qui vise à se protéger, soit accepter la part de danger et courir ce risque, plus ou moins « en connaissance de cause ». La plupart des répondants décrivent en fait cette double attitude et déclarent adopter à la fois des stratégies de protection mais, dans certains cas, choisir également de ne pas tenir compte du danger. Un certain nombre de raisons vient expliquer ces épisodes, vécus comme des prises de risques, qui font l'objet d'une reconstruction a posteriori au moment de l'entretien.

Les motivations ou les circonstances d'une mise en danger de soi sont multiples.

– L'excitation sexuelle dans le feu de l'action est très souvent évoquée, de même que le désir et le plaisir. Le préservatif est souvent décrit comme provoquant une rupture dans le déroulement de l'interaction sexuelle, voire une contrainte gênante ou un handicap lorsqu'il interfère avec la fonction sexuelle, en perturbant l'érection ou en diminuant les sensations.

– L'amour, le partage, la fusion : pour certains, le préservatif est tout simplement vécu comme une barrière symbolique qui limite la rencontre. L'amour vient justifier, sinon la prise de risque, du moins le fait de ne pas utiliser de préservatif dans une relation fondée sur la confiance.

– La symbolique du sperme : dans une perspective anthropologique, le sperme est porteur d'une puissante valeur symbolique, celle du « chaud » et de la « vie ».

Mais il est également porteur du VIH et donc, symboliquement, de mort. Il reste pour certains l'objet d'une fascination parfois considérable, avec cette double valeur qui peut s'avérer attirante.

— La dépression et l'abandon de soi sont peu évoqués. De telles circonstances sont peut-être difficiles à objectiver et à exprimer a posteriori. En revanche, la consommation d'alcool est décrite comme pouvant favoriser des rapports non protégés. S'agissant d'autres produits (cannabis, cocaïne et drogues de synthèse), les expériences des répondants sont plus partagées : selon certains, la prise de drogues peut induire des modifications de comportement et selon d'autres, il s'agit d'expériences qui interfèrent peu sur la gestion des risques, voire qui suppriment l'activité sexuelle. Comme le souligne Marie Jauffret-Roustitide, il y a une éventuelle convergence de situations et de lieux entre consommation de produits et activité sexuelle intense [16].

La relativisation du risque est enfin l'argument pragmatique le plus souvent évoqué dans le contexte de relations non protégées entre séropositifs, dans une démarche plus ou moins clairement affichée de réduction des risques sexuels.

Dans les entretiens, il est tout à fait remarquable de constater que l'évocation simultanée de stratégies de prévention et d'épisodes sexuels non protégés décrits comme des prises de risque se déroule sans aucun conflit apparent, dans le champ des idées ou des actes. L'évocation de conduites de non-prévention ponctuelles ou plus régulières n'est plus taboue et cela est sans doute l'un des aspects majeurs de l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay.

## Bareback

Le bareback est bien loin de résumer à lui seul l'ensemble des pratiques de non-protection des hommes gay ; il s'inscrit au contraire dans un continuum et n'en représente qu'une partie, dans un contexte particulier, celui d'un choix délibéré et revendiqué d'opter pour de telles pratiques.

L'étude du bareback est rendue difficile par la proximité et l'imprécision relative des notions de *relapse* et de pratiques à risque. La définition même du bareback varie selon qui en parle : le terme est polysémique et non consensuel<sup>11</sup>. Il admet des significations contradictoires, qui reflètent la dimension conflictuelle du débat dont il est l'objet.

Dans le cadre de cette recherche, une définition simple a été adoptée : « Le bareback correspond au choix de certains gays d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées » (sans autre spécification de fréquence ou de statut sérologique ou d'intention). Les auteurs anglo-saxons adoptent des définitions comparables, quoique plus restreintes, limitées aux pratiques anales non protégées, avec des partenaires occasionnels – *not a primary partner* [37]. Ils n'y ajoutent en tout cas aucune intention particulière, autre que le choix de pratiques non protégées, et n'introduisent pas non plus de spécificité en fonction du statut sérologique. Ils soulignent, en revanche, la distinction qu'ils opèrent entre pratiques non protégées et pratiques à risque, comme n'ayant pas la même signification.

---

<sup>11</sup> À propos de cette définition, voir Le Talc, 2003, p. 227-8 [19].

Enfin, tel qu'il est défini, le bareback est surtout abordé comme pratique ou ensemble de pratiques sexuelles, mais il renvoie implicitement à des hommes qui connaissent ce terme ou qui s'y identifient à des degrés divers<sup>12</sup>

### **Un groupe hétérogène**

L'étude des trajectoires et des motivations d'un groupe d'hommes barebackers montre qu'elles sont très diverses<sup>13</sup>. Ce choix est dans certains cas récent, dans d'autres beaucoup plus ancien, en tout cas bien antérieur à l'identification du phénomène en tant que tel. Plusieurs générations d'hommes gay sont donc concernées et tous ne sont pas séropositifs.

Le choix d'une sexualité « sans contrainte » est régulièrement évoqué, mais d'autres motivations entrent en jeu. On peut identifier notamment une volonté de contester et de résister au modèle gay dominant, ou encore une adhésion à un réseau et une subculture qui ne se limite pas aux rencontres et aux échanges sexuels. L'attrait du risque est également possible, notamment chez des hommes séronégatifs, sous la forme d'une « mise à l'épreuve » que représente la prise de risque volontairement choisie (une forme de comportement ordalique).

Enfin, la recherche d'une contamination volontaire, pour soi-même ou à la demande d'un partenaire, est une configuration possible qui sort de la définition stricte du bareback, de l'aveu même des hommes concernés. Il s'agit d'une autre dimension, tout à fait spécifique.

En tout état de cause, les hommes gay qui se désignent eux-mêmes comme étant barebackers ne forment pas un groupe d'individus homogène, ce qui en rend l'approche d'autant plus complexe. Il ne s'agit en l'occurrence ni d'une catégorie épidémiologique, ni d'une catégorie identitaire (le bareback n'est un référent de l'identité pour soi spécifiant l'homosexualité que chez certains barebackers), à peine d'une catégorie de pratiques. En revanche, il constitue bien au travers des discours une catégorie de désignation, c'est-à-dire une identité pour autrui péjorative (y compris à l'intérieur du groupe des hommes gay).

Un certain nombre de traits communs aux adeptes du bareback peut cependant être dégagé, en gardant à l'esprit qu'il ne définit pas un profil univoque.

### **Traits communs aux adeptes du bareback**

De manière transversale aux diverses trajectoires et motivations des hommes rencontrés, un certain nombre de traits communs se dégagent quant aux arguments que ceux-ci avancent, notamment en matière de motivations, d'attitudes et de pratiques.

Le plus important est celui de la liberté sexuelle et individuelle. Le choix d'opter pour des pratiques non protégées repose sur cette liberté revendiquée, qui est

<sup>12</sup> Gordon Mansergh intègre cette connaissance préalable dans sa définition du bareback : « [...] among men who have heard of the term » [22].

<sup>13</sup> Il est fait ici référence principalement à l'échantillon d'enquête, mais aussi aux groupes de parole organisés entre 2004 et 2006 à Paris dans les locaux de Sida Info Service par Alain Léobon, dans la cadre du contrat de recherche soutenu par l'Anrs (« Recomposition, dans le cyberespace, de la rencontre homosexuelle au risque lié au VIH-sida. Monographies comparatives dans deux dimensions urbaines et un contexte international francophone », décision Anrs 2003-2004/123. A. Léobon UMR 6590 Espaces et Sociétés, CNRS). Ces groupes de parole ont réuni des internautes volontaires, fréquentant le site français bbackzone.com.

mise en lien avec les notions de désir et de plaisir (comme dans le cas de la plupart des hommes gay). Comme le souligne Alain Léobon, le choix des barebackers s'ancre bien plus dans la sexualité que dans une « culture du risque » [21]. Cependant, de manière sous-jacente, ils se placent en position de résistance à la norme de santé publique et de prévention. Dans certains cas, cette résistance prend la dimension d'une attitude explicitement subversive ou transgressive.

Le choix de ces hommes repose sur un ensemble solide de connaissances, d'autant plus s'ils sont séropositifs. Ils déclarent que celui-ci est réfléchi et bien informé, notamment sur le VIH. Cependant, le risque de surinfection fait encore débat et il est souvent très relativisé dans les discours. En revanche, le risque lié à la transmission d'infections sexuellement transmissibles (en particulier la syphilis) est reconnu, voire mis en avant, et les recommandations de surveillance sérologique sont intégrées et mises en pratique. Toutefois, l'attention portée à cette question varie selon les infections sexuellement transmissibles, et les risques liés aux hépatites (notamment l'hépatite C) restent mal connus, voire négligés<sup>14</sup>.

Sur la question précise du sida, les barebackers séropositifs déclarent dans l'ensemble ne pas souhaiter transmettre le VIH à un partenaire qui serait séro-différent. Cette question qui découle de leur choix est très largement discutée et ils insistent sur la notion de responsabilité individuelle dans le cadre des interactions sexuelles, tout en n'écartant pas tout à fait la possibilité d'une responsabilité partagée entre partenaires.

