



HAL
open science

Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles. Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009.

Gabriel Girard

► **To cite this version:**

Gabriel Girard. Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles. Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009.. Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2012. Français. NNT: . tel-00676665

HAL Id: tel-00676665

<https://theses.hal.science/tel-00676665v1>

Submitted on 5 Mar 2012

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

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

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales – Paris

Discipline : Sociologie

THESE

Pour l'obtention du grade de docteur de l'EHESS

Présentée et soutenue publiquement le mardi 28 février 2012

Gabriel Girard

**Risque du sida et structuration des sociabilités
homosexuelles.**

Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009.

Sous la direction de :

Geneviève Harrous-Paicheler

Directrice de recherche au CNRS

Membres du jury :

M. Barry Adam (rapporteur) – Professeur, University of Windsor

Mme Nathalie Bajos – Directrice de recherche à l'INSERM

M. Marc Bessin – Chargé de Recherche au CNRS

M. Marcel Calvez (rapporteur) – Professeur à l'Université Rennes 2

Mme Geneviève Harrous-Paicheler – Directrice de recherche au CNRS

Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles.

Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009.

Résumé : Cette thèse propose une analyse sociologique de la transformation des normes de la prévention du sida parmi les homosexuels en France. Elle s'appuie sur une enquête qualitative qui comprend : d'une part, l'étude des controverses associatives autour des enjeux de risque VIH sur la période 1989-2009. D'autre part l'analyse de l'expérience ordinaire de la prévention chez les gais. Il s'agit d'étudier, à des échelles sociales diverses, la manière dont les accords et les désaccords au sujet de la prévention traduisent des conceptions différentes des relations entre homosexuels. En prenant pour point de départ l'émergence médiatique du phénomène de bareback en France, la thèse propose plus généralement une lecture socio-historique des problématisations du risque, articulée à une analyse sociologique de l'élaboration et de la circulation des normes de prévention. L'anthropologie réflexive du risque qui sous-tend ce travail éclaire les rationalités situées à l'œuvre dans la gestion des risques du sida.

Mots-clés : VIH/sida, homosexualité, risque, prévention, sociabilité, communauté gaie, bareback, France.

Aids risk and the structuration of homosexual sociabilities.

Sociological analysis of the norms of prevention in France, 1989-2009.

Summary: From a sociological perspective, this PhD dissertation analyzes how the norms of Aids prevention have been transformed among gay men in France. The research rests on a qualitative investigation which delves into study the controversies between associations about HIV risks (1989-2009) and the analysis of lay experience of prevention among gay men. On diverse social scales, it aims at highlighting how agreements and disagreements about prevention show different conceptions of the relationships between homosexuals. Studying the emergence of the phenomenon of bareback in the French media, this dissertation proposes a sociohistorical reading of the way risks have been problematized, related to a sociological analysis of the elaboration and circulation of prevention standards. The underlying reflexive anthropology shed light on the situated rationalities of risk management in Aids era.

Key words: HIV/Aids, homosexuality, risk, prevention, sociability, gay community, bareback, France.

Thèse préparée au sein du :

Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3)

Site CNRS

7 rue Guy Môquet

94801 Villejuif cedex

<http://www.cermes3.cnrs.fr/>

Contact auteur :

ggirard@ehess.fr

Remerciements

Je remercie en premier lieu les personnes qui m'ont accordé leur confiance au cours de ce travail de recherche : personnes interviewées, acteurs de la lutte contre le sida et collègues.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à Genviève Harrous-Paicheler qui a dirigé cette thèse avec une attention bienveillante et une rigueur sans défaut, en nourrissant ma réflexion de manière constante.

Je remercie les membres du jury, qui ont accepté d'évaluer mon travail et d'y apporter leur regard critique.

Le Cermes 3 a constitué un environnement de travail particulièrement stimulant sur le plan intellectuel et soutenant sur le plan matériel. Je remercie son directeur, Jean-Paul Gaudillière et sa co-directrice, Martine Bungener pour leur accueil. Je remercie Delphine Rolland, Karine Gay et Jean-Guy Gay pour leur patience et leur disponibilité sans faille. Un grand merci à l'ensemble des collègues du laboratoire pour le soutien et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail, dans les temps de séminaire comme dans les moments plus informels. Les échanges et l'ambiance chaleureuse entre les doctorant-e-s du laboratoire ont constitué un atout précieux pour la socialisation académique. Merci à tous et toutes.

Plusieurs collègues ont joué un rôle clé à différentes étapes de mon parcours de recherche. Marcel Calvez, en dirigeant mon mémoire de Master 2 et en m'ouvrant les portes de la recherche ; Jean-Yves Le Talec, en me suggérant de contacter Geneviève Paicheler un matin d'octobre 2005 ; Janine Pierret, en me transmettant (souvent autour d'un café) avec générosité son goût de la recherche qualitative rigoureuse ; Didier Fassin, en soutenant avec enthousiasme l'organisation de la journée « Implication, réflexivité et positionnement » d'avril 2008 et la création du réseau ; Marie-Ange Schiltz, en m'accueillant chaleureusement et en m'ouvrant ses archives ; Bruno Spire, en m'ouvrant de nombreuses portes dans les différents mondes que nous partageons.

Cette thèse s'est largement enrichie des nombreux échanges initiés dans le cadre du réseau des jeunes chercheurs « Sciences sociales et VIH/sida », créé en juin 2008. Les séminaires, les moments de travail comme les discussions informelles ont largement contribué à faire de cette thèse ce qu'elle est. Merci à tous et toutes. De la même manière, la participation aux activités du réseau des jeunes chercheurs « Santé et société » de la MSH Paris-Nord a été très profitable à mes réflexions. Merci à ses animateurs et animatrices pour leur engagement et leur disponibilité.

Merci à Fanny, une collègue en or, jusqu'au moment du dépôt de la thèse. Merci à Elise pour toutes ces journées de travail en commun, les repas et les fous rires qui ont contribué à rendre la fin de thèse plus douce.

La participation à différentes réunions de travail à l'ANRS m'a permis de confronter mes analyses dans des cadres pluridisciplinaires, une expérience intellectuelle et humaine déterminante. Merci à Véronique Doré pour sa disponibilité constante. Merci également à France Lert et Gilles Pialoux.

Je remercie les documentalistes du CRIPS pour leur accueil chaleureux à différents moments de la thèse.

A travers mon engagement à AIDES, les discussions, les rencontres et les échanges ont été particulièrement stimulants et m'ont permis, sur la durée, de conserver un lien avec « le terrain ». Merci à tous et toutes pour votre exigence, votre engagement et votre tendresse.

Les différents relecteurs et relectrices de tout ou partie de cette thèse ont effectué un travail inestimable, et je les en remercie vivement : Claire Beaudevin, Samuel Bonnefont, Pauline Delage, Marion Doucet, Elise Marsicano et Florian Vörös. Un remerciement tout particulier à Robin qui est sans doute devenu, grâce à Marion, le plus jeune relecteur de thèse de France.

Je remercie également mes parents pour leur soutien indéfectible.

Enfin, je voudrais exprimer mes remerciements à mes proches qui ont eu à subir les joies, au fil des années, les joies et les déboires (et les indisponibilités) de la vie d'un doctorant. Je ne peux tous-tes les nommer ici, mais mes pensées vont particulièrement vers Alex, Bruno, Damien, Elise, Gael, Jaime, Jean-Marie, Julien, Juliette, Léo, Lydie, Marine, Marion, Mélanie, Nicolas, Pauline, Olivier, Pierre et, bien sûr, Samuel. Leur humour, leur patience et leur bienveillance m'ont permis de parvenir au bout de ce travail.

Au moment de terminer cette thèse, j'ai une pensée particulière pour François Delor. Son intelligence et sa gentillesse restent un exemple.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans le soutien financier de l'ANRS (2006-2009) et de Sidaction (2010).

Précisions pour la lecture

Gai : j'ai choisi d'utiliser le terme « gai » plutôt que « gay » pour parler de l'homosexualité masculines. « Gay » est parfois employé, lorsque je cite un auteur, une référence (« l'enquête presse gay », par exemple) ou le titre d'une publication en anglais.

Les termes anglais ont été mis en italique, à l'exception du terme bareback, dont l'usage courant dans les données recueillies m'a paru relever d'une appropriation linguistique.

Sigles utilisés :

Les sigles sont déclinés lors de leur première utilisation. Cependant, afin de faciliter la lecture, en voici la liste :

AC 18 : Action Coordonnée 18 de l'ANRS « Comportements et prévention »

AFLS : Agence Française de Lutte contre le Sida

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

CA d'AIDES : Conseil d'Administration d'AIDES

CFES : Comité Français d'Education à la Santé

CN d'AIDES : Conseil National d'AIDES

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

DGS : Direction Générale de la Santé

GIGLN : Groupe d'Intervention Gay et Lesbien National (AIDES)

GN HEE : Groupe National Hommes Entre Eux (AIDES)

GPH : Gai Pied Hebdo

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

JDS : Journal Du Sida

RdRs : Réduction des Risques sexuels

RdR UD : Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogue

Table des matières

Sommaire.....	13
Introduction générale.....	19
Partie 1 : Historiquer les controverses sur la prévention du sida	47
1. La prévention est-elle devenue un problème ?	49
2. De quoi le bareback est-il le nom ?	101
3. Réduction des risques contre prévention ?	145
Partie 2 : Les sociabilités homosexuelles et le risque du sida.....	195
4. Communauté, sujet, prévention.....	197
5. Expériences de l’homosexualité et perception du bareback	249
Partie 3 : Risque et réflexivité.....	293
6. Elaboration d’un savoir sur la prévention.....	297
7. La mise en récit du risque.....	339
8. Reconfiguration des débats sur le risque	387
Conclusion générale	431
Bibliographie.....	439
Table des figures.....	453
Table des encadrés.....	454
Sources.....	455
Annexe 1 : Méthodologie	489
Annexe 2 : Campagnes d’Act Up-Paris.....	499
Annexe 3 : Les flyers de réduction des risques sexuels d’AIDES (2002) ...	509

Sommaire

Sommaire.....	13
Introduction générale.....	19
Une enquête sur un « terrain sensible »	21
La réflexivité au cœur de la recherche	22
L'identité sexuelle du chercheur : un enjeu scientifique ?	25
Enjeux moraux du risque... dans la recherche	27
Aux risques du terrain	29
Les débats sur le bareback comme point de départ.....	33
Prévention du sida et sociabilités homosexuelles.....	34
Le bareback, un problème de santé publique	36
Les expériences ordinaires du risque et de la prévention.....	39
Une anthropologie réflexive du risque VIH.....	41
Plan de la thèse	46
Partie 1 : Historiciser les controverses sur la prévention du sida	47
1. La prévention est-elle devenue un problème ?	49
1.1. Emergence et structuration d'une mobilisation homosexuelle face au VIH.....	50
1.1.1. La constitution d'un champ associatif de lutte contre le sida	51
1.1.2. La structuration de quatre options homosexuelles	57
1.1.3. Les politiques publiques de prévention du VIH et l'enjeu homosexuel	60
1.2. Les débats sur « l'homosexualisation » du sida.....	63
1.2.1. Les options homosexuelles à l'épreuve de la prévention.....	63
1.2.2. Socialisation des homosexuels et formes de mobilisation	67
1.2.3. Controverses autour du colloque « Homosexualités et sida ».....	71
1.2.4. L'AFSL et la structuration d'un « champ » homosexuel.....	74

1.3.	La constitution d'un « problème » de prévention	80
1.3.1.	L'émergence d'une inquiétude.....	80
1.3.2.	Les sciences sociales et l'analyse du « relâchement » préventif.....	83
1.3.3.	L'émergence d'une analyse du risque en termes d'intentionnalité.....	92
	Conclusion du chapitre : une nouvelle cartographie morale du risque	100
2.	De quoi le bareback est-il le nom ?	101
2.1.	Le bareback : émergence et stabilisation d'une catégorie.....	103
2.1.1.	Tout commence aux Etats-Unis ?.....	103
2.1.2.	Lestrade/Dustan : la production idéologique du bareback.....	108
2.1.3.	Elargissement de la controverse	111
2.1.4.	Le risque, discours sur soi et sur « les autres »	123
2.2.	Bareback, identités et comportements	127
2.2.1.	Un objet d'étude à l'échelle internationale	127
2.2.2.	Des enjeux de définition.....	130
2.2.3.	Circulations des termes	135
2.2.4.	Mettre en perspective les catégories du risque.....	138
	Conclusion du chapitre : une controverse française	142
3.	Réduction des risques contre prévention ?	145
3.1.	Vers le débat sur la Réduction des risques sexuels	147
3.1.1.	La fabrication des flyers de RdRs	149
3.1.2.	La Réduction des Risques sexuels (RdRs) : un concept de santé publique	154
3.2.	Elaboration d'une expertise associative autour de la RdRs.....	161
3.2.1.	Emergence d'une cause au sein d'AIDES.....	161
3.2.2.	Tensions internes.....	171
3.3.	AIDES/Act Up-Paris, deux lectures divergentes de l'intérêt communautaire.....	176
3.3.1.	« Tout capote » vs RdRs ? La construction d'une opposition.....	177

3.3.2.	Deux approches divergentes de la prévention.....	184
	Conclusion du chapitre : quelle communauté morale ?	191
	Partie 2 : Les sociabilités homosexuelles et le risque du sida.....	195
4.	Communauté, sujet, prévention	197
4.1.	Sujet et communauté : tensions sociologiques et politiques	199
4.1.1.	Un nécessaire travail de contextualisation	200
4.1.2.	République, communauté et oppression.....	203
4.1.3.	La dislocation du lien communautaire	208
4.2.	Les comportements à risque, révélateurs d'un processus de « normalisation » de l'homosexualité ?	217
4.2.1.	Des enjeux de périodisation	217
4.2.2.	Prévention et contextes moraux du risque.....	224
4.3.	Affiliation sociale, homosexualité et risque du sida	234
4.3.1.	Lecture critique des analyses de la communauté gaie.....	234
4.3.2.	Penser en termes d'affiliation sociale : l'apport de l'analyse culturelle.....	237
	Conclusion du chapitre : envisager la construction sociale du risque dans l'expérience ordinaire des gais.....	246
5.	Expériences de l'homosexualité et perception du bareback	249
5.1.	L'homosexualité au prisme des contextes de sociabilité	250
5.1.1.	Appartenir à une communauté	251
5.1.2.	Sentiment de distance	258
5.1.3.	Sociabilités homosexuelles : partir des expériences ordinaires	265
5.2.	Mode d'affiliation et perception du phénomène de bareback.....	271
5.2.1.	Appartenance communautaire et perception du bareback.....	271
5.2.2.	Profils individualistes et bareback.....	280
	Conclusion du chapitre : le bareback, révélateur social.....	289

Partie 3 : Risque et réflexivité.....	293
6. Elaboration d'un savoir sur la prévention.....	297
6.1. La socialisation préventive initiale.....	300
6.1.1. L'entrée dans la sexualité avant le sida.....	300
6.1.2. L'entrée dans la vie sexuelle dans le contexte de l'épidémie	304
6.2. Des modalités de rapport au savoir ancrées dans l'expérience.....	308
6.2.1. L'incertitude	309
6.2.2. Soi comme opérateur de la prévention	312
6.2.3. La menace venue de l'extérieur.....	314
6.2.4. Soi comme résistant à la transgression.....	318
6.3. Les conceptions de la prévention à l'épreuve des trajectoires de vie	322
6.3.1. Les trajectoires marquées par des ruptures	323
6.3.2. Des trajectoires linéaires	327
6.3.3. Engagement associatif, savoir préventif et tensions.....	332
Conclusion du chapitre : savoir profane et expérience du risque.....	336
7. La mise en récit du risque.....	339
7.1. Ancrage communautaire et gestion du risque	348
7.1.1. Le lien entre VIH et homosexualité	348
7.1.2. La communauté et l'expérience du risque.....	351
7.1.3. Communauté protectrice et exigence préventive	354
7.2. Des individus face aux risques.....	361
7.2.1. Risques et responsabilité	361
7.2.2. Des capacités d'agir sous contrainte	367
7.2.3. Individu, autonomie et risques	372
7.2.4. Fatalité du risque ?	377
Conclusion du chapitre : face au risque, quelles formes de réflexivité ?	382

8. Reconfiguration des débats sur le risque	387
8.1. Les débats sur le bareback, une « montée aux extrêmes » ?	389
8.1.1. Nouveaux enjeux ou vieux débats ?.....	389
8.1.2. « Stigmatiser ? ».....	392
8.1.3. Politiser un fait divers	394
8.2. Discours scientifiques, discours militants : une nouvelle articulation.....	398
8.2.1. L’accent mis sur les discours experts.....	398
8.2.2. Transformations associatives	406
8.3. La reformulation du discours scientifique sur le risque.....	413
8.3.1. La réduction des risques sexuels comme enjeu de recherche	413
8.3.2. L’affirmation du rôle des antirétroviraux dans la prévention	418
Conclusion du chapitre : reconfiguration de l’analyse du risque.....	428
Conclusion générale	431
Retour sur l’argumentation.....	431
Contributions à une anthropologie réflexive du risque et de la santé.....	436
Bibliographie.....	439
Table des figures.....	453
Table des encadrés.....	454
Sources.....	455
Presse généraliste.....	455
Rapports.....	458
Sites internet	458
Documents AIDES.....	459
Presse associative.....	460
Presse gaie	477

Annexe 1 : Méthodologie	489
Le terrain de recherche.....	489
L'analyse des controverses : la presse et les acteurs	489
Tableau des informateurs rencontrés.....	492
Prévention, perception du risque et biographie	493
Tableau des répondants Ille-et-Vilaine.....	495
Tableau des répondants Région parisienne	495
Grille d'entretien	497
Grille d'analyse	498
Annexe 2 : Campagnes d'Act Up-Paris.....	499
Annexe 3 : Les flyers de réduction des risques sexuels d'AIDES (2002) ...	509

Introduction générale

26 juin 1999. Des milliers de lesbiennes, de gais, de bis et de trans défilent joyeusement et musicalement dans les rues de Paris à l'occasion de la Marche des Fiertés. Dans le cortège d'Act Up-Paris, le mot d'ordre détonne : « *baiser sans capote, ça vous fait jouir ?* ». Sur les affiches de l'association, le visuel est explicite : sur la première, un homme éjacule sur un visage, bouche ouverte ; sur l'autre affiche, la photo en gros plan d'une pénétration anale sans préservatif. Un court texte développe l'argumentaire de l'association :

« A cette question, sans doute répondez-vous instinctivement : oui. (...) Pour notre part, nous n'arrivons pas à mettre de côté notre expérience du sida. Nous n'arrivons pas à jouir sans capote. Le risque de contaminer ou d'être contaminé continue à gâcher notre plaisir ».

Avec cette affiche, même s'il n'est pas nommé, le phénomène de « bareback »¹ fait une entrée fracassante dans l'espace public. Alors que le monde associatif bruisse depuis plusieurs années des débats sur le relâchement des pratiques de prévention, Act Up-Paris met le projecteur sur la prise de risque intentionnelle.

5 mars 2011. Près d'une centaine de personnes sont réunies dans l'auditorium de l'Hôtel de Ville, à Paris. A la tribune le Professeur JF Delfraissy, directeur de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS), est aux côtés de chercheurs, de cliniciens et d'associatifs, qui se relaient pour évoquer le sujet du jour : le projet de recherche « Ipergay », de prophylaxie pré-exposition (Prep) chez les gais. Il s'agirait « *d'évaluer une stratégie de prévention de l'infection par le VIH comprenant un traitement antirétroviral pré-exposition 'à la demande' chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, population exposée au risque d'infection par le VIH* » (Fiche d'information de l'essai)². Dans la salle ce jour là, le principal débat porte sur la nécessité d'un bras placebo, qui divise encore les associations. Le fait d'assumer (et de pouvoir planifier) une sexualité non exclusivement protégée par le préservatif n'est donc plus un objet de débats. C'est même l'un des critères d'inclusion dans le plus important essai biomédical de prévention soutenu par l'ANRS.

Ces deux scènes, séparées de douze ans, constituent deux bornes temporelles, qui illustrent, sans les résumer, l'ampleur du déplacement des enjeux de la prévention du VIH. Si je les ai

¹ Le terme anglais « bareback », issu de l'argot du rodéo aux Etats-Unis, signifie littéralement « monter à cheval sans selle ». Il a été progressivement approprié par des gais séropositifs dans les années 1990 pour qualifier des pratiques sexuelles non protégées.

² http://www.ipergay.fr/Fiche-d-information-de-l-essai-ANRS-Ipergay-Aout-2011_a20.html

choisies ici, c'est qu'elles représentent pour nombre des acteurs deux dimensions des controverses qui traversent le monde de la prévention du sida. De fait, ces deux moments symbolisent des manières différentes de penser le risque VIH et les réponses préventives des gais. Mais l'évolution des débats signerait-elle l'avènement d'une vision individualiste de la prévention, au détriment des mobilisations communautaires qui ont caractérisé les années 1990 ? Ou, à l'inverse, le discours d'Act Up-Paris et celui des chercheurs constitueraient-ils les deux facettes d'une même entreprise de contrôle et de discipline de la sexualité gaie ?

Il apparaît indispensable de se garder des lectures univoques tant le terrain est traversé de points de vue contradictoires et de jeux d'acteurs conflictuels, laissant alors se dérober les évidences. C'est donc à une analyse de la complexité des transformations sociales et politiques de la prévention du sida chez les homosexuels en France que cette thèse va s'attacher. A travers une enquête empirique mêlant l'analyse des controverses associatives sur ces questions et l'étude de l'expérience ordinaire du risque, ce travail propose une sociologie des usages sociaux et politiques du risque VIH chez les homosexuels masculins dans la France contemporaine. L'objectif de cette introduction est d'abord de situer les principaux choix théoriques et méthodologiques qui ont accompagné la démarche scientifique.

Une enquête sur un « terrain sensible »

Cette thèse a une histoire qui mêle des implications militantes et intimes. Il s'agit d'analyser comment elles sont intervenues dans le déroulement de cette enquête. De ce fait, j'envisage ce travail réflexif comme permettant d'éclairer la démarche scientifique et de rendre plus intelligible le processus de construction d'un objet de recherche.

A l'origine, j'ai d'abord été, comme beaucoup d'observateurs de l'épidémie à l'époque, frappé par la virulence des controverses sur le phénomène de bareback au tournant des années 2000. De ces débats politiques spectaculaires et médiatiques sur la prévention du sida, j'ai d'ailleurs fait l'un des motifs de mon engagement associatif au sein de l'association AIDES, à Rennes au printemps 2002. J'étais alors préoccupé par la situation de la prévention chez les gais, et inquiet par la tournure des débats qui m'apparaisaient par trop moralistes et caricaturaux. Pour autant, homosexuel de 21 ans, séronégatif, je n'avais connu la période pré-trithérapie que de loin, dans la littérature et dans la presse ; de nombreux éléments d'appréciation me manquaient. Mon premier travail de recherche, en maîtrise de sociologie à l'Université Rennes 2, portait sur les usages d'internet chez des jeunes homosexuels¹. L'année suivante, en master 2, j'ai entamé un travail sur les sociabilités homosexuelles et le risque du sida². L'entrée en thèse m'a conduit à me poser de nombreuses questions concernant l'implication du chercheur vis-à-vis de problématiques qui lui sont proches au plan intime et politique. Longtemps, je me suis senti doublement « *outsider* », dans le monde associatif comme dans le milieu de la recherche ; une tension inconfortable et par moment paralysante. Mon parcours de recherche m'a progressivement permis d'envisager ces tensions comme l'une des dimensions de mon travail et non comme un obstacle indépassable. Deux éléments se sont avérés décisifs dans ce processus. D'une part, outre un financement pré-doctoral de l'ANRS, j'ai bénéficié de conditions d'accueil particulièrement favorables dans mon laboratoire de rattachement, le CERMES3³. L'accès à un bureau, à un ordinateur personnel ainsi qu'au matériel mis à disposition sur place, s'ils peuvent apparaître anecdotiques, constituent des ressources matérielles indispensables. Au plan scientifique et humain, les

¹ Girard G, « L'impact des usages d'internet chez les jeunes gais. Socialisation et cheminement identitaire », mémoire de Maîtrise de sociologie, sous la direction de JM De Queiroz, Université de Rennes2, 2004.

² Girard G, « Risques du sida et sociabilités homosexuelles. Cadre d'analyse et première approche de terrain », mémoire de Master 2 de sociologie, sous la direction de M. Calvez, Université de Rennes 2, 2005.

³ Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société, EHESS – Paris 5 – CNRS UMR 8211 – INSERM U988.

échanges avec d'autres chercheurs et la participation aux séminaires du laboratoire participent également de manière décisive à cette socialisation professionnelle. D'autre part, ce travail réflexif n'aurait pas été possible sans la possibilité d'échanges scientifiques avec des pairs. Les journées d'étude d'avril 2008 sur « l'engagement, la réflexivité et le positionnement des jeunes chercheurs en sciences sociales travaillant sur le VIH/sida » ont à cet égard constitué un moment clé de ma démarche de recherche (Chabrol et Girard 2010). Le réseau de jeunes chercheurs « sciences sociales et VIH », créé dans la foulée avec le soutien de l'ANRS, et toujours actif au moment où j'écris ces lignes, a représenté un espace de débats et d'élaboration collective inestimable¹. Il me semble important de le préciser, tant l'image d'Epinal du doctorant en sciences sociales continue à valoriser une expérience individuelle et solitaire du terrain, de l'analyse des données et de l'écriture. Pour ma part, cet environnement de travail et ces multiples échanges scientifiques m'ont assurément permis de mener à bien cette thèse.

La réflexivité au cœur de la recherche

Lorsque j'ai entamé mes recherches sur l'homosexualité et la prévention du sida, j'étais armé de quelques points d'appui, de beaucoup de doutes, mais j'étais globalement assez loin d'imaginer ce qu'allait impliquer un travail de thèse. Points d'appui qui tenaient à un sentiment de proximité avec l'objet étudié : ma socialisation préalable et mon travail de master 2 me dotaient de certains atouts pour accéder au terrain. Craignant cependant le poids des critiques académiques sur ma « trop grande » implication vis-à-vis de mon objet, j'ai passé beaucoup de temps, dans les premiers moments de ma thèse, à anticiper les justifications que je devrais y apporter. A partir de mon expérience de terrain, je m'efforcerai ici de souligner quelques-uns des enjeux méthodologiques et éthiques du travail de recherche,

Tensions autour de la formulation d'un objet de recherche

Le fait de travailler *sur* des controverses impose nécessairement d'analyser la manière dont la parole du sociologue est reçue et entendue dans l'arène des débats publics (Corcuff, 2004). En tant que « jeune chercheur », en particulier sur un sujet aussi controversé que celui des comportements non protégés parmi les homosexuels, on peut régulièrement se sentir « attendu

¹ Créé en juin 2008, il rassemble près de 80 jeunes chercheurs en sciences sociales francophones (anthropologie, démographie, psychologie, santé publique, sociologie, sciences politiques...). Ses activités se concentrent autour de l'organisation de journées scientifiques et d'activité d'autosupport entre chercheurs (soutien au montage de projet, ateliers d'écriture..).

au tournant » par les acteurs du champ étudié. Il convient aussi de considérer les attentes spécifiques de ceux qui ont nourri l'enquête : les personnes interviewées. Mon terrain d'enquête n'a pas impliqué de confrontation à des situations de détresse, physique ou matérielle, au cœur d'autres terrains de recherche sur le sida (Chabrol et Girard 2010). Cependant, la charge d'enjeux moraux et politiques, explicites et implicites, me conduit à considérer ce terrain comme « sensible » (Bouillon 2005). Cette caractérisation invite donc le chercheur à porter une plus grande attention réflexive à son propre positionnement vis-à-vis des questions normatives sous-jacentes, surtout lorsqu'il se situe, par son parcours et son ancrage social et émotionnel, en proximité avec son terrain. Le travail réflexif engagé mobilise des questions, toujours actuelles, sur les enjeux d'une anthropologie « chez soi » (Fainzang 1989). La notion de « chez soi » est relative et pluridimensionnelle : elle nécessite de considérer attentivement les frontières culturelles au sein même des sociétés ou des groupes étudiés (Fainzang 2001). Au cœur de cette démarche, c'est finalement la responsabilité du chercheur qui est en jeu (Sardan 2000), qu'il s'agisse de trouver la bonne distance dans le travail de terrain ou de tirer les enseignements de « *l'inconfort* » dans les relations d'enquête (D. Fassin et Bensa 2008), afin de mieux rendre compte de la complexité de l'expérience des personnes rencontrées.

Depuis le début de l'épidémie, la recherche en sciences sociales sur la prévention du VIH s'est inscrite dans une perspective d'utilité des résultats pour la mise en œuvre des actions (Schiltz et Pierret 2008). Cette préoccupation citoyenne a d'ailleurs en partie contraint les outils scientifiques d'analyse du risque et des pratiques de prévention (Calvez 2004a). Entamer une recherche sur la prévention du VIH n'est donc jamais détaché de l'exigence de produire des résultats que les autres acteurs pourront s'approprier. Le chercheur se doit donc de prendre en compte, sans doute plus qu'ailleurs, les attentes et les demandes exprimées par les institutions de recherche, par la santé publique, par les associations ou par les personnes rencontrées sur le terrain. Et dans le cadre des débats sur le bareback, les attentes et les discours des différents acteurs se sont avérés souvent contradictoires au cours de l'enquête. L'analyse de ces tensions normatives contribue directement à la reformulation de ma problématique de recherche.

Cette pluralité des discours du risque et de la prévention a d'abord constitué un obstacle à la compréhension sociologique. Quelles que soient les options méthodologiques et théoriques choisies pour aborder l'objet, il est très vite apparu que mon travail s'inscrirait au sein d'un ensemble de lectures de la prévention qui structurent les mondes sociaux étudiés : des lectures

épidémiologiques du risque associées aux discours de santé publique ; des lectures politiques de la responsabilité préventive qui sous-tendent les discours associatifs ; des justifications élaborées par les gais interviewés vis-à-vis de leurs pratiques de prévention. Le fait d'avoir à « *prendre parti* » (Héroult 2007), d'une manière ou d'une autre, m'a donc longtemps paru incontournable, suscitant un tiraillement entre différentes postures vis-à-vis de mon objet de recherche, que l'on peut schématiser de la façon suivante :

- Une posture *scientifique*, marquée par un souci de crédibilité dans une démarche d'inscription au sein du champ des sciences sociales sur le sida, et qui m'a conduit à m'imprégner du discours épidémiologique sur le risque.
- Une posture *sociologique*, liée à une histoire de la discipline qui pose l'exigence éthique de partir des significations que les acteurs eux-mêmes donnent à leurs pratiques. Cela rejoignait l'une de mes motivations initiales : aller recueillir la parole de ceux qui me semblaient être les « objets » silencieux de tous les discours sur la prévention : les gais eux-mêmes.
- Une posture *politique*, inscrite dans un parcours personnel et une proximité avec l'objet d'étude, à laquelle s'ajoute un engagement dans la lutte contre le sida, préalable à la recherche.

Sans toujours résoudre ou dépasser au mieux ces tensions initiales, le cheminement de la recherche et l'accumulation des rencontres, des entretiens et des confrontations me permettent cependant d'envisager ces tensions avec plus de recul, et de ne plus les considérer comme des freins ou des obstacles indépensables. Il m'a ainsi fallu penser mes positionnements en tant qu'acteur, évidemment non réductibles au statut d'observateur objectif et neutre. L'obtention de l'allocation ANRS a contribué à un travail de distanciation par rapport au monde social étudié, malgré les réactions ambivalentes que peut susciter cet ancrage institutionnel auprès des acteurs associatifs (Musso 2009). Cela m'a aussi permis de clarifier ma position vis-à-vis des débats sur le bareback : il ne s'agit pas de proposer un discours concurrent des analyses associatives, ni de prendre parti pour l'un ou l'autre des protagonistes, mais d'essayer de contribuer à la compréhension d'un ensemble de phénomènes sociaux. Cette résolution reste évidemment précaire, dans la mesure où elle s'inscrit dans une relation de co-construction avec les autres acteurs, dont les termes peuvent évoluer au cours de l'enquête (Broqua 2003).

L'identité sexuelle du chercheur : un enjeu scientifique ?

Dans le champ des sciences sociales, l'étude de l'épidémie du sida a créé des conditions inédites pour mener des recherches sur l'homosexualité, particulièrement en France. En grande partie parce que les associations, puis les pouvoirs publics, ont eu besoin de mieux connaître les modes de vie et les pratiques homosexuels pour mettre en œuvre des actions de prévention. Ainsi, les possibilités de financement offertes par l'ANRS permettent de soutenir des enquêtes sur des sujets au croisement de l'homosexualité et du sida (Calvez 2004a). Poser la question des positionnements identitaires du chercheur permet de s'intéresser à la manière dont il est perçu et désigné par les personnes enquêtées, mais surtout de s'interroger sur ses marges de choix dans ce qu'il veut ou peut dire de lui-même, et sur les effets potentiels de ce dévoilement. L'importance des questions identitaires dans l'enquête a déjà été étudiée en sciences sociales dans les domaines du sida et de la sexualité (Broqua 2000). En France, l'engagement de M. Pollak dans les recherches auprès des gais a largement été motivé par une forme d'implication citoyenne liée à son homosexualité (Schiltz et Pierret 2008). Par la suite, plusieurs chercheurs ont manifesté le souci de questionner plus explicitement leurs positionnements identitaires (en particulier l'orientation sexuelle) vis-à-vis du terrain (Proth 2002; J.-Y. Le Talec 2003; Broqua 2003; Gaissad 2006). Ces réflexions sur l'implication des chercheurs dans l'étude de l'épidémie s'éloignent de lectures substantialistes de l'identité homosexuelle. Même s'il est forgé par des processus de subjectivation spécifiques, on ne peut pas parler d'un regard homogène sur la réalité sociale : dire que l'on est chercheur et homosexuel n'a pas de valeur explicative en soi, même si cela contribue à situer un point de vue. Il est donc nécessaire de s'interroger plus précisément sur la manière dont la présentation de soi et les identités plurielles du chercheur s'inscrivent dans des rapports sociaux. Car les homosexuels masculins ne constituent évidemment pas une population homogène, et les rapports de génération, de classe sociale ou de qualification scolaire se sont avérés parfois plus significatifs qu'une éventuelle proximité d'expérience homosexuelle.

Ce constat permet de mieux envisager la dynamique des relations avec les enquêtés en s'intéressant de plus près à la dimension dialogique de la rencontre. Ici ne seront évoqués que les entretiens effectués auprès des hommes gais recrutés par annonce et par réseau de sociabilité, laissant de côté les entretiens avec des acteurs associatifs. Mon orientation sexuelle n'était pas révélée dans l'annonce, ni même au début de l'entretien ; cependant j'étais préparé à donner une réponse affirmative si la question de l'homosexualité m'était posée. Non pas pour m'effacer *a priori*, mais plutôt de proposer un cadre d'échange dans lequel

j'essaierais de me concentrer sur les propos et l'expérience des enquêtés. J'y voyais notamment une condition pour limiter les biais de « désirabilité » dans les réponses sur des questions d'ordre intime, sur la sexualité et/ou les pratiques à risque. A ma grande surprise, aucune des personnes rencontrées ne m'a posé la moindre question sur mon orientation sexuelle : elle allait de soi. C'est bien une forme d'assignation identitaire qui s'est produite au cours des entretiens : j'étais immédiatement perçu comme homosexuel. En effet, pour un certain nombre de répondants, non naïfs vis-à-vis du milieu de la recherche, la conduite d'une étude sur l'homosexualité est spontanément associée à une proximité du chercheur vis-à-vis de son objet. À la lumière de l'histoire des recherches sur le sida et les gais, cette intuition s'avère relativement vérifiable. Cette « évidence » préalable à la rencontre a par ailleurs pu être confirmée par une série d'observations au cours des entretiens. De fait, le sociologue véhicule nombre de codes implicites, inscrits dans les attitudes et les regards. La relation même d'entretien, dans une démarche d'empathie vis-à-vis des propos de l'interviewé, m'a par ailleurs dévoilé bien plus que je ne le pensais au départ. Car en témoignant d'une volonté de comprendre ce que vit la personne rencontrée, on travaille aussi à partir de sa propre connaissance des questions et des faits abordés. La connivence qui s'instaure est alors propice au dévoilement implicite d'une proximité de vécu : en termes d'expérience de l'homosexualité, et en termes d'expérience morale de la prévention et du risque. Le dialogue passe alors largement par la communication non verbale : les sourires, les acquiescements qui signifient une compréhension lorsque certains lieux ou certaines pratiques sont évoqués, etc. Dans la dynamique de l'échange, le vocabulaire utilisé, la connaissance des codes ou d'évènements du parcours homosexuel (l'expérience du « *coming out* », par exemple), ont aussi pu servir de révélateur plus explicite de mon orientation sexuelle. À de nombreux moments, il n'a sans doute pas été nécessaire d'en dire plus que ne le faisaient mon visage et mon corps. Mais la diversité des personnes rencontrées suggère que ce n'est jamais la même homosexualité qui était en jeu dans ces interactions, puisqu'il s'agissait de représentations co-construites au cours de l'entretien, c'est-à-dire dépendantes de leurs représentations de ce qu'implique le fait d'être jeune, homosexuel et doctorant. On pourrait alors parler d'une homosexualité perçue ou imaginée, non superposable aux positionnements identitaires du chercheur.

La confrontation et l'échange m'ont amené à reconsidérer les appréhensions que j'avais au moment de me lancer sur le terrain : certaines se sont avérées infondées ; alors que d'autres questions ont resurgi au cours de l'enquête. L'expérience de terrain a indéniablement modifié

la définition de mon objet de recherche (Girard 2010). Elle m'a aussi permis de considérer l'analyse de la relation d'enquête comme une donnée aussi significative, mais souvent plus déroutante et instable, que d'autres données recueillies.

Enjeux moraux du risque... dans la recherche

Plus que la stricte question de l'identité sexuelle, ce sont les enjeux de la prévention et du risque VIH qui ont soulevé des questionnements inattendus au cours de mon travail d'enquête.

La nécessité d'historiciser et de contextualiser la position du chercheur

Parler du risque sexuel et des positionnements de recherche vis-à-vis du risque, c'est nécessairement envisager l'historicité de ces questionnements. Une historicité liée au contexte de l'épidémie, d'abord. Il paraît évident qu'il n'y a pas de réflexivité « immanente », et que cette démarche s'inscrit toujours à la fois dans une période et un contexte scientifique qui tracent les limites du pensable et du dicible. Dans le cas de l'épidémie à VIH, il n'est donc pas très surprenant que l'enjeu du risque sexuel dans la démarche de recherche et sa revendication aient émergé au moment où celui-ci se posait à plus large échelle pour les communautés gaies. Trois textes issus de la littérature scientifique anglo-saxonne illustrent la manière dont les chercheurs mobilisent leurs propres pratiques sans préservatif comme point de départ de l'analyse. L'un des premiers textes qui posent la question du risque sexuel comme enjeu épistémologique est celui écrit par M. Warner, un chercheur états-unien. L'article a été publié en janvier 1995 dans *Village Voice*, une publication communautaire de New York, intitulé : « *Unsafe : why gay men are having risky sex ?* ». Il connaît un écho certain, et sera d'ailleurs traduit quelques mois plus tard et publié en France dans le *Journal du Sida*¹. L'auteur s'appuie sur sa propre expérience récente d'une prise de risque avérée (une relation anale non protégée, avec un partenaire dont il ignore le statut sérologique, et dont il apprend ensuite qu'il est séropositif) pour proposer une analyse plus générale de ce phénomène que l'on nomme alors le *relapse*². Prenant le contrepied des analyses psychologisantes dominantes à l'époque, qui voient dans ce relâchement une rechute involontaire, un dérapage « inconscient », voire l'effet d'une homophobie intériorisée, il explique la nécessité de penser

¹ Warner M, « Pourquoi les homosexuels prennent-ils des risques ? », JDS n°72, avril 1995

² Le *relapse* est un terme religieux, qui désigne initialement la rechute dans le péché. Il a été approprié par la santé publique pour évoquer la rechute dans l'alcool puis, vis-à-vis du sida, pour qualifier des comportements sans préservatif.

le risque, son attractivité, à travers les catégories d'expérience des gais eux-mêmes. Dans le contexte de l'époque, cette analyse est surprenante : la révélation publique d'une prise de risque par un intellectuel renommé, dans un contexte où l'exemplarité des gais dans la prévention reste une donnée centrale ; mais également dans un contexte où les traitements que nous connaissons ne sont pas encore disponibles. M. Warner en mettant sa propre expérience en scène, comme objet de réflexivité, propose un nouveau mode d'analyse du risque.

Plus récemment, dans l'ouvrage *Unlimited Intimacy* (Dean 2009), une longue introduction méthodologique sert à définir le positionnement de l'auteur par rapport au bareback ; démarche qui lui semble d'autant plus nécessaire que son analyse s'appuie en partie sur ses propres expériences de sexualité sans préservatif. Le contexte est évidemment très différent de celui de l'article de M. Warner : en 2009 le bareback s'est imposé depuis plus d'une dizaine d'année comme catégorie du risque moralement chargée et a fait l'objet de controverses virulentes aux Etats-Unis, en particulier dans le champ scientifique ; et l'auteur adopte un positionnement critique vis-à-vis de l'épidémiologie. Pour T. Dean, le fait de se positionner comme observateur participant sur la scène bareback aux Etats-Unis, implique de parler de ses pratiques, de son propre rapport au risque, et donc de définir une approche méthodologique relativiste. Il explique ainsi que lors des conférences auxquelles il participe, il refuse d'adopter un positionnement moral sur le phénomène de bareback, au risque parfois de paraître le défendre. Mais cela implique également pour lui de dévoiler son statut sérologique, notamment pour des raisons éthiques : il ne souhaite pas sous-entendre qu'il a pu volontairement transmettre le VIH. On voit là encore à quel point le contexte moral et politique de la recherche conditionne les formes de la réflexivité du chercheur.

Enfin, dans un article récent (2009), le chercheur australien G. Dowsett revient sur sa première relation à risque depuis 1985, en 2002. A partir de cette expérience, il se livre à une lecture critique des théories explicatives classiques de la prise de risque. En tant que militant et chercheur, il a une très bonne et très fine connaissance du VIH, donc la notion de « fausse croyance » ne permet pas de comprendre le non usage du préservatif. Il n'est pas sujet à une fatigue du *safer sex*, explication qui lui paraît peu crédible en général, et qui ressemble plutôt à une justification a posteriori de pratiques difficiles à assumer. Par ailleurs, il ne peut imputer ces pratiques à la consommation d'alcool ou à l'absence de matériel de prévention dans le *sex-club*. Enfin, le statut sérologique n'a pas été discuté, et son partenaire lui a simplement demandé de se retirer avant d'éjaculer, sans que cela relève d'une stratégie négociée. Il met cependant en question le décalage entre les catégories de recherche délimitant la réduction des

risques sexuels et les pratiques réelles des gais. A travers cette analyse réflexive, G. Dowsett souligne l'ambivalence entre le désir, le plaisir et le sentiment de culpabilité et les regrets qui l'ont assailli après la relation. Il s'attache ainsi à questionner la décontextualisation des paradigmes de la prévention et de la réduction des risques tels qu'ils sont pensés dans les recherches en sciences sociales ces quinze dernières années.

Dans ces trois exemples, les auteurs se positionnent comme des sujets impliqués, au plan sexuel, sérologique et préventif. Comme l'explique G. Dowsett, le chercheur fait lui-même partie de cette culture vécue, il ne fait pas *que* l'étudier ; il est donc confronté de fait à ce questionnement et à cette incertitude permanente qui traverse beaucoup d'homosexuels non infectés : vais-je rester séronégatif ? Ces textes soulignent le nécessaire travail d'historicisation de la réflexivité du chercheur : engager une recherche sur la prévention ne présente pas les mêmes enjeux avant ou après les trithérapies, avant ou après la médiatisation du bareback. Ainsi, plutôt que l'orientation sexuelle, le statut sérologique et l'expérience du risque sont au cœur des questionnements sur les contextes de l'épidémie. En France, cependant, très peu d'écrits s'y sont intéressés. Cela souligne un implicite épistémologique : dans le contexte académique du VIH et des études sur la sexualité, la réprobation de la sexualité non protégée par un préservatif demeure un postulat de départ de la plupart des travaux. Autrement dit, pour de nombreux chercheurs, le paradigme dominant reste l'explication du « pourquoi » des prises de risque, plutôt que celui du « comment ». Soulignons enfin le fait que l'attention au statut sérologique du chercheur ne représente pas une introspection nombriliste : à travers leurs analyses, les différents auteurs produisent des lectures critiques des contextes normatifs dans lesquels est pensée la prévention du VIH.

Aux risques du terrain

Revenons à présent sur quelques unes des situations qui révèlent à quel point l'enjeu moral du risque structure et sature les enquêtes sur la sexualité des gais aujourd'hui. Il y a donc une transversalité du risque, que je vais m'attacher à illustrer.

Le placard du risque ?

La première difficulté qui m'est apparue est liée à la demande (parfois l'injonction) récurrente aux différents moments de mon terrain de prendre position sur les sujets évoqués, en particulier sur le phénomène de bareback. Une question somme toute légitime, mais parfois embarrassante lorsqu'on essaie d'adopter une position distanciée. Mais il s'agit d'une

interrogation d'ordre autant méthodologique que politique. Ainsi, ma démarche de recherche, en ouvrant un « placard »¹ (je suis chercheur et gai), en a refermé un autre : celui du statut sérologique et des pratiques à risque. On ne m'a jamais demandé mon statut sérologique ni si j'étais barebacker (ou « preneur de risque »), que ce soit sur le terrain, dans les colloques, ou dans le milieu académique. Et pourtant, comme tous les chercheurs travaillant sur ce sujet, j'ai été largement questionné sur mon opinion sur le bareback. Je ne pense cependant pas qu'il y aurait une obligation éthique pour le chercheur de dire son statut sérologique (aux interviewés, dans un colloque, dans une réunion de travail...). Mais il apparaît que la séronégativité perçue ou imaginée (du fait de mon âge) a joué un rôle dans la dynamique de certaines rencontres et certains entretiens. Concernant les pratiques non protégées, sans parler nécessairement de bareback, le cheminement de mon travail de thèse me permet d'en tirer deux pistes de réflexion. D'une part, il semble que c'est aussi à partir de son propre rapport au risque sexuel que le chercheur prend position sur son terrain d'enquête. A travers les quelques illustrations que j'en ai données, j'ai voulu montrer à quel point le chercheur est toujours « déjà » moralement impliqué sur le terrain de la prévention. Cela n'exige pas nécessairement de « coming out » ou d'affichage public, mais c'est une absence de neutralité que l'on ne peut pas éluder. D'autre part, il apparaît que la critique des catégories épidémiologiques du risque ne peut faire l'économie d'une critique des postures et des méthodologies de recherche dominantes sur la prévention et la sexualité, en particulier chez les gais (Gagnon 2008).

J'ai été confronté à un second problème, lié au précédent : celui de la posture de santé publique implicite, découlant de l'ancrage « ANRS » de ma recherche. Pour légitimer ma recherche, je précisais dans les différentes annonces que j'ai diffusées, mais aussi parfois au moment des entretiens, que ma thèse était financée par l'Agence. On sait cependant qu'il n'y a pas seulement deux personnes dans l'interaction de recherche. M. Agier a parlé du « troisième élément » (2005) de la relation ethnographique, pour qualifier le poids des normes sociales définies par des institutions qui préexistent à la recherche ; en l'occurrence la santé comme « *bien en soi* » défini par la santé publique (Dodier 2003a). Plus généralement, l'attitude à adopter face à des récits de pratiques manifestement non conformes aux recommandations préventives soulève un certain nombre de questions. Dans quelle mesure faut-il intervenir ? Si l'on s'accorde pour penser que le rôle du chercheur n'est pas de rétablir une vérité de la prévention, quel type de responsabilité est alors en jeu ? Comment limiter,

¹ Au sens de l'expression « sortir du placard », pour révéler son homosexualité, qui vient de l'anglais « coming out of the closet ».

malgré tout, les effets d'une posture normative ? Plusieurs éléments, que le recul permet de relire avec cohérence alors qu'ils se sont élaborés en pratique par tâtonnements, m'ont permis de travailler ces difficultés. D'un point de vue théorique, j'ai choisi d'aborder mon objet de recherche à partir de la définition que les personnes donnent du risque, sans chercher à mesurer des « écarts » entre les pratiques rapportées et les normes préventives. Cette option peut être un allant de soi pour des chercheurs en sciences sociales attachés à la « construction sociale » de la réalité (Berger et Luckmann 2006). Il s'agit en revanche d'un point de vue peu évident à défendre dans certaines assemblées pluridisciplinaires du milieu de la recherche sur le sida. Sur le plan méthodologique, ma posture de chercheur s'est enrichie de mon expérience militante dans la lutte contre le sida, et des techniques d'entretiens qui y sont pratiquées, comme le non jugement ou l'écoute active. Sans être toujours pleinement conscientisée au départ, la mobilisation de ces savoirs pratiques a fait partie des modalités de résolution concrètes de certaines des difficultés du terrain. Enfin, mon regard et mon analyse portent également les traces de mes propres expériences intimes d'ajustement et d'arbitrages préventifs ; dans un contexte où, au regard de la prévalence communautaire, être séronégatif, c'est vivre avec une incertitude que G. Dowett a très bien nommée : vais-je le rester ?

L'enjeu de mon positionnement au regard du risque s'est également présenté au sein du champ de la recherche sur le sida. En mai 2009, j'ai été sollicité par F. Lert (chercheuse en santé publique) et G. Pialoux (chef de service hospitalier « maladies infectieuses ») pour les assister dans la mission que leur avait confié la Direction Générale de la Santé sur les approches de réduction des risques sexuels en France (2009). J'ai alors accepté avec enthousiasme, trouvant là, au-delà d'une reconnaissance professionnelle, une occasion unique d'observer « de l'intérieur » les débats et le travail de consensus en train de se faire sur la prévention. Dans ce cadre, j'ai rapidement mesuré les coûts d'une telle implication dans le champ étudié. Sans revenir sur les tensions liées au travail d'expertise pour les pouvoirs publics et à la nécessaire applicabilité des réflexions développées, la participation à l'écriture du rapport m'a mis par moment dans une position inconfortable. Ainsi, au cours de l'une des réunions du comité de pilotage, en septembre 2009, le représentant d'Act Up-Paris m'a interpellé publiquement en mettant en cause ma loyauté au sujet de la confidentialité des travaux de la mission vis-à-vis d'AIDES. En forçant les portes du « placard » de mes affinités associatives, que j'avais soigneusement cherché à neutraliser dans le cadre de la mission, ce militant a paradoxalement contribué à légitimer ma position de chercheur. Certes, j'étais volontaire dans une association de lutte contre le sida ; mais le monde de la lutte contre le sida

est historiquement marqué par l'engagement des chercheurs, qui relativise et disqualifie l'exigence de neutralité. Cette situation, parmi d'autres qui ont émaillé la rédaction du rapport, soulignait s'il en était besoin à quel point le chercheur est également toujours déjà politiquement impliqué dans les jeux d'acteurs des débats sur le risque.

La question du risque a sans doute constitué la principale « épreuve » de mon terrain. Parce que c'est, dans le contexte dans lequel j'évolue, la dimension la plus complexe à prendre en considération. Comme l'a souligné M. Calvez (2004a) à l'échelle épistémologique, ces constats et ces tensions interrogent plus généralement la capacité des chercheurs en sciences sociales sur le VIH à dénaturer les cadres de pensée épidémiologiques sur le risque. Rétrospectivement cette expérience de terrain participe d'un processus de construction d'un « *savoir situé* » (Hartsock 1999). Situé à travers mon positionnement en tant que gai, mais non limitée à une communauté d'expérience : au contraire, l'âge, la classe sociale, le capital scolaire ou le statut sérologique modulent les relations d'enquête. Mais il s'agit également d'un savoir situé au regard de la tension entre les logiques des acteurs et celles de la santé publique, qui obligent nécessairement à regarder d'où l'on parle.

Les débats sur le bareback comme point de départ

Pour qui découvrirait le monde associatif de la lutte contre le sida en France, la longue controverse sur le bareback qui traverse les années 2000 pourrait d'abord surprendre. Elle met aux prises publiquement des visions divergentes de la prévention, portées par des hommes et quelques femmes, pour la plupart gais ou lesbiennes. Les pouvoirs publics s'en tiennent singulièrement en retrait. Mais, surtout, les diverses prises de position se réfèrent toutes, de près ou de loin, à la notion de « communauté » homosexuelle. Une référence rarement explicitée, mais qui semble cristalliser toutes les tensions. Cette arène de débat apparaît, au premier regard, bien hermétique et hostile. Avant de revenir plus en détail sur ma démarche et ma posture de recherche, il convient de resituer le contexte épidémiologique dans lequel s'inscrit ce travail d'élaboration théorique.

Un contexte épidémiologique préoccupant

Depuis la fin des années 1990, une augmentation des relations sexuelles sans préservatif est observée, d'abord décrite par les associations de lutte contre le sida et dans la presse homosexuelle, puis largement attestée par les données issues des enquêtes comportementales et épidémiologiques dans les pays occidentaux (Sullivan et al. 2009; Stall et al. 2009).

En France, l'augmentation des comportements à risque¹ est étayée par de nombreuses données. La prévalence du VIH parmi les gais demeure extrêmement élevée : entre 12 et 15% (Bochow et al. 2003; Velter 2007). Selon les résultats de l'Enquête Presse Gay (Velter 2007), depuis 1997 les pratiques non protégées progressent en nombre et en fréquence. En 1997, 19% des répondants déclarent de telles pratiques au moins une fois dans l'année précédant l'enquête ; ils sont 26% en 2000 et 33% en 2004. Les taux diffèrent en fonction du statut sérologique : 27% des séronégatifs, 45% des séro-interrogatifs², 49% des séropositifs. Plus récemment, dans l'enquête Prévagay, visant à mesurer la prévalence parmi des hommes fréquentant les établissements commerciaux gais à Paris (Velter et al. 2010), 35% des répondants déclarent des pénétrations anales non protégées dans les 12 mois précédents (58% des séropositifs, 50% des séro-interrogatifs, 30% des séronégatifs). Dans les enquêtes menées sur les sites de rencontre internet (Léobon et Frigault 2008), les pratiques à risque sont

¹ Définis par l'épidémiologie comme les pénétrations anales non protégées avec un partenaire occasionnel de statut sérologique différent ou inconnu.

² Les personnes n'étant pas ou plus certaines de leur séronégativité au moment de l'enquête.

également élevées ; les PANP sont rapportées par près de 40% des répondants (30% des séronégatifs, 70% des séropositifs).

Dans ce contexte, la déclaration obligatoire de séropositivité (DOS) met en lumière l'ancrage de l'épidémie. On constate le maintien d'une forte incidence du VIH : elle est estimée à 1%, soit 200 fois plus importante que dans la population hétérosexuelle (Le Vu et al. 2010). Depuis 2003, alors que les découvertes de séropositivité diminuent (7400 en 2003, 6300 en 2010), celles liées à des relations homosexuelles sont en augmentation (1900 en 2003, 2500 en 2010), et représentent 40% de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2010 (Cazein et al. 2011). La part importante d'infections récentes parmi les personnes contaminées par rapport homosexuel (44% des diagnostics, contre 30% pour les rapports hétérosexuels) souligne enfin la forte dynamique de l'infection, mais aussi un recours fréquent au dépistage. L'enquête Prévagay offre une autre illustration de cette dynamique : parmi les répondants, la prévalence est de 17,7%, mais 20% des hommes séropositifs sont dans l'ignorance de leur statut, malgré des dépistages réguliers (Velter et al. 2010). Enfin, l'augmentation de l'incidence des infections sexuellement transmissibles autres que le VIH (Michel, Semaille, et Gallay 2011) au cours des années 2000 complète ce tableau préoccupant.

Les observateurs de l'épidémie, acteurs de la santé publique, militants, cliniciens, chercheurs, se trouvent donc confrontés à la complexité des transformations à l'œuvre dans la sexualité des gais. Dans cette thèse, je fais l'hypothèse que les controverses sur la prévention sont parties prenantes de débats sur les sociabilités gaies, et en révèlent la profonde instabilité : à travers les accords et les désaccords sur la désignation du danger, les acteurs expriment leur attachement à des modes d'organisation de la vie sociale (Calvez 2006). Dans ce contexte le phénomène de bareback, qui traduit une démarche intentionnelle de prise de risque, est au centre de débats conflictuels.

Prévention du sida et sociabilités homosexuelles

Analyser l'évolution des comportements de prévention place le chercheur face à la multiplicité des théories explicatives, expertes et profanes, en circulation dans l'espace social. L'émergence médiatique du bareback, au début des années 2000, s'inscrit dans un contexte que les sociologues ont caractérisé par l'individualisation des normes et des trajectoires dans le domaine de la sexualité. Au cours des années 1980, les travaux de M. Pollak (1988) ont éclairé l'articulation entre lutte contre le sida et mobilisation identitaire gaie. D'autres

recherches ont mis en lumière la place centrale des homosexuels dans les mobilisations contre le sida (Fillieule 1998; Pinell 2002; Broqua 2006). Mais, au début des années 2000, les liens entre homosexualité et sida sont marqués par l'érosion du militantisme associatif et la diversification des modes de vie et des représentations du risque (Velter 2007). L'enquête « Contexte de la sexualité en France » (Bajos et Bozon 2008) éclaire ces processus à une échelle macrosociologique : l'évolution des comportements sexuels est caractérisée par une diversification des trajectoires affectives et conjugales, ainsi que du répertoire des pratiques. Dans ce contexte, les relations homosexuelles bénéficient d'une moindre stigmatisation que par le passé. Il s'agit cependant en large part d'une acceptation de principe, qui ne saurait masquer la permanence d'une homophobie structurelle, à laquelle les individus sont diversement confrontés. Par ailleurs, N. Bajos et N. Belzer soulignent l'écart persistant entre l'attirance pour ou les pratiques avec une personne de même sexe et l'auto-identification minoritaire comme homosexuel (Bajos et Bozon 2008). Selon M. Bozon, le processus d'individualisation normative, à l'œuvre au cours des dernières décennies, crée les conditions d'un « *nouveau rapport au risque* » (Bozon 2007) chez les gais, marqué par une moindre adhésion aux recommandations communautaires. En France, depuis 1996, la transformation de la prévention a particulièrement été analysée sous l'angle d'une double normalisation, caractérisée par la meilleure acceptation sociale de l'homosexualité et la chronicisation du VIH (De Busscher et Broqua 2003; J.-Y. Le Talec 2004). Dès lors, assisterait-on à une individualisation inéluctable de la gestion des risques du sida, dans le cadre d'une « société du risque » caractéristique de la modernité (Beck 2001) ? Dans ce cadre, la mobilisation collective face au VIH aurait-elle été supplantée par un tournant néolibéral de la responsabilité préventive ?

L'élaboration d'un objet de recherche

Malgré leur pertinence explicative, les analyses de l'individualisation du rapport au risque dans les sociétés modernes tendent à se concentrer sur des processus structurels et sont, pour certaines, peu ancrées empiriquement. Leur principale limite étant que l'approche hypothético-déductive, bien souvent à l'œuvre, permet sans difficulté de « trouver » dans les expériences singulières des preuves de l'individualisation du rapport au risque. Sans nier ces dimensions, il m'est apparu nécessaire de me situer dans un cadre d'analyse le plus attentif possible à la complexité du réel. En outre, à rebours du sens commun, je postule que le phénomène de bareback ne peut être envisagé comme un simple produit d'importation anglo-saxonne. Catégorie du risque, historiquement et socialement définie, il convient à la suite

d'autres travaux (J.-Y. Le Talec 2004; Broqua 2006) d'en contextualiser les usages sociaux et politiques dans la France des années 2000.