Cette volonté de ne pas transmettre le VIH (à part les configurations de contamination volontaire, qui ne sont pas comprises comme faisant partie intégrante du bareback) s'accompagne de procédures de réduction des risques. L'annonce préalable du statut sérologique, quel qu'il soit, en fait partie et s'inscrit soit dans la démarche de recherche de partenaires, soit au moment de la rencontre effective. Une partie des barebackers séropositifs s'élève d'ailleurs contre le fait que des hommes se déclarant séronégatifs puissent entrer dans « leurs » réseaux et y rechercher des partenaires. En matière de réduction des risques, la sélection des partenaires (sérotriage) ou la sélection des pratiques sexuelles (séroadaptation) en recherchant la concordance des statuts sérologiques est couramment évoquée. Elle va de pair avec des dispositifs de réduction des dommages liés aux infections sexuellement transmissibles, qui consistent à avertir ses partenaires en cas de contamination ou même de doute. Le choix d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées n'implique pas que ce choix soit systématique. Face à certaines situations particulières (sérodifférence des partenaires, par exemple), la plupart des hommes rencontrés évoque la possibilité soit d'interrompre l'interaction sexuelle, soit de choisir des pratiques non risquées, soit d'utiliser le préservatif.

Le bareback revêt une dimension collective importante qui n'est pas limitée aux échanges sexuels et ses adeptes le décrivent aussi comme un réseau de soutien, d'information et de solidarité, notamment pour les hommes gay séropositifs. Pour certains, il s'agit d'un référent parmi d'autres, qui entre dans leur construction identitaire.

Enfin, parmi les barebackers rencontrés, les discours sur la santé sont nombreux<sup>15</sup>. Ce constat peut paraître paradoxal, puisque leur choix les confronte à un ensemble

<sup>14</sup> Données issues des groupes de parole d'internautes organisés par Alain Léobon.

<sup>15</sup> *Idem.*

de risques connus qu'ils pourraient éviter. Mais ce discours sur la santé s'articule surtout sur une sexualité « libre » et épanouie, comme facteur de « force » physique et morale et de résistance à la maladie. À titre d'hypothèse, le choix du bareback viendrait là recomposer un univers très médicalisé. Ou, pour le dire autrement, une sexualité débarrassée des contraintes relevant de sa médicalisation aurait un effet symbolique positif sur la santé du corps et de l'esprit.

### **Bareback et construction sociale du risque**

Le bareback, parce qu'il a acquis une certaine visibilité dans les discours mais aussi dans les pratiques et les modes de vie (on peut penser là au rôle d'Internet), illustre d'un point de vue plus général l'évolution de la construction du risque lié au VIH chez les hommes gay.

La remise en cause, par une minorité, de la norme de santé publique et, corrélativement, de la « culture de prévention » souligne la relativisation constatée dans l'ensemble du groupe des homosexuels, pour qui la notion de risque n'est plus incompatible avec la sexualité.

La primauté accordée au désir et au plaisir, qui structure le choix des barebackers, reflète une tendance plus générale de remise en cause des contraintes liées au sida chez les hommes gay (quel que soit leur statut sérologique), qui intègrent la possibilité d'épisodes plus ou moins fréquents de pratiques sexuelles non protégées dans une stratégie globale de prévention.

Le bareback illustre, enfin, une dialectique marquée entre l'individuel et le collectif : d'un côté, la notion de « liberté personnelle » l'emporte sur celle de « responsabilité collective » ; de l'autre, la force d'un groupe peu structuré, constitué en réseaux, confère une autre dimension au bareback en termes de « culture de sexualité » et d'éventuel référent identitaire. Ce sont bien là des enjeux parmi d'autres pour l'ensemble des hommes gay, par ailleurs aux prises avec la transition normative de l'homosexualité et avec la difficulté à négocier une forme de banalisation de leurs modes de vie et le maintien d'une spécificité en matière de sexualité. Les référents identitaires de la séropositivité ont déjà bien changé : l'héroïsme militant se trouve délaissé au profit d'un pragmatisme individuel, mis en avant par les barebackers de la première heure.

Les représentations du bareback par les hommes gay qui ne s'en réclament pas illustrent aussi certaines de ces évolutions. Pour la plupart d'entre eux, les recommandations de prévention, même s'ils les observent, sont vécues comme une contrainte limitant leur liberté sexuelle. La possibilité que d'autres adoptent des conduites de non-protection est admise et comprise, notamment par ceux qui déclarent prendre des risques plus ou moins régulièrement. Cependant, la balance entre individuel et collectif demeure et des arguments d'inconscience et d'irresponsabilité sont opposés aux barebackers. Le thème de la responsabilité, personnelle ou partagée, fait débat et des attitudes différentes se dégagent à l'encontre des hommes séropositifs, qui auraient un devoir de responsabilité plus lourd que les autres.

## **Conclusion**

Le bareback est un « écran » qui tend à masquer l'ensemble de conduites de non-protection, mais il contribue à objectiver l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH dans l'ensemble du groupe des hommes gay.

Le phénomène de bareback dépasse le strict champ de la sexualité ; il peut avoir des implications en termes de constructions identitaires, individuelle et collective, qui répondent à l'évolution de l'expérience quotidienne de la séropositivité et, plus largement, de l'homosexualité. Il remet en question la norme de « prévention solidaire » et le paradigme de « responsabilité partagée », au risque d'ouvrir la voie à des formes de pénalisation de la transmission du VIH. Il représente également un défi de santé publique, dans le sens où il amène à reconsidérer la « norme de prévention », telle qu'elle a été établie depuis une vingtaine d'années.

Le bareback suscite enfin un certain nombre de réflexions, qui peuvent être étendues à tous les hommes gay, sur la dynamique générationnelle de l'homosexualité et du sida. Quelles continuités peut-on imaginer entre l'idéal du couple et de « l'homofamille » et les espaces subculturels liés au bareback (ou à toutes autres formes minoritaires de sexualité) ? Cette continuité, si elle existe, passe sans aucun doute par la « culture de sexualité » et son adaptation permanente au contexte social. Mais elle ne va pas de soi, si l'on se réfère à la violence particulière engendrée à l'intérieur du groupe des hommes gay par les discours et les débats qui ont accompagné le processus de visibilité croissante des comportements de non-prévention associés au phénomène de bareback.

### Dispositif de recherche

Le programme de recherche « Bareback et pratiques sexuelles à risques chez les hommes gay » s'est déroulé de début 2002 à fin 2003 et comportait plusieurs axes :

- une observation ethnographique de onze lieux commerciaux identitaires à Toulouse : deux *sex clubs*, un *sex shop*, quatre saunas, deux bars et deux boîtes de nuit, ainsi qu'une étude documentaire (documents de prévention recueillis sur le terrain et trois titres de la presse identitaire) ;
- une enquête par questionnaire menée auprès des consultants gay du centre de dépistage de l'hôpital La Grave à Toulouse (Centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles) et portant sur les connaissances en matière de risque de transmission du VIH et de la syphilis et sur les comportements de prévention ( $n = 107$ ) ;

– une série de 35 entretiens semi-directifs réalisés à Toulouse et à Paris, portant sur la socialisation et la trajectoire sociale, le mode de vie, la sexualité, les pratiques sexuelles, les connaissances relatives à la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles, les attitudes de prévention et/ou de non-prévention, les représentations liées au risque sexuel et au bareback, selon une grille d'entretien structurée.

Le recrutement a été effectué principalement à partir de l'échantillon de questionnaires (une vingtaine d'entretiens), complété par quelques interviews « d'experts » professionnels ou associatifs impliqués dans la lutte contre le sida et par un recrutement complémentaire (contacts et boule de neige) visant plus spécifiquement des hommes gay séropositifs et des barebackers.

### Remerciements

Aux personnes impliquées dans le travail de recherche et de traitement des données (Karine Bertin, Alain Navaud, Johann Perry), à l'Équipe Simone-SAGESSE, université de Toulouse 2-Le Mirail (Monique Membrado et Nicky Le Feuvre), au Conseil général de Haute-Garonne et au Centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles de l'hôpital La Grave (Dr Alba Rouére, Pr Roland Viraben), et à l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées (Dr Françoise Cayla, Thibaud Bouillie et Georges Fahet).

## Références bibliographiques

1. Arbona L, Nicklaus O. Les homos sont-ils devenus normaux ? *De l'air* 2003 ; 16, mai-juin : 8-16.
2. Beylot J-M, ed. *État des lieux des actions de prévention du VIH dans le Rhône*. Lyon : Le Dragon Lune, 2003, p. 3.
3. Bochow M, Jauffret-Rousteide M, Michel A, et coll. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 35-54.
4. Broqua C, de Busscher P-O. La crise de la normalisation. Expérience et conditions sociales de l'homosexualité en France. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 19-33.
5. Busscher (de) P-O. Saisir l'insaisissable : les stratégies de prévention du sida auprès des homosexuels et bisexuels masculins en France (1984-2002). In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 257-71.
6. Calvez M. Risques du sida et précarité sociale. In : Joubert M, Chauvin P, Facy F, et coll., eds. *Précariisation, risque et santé*. Paris : Inserm, 2001, pp. 451-66.
7. Dannecker M. Contre le déni du désir sexuel. *Infothèque sida* 2001 ; 1 : 4-10.
8. Defert D. L'homosexualisation du sida, l'enjeu des gais. *Gai Pied Hebdo* 1990 ; 446 (29 novembre) : 61-3.
9. Dustan G. *Dans ma chambre*. Paris : POL, 1996.
10. Dustan G. *Je sors ce soir*. Paris : POL, 1997.
11. Dustan G. *Plus fort que moi*. Paris : POL, 1998.
12. Elford J, Bolding G, Sherr L, et al. High-risk behavior among London gay men : no longer increasing. *AIDS* 2005 ; 19 (18) : 2171-3.
13. Gendin S. They shoot barebackers, don't they ? *Poz* 1999, février.
14. Institut national de veille sanitaire. *Premiers résultats de l'enquête Presse Gay 2004*. Paris : InVS et Anrs 2005, communiqué, 31 p.
15. Institut national de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004. *BEH* 2005 ; 46-47 : 230-232.
16. Jauffret-Rousteide M. Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels et bisexuels masculins. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS 2003, pp. 181-97.
17. Le Talec J-Y, Cauchy J-C. San Francisco, les sex-clubs clandestins. *Gay Pied Hebdo* 1991 ; 488 (3 octobre) : 56-62.
18. Le Talec J-Y. 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 à la DASS de Paris, association SOS Habitat et soins, 2000.