Il s'agissait d'abord de défaire l'évidence du bareback comme catégorie descriptive et explicative des transformations de la prévention chez les gais. Dans une perspective interactionniste, il m'a semblé plus heuristique d'envisager le bareback comme une catégorie qui participe d'une entreprise de morale dans laquelle des relations sans préservatif sont définies comme des comportements déviants (Becker 1985). Pour le reste, mettant en œuvre une démarche de recherche inductive inspirée par la méthodologie de la « *grounded theory* » (Glaser et Strauss 1967), je souhaitais m'engager dans un travail de terrain. En m'inspirant des travaux de l'anthropologue R. Massé sur la détresse psychologique et la dépression à la Martinique (2002), je me suis appuyé sur une pluralité « *d'options épistémologiques* » afin d'élaborer l'objet de la recherche. Il s'agit d'une part de retracer l'émergence et le sens des catégories locales du risque, en tant qu'elles mettent en jeu des conceptions de l'ordre social. Elles doivent être analysées dans leur entremêlement avec les conceptions portées par la santé publique. D'autre part, ces catégories impliquent des modèles explicatifs du risque, de la santé et de la sexualité parfois concurrents et conflictuels. Les discours étudiés s'appuient sur des éléments issus d'analyses explicatives dominantes (issues de la santé publique, des associations ou des recherches), qu'il convient d'étudier comme des manières de penser historiquement et socialement situées. Enfin, la construction du sens des situations à risque nécessite d'analyser les conditions structurelles qui influencent les conditions d'existence. Pour R. Massé, la cohabitation de ces orientations dans la même recherche permet d'éviter la réification et la simplification de l'analyse des comportements à risque. Elle illustre le caractère dynamique du travail de terrain, qui fait émerger des enjeux épistémologiques progressivement, de manière non anticipée. C'est cette approche dynamique qui permet aux sciences sociales de résister aux mécanismes de subordination des recherches à un agenda biomédical ou épidémiologique.

Mon travail de thèse s'est déployé sur un terrain de recherche prenant en compte l'analyse des controverses associatives et celle de l'expérience ordinaire du risque. Cette articulation m'est apparue indispensable pour penser les enjeux de prévention du VIH.

Le bareback, un problème de santé publique

Le premier défi a été l'élaboration d'une position sociologique vis-à-vis du bareback, catégorie floue aux usages multiples. J'ai d'abord postulé que, loin de constituer une réalité

substantielle, ce phénomène recouvre une double dimension. D'une part, le terme est utilisé par certains acteurs pour qualifier des situations de risque et des pratiques sexuelles non protégées, dont l'existence n'a jamais cessé d'être attestée. Cet étiquetage de la « *déviance* » (Becker 1985) relève d'une entreprise de morale à travers laquelle la norme de l'usage du préservatif est revalorisée. D'autre part, la catégorie bareback met en jeu, à travers les arguments échangés publiquement, des conceptions sous-jacentes de la confiance et de la défiance dans les relations sociales. Les débats sur la prévention du VIH traduisent de ce fait un usage du risque comme « *ressource culturelle* » (Calvez 2001) pour délimiter les contours d'espaces sociaux (la communauté, le couple, l'individu) préservés du danger.

Confronté à une catégorie du risque moralement et politiquement sensible, au cœur de controverses qui me touchaient à différents titres, il m'a semblé nécessaire de procéder à une mise en perspective socio-historique. Le travail de déconstruction de la catégorie bareback impliquait dès lors une démarche scientifique rigoureuse et compréhensive, mêlant une historicisation des catégories du risque et une analyse de la diversité de leurs usages. Au plan socio-historique, les comportements à risque chez les gais font, depuis les années 1980, l'objet d'analyses multiples, portées par une diversité d'acteurs. Je me suis attaché, à travers l'analyse d'articles de la presse associative, de la presse homosexuelle et de la presse associative, à retracer les moments saillants de ces « *problématisations* »¹ du risque sexuel (Foucault 2001a). Ainsi resituée dans une histoire plus longue des débats sur le risque, il devenait possible de contextualiser l'émergence du bareback dans les débats français, d'en décrire les étapes et les acteurs impliqués. On se donne alors la possibilité d'analyser, au-delà des dimensions spectaculaires du phénomène et de sa médiatisation, la construction d'un problème de santé publique (Gilbert et Henry 2009; Gusfield 2009).

Cette démarche est indissociablement liée à une lecture sociologique de la diversité des usages et de la « carrière » du terme bareback. Son instabilité et ses réappropriations multiples ont été ici envisagées comme des révélateurs de conceptions divergentes de l'ordre social, et en premier lieu de la responsabilité préventive. Au travers des controverses associatives, il apparaît que la définition du risque participe d'un débat politique sur la notion de communauté homosexuelle et le degré de contrainte qu'elle doit exercer sur ses membres.

¹ Par problématisation, M. Foucault entend : « l'ensemble des pratiques discursives ou non-discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée (que ce soit sous la forme de la réflexion morale, de la connaissance scientifique, de l'analyse politique, etc.) ». Voir aussi l'introduction du tome II de *L'histoire de la sexualité* (Foucault 1984).

Dans ce cadre, l'approche compréhensive des différents points de vue permet de prendre au sérieux les arguments échangés et les prises de positions, sans rechercher une vérité définitive sur le sens du bareback. A travers les débats sur la prévention du VIH, je me suis également intéressé aux formes de l'engagement associatif (Barbot 2002). Difficile en effet de caractériser les usages politiques du risque sans resituer les différentes conceptions du rôle et de la place des acteurs impliqués dans le champ de la lutte contre le sida. Cette approche a également nécessité une analyse des transformations des frontières de l'expertise scientifique (Epstein 2001a). Dans le domaine de la prévention du sida, il s'agit là encore d'un processus de longue durée : les conflits de « crédibilité » (*ibid.*) sont importants dès les années 1980 (Paicheler 2002; 2007). Au cours des années 2000, l'évolution de la place des acteurs, la professionnalisation des approches associatives et les alliances qui se nouent créent les conditions d'un nouvel équilibre, dans un contexte de médicalisation de la gestion du risque. On le verra, les pouvoirs publics sont relativement absents des arènes de débats sur la prévention. Ces silences de l'Etat, et les défauts de la gouvernance publique qui l'accompagnent, constituent une donnée en tant que telle, que d'autres acteurs se sont attachés à mettre à jour (Cour des comptes, 2010 ; 2011). Mais l'analyse des politiques publiques n'est pas l'objet de ce travail.

Ainsi, ce travail sociologique de désingularisation mobilise une approche compréhensive des arguments utilisés par les observateurs de l'épidémie : militants, chercheurs, journalistes ou acteurs de santé publique. Il s'agit de prendre au sérieux leurs logiques, de les rendre intelligibles, en accordant une même importance à chacun des acteurs. Cette perspective, inspirée d'une sociologie de la critique (Boltanski 1990) permet alors au chercheur d'analyser les « *univers moraux* » sous-jacents aux discours (D. Fassin 2009) qui orientent les points de vue des différents protagonistes des controverses sur le risque. Elle nécessite de porter une attention continue aux dimensions relationnelles de ces prises de positions. Dans ce cadre, je me suis tenu à distance des analyses de la « normalisation » de l'homosexualité ou de « l'individualisation » des normes de prévention pour me concentrer sur les revendications individuelles et collectives vis-à-vis des autres gais véhiculées par les discours sur le bareback. En proposant une analyse des modes de désignation des risques, c'est une autre lecture des transformations de la prévention qui se donne à voir, attentive à la complexité des processus sociaux à l'œuvre. Pour ce faire, j'ai effectué une analyse systématique et ciblée de la presse (gaie, associative, généraliste) sur une longue période, de la fin de années 1980 à 2009 (cf. annexe 1). Un travail complété par une série d'entretiens avec des acteurs

associatifs, chercheurs, journalistes et acteurs de santé publique, afin d'éclairer les données collectées avec un regard rétrospectif. Ce travail ne vise évidemment pas à l'exhaustivité, tant les scènes de débats sont multiples et complexes. Son objectif n'est pas non plus de rendre compte de « ce qui s'est réellement passé », en considérant qu'il revient au sociologue de dévoiler une réalité sociale inaccessible aux protagonistes. Dans une optique compréhensive, je m'attache plutôt à retracer la diversité des logiques et les raisons des acteurs confrontés à un problème de santé publique. Le processus d'analyse du matériau m'a conduit à mettre en lumière des moments significatifs de ces controverses. Les comportements sexuels à risque ont fait l'objet d'une abondante littérature scientifique, en France comme à l'échelle internationale. A la suite de M. Calvez (2004a), je m'attache à éclairer les lectures du risque que ces travaux proposent, en les resituant dans leurs contextes d'élaboration et de réception. Envisager les agencements entre savoirs experts et savoirs ordinaires sur le risque nécessite également de questionner les conceptions normatives implicites véhiculées par la santé publique.

Les expériences ordinaires du risque et de la prévention

L'autre dimension du terrain de recherche concerne les expériences ordinaires du risque et de la prévention parmi les homosexuels. L'enquête s'est déroulée entre 2005 et 2008, en Bretagne et en région parisienne. Au plan socio-comportemental, les Enquêtes presse gay ont souligné sur la durée l'existence d'une variété d'adaptations préventives face au VIH. Si l'usage du préservatif s'est généralisé à la fin des années 1980, une minorité d'hommes a mis en œuvre des stratégies complémentaires (Pollak 1988). M. Pollak a analysé la participation au monde homosexuel comme un facteur de meilleure protection ; par la suite, P. Adam (1999) a renouvelé ce modèle, en suggérant que l'aspiration à la conjugalité avait supplanté le modèle communautaire. La situation apparaît actuellement plus complexe, traduisant une diversification des modes de vie et de rapport à la prévention, dans le contexte d'une très forte prévalence. Je m'attacherai, dans cette thèse, à démontrer qu'une lecture sociologique de l'homosexualité contemporaine ne saurait se limiter à une description sans relief de cette diversification. Dans le travail d'exploration de la perception du risque et de la prévention dans le milieu gai, j'ai fait le choix de ne pas me concentrer sur des réseaux préconstitués (liés aux pratiques, à l'âge ou à la fréquentation d'un même lieu ou espace virtuel). En procédant au recueil d'entretiens biographiques auprès d'un échantillon d'homosexuels masculins (cf annexe 1), deux principes m'ont guidé. Le premier concerne la structure de l'échantillon : il paraissait indispensable d'atteindre une diversité de profils, en fonction de critères socio-

démographiques prédéfinis (âge, lieu de résidence, statut sérologique). Le second principe touche à l'attention portée aux définitions profanes et ordinaires du risque (et en particulier du terme bareback) et des réseaux de sociabilité (et notamment de la notion de communauté, si structurante dans les débats associatifs) dans les discours recueillis. A l'aide des outils de l'analyse culturelle développée par M. Douglas (1992) et poursuivie par M. Calvez (2006), je me suis progressivement attaché à modéliser les grandes options en présence.

L'attention portée aux contextes de sociabilité procède également d'un déplacement du regard sociologique sur les enjeux identitaires. Cette approche critique a aussi été rendue nécessaire par la prédominance des lectures épidémiologiques de l'homosexualité dans le champ étudié, qui transparait du glissement fréquent entre le « mode de transmission homosexuel » et l'existence d'un groupe social – ou une communauté – définis autour de l'orientation sexuelle. De la même manière, l'auto-étiquetage comme « homosexuel » ou « gai » dans les enquêtes socio-comportementales est loin de résumer la diversité de l'expérience des répondants. Ainsi, qu'il s'agisse des données épidémiologiques ou du débat social sur le risque, la circulation des savoirs procède d'un travail politique qui tend à homogénéiser les comportements homosexuels. Ce culturalisme « implicite » (Dozon et Fassin 2001) met en jeu des points de vue contradictoires sur la définition et les contours d'une communauté gaie. Mais qu'en est-il dans l'expérience ordinaire ? Dans le sillage des lectures critiques portées par les théories queer (Butler 2005; Sedgwick 2008), l'identité apparaît comme un concept homogénéisant et figé, peu à même de décrire la réalité des processus politiques en jeu dans l'homosexualité. De fait, si l'identification peut être nécessaire comme pratique de résistance à l'homophobie, elle est appelée à être dépassée (Eribon 1999; Halperin 2000). Ces lectures, inspirées des travaux de M. Foucault, constituent un cadre théorique fertile pour envisager l'homosexualité contemporaine. Sans reconduire de nouveaux processus d'homogénéisation, je me suis alors attaché à caractériser les dimensions relationnelles de l'expérience des homosexuels rencontrés, plutôt que de me centrer sur la définition de soi. Cette prise de distance méthodologique et théorique vis-à-vis d'une approche identitaire de l'homosexualité ne prétend pas offrir une approche plus « véridique », inaccessible aux acteurs. Elle m'est apparue indispensable pour proposer une lecture proprement sociologique de la diversité des modes de vie homosexuels. Mais il s'agit également de prendre au sérieux les réseaux d'appartenance des gais, dans le sens qu'ils leur donnent, sans poser comme préalable une vérité des pratiques ou des identités.

Cette démarche m'a amené à envisager les « *mondes sociaux* » (A. Strauss 1992) de l'homosexualité comme une échelle pertinente pour analyser les élaborations normatives concernant la prévention du sida. La définition de ces mondes ne s'appuie pas ici nécessairement sur un espace géographique ou un réseau de relations communs, mais d'abord sur des « *configurations relationnelles* » (Elias 2003) qui véhiculent une même conception de l'homosexualité. Dans ce cadre, j'ai cherché à identifier les formes de rationalité situées avancées par les répondants ; une approche compréhensive s'avère indispensable pour favoriser la mise en récit de l'expérience de la prévention (Tomso 2009). Il s'agit de laisser émerger les conceptions du risque de l'interviewé, et non d'en imposer une définition préconçue. Ce point s'est avéré crucial quand la question du bareback était abordée. Pour ne pas passer à côté du travail d'élaboration de sens que sous-tend l'entretien, j'ai choisi de ne pas proposer une définition du terme. Une telle approche est l'une des conditions d'une « *ethnoéthique de la moralisation des rapports aux risque* » (Massé 2002, 21), qui s'intéresse aux conceptions profanes du danger, sans les rabattre sur des modèles de santé publique. Pour autant dans l'entretien, et plus encore sans doute sur des sujets sensibles comme la prévention et le risque, le récit de soi engage toujours des discours d'acceptabilité sociale, qui mettent à l'épreuve la démarche de recherche (Rhodes et Cusick 2002). Il s'agit alors pour le sociologue de maintenir une vigilance critique sur les données recueillies, afin d'envisager les effets de « *désirabilité* »¹ à l'œuvre dans l'entretien. De ce fait, les discours du risque se donnent à voir dans leurs dimensions construites et réflexives, à l'entrecroisement de logiques complexes.

Une anthropologie réflexive du risque VIH

En partant de l'hypothèse selon laquelle les controverses au sujet de la prévention du sida sont l'expression d'une confrontation des manières de définir des normes individuelles et collectives parmi les gais, il m'est apparu nécessaire d'analyser également les perceptions des destinataires des messages de prévention. Ainsi, progressivement et dans un mouvement de va-et-vient entre le terrain, mes notes de recherche et les premières analyses, la problématique de cette thèse s'est dessinée : analyser les principes culturels mobilisés par les acteurs pour qualifier des situations à risque vis-à-vis du sida. Le risque, dès lors, est entendu comme une « *ressource* » (Calvez 2001) au cœur des accords et des désaccords concernant les réponses les plus adaptées face au danger sanitaire. Dans un contexte où la santé et la responsabilité

¹ Par désirabilité, j'entends le fait que la personne interviewée adapte son discours à ce qu'elle pense être acceptable ou entendable par le chercheur. Cette adaptation peut traduire la crainte d'un jugement moral, concernant les pratiques à risque, décrit par Rhodes et Cusick (2002).

sont envisagées comme des « *biens en soi* » (Dodier 2003b), l'émergence du phénomène de bareback contribue au déplacement des frontières du bien et du mal en termes de prévention. A la suite de D. Fassin (2009), j'envisagerai donc l'instabilité et l'hétérogénéité des « *économies morales* »¹ qui structurent les débats sur le risque VIH. Dans ce cadre, les dimensions morales de la production des normes de prévention sont inscrites dans leurs contextes d'élaboration, à différentes échelles.

L'analyse des données issues de terrains hétérogènes a posé deux difficultés méthodologiques et théoriques qui rejoignent les enjeux identifiés par N. Dodier et I. Baszanger (1997) autour de la « *totalisation* » dans l'ethnographie. La première concerne l'articulation, dans l'analyse des données et dans l'écriture, des différents « *chantiers* » de l'enquête. Au cours de ce travail, j'ai systématiquement procédé à une mise à plat des discours experts ou profanes sur le risque. Dans ce cadre, l'ensemble des propos recueillis (à travers les articles de presse ou les divers entretiens) a d'abord été analysé avec la même grille de lecture, visant à comprendre les principes culturels sous-jacents aux conceptions du risque et de la responsabilité en jeu. Tout en travaillant à mettre en équivalence les points de vue, j'ai pris soin de contextualiser ces discours, l'enjeu étant alors d'envisager les dynamiques relationnelles des prises de position. Plusieurs univers moraux du risque et plusieurs scènes significatives se sont dégagées, qui m'ont servi de guide pour élaborer le plan de la thèse. Cette démarche d'analyse n'est évidemment pas aussi linéaire que je viens de l'expliquer : les processus se sont entremêlés et n'ont acquis une intelligibilité globale qu'au cours de l'écriture finale.

La seconde difficulté n'est pas dissociable de la première ; elle tient en large part à la capacité du chercheur à se positionner au regard des nombreux discours explicatifs qui structurent le champ de la prévention du sida chez les gays. J'ai choisi, dès le départ, un positionnement prudent et critique vis-à-vis de ces modes d'explications qui peuvent devenir surplombants et homogénéisant de la prévention (« l'individualisation », « la normalisation de l'homosexualité », « la chronicisation du VIH », « la médicalisation de la sexualité », pour ne citer que les principaux). Il semblait en effet nécessaire, méthodologiquement, de se garder d'une analyse unilatérale sur l'influence du contexte social et politique sur les pratiques. D'autre part, cela m'a permis de rester attentif à la pluralité des formes d'engagement vis-à-

¹ Pour D. Fassin, les économies morales désignent « la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (p.1257)

vis du risque. Ainsi, tant les discours experts que les expériences ordinaires ont été analysés en premier lieu comme l'expression de rationalités situées, non réductibles a priori à une « tendance » historique globale. Ne pas résumer les positions des acteurs à un processus cohérent, sans pour autant se contenter d'une description indéfinie de la diversité : tel est le pari de « *l'ethnographie combinatoire* » (Dodier et Baszanger 1997) mise en œuvre dans cette thèse.

L'espace politique de la santé

En poursuivant ce travail, je me suis attaché à analyser certains des processus dynamiques qui travaillent le champ du VIH. Les spécificités relatives de cette pathologie – son « exceptionnalisme » – ne saurait en effet masquer son inscription dans **les transformations** du domaine de la santé publique au cours des dernières décennies. Cela concerne en particulier la prévention des risques sexuels et les enjeux de l'expertise scientifique, dont on verra que les frontières se déplacent au cours de la décennie 2000, favorisant l'émergence de nouveaux acteurs (les cliniciens) et de nouvelles alliances entre associations et chercheurs. A travers l'usage préventif des antirétroviraux, le processus de médicalisation de la sexualité est au cœur de la période étudiée ; il sera envisagé au prisme des réseaux d'acteurs impliqués et des options défendues, en fonction des contextes. On s'intéressera à la manière dont l'évolution des recommandations de prévention portées par les protagonistes participe d'une redéfinition plus générale de la responsabilité et de la santé des individus et des populations. La notion de la « réduction des risques sexuels » sera analysée comme l'un des outils au service d'une gestion plus réflexive du danger sanitaire. A la suite de M. Foucault, L. Berlivet (2004) a réactualisé la distinction entre « *mécanismes disciplinaires* » et « *dispositifs de sécurité* » dans le domaine de la santé publique. Si les premiers relèvent d'une imposition normative extérieure, les seconds, qui favorisent un contrôle de soi, sont plus à même de rendre intelligible l'évolution des discours de prévention du sida. La gestion des risques relève bien plus d'une adhésion et d'une intériorisation des contraintes que d'une logique coercitive. Par ailleurs, comme l'a montré D. Fassin, la santé publique moderne est caractérisée par la « *coexistence d'interprétations et de politiques se référant à l'individuel et au collectif* » (1996, 273). Ainsi, loin de se résumer à un simple logique de contrôle social *top-down*, le « *gouvernement des corps* » (D. Fassin et Memmi 2004) se reconfigure sous des formes diverses. A la suite de R. Massé (2007), ma réflexion s'inscrit dans le cadre d'une approche attentive aux **appropriations quotidiennes et profanes du risque** et non simplement à ses dimensions institutionnelles. Il s'agit dès lors de s'intéresser « *au processus*

d'intériorisation du risque et au développement d'un ethos de la responsabilité », sans le ramener exclusivement sur un mécanisme de contrôle « *du soi entrepreneur de sa propre santé* » (*ibid.*). On peut ainsi prendre en compte plus finement la manière dont le risque est mobilisé par des individus et des groupes sociaux, notamment en termes de réflexivité, de mobilisation citoyenne, de demande de justice sociale ou de développement de nouvelles formes de responsabilité situées. Ces revendications s'observent de façon transversale, dans les discours experts et dans les expériences ordinaires du risque.

L'analyse des rationalités préventives situées contribue à éclairer la compréhension sociologique des **processus de subjectivation**. L'intériorisation de la conscience du risque, si elle est variable et multiforme, est partie prenante de la définition du sujet homosexuel de la prévention (Halperin 2007). Trente années d'épidémie, de surveillance épidémiologique, de discours experts et associatifs sur le risque ont construit un lien spécifique entre homosexualité et VIH. Les controverses sur le bareback, en redéfinissant les frontières morales de la prévention, rendent explicites ce travail d'élaboration politique. Etablir la généalogie des modes de problématisation du risque permet d'en historiciser les enjeux. De plus, les conceptions du corps comme enveloppe indissociablement sociale et biologique sont une dimension centrale de la construction du risque (Douglas et Calvez 1990). Envisager cette incorporation constitue un élément clé de l'analyse des expériences ordinaires de la prévention.

Finalement, je m'attache à mettre en lumière que la critique du « *culturalisme pratique* » de la santé publique (Dozon et Fassin 2001) ne s'oppose pas au projet d'une meilleure compréhension des contextes sociaux dans lesquels les individus interprètent le danger. En proposant une approche des configurations relationnelles et des univers moraux du risque VIH, cette thèse contribue à revaloriser l'appréhension de la culture dans le domaine de la prévention (Calvez 2006). Son originalité tient au fait de ne pas se concentrer uniquement sur les perceptions profanes du risque, en tant que s'opposant à une conception objective du risque, rejoignant la critique établie par M. Calvez (2001).

Ce faisant, et plus généralement, ce travail participe d'une meilleure compréhension des redéfinitions contemporaines de « *l'espace politique de la santé* » (D. Fassin 1996). Cette thèse s'attache également à caractériser les processus de « *reterritorialisation* » (*ibid.*) des normes de santé publique, en s'intéressant aux configurations des mondes sociaux de l'homosexualité. Ainsi, il apparaît que les risques du sida sont des objets politiques autant qu'ils font l'objet de politiques : à travers la prévention, c'est la définition même des relations

entre gais qui est en débat. Pour autant, loin de ne proposer qu'une lecture des spécificités de la prévention du sida chez les gais, il s'agit d'en dégager des enseignements plus universels.

Plan de la thèse

Cette thèse est construite autour de trois grandes parties, divisées en chapitres.

Dans la première, je reviendrai sur les développements historiques des controverses sur la prévention du sida chez les gais depuis la fin des années 1980. Il s'agit alors de proposer une lecture socio-historique du phénomène de bareback, en l'inscrivant dans une généalogie des manières de penser le risque VIH. Puis, je retracerai les débats qui ont accompagné le concept de réduction des risques sexuels en France.

Dans un deuxième temps, je m'attacherai à analyser les différentes conceptions des sociabilités homosexuelles dans le contexte de l'épidémie. La notion de communauté gaie, objet de nombreuses critiques, sera au cœur de cette seconde partie. J'envisagerai également les diverses acceptions du bareback, en les resituant dans leurs contextes d'élaboration.

Dans la troisième partie, je me pencherai sur les enjeux de réflexivité au cœur de la gestion du risque. Ces mécanismes, profondément relationnels, mettent en jeu des messages experts et des appropriations profanes. A travers les expériences ordinaires, j'analyserai la constitution de rationalités situées. Puis, je reviendrai finalement sur les transformations récentes des débats sur le risque, dans un contexte de médicalisation de la prévention.

Partie 1 : Historiquer les controverses sur la prévention du sida

Comment expliquer la virulence des débats sur le bareback du début des années 2000 en France ? A cette question initiale, les réponses avancées par les acteurs sont multiples. En ressortent des facteurs explicatifs divers, qui mêlent la transformation du contexte thérapeutique, après l'arrivée des trithérapies en 1996, la chronicisation du VIH, la dégradation du sentiment d'appartenance communautaire ou encore l'importation d'un phénomène culturel venu des Etats-Unis. Cependant, ces analyses et les périodisations qui les accompagnent ont pour caractéristiques de se concentrer sur l'émergence du bareback comme phénomène social, à la fin des années 1990. Dans ce cas, la revendication de pratiques non protégées est-elle le révélateur, la cause ou la conséquence de l'usage du préservatif ? Un regard rétrospectif permet pourtant d'envisager à quel point la prévention a toujours constitué un enjeu de débats dans le monde homosexuel. C'est l'analyse de ces débats, depuis la fin des années 1980, qui va constituer le fil conducteur de cette première partie.

Deux grandes dimensions seront au cœur de ce récit sociologique de la construction de la prévention comme un problème social. La première tient au fait que, dans les pays développés, la gestion du risque sida a été historiquement constituée comme un attribut identitaire structurant pour les homosexuels masculins. De ce fait, les enjeux de prévention concernent, dès l'origine, l'organisation des relations sociales entre gais. La seconde dimension concerne les acteurs en présence. Tout au long de ces chapitres, on verra que les débats sur le risque mettent principalement en présence le monde associatif, et en particulier Act Up-Paris et AIDES. La position des pouvoirs publics, en retrait, bien qu'ils financent en large part la lutte contre le sida, est caractéristique de la gestion « moderne-libérale » de l'épidémie (Pollak 1988). En l'occurrence la prévention du sida est, sur la durée, d'abord l'affaire des groupes sociaux concernés.

Dans cette première partie, je m'attacherai à retracer la manière dont les comportements sexuels « à risque » chez les gais ont été problématisés au cours de l'histoire de l'épidémie. Pour ce faire, je m'appuierai sur l'analyse des articles de presse (gaie, associative, généraliste), des documents associatifs et institutionnels et des entretiens avec certains des acteurs de ces débats. Le premier chapitre retracera les premières controverses autour de la

prévention, à la fin des années 1980 et nous conduira à envisager l'émergence progressive d'un problème de prévention, qui ne s'appelle pas encore « bareback ». Dans le deuxième chapitre, je reviendrai sur le moment que constitue la publicisation conflictuelle du bareback au tournant des années 1999 et 2000. J'analyserai comment cette controverse contribue à produire le problème et les solutions qui lui sont apportées. Enfin, dans un troisième chapitre, je m'intéresserai à la manière dont les débats se transforment, au début des années 2000, autour de la notion de réduction des risques sexuels.

1. La prévention est-elle devenue un problème ?

Ce chapitre s'attache à retracer, dans le cas de la prévention parmi les gais en France, comment une question de santé publique (la promotion de l'usage du préservatif), s'est constituée comme un enjeu politique dès le début de l'épidémie. En posant comme non « évidente » l'émergence du bareback comme catégorie de qualification et de description de certaines pratiques sexuelles à la fin des années 1990, je proposerai une lecture sociale et historique des modes d'analyse des risques. L'objet de ce chapitre est donc d'analyser la manière dont la prévention a été problématisée par les acteurs sociaux au cours de la décennie 1990. Sans me limiter à une analyse strictement discursive, je fais l'hypothèse que ces débats sur le risque traduisent des conceptions divergentes des formes de la mobilisation des homosexuels face à l'épidémie de sida. Des divergences qui trouvent leurs racines dans l'expérience de l'homosexualité dont sont porteurs les acteurs de ces débats, et les discussions sur l'existence (ou non) d'une communauté gaie. Mon propos s'appuiera à la fois sur une contextualisation de l'action associative et institutionnelle en matière de prévention du VIH, mais également sur une analyse des articles de la presse associative et généraliste consacrés à ces questions.

Je reviendrai dans un premier temps sur la situation des mouvements associatifs homosexuels au moment de l'apparition du VIH, au début des années 1980, afin d'éclairer les conditions d'émergence d'une réponse collective à cette épidémie. En soulignant les divergences préexistantes entre différentes lectures des sociabilités gaies, il s'agira de montrer comment la menace du sida contribue à reconfigurer les différentes options politiques en présence. Par la suite, en m'intéressant aux premiers débats sur les limites de la prévention, notamment l'hypothèse d'un relâchement des comportements préventifs, j'analyserai comment les enjeux se déplacent progressivement à l'intérieur même des populations homosexuelles. Enfin, l'analyse de l'émergence du bareback comme point nodal de débat, au cours des années 1995-1999, met en lumière les processus de construction d'une catégorie politique du risque.

1.1. Emergence et structuration d'une mobilisation homosexuelle face au VIH

En juin 1981, au moment où sont détectés les premiers cas d'une maladie identifiée plus tard comme infection par le VIH et le sida, les mouvements militants homosexuels français sont sur le point d'obtenir les avancées légales et symboliques qu'ils réclament depuis plusieurs années. En effet, au cours de l'été 1982, l'Assemblée Nationale abroge l'ensemble des mesures pénalisant les pratiques homosexuelles, conformément aux engagements du candidat socialiste qui remporte l'élection présidentielle du printemps 1981, François Mitterrand. Ces évolutions légales et politiques accompagnent un mouvement plus général d'affirmation de l'homosexualité dans la société française, qui s'est accéléré au cours de la décennie précédente. L'historiographie de l'homosexualité dans les pays occidentaux a montré la grande diversité des modes de vie homosexuels au cours du 20^{ème} siècle, remettant en question une périodisation qui ferait des années 1960/1970 la période de naissance de l'homosexualité moderne (D'Emilio 1998; Chauncey 2003). A bien des égards, les formes d'organisation des sociabilités homosexuelles dans les périodes de relative clandestinité qui suivent la Seconde Guerre Mondiale, préfigurent les formes et les revendications du mouvement gai et lesbien : la demande de reconnaissance sociale, la volonté d'intégration sociale et le refus des discriminations (Jackson 2009).

La création du Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire (FHAR), malgré son existence éphémère (1971-1973) et presque exclusivement parisienne, constitue symboliquement l'acte fondateur du militantisme gai contemporain. Issu du bouillonnement social et politique de l'après Mai 1968, ce mouvement préfigure les principales caractéristiques de ceux qui lui succèdent : l'affirmation de soi et la sortie de la dissimulation (« coming out »), une organisation fondée sur une identité commune et les revendications de transformation sociale. Après la disparition du FHAR, la structuration des Groupes de Libération Homosexuels (GLH) dans de nombreuses villes de France contribue à l'émergence et à la visibilité de modes de vie homosexuels. Cependant, si le tournant que constituent les mobilisations des années 1970 est indéniable, des travaux récents mettent en lumière les processus de longue durée à l'œuvre. Il semble donc intéressant d'envisager cette histoire à partir des éléments de continuité qui la traverse.

Dès les années 1950, l'association Arcadie, animée par A. Baudry préfigure les formes d'organisation des sociabilités homosexuelles. L'association se désigne comme

« homophile », terme qui constitue à la fois un dénominateur commun acceptable par ses membres, et une manière de déjouer la répression et la censure (Jackson 2009). Cette association publie un journal régulier, organise des soirées mensuelles de discussion et de rencontre, et rassemble plusieurs milliers d'adhérents, avant son auto-dissolution en 1982. Les logiques d'affirmation militante des années 1970, ont largement accredité l'idée d'une rupture radicale, en réaction à ces formes d'organisation plus « discrètes » de l'homosexualité. La thèse développée par Jackson est cependant plus nuancée : il insiste plutôt sur les continuités et la pluralité des réagencements des modes de vie homosexuels. Pour lui, les années 1970 traduisent moins le déclin d'une manière de vivre son homosexualité au profit d'une autre que l'émergence de modèles d'affirmation identitaires variés, et parfois politiquement concurrents. Aux revendications radicales et subversives des militants issus du FHAR, puis des GLH, font écho le désir d'intégration sociale et la revendication du « droit à l'indifférence » des animateurs d'Arcadie. J. Jackson souligne que les premières revendications de reconnaissance des couples de même sexe sont élaborées au sein d'Arcadie lors de son congrès en 1979. Il avance qu'une lecture de long terme permet une approche plus compréhensive des évolutions de l'homosexualité en France : les formes de mobilisation des années 1970 apparaissent ainsi moins comme une rupture que comme un moment d'affirmation radicale, dans le cours d'un mouvement long et progressif de reconnaissance sociale.

L'irruption du VIH intervient donc dans un contexte de « *remaniements* » du militantisme gai (Pinell 2002, 30), caractérisé par l'expression publique d'une diversité de manières de se vivre homosexuel, non réductibles à une stricte polarisation entre des expressions « politiques » et « communautaires ». Ainsi, dans la sphère militante, le déclin des structures issues des années 1970 est contemporain de nouvelles formes d'organisation. Le modèle de la « communauté gaie » états-unienne joue alors un rôle ambivalent, entre identification, critique et rejet. Ces rééquilibres politiques s'accompagnent de conflits et de crises au début des années 1980, notamment au sein de l'hebdomadaire *Gai Pied* ou de l'Association des Médecins Gais. Enfin, à l'échelle des modes de vie gais, la structuration d'un « *ghetto* » commercial (Pollak 1982) fortement sexualisé coexiste avec les aspirations à la vie de couple.

1.1.1. La constitution d'un champ associatif de lutte contre le sida

En juin 1981, les épidémiologistes du *Center for Disease Control and prevention* (CDC), d'Atlanta, aux Etats-Unis, décrivent plusieurs cas de cancers rares de la peau détectés chez de

jeunes patients homosexuels. La nouvelle parvient en France le 5 juin par le biais du Bulletin *Morbidity and Mortality Weekly Report* du CDC, et W. Rozenbaum, alors chef de clinique assistant à l'Hôpital Claude Bernard, fait le rapprochement entre les signes cliniques observés et l'un de ses patients (Martel 2000). Il vient de rencontrer le premier patient diagnostiqué pour ce que l'on nommera, à partir de l'été 1982, le Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA).

L'identification du virus, au début de l'année 1983, achève de confirmer les craintes : il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible. En France, les soignants jouent un rôle d'alerte du milieu homosexuel. Confrontés au décès de certains patients, et conscients d'avoir affaire à une maladie grave, ils tentent de sensibiliser le milieu gai au travers des associations existantes (Martel 2000). Mais leurs mises en garde sont d'abord accueillies avec scepticisme. Ces mouvements se sont en partie construits en opposition au pouvoir médical et psychiatrique, et l'annonce d'une nouvelle maladie qui toucherait spécifiquement les homosexuels apparaît d'abord comme une potentielle source de stigmatisation. La méfiance est renforcée par le fait que la presse généraliste – en particulier le quotidien *Libération* – évoque le sida comme un « cancer gai » (Herzlich et Pierret 1988).

Plusieurs analyses se sont penchées sur l'hypothèse d'un éventuel « retard français » dans la prise en compte de l'épidémie par les mouvements et la presse homosexuels. Dans un essai publié en 1996, F. Martel (2000) met ainsi en cause les modes d'organisation du milieu homosexuel en France ainsi que l'aveuglement politique des principaux leaders associatifs gais, qui n'auraient perçu dans le VIH qu'une nouvelle forme de stigmatisation et d'homophobie. Les premières informations sur l'épidémie interviennent cependant dans un contexte où la « libération » homosexuelle, fraîchement acquise, paraît fragile pour beaucoup de militants. L'analyse d'un « retard », posée *a posteriori*, ne permet pas d'envisager les conditions concrètes dans lesquels les homosexuels, dans leur diversité, et les militants associatifs en particulier, pensent et comprennent la survenue de cette épidémie sexuellement transmissible. Pour N. Dodier, il convient de rendre compte des profondes évolutions que l'apparition du sida entraîne dans le monde gai au cours de la période 1981-1984, et qu'il analyse en deux mouvements principaux : « *une nouvelle forme de confiance progressivement attribuée aux médecins* », et « *la reconfiguration de la sexualité, à travers un travail (...) autour des notions de 'sujet', de 'désir' et de 'raison'*. » (Dodier 2003b, 4).

Durant les premières années de la médiatisation de l'épidémie, deux figures du médecin s'opposent dans la presse homosexuelle, en particulier au sein de *Gai Pied*. La chronique

assurée dans l'hebdomadaire par des membres de l'Association des Médecins Gais (AMG) incarne une médecine communautaire, qui se veut exempte de tout jugement moral. A l'inverse, les médecins et chroniqueurs médicaux qui abordent le sida dans la presse généraliste sont perçus. Cette perception du monde médical évolue progressivement, à travers la construction d'alliances avec les premiers médecins impliqués dans la prise en charge du VIH. Les lignes de clivages se déplacent et mettent en jeu une approche « moderne-libérale » de la gestion de l'épidémie face aux approches moralistes. Cela se traduit par la moindre place accordée dans la presse homosexuelle aux « médecins gais », au profit des spécialistes de l'épidémie. Ces évolutions impliquent plus généralement les premières associations de lutte contre le sida, dont la principale (AIDES, en 1984) se constitue de manière relativement autonome vis-à-vis des mouvements homosexuels.

Sur le plan de la sexualité et de la prévention, les homosexuels sont confrontés à une question : « *comment lutter contre une menace sanitaire, tout en préservant les acquis de la libération sexuelle ?* » (Dodier 2003b, 12). Les options politiques de gestion des risques de transmission se démarquent rapidement des mesures coercitives qui sont prises aux Etats-Unis (fermeture des saunas et des backrooms). Un travail de redéfinition politique d'une sexualité responsable s'engage alors, qui constituera le fondement des premières actions de prévention. Confrontés à une menace sanitaire inédite, les militants et les journalistes homosexuels sont conduits à repenser leurs relations à la médecine et à la sexualité. Ce travail nécessite un réajustement politique et intellectuel dans un contexte d'incertitudes importantes sur l'ampleur de l'épidémie.

La constitution des premières associations de lutte contre le sida entrecroise des enjeux de délimitation stratégique entre des approches politiques et communautaires et des enjeux liés à l'homosexualité, entre l'opportunité d'une action affirmative ou plus universaliste. La diversification des modes de vie et des formes d'engagement des homosexuels se reflète dans la manière dont les fondateurs des premières associations composent avec ces deux types d'enjeux (P. Adam 1997). Créé en 1982 autour d'un groupe de professionnels confrontés aux premiers malades (médecins, infectiologues, virologues, dermatologues, immunologistes, pneumologues, mais également un épidémiologiste et deux représentants de la Direction Générale de la Santé) le Groupe de Travail Français sur le Sida marque très tôt son souci d'intégrer des représentants d'associations homosexuelles (Pinell 2002). Cependant, les collaborations engagées avec l'AMG et les militants du Comité d'Urgence Anti-Répression Homosexuelle ne sont pas suivies d'une mobilisation de ces structures.

Vaincre le Sida : une association issue de la communauté gaie

L'initiative de la création de la première association de lutte contre le sida, Vaincre le Sida (VLS), vient de P. Meyer, médecin membre du GTFS. Ancien militant du GLH, puis de l'AMG, il anime par ailleurs des émissions sur la santé sur les ondes de la radio *Fréquence Gaie*. Face à l'épidémie, il préconise une réponse associative liée au mouvement homosexuel. L'association VLS est créée en 1982, avec pour objectif le soutien aux malades homosexuels touchés par la maladie et l'information de la population. Mais elle se trouve rapidement prise dans les conflits qui traversent alors l'AMG sur la manière d'aborder le sida, ce qui freine son développement.

AIDES et ses scissions : un ancrage universaliste

La création de l'association AIDES, à l'automne 1984, est en grande partie liée au décès de M. Foucault quelques mois plus tôt. D. Defert, son compagnon, prend en effet l'initiative de mobiliser quelques-uns de ses proches, en réaction au silence et aux mensonges qui ont entourés la mort du philosophe (Hirsch 1991). Militant issu de l'extrême gauche maoïste, D. Defert investit dans ce projet des compétences et des expériences acquises dans les mouvements sociaux, notamment au sein du Groupe Information Prison (GIP). L'autre caractéristique de l'expérience politique du principal initiateur d'AIDES est qu'il n'a jamais milité dans le mouvement homosexuel au cours des années 1970. Le groupe des fondateurs de l'association, tous homosexuels, est marqué par une forte homogénéité sociale et culturelle : ils appartiennent aux classes moyennes supérieures et sont universitaires, médecins ou journalistes.

AIDES se donne comme objectif le soutien aux malades, l'information et la prévention, dans une optique de médiation entre les personnes touchées et les institutions médicales. Dès son origine, l'association se veut ouverte à tous les malades, « *quelle que soit leur origine, leur race, leur nationalité, leur mode de vie ou leur préférence sexuelle* » (règlement d'AIDES, cité par Pinell, 2002 p.51). Ce choix s'inscrit dans une optique « *de transversalité* », qui la définit comme une association généraliste et non identitaire. Pour autant, le noyau fondateur d'AIDES est composé d'homosexuels qui ont, pour une partie d'entre eux, participé aux mouvements gais des années précédentes. La volonté d'une distanciation vis-à-vis de l'identification homosexuelle peut s'expliquer par des options stratégiques d'alliances avec des acteurs médicaux et institutionnels non gais. Mais elle relève également d'une logique plus profonde, qui tient à la diversification des formes de militantismes homosexuels :

l'orientation sexuelle n'apparaît pas, pour les premiers militants être un motif central d'engagement politique (P. Adam 1997). Le développement rapide d'AIDES pose assez tôt des questions de structuration organisationnelle et politique, qui portent sur le fonctionnement démocratique, les enjeux de professionnalisation et « *l'équilibre entre les axes d'intervention (aide aux malades, prévention, aide à la recherche)* » (Pinell 2002, 66). Au cœur des questionnements, l'identité associative est en jeu : AIDES doit-elle évoluer vers une forme de professionnalisation, ou demeurer un groupe d'auto-support, avant tout composé de volontaires ?

Deux projets concurrents de résolution de ces questions aboutissent à une scission de l'association, en mars 1987, qui conduit au départ d'une majorité des membres du Conseil d'Administration. La plupart d'entre eux, autour de F. Edelmann et JF Mettetal rejoint l'association Arcat-sida¹. Si la vision de l'engagement homosexuel portée par le groupe fondateur de l'association avait pu sembler homogène, la crise de 1987 révèle des divergences : à l'approche communautaire développée par D. Defert, notamment issue des approches de santé publique nord-américaine, répond une lecture plus universaliste et républicaine du groupe de F. Edelmann. La convergence d'intérêt sur l'opportunité de construire une association dépassant la référence identitaire homosexuelle n'a pas éteint les contradictions entre les deux conceptions de la mobilisation.

L'association AIDES connaît une seconde scission, plus « *douce* » en 1988 (Pinell 2002), avec le départ, autour de G. Pelé, de militants intervenant dans la prévention auprès des gais qui créent l'association Santé et Plaisir Gay (SPG). Le groupe de volontaires d'AIDES investis dans la prévention est marqué par un fonctionnement peu coordonné et un sentiment de dévalorisation de ses activités au regard du secteur de « l'aide aux malades », qui occupe alors une place prépondérante au sein de l'association. Les motivations de la création de SPG tiennent également à l'orientation politique de la direction de AIDES, qui mise sur le profil généraliste de l'association, et préfère donc voir se développer des initiatives plus identitaires en dehors de l'association (P. Adam 1997). La nouvelle structure, créée avec l'aval de AIDES, concentre ses activités sur l'organisation de « *jack-off parties* »² et l'élaboration de

¹ Arcat-sida avait été créé quelques années plus tôt, en 1985 par des cliniciens et des chercheurs autour de Daniel Vittecoq, médecin à l'hôpital Saint Louis (Paris).

² L'expression « *jack-off party* » signifie littéralement soirée de masturbation : « Apparues dans les communautés gays de plusieurs villes des Etats-Unis, avant l'épidémie de sida, les jack-off parties sont réalisées par de petits groupes d'hommes homosexuels qui entendent réagir à une normalisation des pratiques sexuelles tout en se préservant des risques de maladies vénériennes. Ils prônent des expériences de sexualité collective

documents de prévention ciblant les gais. Par la suite, SPG s'autonomise progressivement, et développe une expertise spécifique qui en fait un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics : à partir de 1990, G. Pelé participe ainsi au groupe d'experts homosexuels de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS). Mais le départ des militants de SPG ne résout pas les tensions internes à AIDES, concernant les actions de prévention en direction des gais. Sous l'impulsion de D. Le Fers, militant et salarié d'AIDES à Paris, un nouveau groupe spécifique se crée en 1989 sous le nom de « Pin'Aides » pour coordonner ces interventions.

Les acteurs de cette première génération associative élaborent des formes d'engagements homosexuels qui vont durablement marquer la lutte contre le sida. A l'affirmation d'un modèle communautaire, fondé autour de l'identité gaie (VLS, SPG), répondent des approches qui tentent d'universaliser le combat face au VIH. Cependant, même parmi ces dernières, des divergences se dessinent, entre l'approche communautaire portée par AIDES et l'orientation plus professionnelle d'Arcat-sida. Cette diversité, et les désaccords qui se manifestent, traduisent la pluralité des formes de mobilisation des gais.

Act Up-Paris : une option politique et identitaire

La fondation d'Act Up-Paris, en juin 1989, marque l'irruption d'une quatrième option politique de la mobilisation homosexuelle. L'association est créée par un groupe de journalistes homosexuels (D. Lestrade, P. Loubet, L. Coulavin), plus jeunes que les fondateurs d'AIDES, moins diplômés, ainsi que plus éloignés du militantisme homosexuel et protestataire des années 1970 (Pinell 2002). D. Lestrade découvre Act Up New York lors d'un voyage aux Etats-Unis en 1987, et il s'emploie à faire connaître le groupe en France au cours des deux années suivantes, notamment à travers ses articles dans *Gai Pied Hebdo*. Après avoir longuement hésité, le trio fondateur crée Act Up-Paris en juin 1989. La première apparition publique de la nouvelle association a lieu lors de la *Gay Pride* de Paris, le 24 juin 1989, sous la forme d'un *die-in*¹. Cette première apparition condense les principales caractéristiques d'Act Up-Paris : le groupe affirme résolument l'homosexualité et la séropositivité, et ses

bannissant la pénétration anale, dans laquelle ils voient une source de contamination et de normativité. (...) S'opposant en tout point à la backroom des établissements de consommation sexuelle, la jack-off party réalise un dispositif expérimental qui, en cherchant à combiner promiscuité et contrôle des pulsions, exprime crûment, sous une forme qu'on peut dire caricaturale, un souci de maîtrise sanitaire des relations sexuelles » (Pinell 2002, 124-5).

¹ Le *die-in* est une forme d'action qui consiste à mettre en scène la mort : les militants s'allongent au sol et demeurent inertes durant le temps de l'action.

modes d'action sont en rupture avec les autres structures de lutte contre le sida, avec lesquelles des tensions ne tardent d'ailleurs pas à s'instaurer.

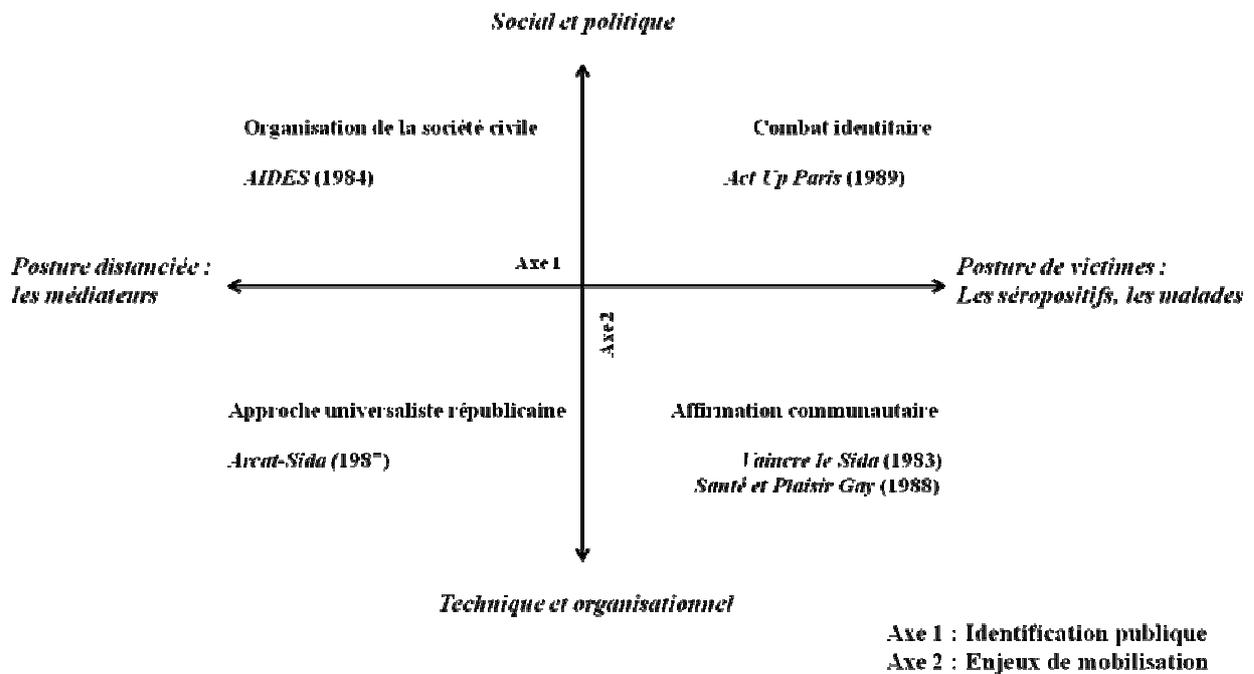
1.1.2. La structuration de quatre options homosexuelles

Durant la seconde moitié des années 1980, la perception de la diffusion de l'épidémie change, en particulier parmi les homosexuels masculins. Jusqu'alors, l'image de la maladie recoupe celle de sa forme la plus développée, le sida. La diffusion de tests de dépistage du VIH, à partir du printemps 1985 conduit de nombreux gais à prendre connaissance de leur séropositivité ou de celle de proches. L'incertitude sur les conséquences d'une découverte de séropositivité au VIH est alors importante : la question des « porteurs sains » soulève des débats scientifiques et médiatiques (Herzlich et Pierret 1988). Mais, plus généralement, la diffusion du dépistage est concomitante de nombreux décès, ce qui accélère la prise de conscience de la forte diffusion de l'épidémie parmi les homosexuels. Ce processus met à l'épreuve les formes de militantisme : il contribue notamment à l'émergence de différenciations entre les séropositifs et les autres membres. L'approche généraliste qui prévaut au sein d'AIDES, tant en termes de messages de prévention que d'organisation du militantisme, permet d'atténuer ces effets. Pour ses dirigeants, cela confirme la nécessité de promouvoir une mobilisation non identitaire : la révélation de son statut sérologique ou de son orientation sexuelle est un choix individuel et non le fondement de l'appartenance au groupe (P. Adam 1997). Mais ces transformations s'accompagnent de fortes tensions internes, au sein desquelles la visibilité de l'homosexualité est en jeu. La création de Santé et Plaisir Gay (1988), puis le développement de groupes de prévention spécifiques, à l'image de Pin'Aides à Paris (1989), en sont l'illustration. A contrario, pour les militants qui partent à Arcat-sida, l'auto-support pratiqué à AIDES s'inscrit dans une optique trop peu distanciée des préoccupations de ses membres qui nuit au développement de la structure. Enfin, dans les structures telles qu'Act Up-Paris, la séropositivité représente le trait identitaire qui, associé à l'homosexualité, constitue le support de la mobilisation. Dans un travail qui combine affirmation publique et différenciation vis-à-vis des autres structures, en particulier AIDES, les militants d'Act Up-Paris revendiquent une séropositivité politique (Lestrade 2000).

A la fin des années 1980, les mobilisations initiales des homosexuels face au VIH laissent donc apparaître une diversité d'options politiques. Dans son enquête sur les mobilisations associatives contre le sida en France, J. Barbot a caractérisé les formes d'engagement

associatif, qui sont polarisées 1) par la manière dont l'homosexualité est revendiquée, 2) par la forme de mobilisation privilégiée (Barbot 2002, 43).

Figure 1 : Formes d'engagement des associations de lutte contre le sida, au regard des enjeux de la prévention gaie (1989)



Le premier axe, « identification publique », voit se différencier deux grands types de positionnements. Sur le plan de la **posture distanciée** se retrouvent les associations issues de la matrice initiale d'AIDES : elles se caractérisent par une perspective transversale, et non populationnelle, et le choix de ne pas faire de l'homosexualité un trait structurant la mobilisation contre le sida. Il s'agit d'une orientation stratégique : assurer les conditions d'une généralisation du combat et d'une prise en charge non stigmatisante par la société. Mais cette option relève également des caractéristiques sociologiques de ses initiateurs : intellectuels, fortement dotés de capitaux culturels, rompus aux analyses stratégiques des groupes de la gauche marxiste des années 1970, et ayant parfois pris part aux luttes homosexuelles.

La différenciation s'effectue entre elles sur les formes de mobilisation. La scission de 1987 au sein d'AIDES, et le départ de JF Mettetal et F. Edelmann vers Arcat-sida, met en lumière les perspectives qui se confrontent au sein de l'option universaliste :

- Arcat-sida assume la professionnalisation et la mise à distance de l'expérience personnelle, ainsi que la production d'une expertise afin de créer un lien fort avec le milieu médical et scientifique.
- AIDES souhaite demeurer une organisation d'auto support, au sens où ses militants/volontaires mêlent engagement politique et expérience intime.

Ces deux orientations ont également des conséquences au niveau des modes d'intervention publique des structures. Fondée sur une orientation politique universaliste, Arcat, au travers de *Sida 89*, puis du *Journal du Sida (JDS)*, va porter un point de vue politique structuré dans l'espace de la lutte contre le sida. Plus « pragmatique », AIDES met peu d'analyses en circulation, si l'on excepte quelques articles et prises de position de D. Defert. La parution de *Remaides*, à partir de 1991, correspond à la diffusion d'un support d'information destiné aux malades et à leurs proches, et non d'une tribune politique.

Sur le plan de **la posture de victimes**, se retrouvent les associations pour lesquelles l'identité homosexuelle constitue un trait structurant et affirmé publiquement. Cette orientation est fondée sur l'analyse de la menace spécifique que fait peser le VIH sur les populations homosexuelles. A la différence de l'option universaliste, ces structures ne proviennent pas d'un projet commun, mais sont issues de trois périodes différentes. La première, Vaincre Le Sida, est le produit des toutes premières mobilisations gaies contre le sida, portées par des homosexuels engagés durant la décennie précédente. La seconde, Santé et Plaisir Gay, provient d'une scission d'AIDES et s'est affirmée face à cette dernière en revendiquant l'homosexualité comme levier de mobilisation dans le champ de la prévention. Par contraste, Act Up-Paris est issue d'une nouvelle génération, à la fin des années 1980, marquée par l'expérience concrète d'une épidémie massive à l'échelle des communautés gaies. Cependant, là encore, les formes de la mobilisation sont un facteur de différenciation entre ces associations. Act Up-Paris s'inscrit dans une approche politique de dénonciation et de défiance vis-à-vis des pouvoirs publics. Au-delà même des homosexuels, la matrice actupienne est identitaire, au sens où elle fonde la revendication politique : en tant que séropositif-ve-s, homosexuel-le-s, puis plus tard en tant que toxicomanes ou prostitué-e-s. Pour leur part, VLS et SPG mettent en œuvre des actions de proximité, et créent des liens forts avec les structures de l'Etat. SPG, outre le développement de liens avec l'AFLS, maintient une orientation pragmatique (organiser des réponses pratiques à l'épidémie) qui marque sa filiation avec AIDES.

Les différences entre approches politiques et approches techniques se traduisent également par des modes de positionnement dans le débat public que nous retrouverons au cours des débats et des controverses sur la prévention chez les homosexuels.

1.1.3. Les politiques publiques de prévention du VIH et l'enjeu homosexuel

Alors que se développent les réponses associatives, la réaction des pouvoirs publics est marquée par des hésitations et une mise en place difficile. Durant les premières années de l'épidémie (1981-1986), les gouvernements socialistes s'impliquent très peu dans la prise en charge politique du fléau. Le faible nombre de cas, qui peut expliquer un silence relatif au départ, se double rapidement d'une difficulté à aborder publiquement une maladie qui touche particulièrement les homosexuels masculins. Par ailleurs, la gauche au pouvoir craint qu'une intervention de santé publique sur le VIH soit interprétée comme une attitude régressive vis-à-vis de la population homosexuelle et de son émancipation récente. Ainsi, l'éventualité d'une fermeture des saunas et des backrooms ou la question de dépistage systématique, posent le problème du type d'intervention souhaitable face à une maladie sexuellement transmissible (Pinell 2002). Par ailleurs, les évolutions de la santé publique et la prise de distance avec les réponses hygiénistes classiques, au cours des années 1970, alimentent une approche non moraliste et centrée sur la rationalité des individus (Berlivet 2004). Mais concernant le VIH, celle-ci peine à trouver une traduction concrète. Car dans un contexte politique difficile, et en prévision d'échéances électorales (les élections législatives et régionales, en 1986), les socialistes ne veulent pas apparaître auprès d'un électorat plutôt modéré et catholique, comme favorisant la communauté homosexuelle. Cette tension conduit à une forme d'immobilisme et d'inaction, particulièrement sensibles dans le domaine de la prévention : le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) est paralysé par ces jeux de contraintes politiques (Paicheler 2002).

La situation évolue profondément avec la nomination de M. Barzach au ministère de la Santé, dans le gouvernement de cohabitation de J. Chirac formé en 1986. La ministre établit des liens avec les associations mobilisées, et confirme la prise en charge « moderne-libérale » de l'épidémie. Dans le même temps, les prises de position très polémiques du Front National, qui prône l'ouverture de « sidatorium » et la ségrégation des séropositifs, contribuent, par leur effet repoussoir, à légitimer cette politique dans la classe politique. En cohérence avec les orientations associatives, M. Barzach s'attache à proposer un modèle de « généralisation » de la cause, afin d'éviter la stigmatisation des groupes les plus touchés. Au cours des années

1987 et 1988, répondant aux demandes associatives, et suivant les recommandations du rapport rédigé en 1986 autour du Pr Rappin (Pinell 2002, 94), le ministère de la santé décrète l'autorisation de la publicité pour les préservatifs, la vente libre de seringues dans les pharmacies, met en place un dispositif de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et organise avec le CFES en avril 1987 la première campagne médiatique télévisée à la signature célèbre : « *Le sida ne passera pas par moi* ». Puis les deux axes structurant des politiques de prévention se dessinent nettement : la solidarité avec les personnes touchées et la promotion du préservatif (Paicheler 2002).