19. Le Talec J-Y. Le *bareback* : affirmation identitaire et transgression. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS 2003 : pp. 221-44.
20. Le Talec J-Y. La double formalisation de l'homosexualité et du sida : expressions identitaires, désirs et risques. In : Perreau B, Gaspard F, eds. *Le choix de l'homosexualité. Recherches inédites sur la question gay et lesbienne*. Paris : Éditions EPEL, 2007 à paraître.
21. Léobon A, Frigault LR. Bareback sex : from a sexual culture to the reality of risk-taking. XVII World Congress of Sexology, 10-15 Juillet, Montréal, QC, Canada, 2005 (publié dans *The Journal of sex research*, février 2006).
22. Mansergh G, Marks G, Colfax GN, et al. « Barebacking » in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS* 2002 ; 16 : 653-9.
23. Mendès-Leité R. Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique. In : Calvez M, Schiltz M-A, Souteyrand Y, eds. *Les homosexuels face au sida, rationalités et gestions des risques*. Paris : Anrs, 1996, pp. 65-76.
24. Mendès-Leité R et Proth B. Statut sérologique, militantisme et prises de risques : enjeux et paradoxes de l'engagement et du vécu. In : Mendès-Leité R, Proth B, de Busscher P-O, eds. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida*. Paris : L'Harmattan, 2000, pp. 109-136.
25. Molla A. Approche juridique des comportements sexuels aboutissant à la transmission du virus à autrui. *Triangulaire* 2002 ; n° 3 1/2 « Homosexualités, sida, éducation et mémoire » : 72-7.
26. Odets W. *In the shadow of the epidemic. Being HIV-negative in the age of AIDS*. Durham : Duke University Press, 1995.
27. Paicheler G. Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. *Sciences sociales et santé* 1997 ; 4 (15) : 39-71.
28. Plauzolles P, Lert F. Apport des enquêtes quantitatives dans la connaissance des comportements sexuels et préventifs chez les homosexuels et bisexuels masculins. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS 2003, pp. 55-69.
29. Pollak M. *Les homosexuels et le sida – Sociologie d'une épidémie*. Paris : Métailié, 1988.
30. Rémès E. *Je bande donc je suis*. Paris, Balland, 1999.
31. Rémès E. *Serial fucker, journal d'un barebacker*. Paris : Éditions Blanche, 2003.
32. Rofes E. *Reviving the tribe. Regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic*. New York & Londres : Harrington Park Press, 1996.
33. Rofes E. *Dry bones breathe. Gay men creating post-AIDS identities and cultures*. New York & Londres : Harrington Park Press, 1998.
34. Rofes E. Desires as defiance : gay male sexual subjectivities and resistance to sexual health promotion. *Health Education Journal* 2002 ; 61 (2).
35. Scarce M. A ride on the wild side. *Poz* 1999, février.
36. Setbon M. La normalisation paradoxale du sida. *Revue française de sociologie* 2000 ; 41 (1) : 61-78.
37. Shernoff M. *Without condoms. Unprotected sex, gay men & barebacking*. New York et Londres : Routledge, 2006.
38. Tighe J. Sexual relapse. *HIV Concelor Perspectives* 1991 ; 1 (1).

39. Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A, et coll. Rencontre des partenaires masculins par Internet et comportements sexuels à risque, Enquête Anrs-Presse gay 2004. *BEH* 2005 ; 46-47 : 236-7.
40. Warner M. *The trouble with normal. Sex, politics and the ethics of queer life*. Cambridge : Harvard University Press, 1999.

# La sexualité bareback : d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque

Alain LÉOBON\*, Louis-Robert FRIGAULT\*\*

## Résumé

L'enquête en ligne net baromètre gay 2004 montre des différences significatives sur les plans sociodémographiques et sociosexuels selon les sites de recrutement (généraliste, sadomasochiste, bareback) des répondants ( $n = 4\,613$ ).

On constate que les prises de risque sont plus élevées et les partenaires plus nombreux pour les internautes affiliés à la communauté en ligne bareback ( $n = 356$ ) dont les scénarios sexuels sont contrastés et privilégient le sexe anal et ses performances, le sexe en groupe et les échanges de liquide sexuels.

Si le réseau est devenu, pour ces hommes barebackers, majoritairement séropositifs, un nouvel espace de visibilité et de socialisation, il semble favoriser le maintien de stratégies de réduction des risques basées sur le sérotriage. Le barebacking semble donc s'agencer dans une composition non linéaire de pratiques et d'espaces (tels les *sex-clubs* où autres lieux de sexe anonymes) où l'abandon du préservatif n'est pas systématique et souvent négocié.

**Mots clés :** homosexualité, Internet, risque, sexualité, séropositivité, sida, bareback, minorité sexuelle.

## Introduction

Si la rencontre en face-à-face fût très longtemps le moyen de développer des homo-socialités, dans nos cités désormais câblées, les citoyens sont raccordés, pour un prix modique, à un réseau leur permettant, non seulement d'obtenir des services couvrant leurs besoins, mais également d'entrer en relation les uns avec les autres selon un principe de téléprésence [21]<sup>1</sup>.

Dans la continuité de l'usage, en France, du minitel et des services de messageries vocales, Internet se situe donc aujourd'hui dans les premiers rangs des modes de recherche de partenaires affectifs et sexuels chez les homosexuels. Avec une offre de services dense et diversifiée de rencontres en ligne homosexuelles, le cyberespace semble participer à un nouvel enjeu communautaire et

\* Laboratoire CARTA unité mixte de recherche « Espaces et sociétés » du CNRS - 35, rue de la Barre 49000 Angers – Tel. 02 41 22 63 45 - Contact personnel : +33 6 07 30 50 60 – alain.leobon@mac.com – Site internet : gaystudies.org

\*\* Université du Québec à Montréal - Département de sexologie – CP 8888, Succursale Centre-Ville - H3C3P8 Montréal QC, Canada – Tél personnel : +1 514 278 27 03 – frigault.louis-robert@sympatico.ca

<sup>1</sup> Selon Moles : « La présence autrefois, c'était la présence physique... nous voyons émerger une autre forme autonome, celle d'une téléprésence qui perd de moins en moins de sa vivacité à distance. »

se présente comme une alternative à l'espace traditionnel des rencontres en face-à-face. Environnement libre et non contraint, le réseau, fréquenté le plus souvent à partir de son domicile, est ainsi perçu comme plus sûr par ses utilisateurs, dans la mesure où le regard social environnant n'est pas susceptible de juger leurs intentions (en particulier sexuelles). Échappant à la pression normative visant à la régulation sociale de la sexualité, le réseau est donc propice à l'expression de la diversité des sexualités entre hommes. Par ailleurs, la forte réactivité des internautes à s'approprier des communautés virtuelles permet de consolider l'identité de « groupes parfois marginalisés ou invisibilisés » dans l'espace traditionnel lesbien, gay, bisexuel et transgenre. Enfin, pour des gays mus par l'attirance pour de nouvelles pratiques, Internet peut jouer un rôle éducatif, faciliter la rencontre de pairs et permettre d'échapper à certaines formes d'isolement.

Dans les domaines de l'amour, du sexe et du couple, des recherches récentes nous confirment qu'une proportion importante d'hommes gay et bisexuels emploie aujourd'hui Internet pour trouver des partenaires. Ces études suggèrent qu'entre 32 % à 70 % d'hommes homosexuels et bisexuels (recrutés hors-ligne) ont rencontré en ligne un partenaire sexuel [15, 27, 28]. On note que ce nombre est encore plus élevé lorsque l'échantillon de répondants est recruté à partir du réseau Internet : entre 79,8 % et 97,0 % [5, 4].

## **Les risques et périls des rencontres en ligne**

Des travaux permettent d'avancer que l'établissement de relations en ligne procurerait de multiples bénéfices psychosexuels associés à l'exploration sexuelle, la découverte de soi, le partage d'informations, le soutien social, le développement identitaire ou sa confirmation, le renforcement communautaire et l'organisation politique [2]. D'autres recherches suggèrent cependant que l'usage de ce moyen de communication pourrait intensifier les activités ou les préoccupations sexuelles des hommes gay ou bisexuels. En effet, Internet, considéré comme un exutoire sexuel efficace, anonyme, diversifié et peu régulé, a été à plusieurs reprises comparé aux saunas comme à d'autres lieux favorisant les rencontres sexuelles anonymes, souvent associés à la diffusion du VIH/sida [8].

L'accès aux services de rencontres en ligne aboutit à des rencontres sexuelles en face-à-face, dont les caractéristiques peuvent suggérer certaines vulnérabilités des adeptes du réseau. L'utilisation compulsive d'Internet [7, 9] et les activités sexuelles délibérément non protégées (tel le barebacking, objet de cet article) sont ainsi devenues des sujets majeurs dans les études portant sur les usages du réseau à des fins de rencontre [6, 17, 5, 11, 12]. Internet est ainsi présenté comme un outil facilitant la quête de partenaires sexuels [26], mais produisant un environnement à risque [5]. Bien que certaines études ne rapportent aucune différence significative sur la fréquence des rapports non protégés selon le mode de recrutement hors ou en ligne [14, 22, 16], d'autres recherches montrent que les hommes recrutés sur Internet annoncent davantage de prises de risque que ceux recrutés hors ligne, en particulier lorsque l'on interroge des groupes d'hommes séropositifs [3, 26, 10].