Après l'élection présidentielle de 1988, la réélection de F. Mitterrand et le retour de la gauche au pouvoir marquent une nouvelle inflexion institutionnelle dans la lutte contre le sida. A la suite du rapport rédigé en 1988 par le Pr C. Got (1989), clinicien hospitalier et expert en santé publique, de nouvelles structures se mettent en place : l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), le Conseil National du Sida (CNS) et l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS). La création de cette dernière traduit une défiance vis-à-vis de l'action du CFES :

« des rumeurs insistantes évoquent son dessaisissement au profit d'une structure spécifique qui ne s'occuperait que de l'information sur l'épidémie. De fait, les critiques adressées au CFES se font de plus en plus sévères : il est jugé trop peu entreprenant (...), incapable de répondre aux demandes émanant des associations, trop dépendant de la DGS. » (Pinell 2002, 160)

Le CFES est également discrédité par des conflits internes et sa reprise en main administrative à la suite d'une accusation de détournements de fonds à l'encontre de son ancien directeur (Paicheler 2002). L'année 1989 est donc marquée par la création d'un dispositif public « ad hoc » pour la prise en charge de la prévention et de la communication sur le VIH/sida. L'AFLS a pour mission la sensibilisation du grand public, l'information sur l'épidémie et la prise en charge d'actions de proximité. Cependant, son statut associatif provisoire, son absence de réseau et sa faible autonomie vis-à-vis du pouvoir politique contraignent largement son action. G. Paicheler souligne la double tension qui marque les initiatives de l'AFLS en matière de prévention au long de son existence (1989-1994) : comment inquiéter sans dramatiser ? Et comment toucher les groupes les plus concernés, en particulier les homosexuels, sans les stigmatiser ? En conséquence, la prévention en direction des populations homosexuelles est, dès l'origine de l'AFLS, un enjeu de débat des plus sensibles : tant sur le plan des messages et des modes d'information, que sur le « ciblage » des campagnes. En filigrane, c'est la question des contours et de la structuration d'une communauté homosexuelle qui est en jeu.

La question des formes de la mobilisation des homosexuels face au VIH/sida constitue un espace de tensions particulièrement aiguës au cours des années 1980. La diversité des réponses qui lui sont apportées éclaire la manière dont les prises de position des acteurs associatifs reflètent des « *formes d'engagement* », constituées « *historiquement et relationnellement* » dans le champ de la lutte contre le sida (Barbot 1999). Loin de se limiter uniquement à des positionnements stratégiques, les manières de mettre en scène l'homosexualité dans la lutte contre le VIH/sida correspondent à des divergences préexistantes au sein des mouvements et des populations gais. L'enjeu de « *l'authenticité sexuelle* », souligné par N. Dodier (2003a), prend différentes formes selon que les militants mettent l'accent sur sa dimension identitaire, relationnelle, ou sur la distanciation à l'égard de l'homosexualité. Outre les contours de la mobilisation, c'est donc logiquement sur le terrain de la prévention des risques sexuels que les diverses options vont trouver leur terrain d'expression et de confrontations.

1.2. Les débats sur « l'homosexualisation » du sida

Selon N. Dodier (2003b), les premières initiatives de la lutte contre le sida s'ancrent dans la constitution d'une « cause moderne-libérale », fondée sur la circulation de savoirs scientifiques cohérents et unifiés et, sur le plan politique, sur le respect des personnes et des libertés individuelles. Trois « *biens en soi* » sont en jeu, désignant les objectifs politiques auxquels s'attachent les acteurs en présence: la « *santé* », la « *non stigmatisation* » et « *l'authenticité* » (sexuelle) (p.20-2). A la fin des années 1980, l'émergence de débats sur la place de l'homosexualité dans le cadre des mobilisations contre le sida amplifie les tensions autour de ces objectifs moraux et politiques. Si le souci de santé n'est remis en cause par aucun des acteurs, la non stigmatisation et l'authenticité sont au cœur des controverses naissantes. D'une part, la volonté politique de « généralisation de la cause », portée par les pouvoirs publics et les principales structures de la première génération associative, tend à rendre invisible le fait que les homosexuels constituent de loin le principal groupe touché. D'autre part, l'enjeu d'authenticité placé au cœur de la construction des discours de prévention (le « *safer sex* ») est rapidement l'objet de débats sur le maintien de comportements non protégés, en dépit des actions d'information. Ces deux lignes de tension, dont l'agencement varie en fonction des périodes et des confrontations, structurent les préoccupations des années 1990 et 2000. Au cours de la période 1989-1992, ce sont les controverses sur « l'homosexualisation » du sida, selon la formule de D. Defert¹, qui dominant l'espace des débats ; la question des pratiques à risque est progressivement formulée et s'affirme comme la problématique majeure à partir de 1991/1992.

1.2.1. Les options homosexuelles à l'épreuve de la prévention

L'observation des débats publics parmi les acteurs de la lutte contre le sida s'appuie sur l'analyse, à partir de 1989, des articles publiés dans *Sida 89* (le futur *Sida 90* et *Journal du Sida*)² et dans *Gai Pied Hebdo* (*GPH*). L'arène médiatique est donc polarisée d'un côté par

¹ Defert D, « L'enjeu des gais. L'homosexualisation du sida », *GPH* n°446, 29/11/1990, p.60-3

² Selon Pinell (Pinell 2002, 283): « Avec le *JDS*, dont le développement est assuré grâce à des financements de l'AFLS, Arcat invente un type original de publication qui n'obéit ni aux critères des revues scientifiques spécialisées (...), ni à celles de la presse de parti ou de la presse commerciale. Son ambition est de produire une information qui aborde toutes les questions posées par l'épidémie, aussi bien dans le domaine de la recherche fondamentale, des essais cliniques, des sciences humaines et sociales, de l'épidémiologie et de la santé publique que dans celui des politiques publiques et de l'impact social et culturel de la maladie. (...) Certes le *JDS*

Gai Pied Hebdo (GPH), qui se fait le relais des options identitaires, et de l'autre par *Sida 89/JDS* dont les articles recouvrent des positions plus universalistes, cohérentes avec l'orientation d'Arcat-sida. Malgré leurs différences de nature (*GPH* est un hebdomadaire, de diffusion nationale, vendu en kiosque ; *Sida 89* est une publication associative mensuelle, diffusée parmi les acteurs de la lutte contre le sida), les deux publications constituent des tribunes à partir desquelles s'élaborent et se confrontent les positions des différents acteurs.

Au cours des années 1989-1992, les tensions s'ancrent dans un premier temps sur les formes de mobilisation homosexuelles face au VIH. Ainsi, dans le numéro de l'été 1989 de *Sida 89*, quelques semaines après la création d'Act Up-Paris, paraît un article intitulé « *Homosexualité et sida : le désir d'appropriation* »¹. F. Edelman y interroge les prises de position successives des militants homosexuels : l'indifférence initiale face à la maladie, la fascination, puis ce qu'il nomme un « désir d'appropriation », qui traduit selon lui un détournement des objectifs de la lutte contre le sida au profit de la cause homosexuelle. En réaction, un courrier de F. Arnal, ancien directeur de la rédaction et journaliste de *GPH*, est publié dans le numéro d'octobre de *Sida 89*, et illustre la portée des désaccords². Selon F. Arnal, dans l'article de F. Edelman « *on lit qu'un désir d'appropriation serait la base d'une nouvelle identité homosexuelle ! C'est une opinion que je réproouve (...), c'est le sida qui s'est approprié la vie homosexuelle.* » (p.33). Son analyse dénonce la faible implication de l'Etat dans la prévention auprès des gais, thème qui constitue l'argument principal des critiques formulées par les tenants de l'option identitaire durant cette période, et dont F. Arnal est l'un des porte-parole (Arnal 1993). La survenue du sida oblige selon lui à « *remettre en cause les tabous concernant le sexuel (...)* Les homosexuels, selon moi, ne peuvent choisir que [cette] solution, il y va de leur vie, car non seulement leur santé est en cause, mais aussi le milieu dans lequel ils vivent » (p.34). L'analyse développée pose le sida comme une menace pour les homosexuels en tant que groupe social et politique. Alors que pour F. Edelman, l'hétérogénéité des formes de la mobilisation initiale des gais contre l'épidémie apporte la preuve de l'absence de liens communautaires déterminants. Le « *commentaire de la rédaction* » qui accompagne ce courrier éclaire la perception par les acteurs des différences de positionnements à l'œuvre : « *M. Arnal est ancien directeur de la rédaction du journal GPH.*

combine lui aussi fonction informative et fonction politique mais d'une autre façon que les organes de presse militants. »

¹ Edelman F, « Homosexualité et sida : le désir d'appropriation, *Sida 89*, n°6, juillet-août 1989, p.13-5

² Arnal F, « *Illustration* », *Sida 89*, n°8, octobre 1989, p.33-4

Le contenu de cette lettre est, pensons-nous, une parfaite illustration de ce que nous avançons dans l'article en question. » (p.34).

Au début de l'année 1990, un nouveau conflit oppose la rédaction de *Sida 90* aux tenants d'une approche identitaire. Dans le numéro d'octobre, *Sida 89* publie un article évoquant l'édition par l'Association Lyonnaise de lutte contre le Sida (ALS) d'une brochure de prévention du sida en direction des lesbiennes¹. Le journaliste F. Fontenay² critique la création de ce document, qui s'adresse selon lui à une population non concernée par le VIH : « *le principal reproche que l'on puisse adresser à ce document est d'avoir une finalité nettement politique où le sida sert de prétexte à une revendication de reconnaissance.* » (p.25). Deux lettres de réponse parviennent au journal : celle d'une association lesbienne (le MIEL), et celle d'Act Up-Paris, signée par P. Loubet, publiée dans le numéro de janvier 1990³. Pour l'association, l'article de F. Fontenay met en cause la mobilisation de la communauté lesbienne contre le VIH : « *Pour nous, la simple initiative de la communauté lesbienne doit, en soi, être saluée et soutenue. Plus il existera de brochures de prévention, mieux le message sera communiqué.* ». P. Loubet met également en avant la dimension collective de la menace que le VIH fait peser sur les homosexuels dans leur ensemble :

« De la même façon, (...) vous avez déploré qu'Act Up profite de l'occasion de l'épidémie de sida pour tenter de fédérer la communauté homosexuelle autour d'une menace qui pèse sur elle. Monsieur Fontenay, c'est précisément contre la hargne, le mépris, l'égoïsme forcené qui règne partout (...) que nous luttons. Ce sont cet individualisme et cet oubli délibéré de l'autre qui ont été parmi les premières causes de la fulgurante diffusion du virus » (Loubet, *JDS*, 1990)

La réponse des journalistes de *Sida 90* illustre précisément la manière dont les tenants d'une option universaliste envisagent les liens entre orientation sexuelle et engagement contre le VIH/sida. A l'argument identitaire mis en avant par Act Up-Paris, qui considère le sida comme une menace pour la communauté homosexuelle, *Sida 90* oppose une lecture fondée sur la mobilisation d'individus concernés :

« La rédaction de *Sida 90* regrette néanmoins que des personnes se croient obligées de mettre en avant leur sexualité pour légitimer leur participation à la lutte contre le sida. L'effet de proximité est inhérent à toute lutte mais une proximité liée uniquement à des pratiques sexuelles connues pour être des risques de contamination par le HIV n'est pas en soi un gage de légitimité ».

¹ Fontenay F, « Digression militante », *Sida 89*, n°8, octobre 1989, p.25

² Frank Fontenay est un journaliste ayant auparavant travaillé pour Gai Pied Hebdo : « Sollicités par Frédéric Edelmann, deux journalistes de Gai Pied Hebdo (Jean Le Bitoux et Frank Fontenay) viennent travailler à ce qui va constituer l'activité sans doute la plus visible d'ARCAT : Le Journal du Sida. » (Pinell, p.282)

³ Mettetal JF, Edelmann F, Fontenay F, « Polémique sur un article », *Sida 90*, n°11, Janvier 1990, p.42-4

C'est bien cet enjeu de légitimité de la mobilisation homosexuelle qui est au cœur du désaccord exprimé dans la confrontation.

Dans un second temps, au cours de l'année 1989, la discussion des enjeux de prévention porte sur l'intervention des pouvoirs publics en lien avec la création de l'AFLS. C'est alors l'opportunité de mettre en œuvre des campagnes ciblées en direction des homosexuels qui est en question. La défense de l'option universaliste vis-à-vis de la place de l'homosexualité est à nouveau illustrée par l'article de F. Fontenay publié dans le numéro de novembre 1989¹. Le journaliste aborde l'édition, par l'AFLS, de trois campagnes de prévention en direction des gais, autour du slogan « *Dans safer sex, il y a avant tout le mot sexe* ». Il analyse la complexité de la construction de messages ciblés :

« Les homosexuels, contrairement à une image couramment répandue, ne constituent pas en France un groupe homogène. L'hétérogénéité est même plutôt importante, et s'apparente en cela à l'hétérosexualité, tant en ce qui concerne les pratiques sexuelles que les modes de vie, les situations sociales... A quoi s'ajoute, comme l'a démontré le sociologue M. Pollak dans ses études, la question de l'identité. Il existe en effet une différence notable entre, schématiquement, l'homosexuel qui construit son identité autour de sa sexualité et l'homme qui, bien qu'ayant des rapports sexuels plus ou moins réguliers avec des hommes, refuse l'identité homosexuelle. (...) Cette question de l'identité influe considérablement sur le rapport à la prévention et constitue une difficulté majeure pour la construction d'un discours de prévention ciblé vers les homosexuels. » (Fontenay, *Sida 89*, 1989).

Ce registre argumentaire met en jeu une lecture de la structuration des sociabilités homosexuelles dans laquelle l'hétérogénéité de la population visée par la prévention explique la difficulté d'élaborer des campagnes spécifiques. La mobilisation, dans l'argumentaire, des travaux menés par M. Pollak (1988) illustre la philosophie du journal, qui s'appuie sur l'expertise de la recherche. F. Fontenay se distancie donc nettement des modes d'explication qui émergent à la même période dans *GPH*, pour qui la frilosité politique et l'homophobie des pouvoirs publics expliquent l'absence de campagnes ciblées au cours des années 1985-1989. F. Arnal, retraçant l'histoire des campagnes de prévention, explique dans *GPH* en novembre 1990² que « *l'idée d'une action spécifique en milieu homosexuel ne perce pas. En revanche, plaquettes, brochures tout public se multiplient. Jusqu'en 1988, les accords sur des actions généralistes avec l'association AIDES tiennent lieu d'alibi à une éventuelle liaison avec la communauté homosexuelle* ».

¹ Fontenay F, « Sida, préservatif et homosexualité. Trois campagnes de l'AFLS d'ici la fin de l'année », *Sida 89*, n°9, novembre 1989, p.3-6

² Arnal F, « Prévention. CFES : bilan peu glorieux », *GPH*, n°443, 8 novembre 1990, p.53-6

Avec la création de l'AFLS, la discussion des messages et du contenu des campagnes devient un enjeu politique. Progressivement, plus que la question de la « *légitimité* » d'une mobilisation homosexuelle, ce sont ses formes, en particulier au travers des messages de prévention, qui vont être au centre des controverses.

1.2.2. Socialisation des homosexuels et formes de mobilisation

L'année 1990 et le premier semestre de 1991 sont scandés par plusieurs débats qui conduisent les différents acteurs à prendre position sur la place de la mobilisation identitaire dans la lutte contre le sida. Cette période marque l'investissement de l'Etat dans l'élaboration de messages de prévention à destination des homosexuels, et l'émergence d'un nouvel acteur : l'AFLS (Paicheler 2002). Les mobilisations homosexuelles, à travers les manifestations de la *gay pride*, ou l'émergence du projet de Maison des Homosexualités à Paris, sont traitées à plusieurs reprises dans les colonnes du *JDS*. Au premier abord, il peut apparaître surprenant que ces initiatives, relevant d'un modèle de mobilisation « identitaire », suscitent un intérêt dans la publication d'Arcat-sida. Cependant, au fil des articles, les journalistes développent une argumentation spécifique qui participe d'une réflexion plus générale sur la place de l'homosexualité dans la société, en articulant trois préoccupations : l'insistance sur l'hétérogénéité du monde homosexuel ; l'inquiétude naissante sur les limites de l'adoption du *safer sex* par les gais ; la revendication de droits pour les couples de même sexe. L'articulation de ces thématiques permet de proposer un modèle politique d'intégration sociale par la reconnaissance des couples de même sexe, adossé à une lecture critique de la mobilisation identitaire.

Ce thème fait l'objet de prises de position critiques de la part de J. Le Bitoux¹ vis-à-vis des premières modélisations épidémiologiques du nombre d'homosexuels en France. Pour ce dernier :

« quand la recherche parle des homosexuels comme d'une entité logique, cernable et visible, elle croit bien faire. Or, ce faisant, elle duplique de façon exponentielle l'infime partie visible de « l'iceberg » homosexuel, à savoir l'extrême minorité qui accepte de répondre au questionnaire annuel d'été d'un hebdomadaire gai. Où parle-t-on de ceux qui, majoritaires, pratiquent l'homosexualité sans avoir envie de le montrer et de le dire ? Qui sont-ils ? Lieux nocturnes parisiens anonymes, bosquets tranquilles des petites villes, attouchements silencieux de dortoirs, exaspération d'univers masculins, prisonniers ou militaires, prêtres ou sportifs, là où la misère sexuelle rencontre la promiscuité, là où la clandestinité croise la double vie, bref, un espace insaisissable, une sexualité que jamais la moindre évaluation ne réussira à cerner dans sa complexité » (Le Bitoux, *JDS*, 1990).

¹ Le Bitoux J, « Voyage en approximation », *JDS*, n°21, octobre 1990, pp.22-4

Deux éléments peuvent être soulignés à travers cette prise de position. Par référence implicite, la publication d'Arcat-sida réaffirme une forme de filiation foucauldienne dans son analyse de l'homosexualité. L'influence intellectuelle du philosophe est forte auprès des anciens fondateurs d'AIDES que sont F. Edelmann et J.F. Mettetal, mais également de J. Le Bitoux, fondateur de *Gai Pied* et proche de M. Foucault (Le Bitoux, Chevaux, et Proth 2003). Le refus d'une lecture figée de l'homosexualité, qu'elle soit portée par les chercheurs ou par un discours identitaire, met en jeu le refus de « l'aveu »¹ et d'une forme d'injonction à la définition de soi à partir de sa sexualité (Foucault 1976). Dans la même logique, J. Le Bitoux s'oppose d'ailleurs très fortement à l'idée d'outing dans les colonnes du journal en septembre 1990². Mais ces articles illustrent également la constitution progressive d'une attention pour les personnes situées aux marges des espaces de socialisation homosexuelle (De Busscher 2003, 260–3).

A la même période, l'émergence d'un projet de Centre Gai et Lesbien, est soutenu notamment par les militants d'Arcat-sida³ (Lestrade 2000). Un article de T. Meyssan, responsable associatif participant au projet, développe un argumentaire qui associe les enjeux de prévention et la nécessité de refonder une approche à destination des homosexuels⁴. Selon lui, la dégradation des comportements de prévention, qui commence à être attestée, en particulier à San Francisco, rend nécessaire la création de structures collectives de socialisation, dont le projet de Maison des homosexualités est un exemple :

« Aujourd'hui sonne l'heure des premiers bilans. Parmi les messages [de prévention en direction des homosexuels] choisis, peu semblent avoir été assimilés dans une proportion satisfaisante par leurs destinataires. Les responsables de la prévention ont découvert que le lectorat des médias gais ne représentent sans doute guère plus de 10% des homosexuels masculins, que ceux d'entre eux qui ont été néanmoins touchés par ces vecteurs de communication ont souvent rejeté *a priori* les messages qui leur étaient destinés, et peut-être cessé de les entendre, si l'on en juge les modèles statistiques américains. » (Meyssan, *JDS*, 1990).

T. Meyssan souligne également la tension qui se manifeste entre un modèle de prévention chez les gais reconnu comme exemplaire, et la non reconnaissance légale des couples de même sexe. Ces arguments sont à rapprocher de ceux développés par les militants et les élus parlementaires qui s'engagent à la même période dans l'élaboration des premiers projets

¹ Selon J. Le Bitoux, dans l'article cité : « l'homosexuel d'aujourd'hui, dans la spirale du sida, se retrouve objet d'évaluation, de statistiques, passant, pour la cause, à « l'aveu » de ses pratiques les plus intimes ».

² Le Bitoux J, « Histoire d'un dérapage. Scènes de chasse », *Sida 90*, n°20, pp.36-7

³ Selon le *JDS*, le projet rassemble alors : Act Up-Paris, Aides Idf, Arcat Sida, Beit Haverim, CCL, Clef, Crips, FG, Gage, Gais retraités, GPL, HES, Lesbia, Patchwork des noms, Positifs, Projet ornicar, SOS écoute gaie.

⁴ Meyssan T, « Le projet de centre gai à Paris. Homosexuels et prévention », *JDS*, n°22, novembre 1990, pp.29-30

d'union civile entre partenaires homosexuels. Ces personnes, appartenant pour certaines à une gauche de tradition républicaine – par exemple le Mouvement des Citoyens (Borrillo et Lascoumes 2002) – mobilisent l'idée d'un équilibre entre droits et devoirs. Pour la première fois dans ces arènes de débat, les analyses proposées dans le *JDS* articulent le lien entre la reconnaissance sociale et politique de l'homosexualité et la mobilisation face au VIH. Le projet de Maison des Homosexualités, soutenu par l'AFLS, voit le jour en 1991, avec comme premier local l'appartement de F. Edelman au cœur du quartier du Marais, à Paris (Le Bitoux, Chevaux, et Proth 2003). La création de la Maison des homosexualités ne traduit cependant pas un tournant pour les responsables d'Arcat-sida, comme l'explique F. Edelman dans *GPH*¹ :

« Associer homosexualité et sida peut prendre deux dimensions ; l'une, sociale, est confuse, car vouloir imposer simultanément deux réalités peut mener à l'inverse du but recherché. L'autre, dimension interne à la communauté gaie, est valorisante, car l'auto-prise en charge devient alors une réalité » (Edelman, *GPH*, 1991).

L'objectif affirmé est donc celui d'une mobilisation accompagnant l'accès à la citoyenneté et au droit commun.

¹ Edelman F, Mettetal JM, « Homosexualité et sida. La boîte à outil d'Arcat sida » par Charfe Y, Cauchy, Le Talec, *GPH* n°462, 21 mars 1991, pp.52-5

Encadré 1 : Daniel Defert et l'homosexualisation du sida

Au cours de la période 1989-1990, l'association AIDES est peu présente dans les arènes médiatiques du débat sur la prévention. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce silence relatif : par sa position hégémonique, l'association éprouve moins le besoin de défendre son point de vue face aux autres acteurs ; au plan interne, ce non positionnement permet également de ménager les divergences qui s'expriment sur l'opportunité de créer des groupes de prévention ciblés en direction des gais. Mais, plus fondamentalement, les dirigeants d'AIDES ne s'identifient pas comme porteurs d'une « politique homosexuelle » en tant que telle. Dans ce contexte, le texte de son président, D. Defert, dans les colonnes de *Gai Pied Hebdo* en novembre 1990, propose une analyse illustrative du positionnement de l'association¹.

Selon D. Defert, la situation de l'épidémie en cette fin d'année 1990 est en apparence paradoxale. Les données épidémiologiques internationales soulignent la forte part hétérosexuelle des nouvelles contaminations ; dans le même temps, les premiers signaux d'alerte indiquent une stagnation de la prévention parmi les gais, faisant courir le risque d'une recrudescence des infections dans ce groupe. Selon lui, l'accès à l'information préventive n'est pas un facteur d'explication suffisant, et il s'attache plutôt à analyser les facteurs psychosociologiques « *de blocage* » au sein d'une population largement marquée par l'expérience du sida. Le président d'AIDES propose donc des hypothèses de lectures des mécanismes « *d'homosexualisation* » du sida au cours de l'histoire de l'épidémie. Il décrit une phase initiale, qui recouvre les premières années de l'épidémie et la médiatisation de la transmission du VIH parmi les homosexuels, qu'illustre l'expression « cancer gai ». Cette visibilité est paradoxalement indissociable des combats de la décennie précédente pour l'affirmation homosexuelle. La seconde phase est caractérisée par la mobilisation des gais et la création des associations de lutte contre le sida. Selon D. Defert, cette mobilisation produit deux effets : 1) la reconnaissance par le corps médical du caractère social de la maladie ; 2) le maintien d'une culture de sexualité et de plaisir par le biais du safer sex. La troisième phase, que D. Defert décrit comme contemporaine de son texte, se caractérise par le poids grandissant de l'expérience collective d'une maladie mortelle sur les vécus homosexuels. Cette expérience, qui permet l'identification à un destin commun, a des conséquences majeures pour la prévention. D'une part, à travers l'émergence d'un sentiment de culpabilité de la part des séronégatifs, qui sont passés au travers d'une contamination au cours des années 1980. D'autre part, la séropositivité apparaît, pour certains gais, comme un levier pour négocier l'acceptation sociale de l'orientation sexuelle auprès de leur entourage. Enfin, l'accent mis sur la responsabilité des gais en matière de prévention crée l'illusion d'une exemplarité que D. Defert critique fortement : « *si l'on fait de la sexualité protégée une idéologie officielle et non à nouveau l'objet d'un débat sur la sexualité, l'homosexualité aujourd'hui, on risque d'imposer un nouveau silence sur la vérité des pratiques*

¹ Defert D, « L'enjeu des gais. L'homosexualisation du sida », *GPH* n°446, 29 novembre 1990, pp.60-3

sexuelles aujourd'hui. On risque de mauvaises surprises à court terme si on transforme le safer sex en langue de bois militante » (p.63). Cette troisième phase de l'homosexualisation du sida lui apparaît « mauvaise ». Si la lutte contre l'épidémie doit servir à améliorer la situation sociale des gais (notamment en matière de conjugalité), le président d'AIDES critique les risques de réduction et l'identification totale de l'homosexualité aux enjeux de l'épidémie.

Dans un contexte où émergent les premières inquiétudes sur les niveaux d'adaptation préventive chez les homosexuels, l'article de D. Defert met en discussion une lecture politique alternative de la dynamique de l'épidémie. Prenant le contre-pied des options identitaires, il critique les formes d'appropriation homosexuelle du VIH, visant ainsi les stratégies développées par Act Up-Paris. Mais dans le même mouvement, il s'inscrit en décalage vis-à-vis d'une lecture médicale de l'épidémie qui tendrait à considérer l'adaptation préventive comme une conséquence mécanique de l'accès à l'information sur le VIH. Ce rapport critique signe une prise de distance implicite vis-à-vis de la stratégie d'Arcat-sida. Loin de se limiter à une approche psychologisante, la grille de lecture aidienne, inspirée par les réflexions de M. Foucault, met donc en jeu une critique des disciplines, qu'elles soient identitaires ou médicales.

1.2.3. Controverses autour du colloque « Homosexualités et sida »

Le colloque « Homosexualités et sida » est organisé les 12 et 13 avril 1991 au Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité par un groupe de chercheurs en sciences sociales¹, autour de M. Pollak (Pollak et al. 1991). Il comprend quatre séances thématiques portant sur : 1) Les notions d'homosexualité et de lesbianisme à l'époque du sida, 2) La prévention dans une situation de double contrainte, 3) Les représentations, les identités et les comportements face à l'infection par VIH, 4) Militantisme homosexuel et lutte contre le sida. Ce colloque constitue un moment important à double titre : par les articles dans la presse, et l'ouvrage qui en est issu, qui illustrent les préoccupations des acteurs de l'époque ; mais également car l'action menée au cours du colloque par Act Up-Paris contre le directeur de l'AFLS, D. Charvet, traduit la polarisation des modes de revendication à l'œuvre parmi les militants de la lutte contre le sida.

Parmi les vingt-deux articles des actes du colloque « Homosexualités et sida », celui de M. Bochow (1991), sociologue conduisant des enquêtes auprès des homosexuels en Allemagne,

¹ Les laboratoires et institutions impliquées sont : le Groupe de Sociologie Politique et Morale (GSPM-EHESS), le Groupe de Recherches et d'Etudes sur l'homosocialité et les Homosexualités, affilié au Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien (GREH-CEAQ-Paris 5) et la Fondation Mémoire des sexualités, avec le soutien de l'AFLS.

éclaire l'émergence d'une nouvelle préoccupation pour les acteurs de prévention : le relâchement des comportements, ou « *relapse* ». M. Bochow rend compte des débats anglo-saxons sur la stagnation, et parfois le recul des comportements de prévention chez les homosexuels qui avaient adopté des pratiques de prévention. Le chercheur se pose la question de savoir si « *les relapses, rechutes et récurrences représentent des catégories adéquates au sujet de la discussion sur le safer-sex* » (p.123). Sa critique de la notion de *relapse* est double. D'une part, ce terme, utilisé dans la santé publique pour qualifier la rupture d'abstinence des anciens alcooliques ou usagers de drogues lui paraît inopérante pour envisager les comportements sexuels :

« L'infraction au précepte d'abstinence par un ancien alcoolique et l'inobservation des recommandations du *safer sex* par un homosexuel ont une signification très différente en ce qui concerne le contexte d'interaction sociale et la dynamique psychique en question. (...) Pour un homosexuel, la sexualité sans protection peut représenter, du point de vue psychologique, le fait très sain de surmonter les barrières de la pénétration avec préservatif. Si l'on nomme ce phénomène un '*relapse*', le cours spontané d'un acte sexuel se trouve transformé en un problème psychique. » (p.124).

D'autre part, la lecture des comportements en terme de *relapse* ne permet pas de comprendre la diversité des situations préventives dans lesquelles les homosexuels sont engagés, en particulier dans le cadre des relations de couple. M. Bochow plaide donc pour un « *principe de responsabilité individuelle, [et] des stratégies de risques individuelles.* » (p.130). Cette intervention constitue la première formalisation, en France, d'un point de vue critique sur la question du maintien des comportements de *safer sex* ; elle rejoint les analyses développées par des chercheurs européens (Davies, Aggleton, et Hart 1992). L'analyse de M. Bochow propose d'envisager les évolutions des comportements préventifs chez les gais, en cherchant des solutions à l'intérieur des communautés mobilisées. Selon lui, la modification des comportements intervient après une période de forte adaptation préventive, attestée par les données des enquêtes menées auprès des gais.

Par contraste, la position de F. Arnal dans le même ouvrage met en scène un autre mode d'explication des problèmes de prévention : la responsabilité de l'Etat dans la situation épidémique de la population homosexuelle. Intitulé « *L'irresponsabilité des autorités françaises face à l'infection du sida en milieu homosexuel de 1983 à 1989* », son article pointe le retard de la prise en charge politique du sida, à travers la critique de l'action du CFES en direction des gais. En mettant en parallèle les exemples d'autres pays européens (Pays-Bas, Suisse, Danemark), il analyse les réticences des pouvoirs publics, paralysés par la crainte d'une opinion publique défavorable aux messages de prévention adressés aux gais, à la veille des élections législatives de 1986 :

« Il convient aujourd'hui de s'interroger sur ce qui a empêché une prise en compte rapide de ce problème de santé publique. Mon explication réside essentiellement sur la notion d'un ordre moral hexagonal qui, refusant la verbalisation du fait homosexuel, ne pouvait mettre en place une véritable politique de prévention à l'égard des homosexuels. » (Arnal, p.108).

S'appuyant également sur des données épidémiologiques, F. Arnal souligne la part très importante des homosexuels dans les cas de sida déclarés : 125 cas pour un million en France fin 1990, contre 110 pour la Suisse, 106 pour le Danemark et 82 pour la Hollande (cité par Arnal, p.108). On le voit, l'approche de F. Arnal est marquée par une accusation de l'Etat. A la fin du colloque, cette analyse est « relayée » physiquement par l'action des militants d'Act Up-Paris contre le directeur de l'AFLS. Lors de la dernière table ronde, plusieurs militants de l'association montent sur scène et tentent de menotter D. Charvet, afin de dénoncer le faible engagement de l'AFLS en direction des gais. L'action suscite une très large réprobation parmi les organisateurs et les participants du colloque¹ : le choix d'Act Up-Paris de faire usage d'une forme de violence physique et symbolique traduit une rupture au sein du champ associatif².

Cette action illustre bien les tensions à l'œuvre dans le champ de la prévention. Pour F Arnal et les militants d'Act Up-Paris, les « retards » politiques de la prévention expliquent la permanence de nouvelles contaminations. La frilosité de l'Etat et l'absence de messages suffisamment ciblés sont en grande partie responsables du fait que certains homosexuels n'adoptent pas les comportements préventifs attendus. Cohérents avec leur approche identitaire, l'enjeu homosexuel s'affirme ici dans un contexte d'adversité et d'homophobie. Pour les tenants d'une approche plus universaliste, les enjeux sont différents : les journalistes du *JDS* s'interrogent sur la cible des messages de prévention (JS Thirard, août 1990) ou les formes de la mobilisation homosexuelle (T. Meyssan, novembre 1990) ; pour sa part, M. Bochow questionne la prévention à l'échelle interpersonnelle et intime. L'article de F. Edelman³ rendant compte du colloque est illustratif des désaccords qui s'affirment :

« F Arnal, chroniqueur sida au journal Gai Pied, évoqua confusément d'obscurs assassins, 'illettrés sexuels' à la conscience noircie par la mort de centaines d'homosexuels, sans que l'on perçoive très bien ce que ces responsables politiques ont fait, ou auraient dû faire, et sans que l'assistance

¹ Notamment rapportée dans GPH : Le Talec JY, Cauchy JC, « Act Up-Paris/AFLS : réactions. Non à la violence », *GPH* n° 468/469, 2 mai 1991, p.13 ; mais également dans un texte publié dans les actes du colloque : Pollak M, Mendès-Leite R, Van Dem Borghé J, « Lettres des organisateurs », in *Homosexualités et sida, op cit*, p.261

² Selon D. Lestrade : « Act Up-Paris se retrouvera complètement isolé après cette action et deviendra persona non grata de la prévention. Dès le lendemain de l'action, des fax et des lettres arrivèrent de toute part pour manifester leur indignation et apporter un soutien à D. Charvet qui deviendra le saint de l'affaire » (Lestrade 2000, 270-1).

³ Edelman F, « Voyage en colloquie », *JDS*, n°28, mai 1991, encadré, pp.29-30

semble s'émouvoir outre mesure de tels propos aux accents poujadistes, étayés par des 'ils n'ont qu'à', 'ils n'avaient qu'à', etc. Plus que jamais la rupture apparut consommée entre une époque première manière, où les homosexuels masculins refusaient l'équation 'sida = homosexualité', et l'ère d'un militantisme nouvelle manière où les mêmes qu'hier – ou la génération suivante – semblent exiger qu'on leur rende leur bien, ou plutôt leur mal, qui leur reviendrait de droit. Dans ces circonstances, l'épidémie de sida ne devient-elle qu'un prétexte pour débattre essentiellement de la question homosexuelle ou des homosexualités, ou encore de l'existence ou de la non-existence de la communauté homosexuelle ? » (*JDS*, mai 1991)

Cet affrontement public a lieu dans un contexte où l'Etat, par l'intermédiaire de l'AFLS, est en train de définir une politique de prévention ciblée vers les homosexuels. Deux éléments peuvent alors être soulignés. D'une part, les tensions portent sur la définition des contours de la « cible » (communauté homosexuelle homogène vs pluralité des modes de vie) ; on perçoit bien à quel point ces orientations supportent des positionnements politiques divergents. D'autre part, l'analyse de ce débat ne peut se limiter aux tribunes associatives et médiatiques. Si les affrontements les plus visibles portent logiquement entre les deux options les plus politiques, le silence – relatif – des autres acteurs nécessite également d'être compris. Loin de signifier une position de retrait, cette faible présence dans les débats publics s'accompagne en réalité d'une autre forme de travail politique, moins visible, que des associations comme Santé et Plaisir Gay et AIDES, mènent dans leurs relations avec l'Etat.

1.2.4. L'AFLS et la structuration d'un « champ » homosexuel

L'arrivée de D. Charvet à la tête de l'AFLS, en février 1990, marque les débuts de la mise en œuvre d'une réflexion globale des pouvoirs publics sur la prévention en direction des gais (P. Adam 1997; Pinell 2002). Le nouveau directeur est confronté à un double constat : les communautés homosexuelles sont extrêmement touchées par le VIH ; la faible structuration nationale des groupes militants homosexuels ne permet pas de s'appuyer sur un réseau de relais vers cette population. D'autre part, la fragilité de la position de l'Agence, ainsi que les rapports de force entre les différentes options homosexuelles au sein des mouvements de lutte contre le sida, le conduisent à définir une politique d'alliance. On peut ainsi analyser la forte tension qui s'instaure entre Act Up-Paris et l'AFLS, au cours des années 1990 et 1991 sous un angle stratégique. La construction d'une adversité publique présente un intérêt objectif : l'AFLS y trouve une forme de légitimité en tant qu'interlocuteur incontournable ; Act Up-Paris se voit reconnue, à travers la condamnation quasi unanime de son usage de la violence, comme un acteur à part entière de la lutte contre le sida. Mais la cristallisation d'un conflit portant sur le rôle de l'Etat dans la prévention va également permettre à l'AFLS de développer un programme en direction des homosexuels, sans avoir à se plier à l'orientation

de AIDES (hégémonique sur le terrain, mais qui refuse l'identification homosexuelle), ni à Act Up-Paris (dont la virulence altère la crédibilité du message aux yeux des pouvoirs publics). La structuration des choix de l'AFLS va dès lors s'appuyer, sans nécessairement les épouser totalement, sur les options portées par deux autres acteurs : Arcat-sida et SPG.

Ainsi, sur le plan des valeurs, l'analyse sur laquelle s'appuie D. Charvet rejoint en grande partie les approches développées par F. Edelmann et JF Mettetal. Interviewé en mai 1991 dans le JDS pour présenter son action à la tête de l'AFLS¹, il souligne en effet l'hétérogénéité de la notion d'identité homosexuelle :

« Question : Y aurait-il donc une identité homosexuelle ?

D. Charvet : La notion d'identité n'indique pas pour autant que l'on doive être pour ou contre. Nous sommes tous un peu dans une identité de nationalité, de métier, etc. Et dans la vie, on joue avec les identités, on a parfois davantage envie de s'en approcher, de s'affirmer, et puis d'autres fois on prend de la distance. Mais c'est important que les repères existent : quand on en a besoin, quand on a envie de s'y rattacher, qu'on puisse s'en servir, qu'ils soient à notre portée, ou au contraire que l'on puisse choisir à d'autres moments, parce que l'on n'est pas prêts ou proches, ou parce qu'on n'en a moins besoin, de prendre de la distance. Mais il s'agit que les repères soient visibles et disponibles, pour nous ou pour les autres. Or, dans ce débat, on se retrouve conduits par des effets de discours, à être soit pour, soit à n'en décrire que les effets réducteurs. En fait, il faut parler d'usage, plus ou moins important, pour les uns ou pour les autres, de ces repères collectifs, qui sont donc à gérer, à respecter, à mettre à disposition ».

D. Charvet se prononce également en faveur de la reconnaissance sociale de l'homosexualité, posée comme un enjeu démocratique. Sur le plan de la communication, l'association Santé et Plaisir Gay constitue un point d'appui très important pour l'AFLS. Malgré l'écho limité de ses actions (les *jack-offs parties*), l'approche développée par G. Pelé sur la prise en considération des différentes cultures sexuelles parmi les populations gaies, inspire les conceptions de l'Agence².

L'engagement de l'AFLS sur le terrain de la prévention en direction des homosexuels se manifeste à travers deux décisions : la mise en place d'un « groupe d'experts homosexuels », à la fin de l'année 1989, et le lancement d'un appel d'offre pour des actions ciblées vers les « populations à risque ». Le groupe d'experts se réunit tous les mois, et bénéficie d'un rôle consultatif sur les campagnes ciblées vers les gais. Au début de l'année 1990, le groupe rassemble³ : M. Bourelly (Aides Provence), Y. Charfe (ancien rédacteur en chef de *GPH*), G. Gogotte (membre d'une association de lutte contre le sida à Tours et propriétaire d'un sauna),

¹ Charvet D, « Morale et épidémie », un entretien avec le directeur de l'AFLS, par Le Bitoux J, *JDS* n°28, mai 1991, pp.28-30

² On pense en particulier à la série de brochures « Hommes entre eux », publiées par l'AFLS entre 1991 et 1994 (Pinell 2002, 367).

³ Le Talec JY, Cauchy JC, « Experts. Un autre regard », *GPH* n°445, 22 novembre 1990, p.56

P. Kneip (Conseil d'Administration de AIDES, permanence téléphonique), J. Le Bitoux (responsable du projet Maison des homosexualités, ancien journaliste de *GPH* et du *JDS*), G. Pelé (SPG), M. Pollak (sociologue, EHESS), M.A. Schiltz (sociologue, EHESS). Composé de chercheurs, de militants et de journalistes le groupe participe à la définition des options de l'AFLS. Dans l'article de *GPH* qui rend compte de sa création, les membres du groupe soulignent leur accord avec la stratégie développée par D. Charvet, qui privilégie la communication « *vers les homos de province, vers les jeunes, vers les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes mais ne se définissant pas comme homosexuels (...)* » (p.56). Sans partager nécessairement les mêmes visions de la prévention vers les homosexuels, ces personnes s'accordent sur la nécessité d'une approche spécifique, et sur l'idée que les populations homosexuelles sont hétérogènes.

L'appel d'offre pour les actions de prévention ciblées participe du projet développé par D. Charvet de rendre visible l'homosexualité, à travers la structuration de lieux de sociabilité spécifiques. L'objectif est de rentrer en contact avec les personnes qui semblent les plus vulnérables aux risques d'infection par le VIH, du fait d'une précarité sociale et/ou identitaire : jeunes, bisexuels, hommes ayant des relations avec des hommes sans se définir homosexuels... Cette conception, qui voit dans l'affirmation identitaire homosexuelle un facteur de meilleure prise en charge de sa santé, s'appuie notamment sur les données des Enquêtes Presse Gay, menées par M. Pollak et MA Schiltz depuis 1985. Il s'agit d'atteindre ces populations en créant des structures communautaires, des relais de prévention. Les comités locaux d'AIDES vont être particulièrement impliqués dans ce programme, par le biais des financements accordés par l'AFLS. Au sein de l'association, malgré les réticences initiales à une collaboration sur ce sujet (Pinell 2002, 370–1), le soutien de l'AFLS permet l'émergence et le développement d'actions de prévention gaie dans de nombreuses villes. L'agence soutient également les projets de Maison des homosexualités (à Paris et dans d'autres villes), une fédération d'associations de jeunes homosexuels, des associations telles que David et Jonathan, ainsi que le Syndicat National des Entreprises Gay (SNEG).

Le colloque organisé par l'AFLS en juin 1992 à Saintes, illustre les formes de ce programme d'action en direction des gais. La rencontre « Hommes entre eux » rassemble 110 personnes issues du milieu associatif, de l'AFLS et du monde de la recherche. Elle a pour objectif de dresser le bilan des actions menées par l'Agence, de présenter les travaux en sciences sociales

sur la prévention, et de mettre en discussion ces enjeux par les acteurs de terrain¹. Pour l'AFLS, comme l'exprime sa directrice « par intérim » F. Varet, l'objectif est triple² : « sensibiliser (...) les hommes qui ont des relations sexuelles entre eux et dont on sait que beaucoup ne se reconnaissent pas comme homosexuels » ; « renforcer la solidarité des homosexuels entre eux et favoriser l'intégration de l'homosexualité dans la société » ; soutenir des actions de prévention « qui se déroulent là où l'homosexualité se vit ». Les débats s'organisent autour d'interventions en séances plénières et d'ateliers qui reflètent bien la manière dont l'AFLS conçoit les priorités de prévention. Quatre d'entre eux abordent des questions liées aux formes de communication préventive : « la communication », « l'écoute et la parole », « les études et recherches sur l'homosexualité et le safe sex » et « l'évaluation des actions de prévention ». Les cinq autres ateliers concernent les populations et les terrains de la prévention : « établissements gais », « sensibilisation des associations homosexuelles de loisirs », « lieux de drague », « jeunes homos et bisexuels », et « prostitution ». La rencontre permet d'asseoir la position de l'AFLS dans le champ de la prévention gaie. D'une part, en réunissant une diversité d'acteurs (associations de lutte contre le sida, SNEG, journalistes, associations homosexuelles), l'Agence démontre sa capacité à instaurer un dialogue relativement dégagé des positions dominantes d'AIDES et d'Act Up-Paris (Pinell 2002). D'autre part, d'un point de vue théorique, les actes du colloque soulignent à quel point la conception de la mobilisation homosexuelle développée par l'AFLS s'impose comme légitime. L'accent mis sur les enjeux de socialisation et de la reconnaissance sociale d'un groupe hétérogène constitue une manière de penser l'homosexualité qui permet le dialogue avec les pouvoirs publics.

Comme l'illustre le colloque de Saintes, la manière de penser le lien entre homosexualité et sida portée par l'AFLS a su progressivement s'imposer comme la lecture dominante de la prévention en direction des gais (P. Adam 1997). Cette approche souligne l'hétérogénéité de la population homosexuelle. L'affirmation identitaire, propice à l'adoption de comportements de prévention, nécessite la structuration d'espace de sociabilité, ainsi qu'une forme de reconnaissance sociale des réalités conjugales homosexuelles. La question du « relâchement préventif » ou des écarts à la norme collective, posée dès la fin des années 1980, est cohérente avec cette grille de lecture. L'absence de protection, ponctuelle ou durable, renvoie à la fragilité identitaire, ainsi qu'à la mauvaise maîtrise des connaissances en matière de

¹ AFLS, « Hommes entre eux », Colloque de Saintes de juin 1992, *Entre Gens*, Paris, 1993

² Varet F, « Rencontres 'Hommes entre eux', supplément au JDS n°43-44, octobre-novembre 1992, p.7

prévention. En ce sens, la conception dominante de cette période est celle d'un mouvement progressif d'adaptation préventive à l'échelle collective, qui peut être discontinu au cours de la vie. Ce programme s'impose progressivement à l'ensemble des acteurs de la lutte contre le sida. D'un point de vue stratégique, les défenseurs de cette option, au départ minoritaires dans le champ associatif (Arcat-sida, SPG), ont su nouer des alliances avec les pouvoirs publics afin d'ancrer leurs analyses entre, d'un côté, l'hégémonie d'AIDES sur le terrain, et de l'autre la virulence médiatique d'Act Up-Paris. Ces évolutions ont également été rendues possibles par la diversification des profils militants au sein même d'AIDES, qui ont contribué à la remise en question, plus ou moins conflictuelle, de l'approche initiale de l'association vis-à-vis des gais. En témoigne la création de groupes de prévention gaie dans de nombreux comités locaux, et leur structuration au cours de l'année 1992. Au niveau d'Act Up-Paris, les conflits avec l'AFLS ont contribué à légitimer son existence et son action. L'analyse de l'association, parfois relayée dans les colonnes de *GPH*, met en cause les responsabilités de l'Etat en matière de retard de la prévention.

La place de l'engagement homosexuel dans la lutte contre le sida constitue, au tournant des années 1980, un motif de controverses particulièrement sensible sur le terrain de la prévention des risques de transmission. La mise en place des discours de prévention révèle en effet des conceptions potentiellement divergentes des formes d'organisation sociale d'un groupe confronté à un danger épidémique sexuellement transmissible. Au sein d'une population aussi hétérogène que les gais, la constitution de ces discours connaît deux grandes phases de politisation. Dans un premier temps, la ligne de tension principale concerne l'enjeu de non stigmatisation et de préservation des acquis en termes de « libération sexuelle ». Les premières mobilisations associatives et scientifiques opposent alors aux pouvoirs publics une approche moderne-libérale de la gestion des risques qui s'impose rapidement. Dans un second temps, le débat se reporte sur l'opportunité de proposer des messages ciblés en direction des homosexuels. La question réactive les clivages préexistants sur les formes de mobilisation des gais face au VIH, portant sur la nécessité (ou non) de cadres d'engagement spécifiquement homosexuels. Sur le terrain de la prévention, les tenants d'une approche universaliste s'opposent alors aux analyses qui formulent un lien identitaire entre homosexualité et sida et de la stigmatisation que cela pourrait impliquer. Ces différentes options sont porteuses de conceptions différentes de l'action nécessaire, tant sur le contenu que sur la forme des messages de santé publique. En filigrane, c'est l'enjeu de la reconnaissance de l'existence d'une communauté homosexuelle qui est posé. La période d'élaboration des messages de

prévention en direction des homosexuels se traduit donc par la confrontation de différentes manières d'envisager les sociabilités gaies.

1.3. La constitution d'un « problème » de prévention

Dès 1990, le *Journal du Sida (JDS)* se fait écho de témoignages attestant d'un retour de pratiques « à risque » dans certains réseaux homosexuels, principalement décrit dans des enquêtes aux Etats-Unis. L'apparition d'une préoccupation médiatique autour de ce « relâchement » conduit les acteurs de la prévention à chercher des explications à ces pratiques. La terminologie *relapse*, issue de la santé publique et importée des débats américains, est introduite dans le *JDS* en 1991¹. L'émergence de cette question va contribuer à déplacer les lignes de clivage entre les acteurs du champ de la lutte contre le sida. Car la discussion des limites de la prévention parmi les homosexuels remet en cause l'attribution des responsabilités préventives à des facteurs uniquement externes au monde gai (tels les retards de l'engagement de l'Etat). Avec le terme *relapse*, ce sont les comportements des homosexuels eux-mêmes qui tendent à être considérés comme problématiques. L'objet de cette partie est de comprendre comment l'intentionnalité des comportements non protégés parmi les homosexuels est devenue un « *problème de santé publique* » (Gilbert et Henry 2009). Je m'intéresserai aux prises de position des chercheurs et des acteurs associatifs de la lutte contre le sida dans ces débats, et à la publicisation de leurs analyses dans l'arène médiatique.

1.3.1. L'émergence d'une inquiétude

Durant le second semestre de l'année 1990, le *JDS* et *GPH* consacrent leurs premiers articles d'analyse à la question du relâchement préventif. Deux éléments caractérisent les arguments avancés dans ces textes. D'une part, la référence systématique aux études et constats provenant de l'étranger, et notamment des Etats-Unis, fait du nouveau phénomène une réalité « d'importation », dont il s'agit de déterminer la prévalence en France. D'autre part, l'émergence d'analyses psychologisantes du risque dessine un nouveau cadre d'analyse : l'hétérogénéité du monde gai se double d'une hétérogénéité psychique, chez le même individu, qui explique les écarts entre la connaissance du risque et la mise en œuvre de la prévention.

¹ Edelman F, *JDS* n°28, mai 1991 : « Voyage en colloque », L'auteur revient sur les discussions du colloque « Homosexualité et sida », 12 et 13 avril 1991 : « On constate un phénomène de relapse ou rechute, autrement dit un relâchement dans la pratique du *safer sex* ou sexe à moindre risque. »

Au cours de l'été 1990, le *JDS* publie un article de JS Thirard sur la mobilisation homosexuelle face au sida, peu après la manifestation de la *gay pride* à Paris¹. C'est la première fois que la question du maintien des comportements de « safer sex » est explicitement nommée comme un enjeu de prévention parmi les gais. Dans un premier temps, l'auteur développe une analyse de la réception des messages au regard de l'hétérogénéité de la population homosexuelle : « *Si beaucoup [d'homosexuels] ont été sensibles aux messages de prévention, il n'est pas du tout sûr que l'ensemble de ce groupe exposé l'ait été de la même manière.* ». Mais son propos pointe également un risque plus général :

« Ne plus inciter cette communauté à la prévention sous prétexte qu'elle le fait elle-même serait une erreur : il apparaît aujourd'hui que même les personnes qui ont été sensibles aux messages de prévention peuvent à nouveau relâcher leur attention par négligence ou par lassitude, voire par révolte, quand les efforts demandés s'avèrent plus longs que prévu. A la conférence de San Francisco, des études ont montré qu'un certain nombre d'individus pouvait, après plusieurs années de *safer sex*, repasser à un abandon complet ou partiel de ces pratiques » (*Sida 90*, août 1990).

La mobilisation des données d'enquêtes épidémiologiques correspond à la ligne éditoriale du *JDS*, qui appuie ses analyses sur l'expertise de la recherche. Mais elle traduit aussi le refus d'une forme de « dramatisation », que pourrait porter le recours à des témoignages issus du terrain.

Le choix de traitement de cet enjeu est différent dans les colonnes de *GPH*, quelques mois plus tard. Dans un article détaillé, les auteurs soulignent la nécessité de « trouver un second souffle » pour la prévention². Par contraste avec l'approche du *JDS*, le texte s'ouvre sur un récit :

« Bruno a vingt-trois ans. Le test, il l'a déjà fait plusieurs fois. Toujours négatif, sauf le dernier. Pourtant, il vit à Paris, fréquente des homos qui se protègent et pratiquent le *safer sex*. Comme lui. Du moins la plupart du temps... Il aura suffi d'une imprudence, ou de plusieurs. Bruno n'est malheureusement pas le seul dans ce cas. Aux Etats-Unis, en Grande Bretagne, des études ont fait apparaître, ces derniers mois, une recrudescence des contaminations chez les jeunes homos. Impossible de vérifier si le phénomène est identique en France » (*GPH*, 22/11/1990).

Outre le procédé journalistique, la montée en généralité traduit la volonté de lier l'analyse politique avec l'illustration concrète de l'expérience homosexuelle. Les auteurs établissent trois « principes » pour guider les actions en direction des gais, qui traduisent l'articulation entre préoccupations identitaires et sanitaires au regard de la crainte d'un « relâchement » de la prévention :

¹ Thirard JS, « Homosexuels et sida. A propos de la Gay Pride. », *Sida 90*, n°19, Août 1990, pp.33-4

² Charfe Y, Cauchy JC, Le Talec JY, « Prévention. Trouver un second souffle », *GPH* n°445, 22 novembre 1990, pp.53-55

Il s'agit d'abord de « *valoriser le mode de vie gai* ». Les journalistes dressent le constat d'une régression de l'acceptation sociale de l'homosexualité durant l'année 1990¹. Mettant en relation l'acceptation sociale de l'homosexualité et le souci préventif, l'argumentation établit un lien entre homophobie et prévention :

« Comment dans ces conditions [de condamnation des modes de vie gais] demander à des homos qui vivent difficilement leurs désirs et leurs rencontres de maîtriser leurs pratiques sexuelles ? Comment imaginer qu'un homme, liant des rapports aussi éphémères que sexuels avec un autre homme, sans se soucier d'homosexualité, puisse proposer à ses partenaires, et exiger d'eux, l'utilisation d'un préservatif si besoin est ? Culpabilisés, ils auront encore plus de mal à assumer les réflexes indispensables et à intégrer les messages de prévention » (p.54).

Le second principe consiste à « *oser des campagnes gais grand public* ». Les journalistes insistent sur la nécessité d'adresser des campagnes au-delà des réseaux homosexuels les plus mobilisés. Prenant l'exemple de San Francisco et de la recrudescence des contaminations parmi les jeunes gais qui considèrent le sida comme une maladie de « *vieux* », ils recommandent de cibler des campagnes en leur direction. Ce redéploiement générationnel de la prévention doit également prendre en compte une diversité sociale : « *ceux qui ne vivent pas dans un système de références homosexuelles et qui entretiennent des relations avec d'autres hommes (...)* [les] *garçons qui se prostituent*. ». Ce principe s'appuie sur l'argument d'un risque d'exposition généralisé pour les gais : « *leurs éventuels partenaires sont les plus nombreux à être porteurs du virus (...)* il n'y a pas d'âge pour être contaminé ».

Dans le troisième principe, les auteurs pointent le manque de moyen des associations, ainsi que le faible nombre de projets de prévention en direction des gais déposés à l'appel d'offre de l'AFLS (4 sur 358). Ils réclament « *un plan global pour les homos* », piloté par l'Agence : « *ce plan doit remplir une mission précise : éviter, s'il n'est pas déjà trop tard, une seconde vague de l'épidémie chez les gais* ».

Le désaccord sur les formes de mobilisation homosexuelle dans la lutte contre le sida entre un pôle « universaliste » et un pôle « identitaire » se retrouve dans le traitement des premières informations sur le relâchement de la prévention. Au cœur de la discussion, les acteurs

¹ L'année 1990 a été marquée par l'assassinat du Pasteur Doucé, figure du militantisme homosexuel et transgenre. Les conditions obscures de sa mort, de même qu'une campagne de presse sur sa supposée pédophilie, contribuent au sentiment de recrudescence de l'homophobie que traduisent les auteurs. « *S'agit-il d'utiliser le sida pour faire avancer les revendications homosexuelles ? Si la sexualité demeure une affaire personnelle, elle ne peut échapper à son environnement social. Le regard des autres, de son partenaire ou de ses voisins de palier conditionne celui porté sur soi-même. Et donc sur ses capacités à modifier son comportement. Ceux qui prétendent le contraire désirent surtout, hors de leur petit cénacle, maintenir les homos dans une permanente fragilité. Oublier sans cesse de rappeler la part homosexuelle de l'épidémie relève du même danger* ». Charfe Y, Cauchy JC, Le Talec JY, art. cit., 22 novembre 1990

mettent en jeu le lien entre connaissance du risque et comportement de prévention. Dans le *JDS*, les déterminants individuels et psychologiques de la prévention sont soulignés : négligence, lassitude ou révolte. Sans nier la part du contexte social, l'argumentaire s'oriente ainsi vers des modes d'explication psychologiques ou psychanalytiques du risque, qui nécessitent le recours à des travaux experts. Pour les journalistes de *GPH*, le récit de « *l'imprudence* » de Bruno est immédiatement relié à un environnement social hostile. La moindre vigilance (chez les jeunes) ou le relâchement des pratiques sont conditionnés par la mobilisation des pouvoirs publics. A ce titre, la conclusion de l'article est illustrative : le « plan global » piloté par l'AFLS, que les auteurs appellent de leurs vœux, doit permettre d'endiguer une nouvelle « vague » de l'épidémie.

Dans ce contexte, les analyses élaborées dans le cadre des recherches en sciences sociales participent également des cadres d'analyse du risque élaborés dans les arènes de débat étudiées.

1.3.2. Les sciences sociales et l'analyse du « relâchement » préventif

Le chercheur états-unien J. Gagnon a montré l'importance d'une démarche réflexive sur les cadres de pensée mis en œuvre dans les recherches sur la sexualité et le risque (Gagnon 2008). Il a plus particulièrement attiré l'attention sur les implications des théories scientifiques dans la construction des problèmes sociaux qu'elles sont amenées à étudier. Ces implications sont historiques : la manière de penser le risque VIH est déterminée par un état donné des connaissances sur le sujet ; elles sont également normatives, au sens où la définition du « problème » par les chercheurs a des effets sur son traitement. C'est dans cette perspective qu'il m'a semblé nécessaire d'analyser les premières élaborations scientifiques sur la question du « relâchement » préventif.

Dès l'origine des mobilisations contre le VIH, des acteurs du monde de la recherche se sont mobilisés au côté des associations et du monde homosexuel. La trajectoire et le travail de M. Pollak sont emblématiques de cet engagement des sciences sociales pour une meilleure compréhension des comportements sexuels et des logiques de la prévention. Ainsi, les dispositifs d'enquête auprès des gais sur le sida ont été initiés dès 1985 par M. Pollak et MA Schiltz, par l'intermédiaire de la presse homosexuelle et en particulier de *GPH*. Annuelle jusqu'en 1993, l'Enquête Presse Gay (EPG) fait l'objet, pour chaque édition, d'analyses dans les colonnes de *GPH*, tant de la part des chercheurs que de la rédaction. Je m'intéresserai dans un premier temps aux comptes rendus des résultats de l'EPG au cours des trois dernières

années d'existence de l'hebdomadaire (1990, 1991 et 1992), qui mettent en lumière la manière dont la question des limites des adaptations préventives est traitée à partir de ces données. Parallèlement, dans les premières années de la décennie 1990, plusieurs chercheurs s'expriment dans la presse associative, et en particulier le JDS, avançant des manières d'expliquer la complexité des comportements de prévention. La lecture de leurs articles constituera le second temps de cette analyse. Outre la compréhension des comportements de prévention, il s'agit d'envisager la manière dont les recherches en sciences sociales apportent alors une contribution au débat sur le risque. Ces travaux sont donc analysés ici autant comme des références scientifiques que comme des points de vue participant d'une scène plus globale de débats.