Il est par conséquent difficile de conclure qu'Internet attire ou non davantage d'hommes ouverts aux prises de risque. Un constat s'impose cependant, rejoignant les résultats que nous allons exposer : la recherche de partenaires en ligne (à travers les sites de rencontres et leurs salons de discussion) aboutit à des

opportunités de rencontres sexuelles nombreuses et effectives [14, 1] et ouvre ainsi un nouveau terrain d'action pour les intervenants en santé, dans un contexte où la représentation des liens entre homosexualité et sida a profondément évolué depuis une vingtaine d'année [17].

L'utilisation du cyberspace comme nouveau lieu de recrutement de partenaire s'inscrit dans un contexte général de recrudescence des prises de risque bien décrit par les résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2004 [27]. Ces travaux confirment par exemple que, si les relations sexuelles non protégées occasionnelles ont augmenté de près de 70 % entre les baromètres 1997 et 2004, la part des internautes déclarant des rapports anaux non protégés de manière régulière (un par mois ou plus) est plus importante que celle des répondants ayant complété l'enquête par le questionnaire inclus dans la presse magazine (30,7 % contre 21,2 %). Si le statut sérologique (positif) et le nombre de partenaires influencent clairement des prises de risque récurrentes, la fréquentation du réseau semble également en jeu. Notons cependant que nous parlons ici de prises de risque occasionnelles, la pratique du barebacking, c'est-à-dire celle du choix délibéré de l'abandon du préservatif, n'étant pas soulevée dans l'enquête, ni avancée dans l'interprétation de ses résultats.

Finalement, peu d'études françaises ont collecté des données sur la base de rencontres effectuées spécifiquement en ligne, sinon l'enquête de l'Institute for Psycho Social Research, qui a questionné les utilisateurs du portail d'information et de rencontre Citégay (2 971 répondants) [1]. Elle confirme que les pratiques sexuelles à risque (rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels) sont plus fréquentes chez les internautes séropositifs, ainsi que chez ceux qui se sentent démobilisés face au sexe sûr, qui ont une attitude de complaisance face aux rapports non protégés, qui sont optimistes face aux nouveaux traitements et qui ont un niveau élevé de *sex drive*.

En fait, si ces enquêtes abordent le réseau Internet comme un nouvel espace de recrutement, aucune ne questionne l'influence, l'impact et les répercussions de l'usage du réseau sur les modes de rencontres et les habitudes sociosexuelles des gays. Ainsi, la perception et la négociation du risque, dans un contexte d'inscription visible et médiatisée du phénomène bareback, restent peu explorées. Rappelons donc maintenant les connaissances sur ce sujet apportées par quelques études nord-américaines.

## Rappel des connaissances sur le barebacking

Le terme de « barebacking », apparu au début des années 1990, tire son nom du sport équestre, l'expression signifiant « monter un cheval à cru », c'est-à-dire sans utiliser de selle (rôle de protection, transposé de manière imagée à celui de l'usage du préservatif). Le développement en Amérique du Nord de soirées bareback a d'abord été associé à un mouvement dans la communauté gay, venant en résistance aux messages de la santé publique qui impose le sexe sécuritaire (Crossley, 2002 ; Scarce, 1998). Le terme va rapidement se diffuser par le réseau Internet, dès la fin des années 1990 [22], avec la prolifération de sites Web, de salons de discussion, de listes de discussion, d'annonces personnelles faisant la promotion des soirées privées et une commercialisation de vidéos pornographiques, tous axés sur la présentation et la revendication d'une sexualité non protégée valorisant le sperme.

Les motivations et les conditions d'émergence du phénomène sont complexes. Privilégier les rapports bareback, cela est sans doute faire le choix de rapports non protégés, mais de manière non accidentelle, consciente et répétée : on assume donc, ici, le risque de transmettre ou d'être contaminé par le VIH/sida (même si certaines précautions sont prises pour favoriser la séroconcordance entre partenaires). Il ne faudrait donc pas confondre « barebacking » et « relapse », ce dernier terme désignant généralement un relâchement factuel des pratiques sexuelles sûres, qui sont généralement conservées.

Actuellement, selon Le Talec, la banalisation du terme dans la communauté gay peut amener des interprétations peu appropriées [17]. L'auteur remet notamment en cause le caractère systématique des rapports non protégés, ainsi que les comportements plus spectaculaires tels que la recherche de contamination volontaire. D'autres études rappellent que les *gift givers* (ceux qui donnent le virus) ou les *bug chasers* sont peu nombreux et marginalisés dans le paysage bareback où nous verrons que la séroconvergence semble favorisée [25]. Nous pouvons toutefois affirmer que la question du risque reste au cœur du barebacking, la pratique étant à la fois un « révélateur et un écran de l'évolution de la construction sociale du risque chez les hommes gay » [17].

Suarez et Miller proposent une typologie intéressante des barebackers, sur la base d'une analyse des contextes dans lesquels ils prennent délibérément des risques [24]. Le premier groupe est constitué de couples séroconcordants, chez qui le barebacking serait motivé par l'expression de sentiments amoureux et de confiance et par un désir d'intimité émotionnelle. Le second groupe est constitué des preneurs de risque rationnels qui évaluent les risques associés à diverses pratiques sexuelles, négociant le port du préservatif sur la base d'un risque calculé, en recourant au sérotriage. Le troisième groupe comprend les preneurs de risque irrationnels, qui ont recours à des informations non scientifiques ou irrationnelles pour soutenir leur décision d'avoir des pratiques sexuelles risquées. Les choix sexuels de ces derniers seraient souvent associés au fait de se laisser prendre par l'excitation du moment, par la recherche de sensations fortes et par ce qu'ils s'imaginent être le pur plaisir. Le quatrième et dernier groupe concerne les jeunes gays (Young Men who have Sex with Men – YMSM), qui ont parfois des rapports sexuels non protégés, à cause de leur manque d'expérience face aux effets dévastateurs du VIH et du sida. Les auteurs notent qu'ils sont souvent pessimistes face à l'idée de vieillir en tant que gays et entrevoient le VIH comme une façon de négocier avec un futur qui leur fait peur. Ainsi, ce travail, qui présente une diversité de figures, rejoue le point de vue de Le Talec pour qui les discours portés en France sur le bareback tendent à réduire l'univers du risque sexuel à cette seule pratique et à ses adeptes souvent séropositifs, alors que celle-ci s'inscrit dans un continuum de comportements concernant tous les hommes gay, qui se placent dans des configurations très variées en termes de connaissances, de représentations, de stratégies de prévention et de pratiques à risque.

D'autres chercheurs n'hésitent pas à qualifier la pratique du barebacking de déviance sexuelle, qu'ils ajoutent à l'homosexualité, la prostitution, le travestisme, le voyeurisme ou le sadomasochisme. Ils attribuent cette pratique aux avancées technologiques, notamment à Internet, qui permettent à des individus ayant une même déviance de se regrouper [11].

## L'enquête en ligne net baromètre gay 2004

Cette enquête s'est inscrite dans un programme de recherche international plus vaste<sup>2</sup> du CNRS et de l'université du Québec à Montréal. Les résultats présentés ici concernent les données françaises et visent à comprendre la manière dont la culture bareback s'inscrit dans le cyberspace. En effet, si les travaux recensés ont permis d'obtenir des portraits d'internautes à la recherche de partenaires en ligne s'exposant, pour certains, à des prises de risque face au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles, ils s'appuient souvent sur des sites de rencontre particuliers dont nous ne savons pas s'ils reflètent la diversité des comportements des hommes gay. Par ailleurs, ces études mettent rarement en correspondance les prises de risque récurrentes avec des cultures de sexe spécifiques, bien identifiées dans la culture gay et possiblement amplifiées par l'usage du réseau. Nous verrons par exemple que, pour les adeptes du sadomasochisme ou du bareback, le réseau facilite la découverte et la réalisation effective de nouvelles pratiques et permet leur consolidation, en échappant à certaines formes de régulation et de contrôle des institutions ou de « la communauté ».

Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient, outre les éléments sociodémographiques (âge, lieu de résidence, niveau d'éducation et niveau socio-économique), des questions sur le statut sérologique, l'orientation sexuelle, la situation relationnelle. Des sujets relatifs aux usages généraux d'Internet et aux usages spécifiquement sexuels ont également été abordés. Dans ce dernier cas, nous avons questionné les répondants sur les outils utilisés, sur la fréquence de leur utilisation, sur le nombre de partenaires rencontrés en face-à-face à des fins sexuelles suite à un contact en ligne, sur les conduites sexuelles réalisées avec ces partenaires et sur les comportements sexuels à risque pour la transmission du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles. Enfin, des questions sur les impacts de l'usage du réseau étaient proposées et abordaient les attentes en termes d'information et d'interaction que pourrait présenter un portail de prévention et de santé gay.

Pour ce qui concerne l'évaluation du risque de transmission du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles, nous avons privilégié, pour l'analyse des données de l'enquête en ligne, une typologie plus souple qui comprend trois groupes constitués à partir de l'usage rapporté du préservatif au cours des six derniers mois. Retenant uniquement les sujets qui répondaient avoir eu des relations anales au cours des six derniers mois, nous avons créé trois groupes d'individus : les sécuritaires utilisant toujours le préservatif ; les preneurs de risque systématique (PRS) déclarant ne jamais utiliser de préservatif ; et ceux que nous avons nommé les négociants utilisant rarement, parfois ou souvent, le préservatif.