Les analyses issues de l'Enquête Presse Gay

Pour M. Calvez, le programme de recherche développé par M. Pollak à partir de 1985, avec le concours MA Schiltz (tous deux chercheurs au CNRS), met en jeu « *une problématique [centrée] sur la gestion d'une identité homosexuelle* » (Calvez 2004a, 38) : ses recherches « *repose[nt] sur l'hypothèse que les réactions face au sida dépendent fortement du degré d'intégration à une communauté homosexuelle, avec des moyens de communication et des lieux de rencontre, et du degré d'identification aux styles de vie que cette communauté engendre.* » (p38-9). Ce cadre d'analyse imprègne fortement, on l'a vu, les approches de prévention développées par l'AFLS et une partie du champ associatif. L'accent mis sur les situations de marginalité sociale (prostitution, milieu défavorisé), et identitaire (bisexualité, questionnement sur l'orientation sexuelle), permet alors d'expliquer la moindre adoption des comportements de prévention dans certains secteurs de la population homosexuelle. Cette conception est avancée par D. Charvet dans son entretien au JDS (mai 1991), lorsqu'il souligne la nécessité de structurer des espaces d'identification positive pour les gais. C'est en grande partie à partir de ce cadre d'analyse que les responsables scientifiques de l'EPG¹ proposent d'expliquer les « *limites de la prévention* » (Schiltz 1993).

En 1990, l'article rendant compte de l'EPG souligne la très forte adaptation des gais aux consignes de prévention² : « *qui aurait imaginé, en 1985 seulement, un tel changement dans les pratiques sexuelles !* »(p.53). M. Pollak constate qu'une très faible minorité des répondants (moins de 10%) « *continuent à exposer eux-mêmes et leurs partenaires à un*

¹ M. Pollak et MA Schiltz, puis MA Schiltz, P Adam et A Quemin, après la mort de M Pollak en juin 1992.

² Pollak M, « Les gais et le sida », *GPH* n°446, 28/11/1990, pp.52-9

risque élevé » (p.53), bien que cette proportion soit plus forte parmi les ouvriers (25%). Pour le sociologue, les oublis et les incohérences (mésusage de gel lubrifiant) en matière de prévention permettent d'expliquer le maintien d'un nombre non négligeable de nouvelles infections. La diffusion du test de dépistage, qui permet aux couples de ne plus utiliser de préservatif, explique en grande partie les déclarations de situations non protégées : *« on ne peut donc attribuer, comme le font certaines études américaines, cette baisse de l'usage du préservatif à un relâchement général (relapse) et à une indifférence croissante face à l'épidémie »* (p.54).

Dans l'article qui rend compte de l'Enquête 1991, M. Pollak note tout d'abord qu'à l'échelle de la communauté homosexuelle, *« si la pratique du safer sex semble bien intégrée par une majorité de gais, elle est encore insuffisante pour arrêter la contamination »*¹. Dans l'article, le sociologue souligne l'émergence d'une catégorie de personnes, de l'ordre de 17% de l'échantillon, qui déclarent ne pas avoir changé leurs pratiques sexuelles du fait du sida. Parmi ceux-ci, une majorité affirme avoir toujours pratiqué le safer sex, il s'agit des jeunes répondants qui ont commencé leur vie sexuelle après l'arrivée de l'épidémie. Mais une minorité de ces 17% correspond à des hommes qui n'ont pas adopté les comportements de prévention, par choix (16% du groupe), ou par difficulté à changer (26%). A l'échelle de l'enquête, ces groupes correspondent *« à 2% et 4% sur l'ensemble de l'échantillon »*. Pour M. Pollak, *« cette minorité qui n'a rien modifié de ses pratiques ne représente pas le problème le plus grave pour la prévention. La véritable difficulté, c'est le maintien et la cohérence des changements consentis »* (p.55). La prévention chez les gais est donc questionnée par le maintien dans la durée de comportements adéquats. Environ 1/5^{ème} (22%) de l'échantillon déclare au moins une pratique d'exposition au risque pour soi et/ou son partenaire : *« En résumé, on peut dire que le safer sex s'est stabilisé à un niveau élevé, mais nettement insuffisant pour arrêter les contaminations dans le groupe des homos et bisexuels masculins. Si l'on tient compte du statut sérologique et de la protection de tous les rapports extra conjugaux dans le cas de couples, ce chiffre de 'zone à haut risque' diminue de plusieurs points jusqu'à 13%. »* (p.57). L'analyse proposée par M. Pollak laisse apparaître certains traits caractéristiques d'une lecture « moderne-libérale » de l'épidémie. D'une part, la terminologie de « zone à haut risque » traduit le refus de la catégorie de « groupe à risque ». Même s'il suggère des variations liées au statut socio-économique des répondants (les ouvriers et les

¹ Charfe Y, Pollak M, « Gais et sida : restons vigilants », *GPH* n°496, 28/11/1991, pp.52-60

titulaires de diplômes inférieurs au bac déclarent plus de pratiques à risque), le sociologue met l'accent sur des comportements et non sur des inscriptions durables dans le risque. D'autre part, en considérant comme peu significatifs les comportements de l'infime minorité d'hommes qui refusent le safer-sex, M. Pollak choisit de mettre l'accent sur l'adaptation massive des gais aux exigences de la prévention. Le modèle de l'exemplarité des homosexuels n'est donc aucunement remis en cause.

En 1992, M.-A. Schiltz et Y. Charfe rendent compte, pour la dernière fois dans les colonnes de *GPH*, des résultats de l'EPG¹. L'article accorde une place importante à la discussion des différentes stratégies mises en œuvre par les gais, complémentaires ou alternatives à l'usage du préservatif en soulignant « *l'inefficacité, d'un point de vue épidémiologique* » des stratégies de sélection du partenaire en fonction du statut sérologique perçu. Les limites des stratégies d'abandon du préservatif au sein du couple, après un test de dépistage, sont également discutées. Pour les auteurs, « *il subsiste une large minorité – un homosexuel sur cinq – qui se trouve objectivement en situation de risque* ». Un constat d'inquiétude est dressé face à l'augmentation notable du nombre de partenaires, pour la première fois depuis 1985. Les comportements de refus ou d'évitement de l'usage du préservatif font l'objet de peu de commentaires, l'article étant particulièrement centré sur les logiques de « *gestion des risques* ». Pour la première fois dans ce type d'article, les analystes de l'enquête introduisent une discussion sur la rationalité des adaptations préventives :

« L'existence de ces stratégies [de gestion du risque] traduit moins un refus total du safer sex que son inadaptation à certaines situations : le safer sex est difficile à maintenir, il est tentant d'en négocier les modalités en fonction du risque estimé (...) il faut s'interroger sur les stratégies raisonnées articulées autour de la connaissance du statut sérologique des partenaires ou des relations plus ou moins stables ».

Ces questionnements mettent en lumière les limites de l'approche quantitative pour évaluer la rationalité (ou non) des stratégies de prévention mises en œuvre. On perçoit bien, en trois ans d'enquêtes commentées dans *GPH*, un déplacement dans l'analyse du risque et des stratégies de prévention : la perception d'un mouvement général vers l'adhésion de plus en plus importante des gais aux impératifs de prévention laisse place, progressivement, à une analyse des formes de gestion du risque non réductibles au préservatif. Un trait reste cependant saillant sur la durée, qui se manifeste à travers le faible intérêt des analyses pour la minorité des hommes qui ne se protègent pas régulièrement.

¹ Schiltz MA, Charfe Y, « Stabilisation apparente du safer sex », *GPH* n°, 29 octobre 1992

Les analyses qualitatives

L'analyse des articles sur le thème de la prévention publiés dans le *JDS* par des chercheurs en sciences sociales durant la période 1992-1995 s'inscrit dans un contexte marqué par l'affaiblissement relatif de la place consacrée aux controverses sur l'homosexualité et le sida. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer. Tout d'abord, la disparition de *GPH*, en novembre 1992 constitue un important facteur d'explication de la baisse du nombre d'articles consacrés au sujet. Notre corpus d'article, pour cette période, provient donc presque exclusivement du *JDS*. La parution d'*Action*, la publication d'Act Up-Paris, à partir de l'été 1991 constitue une tribune principalement orientée vers la critique de l'AFLS. L'orientation d'Arcat-sida, qui privilégie la diffusion de l'expertise à travers sa publication mensuelle, contribue vraisemblablement à la forte représentation d'articles écrits par des chercheurs. D'autre part, l'émergence de questionnements sur les limites de la prévention, depuis le début des années 1990, met le monde de la lutte contre le sida face à de nouveaux défis. Parallèlement au point de vue défendu par Act Up-Paris, qui continue à souligner la responsabilité des pouvoirs publics et la faiblesse des messages ciblés, de nombreux acteurs de la prévention sont à la recherche de modèles explicatifs de ces phénomènes de relâchement. Dans ce contexte, la parole des chercheurs permet d'éclairer certains aspects de la complexité des comportements sexuels. Enfin, deux facteurs historiques permettent d'expliquer le nombre de ces articles. Le premier tient au fait qu'une série de recherches en sciences sociales, financées par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, s'achève, ce qui permet la diffusion de leurs résultats. Le second facteur est lié à l'agenda politique de cette période : ces années représentent un pic de l'épidémie en terme de mortalité et de mobilisation. L'actualité du monde du sida est focalisée par la situation des personnes atteintes et de leurs proches, mais également par l'affaire du « sang contaminé » à partir de 1989 (Fillion 2009). Autant d'éléments qui concourent à mettre la prévention au second plan du débat associatif, et à ouvrir un espace éditorial pour des analyses issues des sciences sociales.

Une perspective psychologique

Trois articles publiés entre le printemps et l'été 1992 sont emblématiques de l'émergence d'une analyse de sciences sociales sur les problématiques du risque. En juin, le *JDS* consacre un dossier à la question des comportements de prévention, dans une rubrique intitulée

« psychologie sociale »¹. Les deux premiers sont issus des travaux menés par le psychologue H. Lisandre² auprès d'homosexuels masculins, au sein des groupes « de parole et de créativité » de l'association SPG, entre juin 1990 et mai 1992 (Lisandre 1994). L'auteur fait part d'une interrogation initiale : « *Pourquoi des homosexuels se soustraient-ils à la prévention (safer sex), alors même qu'ils sont convaincus de sa nécessité ?* » (p.20). Appuyée sur l'analyse des propos des participants aux groupes de parole de SPG, son analyse critique les conceptions de la prévention articulant mécaniquement la connaissance des risques et l'adaptation préventive. Selon lui, « *on n'a guère encore l'habitude d'entendre parler d'inconscient en matière de prévention. Pourtant, c'est bien de cela qu'il s'agit.* » (p.21) : H. Lisandre met en discussion les motivations du risque, en postulant l'existence de désirs inconscients qui mettent en jeu le risque de contamination. Dans ces groupes d'hommes, la notion de « *feu de l'action* » est régulièrement citée comme une situation dans laquelle la rationalité préventive est concurrencée par des motivations plus difficiles à expliciter. Les articles d'H. Lisandre portent un double message : il s'agit de souligner la complexité des comportements sexuels, en particulier à travers l'enjeu des motivations inconscientes du risque. Mais le psychologue cherche également à interroger la place marginale des disciplines psychologiques et psychanalytiques dans le champ de la prévention du VIH. Pour lui, l'apparition de limites dans la prévention implique une réévaluation des modes de connaissance du risque : « *on a cru, en un mot, qu'il suffisait d'avoir sur soi un préservatif. On a cru, en un mot, qu'il suffisait d'apprendre une leçon. On l'a cru, ou plutôt, peut-être, on a voulu le croire.* » (p.21). En mettant en circulation une lecture psychologique du risque, ces deux articles ouvrent la voie à des formes d'explication des comportements sexuels qui, si elles ne connaîtront que peu de suite en terme de recherche, vont marquer durablement le champ de la prévention.

Une perspective sociologique

L'article de M. Calvez, sociologue à l'Université de Brest, est issu de travaux menés en Bretagne, qui ont fait l'objet d'un rapport à l'ANRS³ (Calvez 1992). L'auteur ne propose pas une analyse spécifique aux populations homosexuelles, mais s'attache plutôt à analyser les

¹ Lisandre H, « La prévention sourde à l'inconscient », JDS n°40, juin 1992, pp.20-1 ; « L'obscur tentation du risque », pp.21-4

² H. Lisandre signe l'article en tant que « psychologue clinicien, président de l'Association de psychologues supposant l'inconscient » (APSI).

³ Calvez M, « Perception et fonction sociale du risque », JDS n°40, juin 1992, pp.24-6

usages sociaux du risque comme catégorie de désignation d'un danger. Le sida est alors interprété à l'aune des ancrages sociaux et culturels variés qui caractérisent nos « *sociétés complexes* » (p.24). A travers son approche théorique, quatre modes de sélection des risques se dégagent, ancrés dans des structures sociales différentes : individualiste, hiérarchique, égalitaire et fataliste. Critiquant une lecture neutre du risque comme catégorie épidémiologique et objective, M. Calvez s'intéresse à la manière dont, « *dans les demandes qu'elles s'adressent les unes aux autres au cours de leurs rencontres, [les personnes] engagent une conception de la société et des relations sociales qui ont leur préférence. L'idée de risque s'inscrit dans ce dialogue social comme argument pour renforcer ou pour réorganiser ces relations.* » (p.25). Il discute également la distinction entre les notions de « groupe à risque » et de « comportement à risque » à l'aune de leurs usages sociaux et politique dans le contexte de l'épidémie. Ainsi, le combat des associations pour délégitimer l'usage de la catégorie « groupe à risque » pour la communauté homosexuelle a-t-il pu contribuer à la désignation d'autres catégories du risque, caractérisées par leur situation précaire vis-à-vis de la population de référence : les jeunes, les homosexuels des classes populaires, les bisexuels, les toxicomanes. L'approche sociologique développée par M. Calvez, sans se centrer sur les prises de risque observées chez les homosexuels, propose une lecture prenant en considération les structures sociales au sein desquelles les individus élaborent leur perception du risque. Le travail qu'il effectue de « dé-neutralisation » du risque comme catégorie, à rebours des conceptions épidémiologiques dominantes dans le champ du VIH, va sans doute contribuer au faible écho de cette lecture dans les débats sur la prévention chez les gais.

Une perspective anthropologique

Dans son numéro d'août-septembre, le *JDS* publie un article de R. Mendès-Leite¹, qui s'appuie sur une recherche en cours auprès d'homosexuels masculins, menée conjointement en France et au Brésil sous l'égide de l'ANRS. Pour l'anthropologue, la prévention chez les homosexuels est confrontée au développement de « *processus imaginaires de défense* » (p.44). Il explique ainsi que « *des données qualitatives recueillies auprès d'hommes ayant des pratiques homosexuelles permettent de reconstituer des typologies imaginaires du risque et les conduites pseudo-protectrices que ceux-ci adoptent en conséquence. Cette approche*

¹ Mendès-Leite R, « Pratiques à risque : des fictions dangereuses », *JDS* n°42, août-septembre 1992, pp.44-5

confirme la prégnance d'une 'conscience irrationnelle' du risque qui se pose comme un défi à la prévention » (p.44). L'article est construit sur la description successive des mécanismes de protection ainsi identifiés :

- Le « *pacte du silence* » traduit la tension entre un processus d'assurance, qui conduit à ne plus utiliser le préservatif au sein du couple, et la difficulté à verbaliser les écarts à la norme préventive en dehors de la relation principale.
- Le « *jeu des apparences* » recouvre toutes les formes qui permettent à une personne de déterminer si un potentiel partenaire est contaminé : apparence physique, âge, origine géographique, appartenance à une « sous-catégorie » : « cuirs, sadomasochistes, efféminés » (p.45)
- Le dépistage comme « *exorcisme de la maladie* » : la pratique répétée du test, accompagné d'un résultat négatif, conduit certains hommes à se penser « *immunisés* ».
- La notion de « *rappports de confiance* » désigne les modes d'appréciation du risque encouru en fonction du degré de connaissance du partenaire.
- R. Mendès-Leite souligne également l'existence d'une forme de « banalisation du sida », se traduisant par « *l'apparition d'une lassitude concernant les 'consignes' de sexe à moindre risque (...), une intériorisation d'un risque collectif* » (p.45).

La notion de « protection imaginaire » va connaître un certain succès, que traduit notamment sa banalisation progressive dans les discours des acteurs de la lutte contre le sida. D'une part, la notion s'inscrit explicitement dans la lecture d'une collectivité homosexuelle (composée de sous-cultures et porteuse d'un imaginaire collectif), qui concorde avec les conceptions dominantes de la prévention gaie. D'autre part, à la croisée d'une analyse psychologique et sociologique, le terme s'avère moins strictement objectiviste que celui de fausses croyances, développé à partir des enquêtes KABP. L'appropriation experte et profane de la notion s'accompagne cependant d'un relatif brouillage des frontières conceptuelles entre « fausse croyance » et « protection imaginaire ».

Malgré leur caractère singulier, lié à l'ancrage dans des méthodologies qualitatives variées¹, la publication de ces travaux dans le JDS illustre bien la nécessité pour les acteurs de la prévention de rechercher des cadres d'explication face à l'évolution des comportements préventifs. En se décentrant des conflits qui affectent la sphère militante (sur « l'homosexualisation » du sida), les approches des chercheurs en sciences humaines et sociales mettent en circulation, dans les arènes de débats, des catégories d'analyse du risque réappropriables par les acteurs.

Au cours des années 1993 et 1994, la question du « relâchement préventif » est faiblement discutée dans les arènes de débats étudiées. Les congrès internationaux sur le VIH/sida constituent cependant, à travers le compte rendu qui est fait des sessions consacrées aux homosexuels, un indicateur de la manière dont les catégories du risque sont progressivement intégrées dans les débats sur la prévention. Après le congrès d'Amsterdam (1992), R. Mendès-Leite revient sur les travaux présentés concernant les populations gaies². Il souligne notamment le caractère controversé des « *notions de lapse et de relapse* ». Le débat met en jeu l'opposition entre une analyse socio-structurelle et une analyse strictement psychologique et individuelle des déterminants de la prévention (p.75). S'appuyant sur des travaux allemands (M. Bochow) et américains (W. Odets), l'anthropologue met en avant l'idée que

« Des comportements à risque peuvent être parfois l'expression de valeurs positives et tout à fait normales, comme le désir d'intimité physique et émotionnelle. Selon une optique proche de celles adoptée par ces chercheurs, nous pensons qu'une parfaite connaissance individuelle du contenu des messages et l'accès aux moyens matériels nécessaires à sa mise en œuvre ne sont pas les seules variables prises en considération par les individus pour le changement permanent de leurs pratiques sexuelles. » (p.76).

On voit ainsi progressivement se dessiner l'espace pour une analyse complexe des facteurs sociaux de la prévention, non réductible aux facteurs sociopolitiques, ni aux effets de mauvaise appropriation cognitive. De plus, à travers l'évocation des travaux menés en Australie par S. Kippax, l'auteur décrit le développement de recherches qui visent à contextualiser les comportements selon le type de relation et le statut sérologique : à travers la

¹ Selon M Calvez (2004a), qui analyse les recherches qualitatives menées sous l'égide de l'ANRS au début des années 1990 : « Les connaissances qui se dégagent de ces différentes recherches ne permettent pas de construire une analyse globale de la formation des représentations des risques. Chaque recherche prend en compte de façon singulière des objectifs de prévention, définit une population d'enquête spécifique et approfondit un cadre d'interprétation qui lui est propre, de telle sorte que les résultats des différents travaux peuvent difficilement être mis en relation ou comparés entre eux. (...) La conséquence en est que, alors que les recherches sont très critiques à l'égard des analyses en termes de fausses croyances développées par les KABP, elles ne parviennent pas à déboucher sur une approche alternative, mais en restent à leur singularité. » p.142

² Mendès-Leite R, « Les variables du risque », JDS n°spécial 43/44, octobre-novembre 1992, p.73-7

notion de « *negotiated safety* »¹ dans le couple, « *des pratiques qui pourraient être considérées comme étant safe dans un contexte particulier pourraient être vues comme unsafe dans une autre situation.* » (p.75).

Le congrès de Berlin, l'année suivante, fait également l'objet d'une restitution dans les pages du *JDS*, de la part de trois acteurs importants de la prévention : MA Schiltz, sociologue, qui a pris la suite de M. Pollak dans l'analyse de l'EPG ; M. Bochow, sociologue allemand responsable d'une enquête équivalente à Berlin, francophone et bon connaisseur des débats français ; G. Pelé, fondateur de SPG et consultant spécialisé sur les gais à l'AFLS. L'article intitulé « l'apprentissage du réalisme »², traduit la reconnaissance d'une situation complexe, et ce à l'échelle internationale : « *l'idée selon laquelle la progression vers le safer sex atteint un palier que l'on ne peut que difficilement dépasser s'impose (...)* » (p.65). Outre la description des facteurs psychosociaux du risque (milieu social défavorisé, marginalités par rapports aux communautés homosexuelles, consommation de drogue, d'alcool ou état dépressif), l'article met l'accent sur l'exploration de stratégies alternatives au préservatif : « *ce nouvel intérêt pour des stratégies de réduction des risques part du principe que l'objectif du « risque zéro » peut bloquer toute possibilité de changement chez ceux qui, après dix années d'épidémie, maintiennent des comportements à risque.* » (p.66). Ces retours de congrès ont peu, voire pas d'écho dans la sphère militante. Cependant, la disparition de *GPH* en privant les acteurs de prévention d'une importante tribune pour discuter des résultats de recherche, peut en partie expliquer cet état de fait.

1.3.3. L'émergence d'une analyse du risque en termes d'intentionnalité

Au cours des années 1992-1994, la parution d'articles évoquant les limites de la prévention, puis l'apparition du terme controversé de *relapse*, reflète donc la constitution progressive d'une attention publique pour les comportements sexuels non protégés. Pour autant, l'évocation du relâchement préventif reste relativement limitée : elle ne fait encore l'objet d'aucun « dossier » dans la presse associative ou militante, et d'aucune évocation dans les journaux de la presse généraliste (*Le Monde* ou *Libération*). Dans ce contexte, le numéro d'avril 1995 du *JDS* marque donc une inflexion importante dans la problématisation de la

¹ La sécurité négociée désigne les pratiques de non protection au sein du couple et de protection permanente pour les (ou d'abandon des) relations anales hors du couple (Kippax et al. 1993).

² Schiltz MA, Bochow M, Pelé G, « L'apprentissage du réalisme », *JDS* n°54/55, septembre-octobre 1993, pp.65-6

prévention¹. Si la question de l'intentionnalité du risque est au centre des articles, la manière de traiter le problème suscite des réponses différentes, et parfois divergentes. Le dossier central sur la prévention, construit à partir de propos d'experts², correspond aux conceptions qu'Arcat-sida se fait de la gestion de l'épidémie. L'article de D. Lestrade (dans la cadre de sa tribune mensuelle dans le *JDS*), cofondateur et ancien président d'Act Up-Paris, s'inscrit clairement dans la logique de dénonciation qui caractérise l'association (Barbot 1999).

Le premier registre d'analyse, construit autour de l'article de M. Warner (militant et universitaire états-unien) et des commentaires qui l'accompagnent, s'appuie sur son expérience personnelle de relations non protégées, dont il tire une interrogation plus globale : « *qu'est-ce qui fait que certains baisent sans protection, alors qu'ils en connaissent les dangers, alors qu'ils ont accès au préservatif, alors qu'ils se sont protégés pendant des années (...)?* » (p. 19). La question du risque est discutée comme une conséquence, à la fois consciente et inconsciente, de mécanismes psychiques et sociaux. Pour les chercheurs interrogés, le contexte de l'épidémie (mortalité des proches, absence de traitements efficaces, discriminations) et ses conséquences individuelles (lassitude préventive, mal-être, désir de transgression), participent d'un processus qui complexifie le rapport à la prévention. Il s'en dégage donc une lecture compréhensive de la prise de risque, qui rejette la condamnation au profit de l'appel au dialogue entre homosexuels. Les explications dessinent la figure d'une intentionnalité sous contrainte : elles mettent en évidence le poids des contextes sociaux et relationnels dans les comportements de prévention. La responsabilité ne peut être donc être seulement imputée aux homosexuels qui prennent des risques³.

Dans l'article de D. Lestrade, la réflexion sur le risque s'intègre au récit d'une conférence internationale de personnes séropositives, au cours de laquelle des militants homosexuels ont

¹ *JDS* n°72, avril 1995. « *Les ratés de la prévention* », pp.18-29 Il s'agit d'un dossier sur le relâchement préventif, autour d'un article de M. Warner, « *Pourquoi les homosexuels prennent-ils des risques?* ». Les journalistes du *JDS* introduisent le dossier en resituant le contexte américain des débats sur la prévention. L'article original « *Unsafe : why gay men are having risky sex* », est paru dans le journal *Village Voice*, à New York, au mois de janvier 1995. L'autre article est une tribune de D. Lestrade, « *Apartheid au soleil...et dans le noir des sex-clubs* », p.38.

² Bochow M, (sociologue) « *Je crois beaucoup à la notion de sécurité négociée* » pp.24-5 ; Schernoff M (thérapeute), « *Nous devons élaborer l'amour propre des gays* » p25 ; Lisandre H (psychologue), « *Il faut parler pour désobéir au fantasme* » p26-7 ; Elovitch R (militant Gay Men's Health Crisis), « *L'important n'est pas de dire aux gays ce qu'ils doivent faire mais de les entendre dire ce qu'ils font* », p.28.

³ La reprise dans *Le Monde* (les 7 et 14 mai 1995) des constats évoqués dans le dossier du *JDS* donne alors à ces problématisations émergentes de la prévention parmi les homosexuels une publicité inattendue : « *Le phénomène américain de la rechute (« relapse ») a gagné la France* », constate la journaliste. Sur le fond, les articles du quotidien reprennent pour l'essentiel l'argumentation psycho-sociologique développées par Warner et Lisandre. Nau JY, « *Les homosexuels américains délaissent le safer sex* », *Le Monde*, 07/05/95 ; Folléa L, « *Une recrudescence du sida est observée chez les homosexuels* », *Le Monde*, 14/05/95.

admis avoir eu des relations sexuelles non protégées : « *Pour la première fois dans une conférence, des personnes issues du milieu associatif (donc présumées responsables et hyperinformées), brisaient un tabou (...)* » (p.38). L'auteur met ces déclarations en perspective avec la « recrudescence » des pratiques non protégées chez les gais américains, ou le souhait de certains séropositifs de n'avoir des relations sexuelles qu'avec des personnes de même statut sérologique. La responsabilité de ces militants homosexuels est en jeu : pour D. Lestrade, les militants « sida » se doivent d'être exemplaires. L'analyse de la prise de risque se fonde donc ici sur une forme d'injonction à la responsabilité préventive¹. Cette prise de position est cependant loin de faire l'unanimité au sein d'Act Up-Paris (Broqua 2006). Ainsi, l'écho des articles du *JDS* dans *Le Monde* suscite une réaction ironique, dans laquelle l'association s'en prend à l'idée d'une augmentation des contaminations : « *la notion de recrudescence est pour le moins exagérée* »². Pour ce faire, « *Il aurait fallu que le nombre de contaminations chez les homosexuels baisse (...)* », alors qu'Act Up-Paris défend l'idée que les contaminations sont restées stables dans la population homosexuelle. L'article réactive une rhétorique très critique sur l'action de l'Etat en matière de prévention. Par ce biais, les responsabilités de la situation sont imputées aux pouvoirs publics.

Encadré 2 : Homosexualité et risque VIH dans les recherches en sciences sociales (1996)

Au printemps 1996, l'ANRS publie dans la collection « Sciences sociales et sida » un ouvrage sur les enjeux de prévention chez les gais (Calvez, Schiltz, et Souteyrand 1996). Centré sur les questions de « *rationalité* » et de « *gestion des risques* », le volume rassemble différents articles. Deux d'entre eux sont issus des enquêtes sociodémographiques menées dans les années précédentes : l'EPG (P. Adam et Schiltz 1996) et l'enquête ACSF sur la sexualité des français. On y retrouve également les travaux présentés dans le *JDS* au cours de l'année 1992 (Calvez 1996; Mendès-Leite 1996; Lisandre 1996). Enfin, les analyses de J. Pierret sur la séropositivité et celles de PO de Busscher sur la mobilisation associative autour du safer-sex (De Busscher 1996) complètent l'ouvrage. Pour les coordinateurs, les enjeux de recherche sont à redéfinir. En complément de l'analyse des « *contraintes individuelles, sociales et culturelles* » qui pèsent sur la prévention, il convient d'explorer la manière dont les gais adaptent leurs pratiques au risque, dans une démarche plus « *prospective* » que « *descriptive* ».

L'article issu de l'EPG soumet l'hypothèse du *relapse* aux données comportementales recueillies. Dans ce contexte, plutôt qu'un relâchement des pratiques de prévention, les auteurs mettent en évidence la diversification des stratégies et les événements biographiques qui les fragilisent. La

¹ *Action* n°32, mai 1995, « Cap sur la prévention ? ». L'article reprend l'essentiel des arguments de D. Lestrade dans le *JDS*.

² *Action* n°33, juin 1995, « Le sida concernerait les gais ».

posture critique des chercheurs français vis-à-vis du *relapse* n'aura cependant que peu d'écho dans la presse. De plus, P. Adam et MA Schiltz remettent en cause l'idée que l'appartenance à la communauté serait un facteur de meilleur recours à la prévention : le risque existe également chez les gais les plus « identitaires ». C'est, peu après, ce que les articles de *Têtu* vont illustrer.