Nous présenterons donc ici des comparaisons entre ces trois groupes de répondants pour les sites Web de recrutements suivants : un site spécialisé sur la pratique du BDSM (bondage, domination, sadisme et masochisme), une

<sup>2</sup> Recherche franco-qubécoise financée suite au 2<sup>e</sup> appel d'offres 2003 de l'Anrs intitulé « Recomposition, dans le cyberspace, de la rencontre homosexuelle au risque du VIH/sida ». Monographies comparatives dans deux dimensions urbaines et un contexte international francophone ». Décision Anrs 2003/2004/123.

communauté en ligne spécialisée sur le bareback et un regroupement de sites de rencontre ou d'information considérés comme « plus généralistes ».

## Méthodologie

Les analyses présentées ici concernent un échantillon retenu de 4 370 répondants masculins âgés de 18 ans ou plus, ayant eu des relations sexuelles ou étant attirés par des personnes de leur sexe et qui sont des utilisateurs d'Internet à des fins sociales, sentimentales ou sexuelles. Leur participation a été sollicitée par l'intermédiaire de bannières et des courriels proposés aux éditeurs d'une dizaine de sites de rencontre ou d'information gay français, considérés comme représentatifs de la diversité de la population homosexuelle masculine dans l'hexagone. Parmi ces sites, on retrouve un site orienté sur des sexualités BDSM, un sur la sexualité bareback, les autres sites étant moins centrés sur une culture de sexe spécifique. Les liens associés à ces publicités différaient par un identifiant (ID), permettant ainsi de connaître le site de provenance des répondants.

L'enquête en ligne française net baromètre gay 2004 a été publiée et extraite à travers une interface basée sur les technologies PHP/MySQL hébergée sur un serveur de l'université du Québec à Montréal, permettant de stocker les données collectées. Le questionnaire était proposé en ligne uniquement. Il a été construit à partir d'une application permettant de saisir en ligne les diverses questions, de leur assigner des contraintes, d'introduire diverses échelles, de gérer des sauts de section, puis de publier en HTML le questionnaire, en le présentant au besoin en diverses langues ou habillages (styles). Les données, transférées en format usuel de tabulateur ont ensuite été analysées dans le logiciel d'analyse statistique SPSS v. 10 pour Macintosh. L'analyse statistique en elle-même a été réalisée à l'aide du même logiciel. Les analyses ont été réalisées séparément pour les répondants provenant des sites BDSM, bareback et généralistes. Des analyses de Chi-carré ( $\chi^2$ ) et l'analyse de variance (ANOVA) ont été utilisées. Un taux de signification à 95 % ( $p < 0,05$ ) a été retenu.

Enfin, les répondants devaient, pour participer, lire une fiche de consentement et accepter que les données fournies soient exploitées dans le cadre de notre recherche.

## Résultats : analyse et interprétation des données

Un total de 4 370 hommes a répondu à l'intégralité du questionnaire en ligne entre le mois de mai et le mois de juillet 2004. Le *tableau 1* présente la répartition des répondants selon les sites de recrutement.

### Données sociodémographiques

Le *tableau 2* propose une synthèse des caractéristiques sociodémographiques des répondants selon le site de recrutement. Les analyses montrent que les répondants des sites au contenu dit « adulte » (BDSM et bareback) sont significativement plus âgés que ceux des sites généralistes. Quant au lieu de leur résidence, il apparaît clairement que les répondants du site bareback proviennent davantage de Paris et de ses environs, les répondants des autres sites se répartissant plus également à travers les régions de France, même si les grandes

**Tableau 1.  
Description de l'échantillon selon les sites de recrutement**

| <b>Site de recrutement</b> | <b>N</b> | <b>%</b>                      |
|----------------------------|----------|-------------------------------|
| BDSM*                      | 1 163    | 26,6                          |
| Bareback                   | 356      | 8,1                           |
| Généralistes               | 2 851    | 65,2                          |
| Citebeur                   | 1 080    |                               |
| Monclubgay                 | 1 005    |                               |
| Citégay                    | 243      |                               |
| Gayfrance                  | 230      | Détail des sites généralistes |
| Gayvox                     | 214      |                               |
| Tétu                       | 183      |                               |
| La France gay et lesbienne | 49       |                               |

\* Site spécialisé sur le bondage, la domination, le sadisme et le masochisme.

agglomérations dominent. En ce qui concerne le niveau d'éducation, les répondants des sites généralistes sont moins scolarisés, ce qui peut être attribuable à leur plus jeune âge, comparativement aux répondants des autres sites. La même tendance est observée en regard du revenu mensuel. Les répondants du site bareback sont majoritairement séropositifs et ils se distinguent à cet égard des répondant des autres sites. Plus identitaires, ils se déclarent davantage homosexuels ou gay, comparativement aux répondants des autres sites, qui sont plus nombreux à se considérer bisexuels. Bien que les différences observées soient statistiquement significatives, il semble exister une relative convergence dans le statut relationnel des répondants, puisque environ 50 % rapportent qu'ils étaient en couple au moment de répondre au questionnaire.

**Tableau 2.  
Caractéristiques sociales, démographiques et rencontres en ligne**

| <b>Variables</b>                           | <b>BDSM</b> | <b>Bareback</b> | <b>Généralistes</b> | <b>p</b> |
|--|-------------|-----------------|---------------------|----------|
| Âge moyen                                  | 36,3        | 35,9            | 33,2                | < 0,001  |
| Lieu de résidence                          |             |                 |                     |          |
| Paris ou banlieue                          | 34,2        | 56,5            | 31,8                | < 0,001  |
| Grande agglomération                       | 35,9        | 26,4            | 32,6                |          |
| Enseignement supérieur                     | 48,4        | 52,2            | 40,4                | < 0,001  |
| Revenu mensuel supérieur à 1 600 €         | 54,4        | 55,0            | 40,1                | < 0,001  |
| VIH +                                      | 13,2        | 63,2            | 5,8                 | < 0,001  |
| Orientation sexuelle                       |             |                 |                     |          |
| Homosexuel ou gay                          | 77,8        | 94,9            | 78,6                | < 0,001  |
| Bisexuel                                   | 19,5        | 3,9             | 20,0                |          |
| Dans une relation de couple                | 54,2        | 49,2            | 52,6                | < 0,001  |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne) | 9,6         | 18,4            | 6,6                 | < 0,001  |

Sur le plan des rencontres en ligne, une variation significative est notée en ce qui concerne le nombre de partenaires connus par le biais d'Internet<sup>3</sup> et rencontrés en face-à-face selon le site de recrutement : les répondants du site

<sup>3</sup> Les communautés en ligne interrogées proposent en effet des moyens de rencontres basés sur un annuaire de ses membres, des petites annonces, des salons de discussion etc.

bareback ont rapporté en effet entre deux et trois fois plus de partenaires sexuels rencontrés en ligne ( $M > 18,4$ ) que les répondants des autres sites.

### Pratiques sexuelles et espaces associés au barebacking

Le tableau 3 présente les pratiques sexuelles rapportées par les répondants des divers sites sondés qui présentent des scénarios sexuels manifestement contrastés. Ainsi, il est possible d'établir d'emblée que les répondants des sites BDSM et bareback, comparativement aux répondants des sites généralistes, présentent une diversité plus grande de pratiques sexuelles et des pratiques communes dont la plupart peuvent être qualifiées de « *hard* ». Cependant, des différences notables apparaissent dans l'univers des pratiques anales, qu'il s'agisse de l'anulingus, de la sodomie, du *fist-fucking*, ainsi qu'autour des échanges de liquide. Les répondants des sites bareback sont significativement plus nombreux à déclarer ces pratiques que ceux recrutés sur les autres sites, ce qui confirme les résultats que nous avions présentés suite à l'analyse de contenu des profils et des petites annonces<sup>4</sup> d'internautes barebackers [18].

Tableau 3.  
Les pratiques sexuelles des internautes

| Pratiques sexuelles     | BDSM* | Bareback | Généralistes | p       |
|-------------------------|-------|----------|--------------|---------|
| Masturbation réciproque | 80,4  | 72,3     | 83,8         | < 0,001 |
| Fellation donnée        | 89,4  | 92,8     | 86,8         | 0,03    |
| Fellation reçue         | 85,2  | 89,9     | 84,4         | 0,03    |
| Anulingus               | 77,9  | 89,2     | 63,2         | < 0,001 |
| Sodomie active          | 59,0  | 76,5     | 58,2         | < 0,001 |
| Sodomie réceptive       | 71,6  | 82,3     | 61,8         | < 0,001 |
| <i>Fist fucking</i>     | 36,4  | 41,4     | 7,1          | < 0,001 |
| Urophilie               | 45,5  | 51,7     | 9,2          | < 0,001 |
| Scatophilie             | 8,2   | 5,8      | 0,7          | < 0,001 |
| Sadomasochisme          | 50,9  | 26,1     | 7,1          | < 0,001 |
| Bondage                 | 49,1  | 21,1     | 6,9          | < 0,001 |
| Jouets sexuels          | 62,4  | 49,7     | 19,4         | < 0,001 |
| Sexe en groupe          | 53,8  | 74,0     | 31,0         | < 0,001 |

\* Site spécialisé sur le bondage, la domination, le sadisme et le masochisme.

Le tableau 4 présente maintenant les lieux fréquentés par les répondants pour recruter des partenaires. Si Internet reste le premier espace fréquenté, on note que les répondants du site BDSM et de la communauté en ligne bareback sont plus nombreux à fréquenter les espaces fortement chargés au plan sexuel et propices au sexe en groupe tels que les *sex-clubs*, les saunas, les espaces de rencontre en plein air et les *backrooms*. Il convient aussi de noter que les répondants provenant du site bareback semblent fréquenter davantage certains de ces lieux que les répondants du site BDSM. La déclaration de la pratique du sexe en groupe et la fréquentation de ces lieux commerciaux nous amènent à penser que les partenaires sexuels occasionnels rencontrés in fine, tous lieux de recrutement confondus, sont bien plus nombreux que ceux qui nous furent

<sup>4</sup> L'analyse des petites annonces avait permis de détacher nettement l'univers des pratiques privilégiées par les internautes se définissant comme barebackers. L'analité, le sexe en groupe, l'oralité, l'usage de drogues, l'uropathie et la scatalogie étaient bien plus recherchés.

déclarés dans l'enquête, qui ne questionnait que les relations effectives issues de rencontres en ligne.

Sur le plan des impacts de la communication en réseau et du développement de nouvelles pratiques, les analyses montrent que les répondants des sites bareback et BDSM semblent avoir approfondi sur Internet leurs connaissances quant aux cultures de sexe particulières qu'ils privilégient. Par exemple, les répondants diffèrent selon le site de recrutement sur le fait d'avoir développé, par la fréquentation du réseau, leur pratique du bareback (BDSM : 15,5 % ; bareback : 57 % ; généralistes : 7,0 % ; p < 0,001), le sexe en groupe (BDSM : 24,8 % ; bareback : 30,1 % ; généralistes : 15,5 % ; p < 0,001) et pour l'abattement (BDSM : 22,4 % ; bareback : 33,5 % ; généralistes : 9,2 % ; p < 0,001). Les internautes du site BDSM élargissent leurs pratiques sexuelles sur nombre de registres. Ils sont par exemple 47 % à développer leurs pratiques sadomasochistes par ce biais, contre 17,5 % de ceux issus du site bareback et 7,8 % de ceux des sites généralistes.

Tableau 4.  
**Lieux de rencontre des internautes**

| Lieux                             | BDSM* | Bareback | Généralistes | p       |
|-----------------------------------|-------|----------|--------------|---------|
| Sex-club ou bar                   | 64,8  | 76,7     | 48,4         | < 0,001 |
| Sauna                             | 54,4  | 61,2     | 46,2         | < 0,001 |
| Soirées privées                   | 43,9  | 54,8     | 33,0         | < 0,001 |
| Espaces de rencontre en plein air | 59,1  | 64,9     | 49,1         | < 0,001 |
| Toilettes publiques               | 33,2  | 33,6     | 26,5         | < 0,001 |
| Backrooms                         | 50,0  | 67,1     | 29,3         | < 0,001 |
| Internet                          | 95,7  | 94,9     | 85,9         | < 0,001 |

\* Site spécialisé sur le bondage, la domination, le sadisme et le masochisme.

### Comportement bareback et réalité des prises de risque

Pour ce qui concerne la pratique du bareback, nous constatons qu'une très forte majorité des répondants du site bareback a répondu positivement à la question « Avez-vous eu, au cours des six derniers mois, des comportements bareback ? » (*tableau 5*), pourcentage significativement plus élevé (86,5 %) face à celui des répondants des sites BDSM et généralistes. Ramené à la question des prises de risque déclarées comme systématiques ou fréquentes par les répondants du site bareback (35,4 % et 16,1 %), ce résultat suggère que le terme de bareback est entendu comme « avoir parfois et volontairement » des rapports non protégés. On constate donc que plus de la moitié des répondants de cette communauté en ligne sont dans des processus de négociation du port du préservatif, tout en s'affiliant clairement à la pratique du bareback.

Pour rejoindre les résultats d'autres enquêtes [26, 1], le *tableau 5* présente également le pourcentage des répondants qui rapportent au moins un rapport anal non protégé au cours des six mois précédent l'enquête. On voit bien que, selon le site de référence, les résultats diffèrent significativement et que 88,5 % des répondants de la communauté en ligne bareback sont engagés dans des prises de risque occasionnelles.

Tableau 5.  
**Caractéristiques comportementales des internautes face aux prises de risque**

| Variables  | BDSM* | Bareback | Généralistes | p       |
|--|-------|----------|--------------|---------|
| Avoir eu des pratiques bareback                    | 26,7  | 86,5     | 19,6         | < 0,001 |
| Utilisation du préservatif                         |       |          |              |         |
| Jamais   | 4,5   | 35,4     | 6,7          | < 0,001 |
| Rarement   | 2,5   | 16,1     | 1,8          |         |
| Parfois  | 5,9   | 18,9     | 4,1          |         |
| Souvent  | 16,2  | 18,0     | 11,7         |         |
| Toujours   | 70,9  | 11,5     | 75,7         |         |
| Relation anale non protégée<br>(au moins une fois) | 29,1  | 88,5     | 24,3         | < 0,001 |

\* Site spécialisé sur le bondage, la domination, le sadisme et le masochisme.

Pour consolider ces résultats portant sur la question du risque objectif, nous avons donc recodé l'enquête en tenant compte des pratiques à risque effectives des répondants, soit de la présence de relations anales actives ou passives au cours des six derniers mois ramenées à la fréquence rapportée d'utilisation du préservatif au cours de cette même période. Le *tableau 6* propose ainsi une synthèse des caractéristiques des répondants selon le site de recrutement et leur position sécuritaire privilégiée, telle qu'établie à partir de leurs usages rapportés du préservatif lors de leurs relations anales actives et passives.

En ce qui concerne les répondants du site BDSM, l'analyse des données montre que les preneurs de risque systématique (PRS) ont été plus nombreux à rapporter être séropositifs que les négociants et ceux qui ont une position sécuritaire face à leurs conduites préventives. Le lieu de résidence n'est cependant pas associé à la position sécuritaire dans ce groupe. Toutefois, les preneurs de risque systématique rapportent un nombre plus élevé de partenaires sexuels rencontrés par l'intermédiaire d'Internet que les négociants et les répondants sécuritaires.

L'analyse des données des répondants du site bareback montre que la très forte majorité de ceux qui ont des comportements à risque systématique et de négociation sont séropositifs, peu de sécuritaires l'étant. Ils diffèrent sur leur position face au sexe sans risque selon leur lieu de résidence, ceux qui pratiquent systématiquement des rapports non protégés provenant davantage de Paris et de sa banlieue. Quant au nombre de partenaires sexuels rencontrés par l'intermédiaire d'Internet, ceux qui adoptent un comportement sécuritaire en ont rapporté deux fois moins que ceux qui sont dans une position de négociation ou de non-utilisation du préservatif.

Quant aux répondants des sites généralistes, bien que le nombre de séropositifs soit nettement moins important que chez les répondants des autres sites, ils se retrouvent toutefois en plus grand nombre parmi les négociants que parmi les preneurs de risque systématique et les sécuritaires. Ici, le lieu de résidence n'est pas associé à la position face au sexe sans risque. Pour ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels rencontrés par Internet, ce sont les négociants qui en ont rapporté ici le plus grand nombre, soit près de deux fois plus.

On voit donc qu'il y a des divergences, au regard de la prise de risque, selon la culture de sexe associée. Si, pour le site bareback, on voit que les internautes sécuritaires sont les séronégatifs, cette tendance est nettement moins affirmée pour les autres sites où le sexe à risque peut concerner des hommes

séronégatifs, en particulier sur les sites généralistes. On voit aussi que les séropositifs ont davantage tendance, sur les sites spécialisés, à être négociants ou barebackers, ce qui impose une analyse plus fine des données.

Tableau 6.  
**Caractéristiques comportementales des internautes selon la position sécuritaire**

| Site de recrutement                        | Sécuritaire | Négociant | PRS* | p       |
|--|-------------|-----------|------|---------|
| BDSM                                       | 8,6         | 27,7      | 32,6 | < 0,001 |
| VIH +                                      | 8,6         | 27,7      | 32,6 | < 0,001 |
| Réside à Paris ou en banlieue              | 33,0        | 36,2      | 30,2 | 0,62    |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne) | 9,5         | 12,4      | 15,6 | < 0,001 |
| Bareback                                   |             |           |      |         |
| VIH +                                      | 8,1         | 70,8      | 77,2 | < 0,001 |
| Réside à Paris ou en banlieue              | 48,6        | 49,7      | 71,9 | < 0,001 |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne) | 10,3        | 20,9      | 21,4 | 0,06    |
| Généralistes                               |             |           |      |         |
| VIH +                                      | 5,2         | 13,4      | 8,8  | < 0,001 |
| Réside à Paris ou en banlieue              | 32,9        | 34,4      | 29,1 | 0,36    |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne) | 6,7         | 11,7      | 7,3  | < 0,001 |

\* Preneurs de risque systématique.

### Comportement bareback et sérologie

Cette analyse des données selon le statut sérologique est présentée dans le tableau 7. Pour les répondants du site BDSM, on constate que les séropositifs proviennent davantage de Paris et de sa banlieue, ont un plus grand nombre de partenaires rencontrés en face-à-face et de partenaires sexuels rencontrés sur Internet que les séronégatifs et ceux qui n'ont jamais passé un test de dépistage. Aussi, ils sont plus de deux fois plus nombreux à rapporter des relations anales non protégées au cours des six mois qui ont précédé leur participation à l'enquête.

Au regard du site bareback, la tendance est nettement plus accentuée : alors que les hommes séropositifs résident davantage à Paris et dans sa banlieue, ils rapportent davantage de rencontres avec des partenaires connus sur Internet et la presque totalité s'engage dans des relations anales non protégées.

Les répondants séropositifs des sites généralistes diffèrent des séronégatifs et de ceux dont le statut est inconnu quant au lieu de résidence. Ils rapportent davantage de partenaires rencontrés en face-à-face et un plus grand pourcentage annonce des relations anales non protégées, résultats avancés par d'autres enquêtes dont les répondants proviennent de cette catégorie de site [1].

Si le relâchement préventif des hommes séropositifs n'est pas nouveau, peu d'études avaient interrogé ces derniers selon leurs cultures de sexe. Or, comprendre ces dernières semble essentiel pour envisager des actions de prévention ou de réduction des méfaits. Les enjeux sont clairs : pour le site bareback, la quasi-totalité des usagers séropositifs (98,6 %) se trouve dans une logique de prises de risque récurrente.

Tableau 7.  
**Caractéristiques comportementales des internautes selon leur statut sérologique**

| <b>Site de recrutement</b>                      | <b>Séropositif</b> | <b>Séronégatif</b> | <b>Inconnu</b> | <b>p</b> |
|---|--------------------|--------------------|----------------|----------|
| BDSM*   |                    |                    |                |          |
| Réside à Paris ou en banlieue                   | 42,5               | 35,4               | 22,8           | < 0,001  |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne)      | 12,8               | 9,6                | 6,8            | < 0,001  |
| Relation anale non protégée (au moins une fois) | 57,7               | 25,0               | 20,9           | < 0,001  |
| Bareback  |                    |                    |                |          |
| Réside à Paris ou en banlieue                   | 62,2               | 42,3               | 25,0           | < 0,001  |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne)      | 22,5               | 11,2               | 9,8            | 0,06     |
| Relation anale non protégée (au moins une fois) | 98,6               | 68,8               | 70,6           | < 0,001  |
| Généralistes                                    |                    |                    |                |          |
| Réside à Paris ou en banlieue                   | 41,0               | 33,3               | 29,8           | < 0,001  |
| Partenaires sexuels via Internet (moyenne)      | 12,0               | 6,6                | 5,2            | 0,23     |
| Relation anale non protégée (au moins une fois) | 42,8               | 23,3               | 21,4           | < 0,001  |

\* Site spécialisé sur le bondage, la domination, le sadisme et le masochisme.

### Comportement bareback et sérotriage

Le tableau 8 montre que les internautes séropositifs provenant du site bareback sont 86,8 % à ne jamais ou rarement rechercher des partenaires sérodifférents, soit séronégatifs. Quant à ces derniers, ils sont 92,5 % à ne chercher que jamais ou rarement des partenaires sérodifférents, soit séropositifs. Le souhait d'une séroconvergence semble ferme dans les deux groupes et souligne des attitudes de réductions des risques comme certaines formes de responsabilisation. D'ailleurs, la recherche « souvent ou toujours » de sérodifférence chez les séropositifs, c'est-à-dire du *gift giving* (possibilité de contaminer son partenaire) reste marginale (4,2 %), la même tendance se confirmant pour le *bug chasing* (chercher à se contaminer alors que l'on est séronégatif). Ainsi, le sérotriage semble mis en œuvre de manière assez rationnelle par les répondants du site bareback.

Tableau 8.  
**Sérotriage : la recherche de sérodivergences**

|  | <b>Séronégatif</b> | <b>Séropositif</b> | <b>p</b> |
|--|--------------------|--------------------|----------|
| Recherche de partenaires de statut sérologique différent |                    |                    |          |
| Jamais   | 84,8               | 75,4               | < 0,001  |
| Rarement   | 7,7                | 11,4               |          |
| Parfois  | 4,0                | 9,0                |          |
| Souvent  | 2,4                | 3,0                |          |
| Toujours   | 1,2                | 1,2                |          |

### **De la réduction des méfaits aux préoccupations en matière de santé**

Cette position de réduction des méfaits se retrouve dans les entretiens et les groupes de paroles<sup>5</sup> menés auprès d'usagers utilisant le site bareback et montre que, non seulement les données des profils des membres (sérologie déclarée, charge virale etc.) sont consultées, mais que ces questions sont ensuite abordées dans les conversations en ligne, souvent à des fins de vérification de la véracité de fiches profils. Cette situation d'interaction, favorisée clairement par les moyens techniques développés dans certains salons de discussion, permet d'aborder des sujets intimes, dans le but d'installer un climat de confiance entre partenaires. Ce processus se retrouve également dans les sites de rencontre généralistes ou dans la communauté BDSM, mais porte alors sur d'autres registres de préoccupations. Ces prémisses<sup>6</sup> sont difficilement comparables à ceux qui sont mis en œuvre lors de rencontres directes pratiquées dans l'univers traditionnel de drague (saunas, lieux extérieurs ou *backrooms* etc.) où le verbe est parfois déplacé.

Face à ce portrait contrasté, montrant des différences significatives sur le plan des pratiques et de l'exposition au risque lié au VIH ou aux infections sexuellement transmissibles selon le site de référence, les répondants des communautés en ligne BDSM et bareback se montrent significativement plus favorables (que les internautes des sites généralistes) au contenu que proposerait un portail d'informations en matière de santé et de sexualité. Ils développent plus d'intérêt pour des informations relatives au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles (prévention, information, symptômes etc.), à la vie gay (communauté), à la sexualité (en général ou sur les pratiques marginales) ou pour un forum de questions géré par des intervenants. Le succès des interventions de Sida Info Service (Questions-réponses santé) dans ces deux communautés en ligne BDSM et bareback confirme l'intérêt porté par ces deux groupes d'internautes au maintien de leur santé, dans une logique d'épanouissement de leurs pratiques, même si leurs questionnements diffèrent fortement, les hommes barebakers ayant un registre de questions bien spécifiques [19].

## **Discussion**

Les résultats que nous venons d'exposer rejoignent nos analyses de contenu de sites français regroupant des hommes barebackers. Ils permettent de définir le barebacking comme une culture de sexe s'agençant dans une « composition de pratiques et d'espaces ».

Contrairement à d'autres études mettant en avant un relâchement préventif de certains groupes d'hommes gay (jeunes ou séropositifs), nous voyons ici que le barebacking se distingue clairement du *relapse* au niveau de l'intentionnalité et de la propension à ne pas systématiquement se protéger du risque de la contamination, de complications dans les traitements ou de contraction d'infections sexuellement transmissibles. La répétitivité du choix préférentiel du sexe non

<sup>5</sup> Six groupes de paroles réunissant des usagers de la communauté en ligne bareback, ainsi qu'une dizaine d'entretiens de participants furent menés entre 2004 et 2005 à Sida Info Service, permettant de mieux circonscrire les processus et perceptions à l'œuvre dans la pratique du barebacking.

<sup>6</sup> Notons aussi que les internautes passent la plupart du temps par un autre médium (filtre), avant de finaliser leurs rencontres, le téléphone.

protégé est donc à souligner, même si les internautes se désignant comme barebackers négocient souvent le port du préservatif.

Ces hommes, dont l'expérience n'est pas nouvelle (les pratiques « NoKapotes » étaient déjà mises en avant dès le début des années 1990 sur certaines messageries roses du Minitel), adhèrent désormais à des communautés en ligne fortement identitaires, soulignant ainsi la prise de conscience de faire partie d'un groupe dont les pratiques sont spécifiques et dépassent le simple abandon du préservatif. En effet, ces hommes recherchent de nombreux partenaires, rencontrés dans des contextes favorisant le sexe en groupe, les échanges de liquides sexuels, la soumission ou l'abandon dans un registre sexuel valorisant le sexe anal et sa performance.

L'analité et le sperme sont au cœur du bareback et ces relations confrontent la dualité risque/plaisir. Si le préservatif a fait écran aux références au sperme dans la sexualité entre hommes, l'analyse qualitative de petites annonces d'internautes barebackers révèle une dimension discursive qui lui garantit une place centrale [18] : on retrouve une obsession pour le sperme (nommé de diverses manières), ainsi que pour la sodomie où l'idée de fusion et d'échange unit un « donneur » à un « receveur », ce qu'ont également relevé Holmes et Warner [13]. La pénétration est désignée par des figures narratives qui s'opposent à tout discours de prévention ou de réduction des méfaits (« doser », « remplir », « gaver »), lançant un véritable défi aux institutions.

L'accès à ce registre de fantasmes et de pratiques valorisant le sperme et l'analité se trouve facilité par la fréquentation du réseau Internet, qui permet une efficiente « mise en images » de cette culture de sexe. Si les sites pornographiques bareback renvoient à des fictions éloignées d'enjeux personnels, des communautés en ligne regroupant des milliers d'usagers (affirmant partager cette expérience) amènent à l'idée de « réalisabilité ». Si les fantasmes y sont abordés sans tabou, les relations finalisées en face-à-face (que nous savons nombreuses) semblent suivre cependant des règles « de bonne conduite », en s'alliant à des stratégies de réduction des risques et des méfaits. Le réseau Internet est bien devenu pour les hommes barebackers un nouvel espace de liberté, de socialisation et de visibilité pour des gays, majoritairement séropositifs, cherchant des partenaires de même statut. En effet, le *gift-giving* et le *bug-chasing*, fortement médiatisés, restent des comportements extrêmement marginaux, rejoignant ici les conclusions d'autres chercheurs [17, 25].

L'enquête souligne également que ce nouvel espace de visibilité et de socialisation n'a pas conduit à l'abandon des espaces de drague commerciaux ou publics favorisant le sexe en groupe et les rapports impersonnels, espaces où un bareback silencieux a toujours sa place. Notons que, si le phénomène est inégal selon les régions, il domine dans la région parisienne, mais se trouve également présent dans les plus grandes métropoles.

Enfin, au-delà de ces relations entre pratiques et espaces, se dévoile le sentiment d'appartenance à une communauté de destin : celle d'hommes majoritairement séropositifs, bien informés et rationalisant leur représentation du risque, avec parfois un certain déni. Ainsi, le statut sérologique est bien l'une des principales variables associée au barebacking, rejoignant l'avis d'autres travaux [1, 27]. Cette situation interpelle le chercheur sur les parcours ayant amené à la négociation ou à l'abandon du préservatif et, donc, à la séroconversion. La culture de sexe bareback semble valorisée par la recherche de sensations sexuelles,

avec prédominance du sexe anal et du multipartenariat. Il semblerait donc possible d'identifier certains déterminants précurseurs dans des travaux plus approfondis.

Finalement, avec l'arrivée d'Internet, le bareback est devenu une figure visible et médiatisée, opposant la culture d'une sexualité à l'exemplarité d'une culture de la prévention dans la communauté gay [17]. Si nous pensons que le barebacking s'inscrit bien comme une culture de sexe identifiable, il se compose dans le partage de pratiques et d'espaces et n'impose pas à ses adeptes l'abandon systématique du préservatif. Il laisse place à une rationalisation du risque, à des stratégies de prévention ou de réduction des méfaits. Enfin, le bareback ne semble pas être vécu de manière linéaire dans le parcours des hommes gay qui en revendiquent l'usage, même si un certain nombre d'entre eux se l'approprient comme référent identitaire.

## Références bibliographiques

1. Adam P, De Wit J, Alexandre A. Un nouveau regard sur la prise de risque parmi les gays et ses déterminants psychologiques. Résultats de l'enquête en ligne sur le désir au masculin. Rapport présenté au SNEG/I-PSR/Citégay, décembre 2004.  
<http://www.sneg.org/fr/prevention/sexdrive/sexdrive1.pdf>
2. Alexander J. « Queer webs : Representations of LGBT people and communities on the World Wide Web ». *International Journal of Sexuality and Gender Studies* 2002 ; 7 (2-3) : 77-84.
3. Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L, Elford J. Gay men who look for sex on the Internet : is there more HIV/STI risk with online partners ? *AIDS* 2005 ; 19 : 961-8.
4. Bull SS, Lloyd L, Rietmeijer CA, McFarlane M. Recruitment and retention of an online sample for an HIV prevention intervention targeting men who have sex with men : The Smart Sex Quest Project. *AIDS Care* 2004 ; 16 (8) : 931-43.
5. Bull SS, McFarlane M. Soliciting sex on the Internet : what are the risks for sexually transmitted diseases and HIV. *Sexually Transmitted Diseases* 2000 ; 545-50.
6. Carballo-Díéguez A, Bauermeister J. Barebacking : Intentional condomless anal sex in HIV-risk contexts. Reasons for and against it. *Journal of homosexuality* 2004 ; 47 : 1-16.
7. Chaney MP, Dew BJ. Online experiences of sexually compulsive men who have sex with men. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2003 ; 10 : 259-74.
8. Chiasson MA, Hirshfield S, Humberstone M, Di Filippi J, Newstein D, Koblin B, Remien R. *The Internet and high-risk sex among men who have sex with men* [Abstract], 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2003.
9. Cooper A, Delmonico DL, Burg R. Cybersex users, abusers, and compulsives : New findings and implications. *Cybersex : The dark side of the force : A special issue of the Journal Sexual Addiction and Compulsivity*, Philadelphia : Taylor & Francis, 2000, pp. 5-29.

10. Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Web-based behavioral surveillance among men who have sex with men : a comparison of online and offline samples in London, UK. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004 ; 35 : 421-6.
11. Gauthier DK, Forsyth CJ. Bareback sex, bug chasers, and the gift of death. *Deviant Behavior : An Interdisciplinary Journal* 1999 ; 20 : 85-100.
12. Halkitis PN, Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the Internet. *AIDS Care* 2003 ; 15 (3).
13. Holmes D et Warner D. The anatomy of a forbidden desire : men, penetration and semen exchange. *Nursing Inquiry* 2005 ; 12 :10-20.
14. Hospers HM, Kok G, Harterink P, de Zwart, O. A new meeting place : chatting on the Internet, e-dating and sexual risk behaviour among Dutch men who have sex with men. *AIDS* 2005 ; 19 : 1097-101.
15. Kim AA, Kent C, McFarland M, Klausner JD. Cruising on the Internet highway. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001 ; 28 (1), 2001 : 89-93.
16. Lau JTF, Kim JH, Lau M, Tsui HY. Prevalence and risk behaviors of Chinese men who seek same-sex partners via the Internet in Hong Kong. *AIDS Education and Prevention* 2003 ; 15 : 516-28.
17. Le Talec JY. Bareback et pratiques sexuelles à risque chez les hommes gay : la visibilité gay au temps du sida. Université de Toulouse 2 Le Mirail, équipe Simone Sagesse, Rapport de recherche 2004.
18. Léobon, A, Charbonneau D. Les usages sociosexuels d'Internet & le développement d'une culture du risque au sein de la communauté homosexuelle, Annexe 2, rapport de recherche Anrs ; 2003 : 36.
19. Léobon A., Frigault LR. D'une culture de sexe à la réalité des prises de risque : les demandes en matière de santé et de bien-être d'internautes. Conférence internationale VIH et Santé gay : nouveaux concepts, nouvelles approches. Dynamiser la prévention VIH dans un contexte de santé globale et de bien-être, 28 novembre 2005, Paris, France  
[http://www.gaystudies.org/bareback\\_anrs.pdf](http://www.gaystudies.org/bareback_anrs.pdf)
20. McFarlane M, Bull SS, Reitmeijer CA. The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *Journal of the American Medical Association* 2000 ; 284(4) : 443-6.
21. Moles A. Les mouvements religieux aujourd'hui. Théories et pratiques. *Les Cahiers de recherches en sciences de la religion*. Laval : Bellarmin,1986 ; 5 : 85-108.
22. Ross MW, Tikkannen R, Mansson SA. Differences between Internet samples and conventional samples of men who have sex with men : implications for research and HIV interventions. *Social Science and Medicine* 2000 ; 51(5) : 749-58.
23. Scarce M. Back to Barebacking. *NY Blade*, 21 août 1998.  
<http://www.managingdesire.org/scarcebttb.html>.
24. Suarez T, Miller J. Negotiating risks in context : a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men – Where do we go from here ? *Archives of Sexual Behavior* 2001 ; 30 (3) : 287-300.
25. Tewksbury R. Bareback sex and the quest for HIV : assessing the relationship in Internet personal advertisements of men who have sex with men. *Deviant Behavior* 2003 ; 24 (5) : 467-82.
26. Tikkannen R, Ross MW. Technological tearoom trade : Characteristics of Swedish men visiting gay Internet chat rooms. *AIDS Education and Prevention* 2003 ; 15 (2) : 122-32.

27. Velter A. Premiers résultats de l'Enquête Presse Gay 2004. Institut de veille sanitaire 2005. Document disponible à l'adresse suivante : [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg\\_resultats/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/index.html).
28. Weatherburn P, Hickson F, Reid D. Net benefits : Gay men's use of the Internet and other settings where HIV prevention occurs. 2003, Retrieved online August 15, 2004. Sigma Research Web site : [www.sigmaresearch.org.uk](http://www.sigmaresearch.org.uk)



# Liste des auteurs

Anne-Déborah Bouhnik, Observatoire régional de la santé/unité Inserm 379, Marseille

Alice Bouyssou-Michel, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Michel Bozon, Institut national d'études démographiques, Paris

Françoise Cazein, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Jérôme Courduries, Centre d'anthropologie, université Toulouse-le Mirail, Toulouse

Jean-Claude Desenclos, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Rosemary Dray-Spira, unité Inserm 687, Saint-Maurice

Jeanne Fagnani, unité mixte de recherche « Matisse », CNRS, Paris

Louis-Robert Frigault, département de sexologie, université du Québec, Montréal, Québec, Canada

Isabelle Heard, hôpital européen Georges Pompidou, Paris

Magid Herida, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Christine Larsen, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Jean-Yves Le Talec, équipe Simone Sagesse, université Toulouse-le-Mirail, Toulouse

Alain Léobon, unité mixte de recherche « espaces et société », CNRS, Angers/université du Québec, Montréal, Québec, Canada

Arnaud Lerch, centre de recherche sur les liens sociaux, CNRS, Paris

France Lert, unité Inserm 687, Saint-Maurice

Florence Lot, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Yolande Obadia, Observatoire régional de la santé/unité Inserm 379, Marseille

Patrick Peretti-Watel, Observatoire régional de la santé/unité Inserm 379, Marseille

Janine Pierret, centre de recherche médecine, science, santé et société, CNRS, Villejuif

Josiane Pillonel, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Roselyne Pinget, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Marie Preau, unité Inserm 379, Marseille/laboratoire de psychologie sociale, Aix-en-Provence

Benoît Riandey, Institut national d'études démographiques, Paris

Marie-Ange Schiltz, centre d'analyse et de mathématique sociales, EHESS, CNRS, Paris

Caroline Semaille, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Rémi Sitta, unité Inserm 687, Saint-Maurice

Bruno Spire, Observatoire régional de la santé/unité Inserm 379, Marseille

Annie Velter, département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

## 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)
- **Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires**  
(octobre 2003)





---

Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.

14110 Condé-sur-Noireau

N° d'Imprimeur : 104651 - Dépôt légal : juin 2007

*Imprimé en France*