L'affirmation d'un modèle de dénonciation

A la suite de ce premier moment de discussion, l'expression des inquiétudes sur la prévention se manifeste à nouveau au cours de l'année 1996 au travers d'une série d'articles du magazine gai et lesbien *Têtu*, récemment créé (1995). L'implication de D. Lestrade (rédacteur adjoint) et d'autres militants d'Act Up-Paris dans la création du journal, en juin 1995, va conditionner en grande partie la manière dont les questions de prévention et du risque vont être traitées.

En juin et septembre 1996, *Têtu* publie deux longs articles consacrés à la prévention¹. Le premier, écrit par D. Lestrade, poursuit et développe sa réflexion sur la dégradation des comportements préventifs parmi les gais. La référence à la conférence internationale de 1995, déjà évoquée dans le *JDS*, constitue selon lui l'exemple même d'une banalisation des pratiques à risque, au sein même du milieu associatif. Car, s'il est avéré de longue date que certains gais n'adoptent pas la prévention en tout temps et avec tous leurs partenaires, le fait que des militants le revendiquent illustre pour D. Lestrade une inflexion plus inquiétante :

« Non seulement certains gais commencent à s'éloigner des pratiques sexuelles sans risque, mais les responsables associatifs eux-mêmes, censés montrer l'exemple à la communauté (et donc à la société) avouent que le safer sex a des limites. C'est ce qu'on appelle le *relapse* : un relâchement des comportements sexuels, qui fait que de plus en plus de personnes sont à nouveau tentées par des pratiques à risques et, consciemment, s'exposent au virus » (*Têtu*, juin 1996)

Pour D. Lestrade, ces évolutions de la prévention risquent de faire émerger des débats sur l'opportunité de fermer les saunas et sex-clubs, perçus comme des lieux propices aux nouvelles infections. Aux Etats-Unis, les arguments de santé publique avaient conduit à la fermeture de ces établissements dans les années 1980. L'argumentation de l'auteur mobilise deux registres : il fait référence aux approches psychologiques, au caractère contraignant d'une prévention à long terme² ; mais ces constats sont largement contrebalancés par une lecture plus politique : « *une étrange guerre a été déclarée entre ceux qui prônent la liberté sexuelle sans entraves et ceux qui attendent de la communauté gai un comportement*

¹ Lestrade D, *Têtu* n°4, juin 1996, « *Zone Rouge* », p 26-29 et 68 ; Arbona L, Duez P, *Têtu* n°6, « *Zone rouge* », pp.26-31 et 68-69. L'article comprend aussi un entretien avec l'écrivain G. Dustan.

² « Le tout est de rester optimiste dans une société alors que les choses ne promettent pas de s'améliorer et que les tendances autodestructrices sont peut-être plus fortes », Lestrade D.

responsable. ». Par la façon dont il envisage la prévention, Lestrade réactive le modèle historique de l'engagement d'Act-Up Paris fondé sur l'affirmation d'«*une communauté homosexuelle puissante et fière* » (Barbot 1999). De plus, il investit les militants homosexuels d'un rôle exemplaire. Mais, en définissant le *relapse* comme une pratique «*consciente* » d'exposition au VIH, l'auteur participe à un processus d'attribution morale de la responsabilité face au risque de contamination, qui lui est reproché au sein de l'association (Broqua 2006).

Dans le second article, les auteurs mènent une enquête dans des espaces de sociabilité et de rencontre homosexuels : une backroom parisienne et des sites minitel. L'objectif est d'interroger les motivations des hommes qui cherchent des relations non protégées : «*C'est d'abord une rumeur qui circule : certains refuseraient tout simplement de se protéger. Sciemment. (...) Avant de faire le voyage, Têtu ne voulait pas y croire. Bêtement* ». L'article insiste sur la facilité, tant sur minitel que dans un sex-club, de rencontrer des personnes acceptant des relations sans préservatif. Outre le récit de cette enquête, l'article propose une réflexion très pessimiste sur la place du sida dans l'expérience contemporaine des homosexuels. Pour les auteurs, les gais sont pris dans une tension forte entre affirmation de soi (par une sexualité de plus en plus «*hard*») et quête d'intégration dans le monde gai. Dans cette perspective, les gais séropositifs revendiquant des relations non protégées représenteraient un pôle communautaire attractif : caractérisé par l'expérience de la séropositivité et d'une sexualité sans «*interdits* ». Mais on peut leur imputer une forme de «*haine de soi* » qui façonne les subjectivités gaies :

«*Ce contre quoi nous devons avant tout lutter, c'est le mépris rampant que certains d'entre nous ont d'eux-mêmes et que, faute de mieux, ils font endurer à l'autre, leur semblable. Car il n'y a finalement qu'un pas trop facile à franchir entre le/se mépriser et lui/s'offrir le cadeau suprême que représente une maladie pourtant encore mortelle* » (*Têtu*, septembre 1996).

L'analyse des auteurs constitue un travail de mise en cohérence des parcours, du contexte et des expériences subjectives de l'homosexualité et du risque. La description de l'évolution des modes de vie homosexuels s'appuie sur une hypothèse politique forte : le passage d'une oppression externe (l'homophobie de la société), à une aliénation interne à la communauté gaie (la haine de soi). Dans une large mesure, ces propos rejoignent des analyses classiques du *relapse* et de la «*défaillance* » préventive. Ce faisant, les auteurs se situent dans une perspective nouvelle : la critique du contexte social et politique fait place à une critique de l'individualisation des modes de vie gais. La responsabilisation se situe alors à l'échelle des

individus qui, prenant leur distance avec le discours construit au sein de la communauté, contribuent à la désagrégation des liens sociaux entre homosexuels.

La politisation des comportements à risque

L'implication de journalistes de *Têtu* dans les débats sur la prévention s'inscrit dans une double dynamique. D'une part, le magazine consacre tous les mois de nombreuses pages à la thématique du sida, et publie régulièrement des dossiers sur l'épidémie : il devient ainsi un espace incontournable des débats sur l'épidémie parmi les homosexuels. D'autre part, la présence au sein du journal, et particulièrement sur les thématiques « sida », de journalistes issus d'Act Up-Paris, contribue à donner une tribune à leurs points de vue. Pour autant, on ne peut pas réduire le rapport Act Up-Paris/*Têtu* à un rapport d'influence sur le contenu des articles traitant du sida. Il apparaît notamment que dans la période 1995/1999, les articles sur la prévention, rédigés pour beaucoup par D. Lestrade, reflètent un point de vue non consensuel au sein de l'association : « *ma position sur le sujet était très minoritaire à Act Up. (...) Pour moi, le safe sex était devenu une éthique de la responsabilité, une façon de participer à un effort de guerre* » (Lestrade 2000).

Au regard des débats internes à l'association, notamment autour de la question du contrôle de la prévention dans les sex-clubs, et la responsabilité des propriétaires de commerces gais, la tribune offerte par *Têtu* est une des manières pour D. Lestrade de publiciser son point de vue. En tentant de problématiser la question de la prévention en terme de responsabilité des séropositifs, Lestrade se heurte au principe de « responsabilité partagée » consensus qui fonde les conceptions de la prévention du sida depuis les années 1980. La majorité des militants d'Act Up-Paris de l'époque voit dans cette manière de poser le débat un risque de pénalisation de la transmission du VIH, contraire à leurs principes politiques. D. Lestrade considère qu'au sein de l'association, « *on continuera de se voiler la face en pensant que cela ne concerne que les Américains et les différents articles de Têtu sur le relapse seront vus comme des alertes lancées par des gais moralisateurs* » (2000). De plus, comme lui, certains militants considèrent que les réorientations de l'activité d'Act Up-Paris sur le terrain des « mouvements sociaux » (sans-papiers, chômeurs et précaires, etc.) amènent l'association à ne plus assez « *s'occuper des homosexuels* » (Lestrade 2000).

Dans ce contexte, D. Lestrade poursuit au cours des années 1996-1999 un travail de problématisation de la responsabilité et de l'intentionnalité dans la prévention. Il aborde régulièrement les questions de prévention au travers des différentes tribunes qui lui sont

offertes dans la presse : sa chronique mensuelle dans le *JDS*¹, certains de ses articles dans *Têtu*², mais aussi lors des interviews avec des « personnalités » (politique ou de la lutte contre le sida), auxquelles il pose presque systématiquement des questions sur le *relapse*.

Mais le point de vue que défend D. Lestrade se heurte aux stratégies des autres acteurs du champ de la lutte contre le sida. Car pour un certain nombre de responsables associatifs, il n'est pas question de mettre en discussion la prévention dans l'espace public au-delà des publications spécialisées (tel que le dossier dans le *JDS* de 1995). D'une part, parce que le problème posé par D. Lestrade ne leur semble pas établi, en tout cas pas dans les mêmes termes. Enfin, parce que la lutte contre la stigmatisation fonde les formes d'engagement qui structurent AIDES ou Arcat-sida. Les analyses de D. Lestrade apparaissent donc doublement illégitimes à leurs yeux. L'interview d'A. Marty-Lavauzelle, président d'AIDES, publiée dans *Têtu* en octobre 1996 illustre ce décalage avec la manière dont D. Lestrade envisage la prévention en milieu gai³ :

« Question : Etes-vous préoccupé par le relapse ?

AML : C'est un vrai problème. Nous ne disposons pas vraiment de travaux sur les conditions des nouvelles contaminations. (...) Il y a une réelle difficulté d'estime de soi qui conduit, à certains moments, au réenclenchement d'attitudes négatives, voire cyniques. Mais pour ce qui est des « plans foutre » ou des « culs à plomber », je pense qu'il faut faire la part entre les fantasmes et la réalisation de contaminations conscientes. ».

Tout en acquiesçant en partie au constat du journaliste, A. Marty-Lavauzelle s'attache à relativiser l'ampleur du phénomène : peu de données viennent l'étayer et la contamination volontaire relèverait plus d'un « fantasme » que de la réalité. Il manifeste ainsi une attitude plus compréhensive à l'égard des pratiques non protégées. Les réticences et la prudence du reste du champ associatif pèsent en grande partie sur le « succès » du travail de problématisation que mène D. Lestrade. Faute d'interlocuteur (ou de contradicteur) prenant ses analyses au sérieux, il ne parvient à imposer le débat sur la responsabilité ni dans l'arène médiatique, ni sur l'agenda associatif.

A partir de 1998, plusieurs éléments vont reconfigurer les débats sur le « relapse » et contribuer à légitimer les analyses de D. Lestrade. D'une part, la publication de données attestant l'augmentation des relations sexuelles non protégées met en évidence un relâchement

¹ Lestrade D, *JDS* n°104, mai 1998, « Terreur », p.39

² Lestrade D, Dossier : « Safe-sex : une table ronde et un virus », *Têtu* n°20, décembre 1997, pp.50-53 ; Lestrade D « Groupe à risque ? », *Têtu* n°24, Mai 1998, pp.76-77

³ Marty-Lavauzelle A, « Interview : Arnaud Marty-Lavauzelle » par Doustaly T, *Têtu* n°7, octobre 1996, pp20-22. Le journaliste fait partie du groupe proche du point de vue de D. Lestrade sur la prévention au sein d'Act Up-Paris (Lestrade 2000, 413-4).

des comportements de prévention. D'autre part, l'émergence de figures médiatiques (telles que G. Dustan), incarnant la revendication d'une sexualité non protégée va créer les conditions d'un débat contradictoire. Les romans de G. Dustan mettent en scène, sous une forme d'autofiction, la vie d'un narrateur gai et séropositif (Dustan 1996; 1997; 1998). Ces ouvrages comprennent notamment des récits de relations sexuelles volontairement non protégées. La dynamique de la controverse entre D. Lestrade et G. Dustan va jouer d'ailleurs un rôle important dans la radicalisation des points de vue des protagonistes. Dans ce contexte, la parution en avril 1999 de l'article « *Bareback, la fin du safe sex ?* »¹ dans *Têtu* marque une nouvelle inflexion dans la manière de problématiser les relations sexuelles non protégées. L'inflexion réside en partie dans l'apparition, pour la première fois dans la presse française, du terme « bareback », qui traduit la requalification du risque en termes d'intentionnalité.

¹ Scarce M, (traduction Martet C), « *Bareback, la fin du safe sex ?* », *Têtu* n°33, Avril 1999, pp.54-7.

Conclusion du chapitre : une nouvelle cartographie morale du risque

A l'issu de ce chapitre, il apparaît que les débats sur le risque sont bien antérieurs à l'émergence de la catégorie bareback. Dès le début de l'épidémie, différentes options se confrontent pour déterminer les réponses préventives les plus adéquates. En fligrane, les associations mettent en jeu des conceptions divergentes de l'homosexualité. Les pouvoirs publics, par l'intermédiaire de l'AFLS soutiennent l'option communautaire de la prévention et contribuent à son adoption par la plupart des acteurs. Dans ce cadre, le risque est associé aux situations de marginalité sociale, géographique ou identitaire.

Cependant, au tournant des années 1980, une nouvelle problématique se dessine : celle du maintien du *safer sex* pour les gais l'ayant déjà adopté. L'apparition et la popularisation de la catégorie *relapse*, malgré les critiques dont il fait l'objet, traduit l'influence de lectures psychologisantes du risque. Pour autant, dans le contexte français de la recherche sur le sida, ces approches demeurent relativement marginales. Ce terme, conçu comme une rechute, met aux prises différentes lectures de la responsabilité. Pour les uns le *relapse* s'explique par la difficulté des individus à observer un usage systématique du préservatif. Pour d'autres ce phénomène reflète un manque d'information lié à l'insuffisante prise en charge de la prévention par les pouvoirs publics. A partir de 1995, l'existence de prises de risque volontaires est pointée par différents acteurs. Aux côtés du *relapse*, une nouvelle catégorisation s'affirme : le bareback.

Dès lors, la cartographie morale de la prévention se redessine : défaillance préventive et prise de risque volontaire sont désormais différenciées et articulées. A côté des pratiques non protégées perçues comme irrationnelles, déterminées par le contexte social et/ou psychique, s'établit un risque revendiqué et assumé. S'établit alors une double stratégie de dénonciation et d'attribution des responsabilités. D'un côté, l'accusation habituelle de frilosité et d'inaction des pouvoirs publics en matière de prévention ; de l'autre, les homosexuels séropositifs barebackers, qui menacent le modèle d'une communauté mobilisée et responsable.

2. De quoi le bareback est-il le nom ?

Au premier regard de l'observateur des débats sur la prévention, le bareback se présente tout à la fois comme un objet de controverses, une catégorie d'analyse de situations à risque et un mode d'identification pour certains hommes gais. Cette pluralité d'usages permet d'expliquer la très forte diversité des définitions qui lui sont attribuées, à l'échelle internationale comme dans le contexte français (Berg 2009). Une diversité qui concerne autant les contextes experts – académiques et militants – que les élaborations profanes. Deux écueils principaux se présentent au chercheur qui propose d'analyser ce phénomène social. Le premier relève d'un risque de la singularisation. De par son écho médiatique spectaculaire et transgressif, de par la réprobation morale qu'il suscite, le bareback peut apparaître comme une catégorie spécifique et irréductible. L'essentialisation à l'œuvre conduit alors à qualifier par ce terme les gais « preneurs de risque » et leurs comportements sexuels, ainsi qu'à cantonner le non usage du préservatif à la population homosexuelle. Le second écueil consiste, par une opération de déconstruction sociale de la réalité observée, à vider le terme du sens que les acteurs lui attribuent. A l'inverse, ce sont les usages pragmatiques du bareback pour qualifier des situations, dénoncer des pratiques ou revendiquer des identités qui constituent l'objet de ma recherche. La tension entre substantialisation et déréalisation n'est pas spécifique à cet objet, mais elle prend une dimension particulière dans un contexte de controverses sur le risque et la prévention chez les gais. En retraçant, dans un premier chapitre, l'émergence de la catégorisation bareback pour qualifier des pratiques sans préservatif, pourtant déjà existantes dans les périodes précédentes, j'ai inscrit le terme dans une histoire des manières d'envisager le risque. Il ne s'agit pourtant pas d'en nier les spécificités. A la fin des années 1990, la revendication de pratiques non protégées apparaît comme un sujet de préoccupation émergeant simultanément à l'échelle internationale dans les communautés gaies des pays développés. Le terme bareback s'impose alors rapidement pour les qualifier. Mais son origine états-unienne permet-elle de caractériser ce phénomène qui va constituer, pour de longues années, le cœur des controverses sur la prévention ? Une contextualisation de sa réception et de ses usages paraît indispensable. Je m'attacherai donc dans ce chapitre à analyser le contexte français des premiers débats sur le bareback.

Tout d'abord car en 1999, lorsque le bareback fait irruption sur la scène publique, sa pertinence pour décrire les situations de risque n'est pas établie. L'usage du terme dans la presse homosexuelle ne peut suffire à expliquer sa rapide diffusion parmi les différents

acteurs de la lutte contre le VIH/sida. La première partie de ce chapitre s'attachera à analyser la manière dont le bareback prend sens dans le contexte français au cours de l'année 2000. Au regard des débats que ce phénomène suscite, plusieurs hypothèses explicatives ont été élaborées pour expliquer les évolutions des comportements et des discours de prévention. Dans une seconde partie, je me pencherai donc sur celles qui, dans les sphères militantes et académiques françaises, considèrent le bareback à la fois comme le révélateur et le produit d'un processus de normalisation de l'homosexualité et du VIH.

2.1. Le bareback : émergence et stabilisation d'une catégorie

On a vu, dans le premier chapitre, comment l'émergence de la catégorisation « bareback » pour désigner des pratiques sexuelles sans préservatif, procède d'un processus historiquement et socialement construits. Il convient maintenant d'analyser comment le terme, importé des débats états-uniens, s'est acclimaté au contexte français.

2.1.1. Tout commence aux Etats-Unis ?

Etablir la généalogie des controverses sur le bareback en France paraît nécessiter inévitablement un détour par ses origines états-uniennes. Le terme même de « bareback », comme le milieu du rodéo auquel il fait référence, renvoient à cette origine transatlantique. De fait, c'est à partir de son appropriation par un acteur de pornographie américain séropositif, Scott O'Hara, pour désigner son choix de ne plus utiliser de préservatifs avec des partenaires de même statut sérologique, que commence la carrière de ce terme en 1995. Le sens qu'il gagne de par sa circulation dans l'espace public excède toutefois l'usage originel, puisque le bareback désigne rapidement une diversité – voire l'ensemble – des pratiques sexuelles non protégées entre hommes. La discussion simultanée des phénomènes touchant au désir d'être contaminé ou de transmettre le VIH¹, pourtant extrêmement minoritaires, contribue à la panique morale qui entoure le phénomène aux Etats-Unis. Tout comme le « *relapse* » à la fin des années 1980, le bareback s'imisce dans les débats scientifiques et militants et s'impose à l'agenda politique de la prévention du VIH chez les gais.

Cette filiation « américaine » est explicite au moment de l'introduction du terme dans la presse gaie française, comme nous l'avons vu au chapitre précédent. Le choix de traduire l'article de M. Scarce, paru dans la revue *POZ* quelques mois plus tôt, reflète des controverses en cours à l'époque aux Etats-Unis, est révélateur des tensions qui peuvent traverser Act Up-Paris : il s'agit d'un article plus modéré que nombre des critiques portées par D. Lestrade. L'auteur y raconte l'émergence du bareback aux Etats-Unis, et les controverses qui l'ont suivi, dans les associations et la presse homosexuelle. Il décrit les développements d'un débat entre les défenseurs et les adversaires du bareback. M. Scarce développe pour sa part une approche compréhensive du phénomène. Ses constats balancent entre la « *crainte* » que le

¹ Autrement nommé : « bug chasing », pour « chasse » de virus ; et « gift giving », pour « don » de virus

bareback lui inspire, et le constat que les barebackers qu'il a rencontrés défendent « *une éthique personnelle (...) et une forme de contrôle de soi* ». Pour lui, le risque principal réside dans « *l'incapacité des membres de la communauté gaie et de ses leaders à discuter de ces questions avec une attitude compréhensive et de respect mutuel* ». Mais, dans l'analyse du travail de problématisation du risque, l'article introduit pour la première fois en France une nouvelle délimitation sociale du risque. L'auteur propose une définition du bareback, qui le différencie du *relapse* :

« Différente d'une défaillance occasionnelle, d'un oubli de la capote pendant une nuit d'ivresse, ou du *relapse*, la pratique du barebacking représente la décision, prise en toute connaissance de cause, d'abandonner les préservatifs et, malgré les risques, de jouir sans honte du plaisir de baiser sans protection » (p.56).

Mais cette publication s'inscrit également dans une volonté de souligner les parallèles existant entre les contextes états-uniens et français. Ainsi, pour T. Doustaly¹, le rédacteur en chef de *Têtu* :

« La traduction de l'article de M Scarce (...) nous a paru nécessaire : alors que B. Kouchner n'a pas produit la moindre nouvelle campagne de prévention ciblée en direction des gais depuis son retour à la Santé (il y a bientôt 2 ans), il est sans doute utile d'évoquer un phénomène aussi préoccupant que le bareback. Car si rien n'indique l'existence de ces pratiques en France, rien ne permet non plus d'affirmer qu'elles n'existent pas de notre côté de l'Atlantique » (p.56).

Le fait que certains militants d'Act Up-Paris, journalistes de *Têtu*, soient directement impliqués dans la traduction de cet article, renforce symboliquement cet effet d'importation. La création de l'association, sur le modèle d'Act Up New York, place celle-ci dans un rôle reconnu et éprouvé de passeur entre les deux réalités nationales (Lestrade 2000). Mais la démarche de *Têtu* s'inscrit également dans une économie plus générale des débats transatlantiques, dans laquelle les phénomènes observés aux Etats-Unis apparaissent simultanément comme les repoussoirs et la préfiguration, à quelques années de distance, des réalités françaises. En l'occurrence, une lettre publiée dans le courrier des lecteurs du numéro suivant de *Têtu*, ainsi que la réponse de la rédaction, met en lumière les enjeux de ce travail d'importation terminologique et politique. L'un des lecteurs du journal explique ainsi :

« Habitant Bordeaux, je n'ai pas besoin de partir aux USA ou à Paris pour baiser sans capote, ni même de passer par des soirées privées. Dans n'importe quel endroit de drague de Bordeaux, si tu veux te faire un cul sans capote et décharger dans la bouche d'un mec, c'est tellement facile. Je suis actif, et je ne suis pas le seul bordelais à tomber sur ce genre de mec. Montrer du doigt les USA pour la fin du safe sex, c'est trop facile. » (« Christophe », *Têtu* n°34, mai 1999, p.82).

¹ *Têtu* n°33, avril 1999, p56

La réponse de la rédaction du journal reprend l'argumentaire développé dans le numéro précédent : il s'agit d'une alerte, dont l'usage pédagogique (en s'appuyant sur une description de faits qui n'a pas *a priori* d'équivalent en France) vaut autant, sinon plus, que l'usage politique (la critique de l'inaction des pouvoirs publics) :

« Nous n'avons pas souhaité montrer du doigt les américains. Simplement, l'enquête de M. Scarce publiée par POZ avait le mérite d'être précise et documentée, de comporter des témoignages. En France, il n'existe pas, à notre connaissance, de clubs ou de soirées dédiés au sexe sans capote. Mais nous n'avons jamais pensé, ni écrit que l'Hexagone était le lieu du safe sex systématique. Si le Ministère de la Santé, les établissements spécialisés, les associations et les gais eux-mêmes ne prennent pas très rapidement conscience de l'absence dramatique de renouvellement des campagnes de prévention, la catastrophe n'est pas loin » (p.82).

Mais le bareback demeure en France une réalité désincarnée, tant elle semble ne concerner que cet « ailleurs » que représentent les Etats-Unis. Pourtant, comme l'explique le lecteur anonyme, l'ailleurs n'est déjà plus si lointain : il a déjà des équivalents « ici ». Passer de la mise en scène d'une réalité extérieure à la mise en cause de phénomènes situés en France nécessite que la réalité s'incarne publiquement. La figure symbolique du Ministre de la Santé est la cible habituelle de l'association pour dénoncer l'inaction des pouvoirs publics. Mais avec le bareback, l'enjeu est tout autre. Et il implique l'affirmation d'une figure de la prise de risque intentionnelle au sein de la communauté gaie, à la différence de celles de la précarité identitaire, que les discours autour du *relapse* ont pu produire. Autrement dit, pour que le bareback existe en France, il convient qu'existent des barebackers. C'est ce travail politique de désignation de la figure du risque qui occupe la première séquence de la controverse publique.

La marche des fiertés gaies et lesbiennes de 1999

La première mise en cause publique de G. Dustan et d'E. Rémès dans les documents d'Act Up-Paris a symboliquement lieu lors de la marche des fiertés gaies et lesbiennes. A ce moment, le débat interne à Act Up-Paris connaît une inflexion décisive, car les idées défendues depuis plusieurs années par D. Lestrade sont reprises et portées par un groupe plus large au sein de l'association¹ (Lestrade 2000, 413) :

¹ Lors de la RH durant laquelle le sujet est abordée, en juin 1999, Lestrade compte dans ce qu'il appelle le « *bloc activiste minoritaire* » : « Thomas [Doustaly], Hélène Hazéra, Rodrigue Ducourant, [lui]-même » (p14). T. Doustaly est par ailleurs rédacteur en chef de *Têtu*. D. Lestrade explique : « *Thomas et moi avons réussi à faire basculer un groupe indécis vers la position la plus courageuse du paysage associatif, tandis qu'Aides reste complètement muet sur la question* » (p.435)

« Après de timides soubresauts, le débat sur la prévention ne réapparaîtra pas avant la RH du 8 juin [1999]. Ce jour-là, Thomas Doustaly fit ce qu'il fallait faire : un AppBull¹. Intitulé 'la faute d'Act Up sur la prévention', c'était une sorte d'ultimatum public sur la responsabilité de l'association dans ce domaine. Thomas, qui avait peur de représenter le point de vue condamnable du pauvre séronégatif donneur de leçon, reprenait tous les points sur lesquels je radotais désormais depuis quatre ans » (p.413).

Après un débat interne, les militants d'Act Up-Paris choisissent donc d'intervenir sur ce sujet lors de la marche des fiertés. Le choix de la date de la gay pride correspond également au dixième anniversaire de l'association, et la prise de position sur la prévention et les écrivains barebackers agit comme un marqueur de l'identité politique d'Act Up-Paris. La campagne, reproduite dans *Action* de juillet 1999 s'appuie sur une question volontairement provocatrice : « *Baiser sans capote ça vous fait jouir ?* »², au-dessus de deux photographies montrant des pratiques (orales et anales) sans préservatif (cf annexe 2). Le texte qui l'accompagne résume la vision de l'association :

« A cette question, sans doute répondrez-vous instinctivement : oui. Comment nier, en effet, le plaisir qu'il y a, entre autre, à éjaculer dans un cul sans capote ou à avaler du sperme ? Et comment n'auriez vous pas envie de prendre ce type de risque, alors que tout vous y invite ? Alors que les médias chantent inlassablement la fin de l'épidémie, que les pouvoirs publics ne produisent plus de campagne de prévention, que les trithérapies sont censées mettre les séropos hors de danger. Alors que les livres comme ceux de Guillaume Dustan et Erik Rémès proposent une petite religion de la prise de risque. (...) Baiser sans capote, ça vous fait jouir ? Drôle de jouissance, en vérité, qui sous des airs de grand défi à la mort, dissimule mal un simple déni de la maladie. Pour notre part, nous n'arrivons pas à mettre de côté notre expérience du sida. Nous n'arrivons pas à jouir sans capote. Le risque de contaminer ou d'être contaminé continue de gâcher notre plaisir » (*Action* n°62, p.18-9).

En quelques lignes, et sans évoquer directement le bareback, l'association détaille les points qui vont structurer son argumentation dans les débats à venir. D'un côté, les médias et des pouvoirs publics apparaissent comme des cibles classiques de la rhétorique actupienne. D'autre part, le contexte est invoqué : la nouvelle donne thérapeutique et ses effets sur la prévention s'inscrit dans une lecture de l'épidémie, qui vaut au-delà d'Act Up-Paris. La nouveauté tient surtout à la désignation de deux personnages, écrivains gais et séropositifs, G. Dustan et E. Rémès, comme partie prenante de la dégradation de la situation. A leur attitude analysée comme permissive, l'association oppose une affirmation politique d'exemplarité préventive.

Ce basculement politique qui conduit Act Up-Paris à prendre pour cible deux gais séropositifs nécessite d'être remis en perspective. C. Broqua (2006) a étudié les transformations des

¹ Texte interne à l'association qui permet de mettre en débat un point estimé problématique.

² Une première proposition de slogan « Donner la mort, ça vous fait jouir » ayant été repoussée par la direction de l'association.

débats sur la prévention dans l'association. Plusieurs indicateurs rétrospectifs lui permettent de situer un tournant politique dans la perception de l'épidémie : les deux éditions du Sidaction, en 1994 et 1996 apparaissent comme des dates « *charnières* » (p.273). Si l'édition 1994 représente une forme de consécration pour la visibilité du groupe, le Sidaction 1996, au-delà de la prise de position spectaculaire de C. Martet¹, est marqué par le processus en cours de normalisation de l'épidémie. De plus en 1995, pour la première fois, le nombre de participants à la manifestation organisée par Act Up-Paris le 1^{er} Décembre est moindre que l'année précédente. Les effectifs de l'association s'infléchissent également au cours de l'année 1995-1996. Ce tournant de la mobilisation précède de peu l'arrivée des trithérapies, dont les effets, directs et indirects, se font fortement sentir sur les effectifs militants. Selon C. Broqua, le positionnement d'Act Up-Paris concernant le bareback à partir de 1999 est conditionné par : un contexte épidémiologique marqué par l'augmentation des rapports sans préservatif ; une réorientation stratégique de l'association vis-à-vis des homosexuels ; des débats internes, qui mettent en jeu les rapports de force entre D. Lestrade et l'équipe dirigeante en place autour de P. Mangeot, le président d'Act Up-Paris. La rhétorique de l'association s'appuie sur l'opposition entre la défense d'une approche exemplaire de la prévention et la figure des écrivains barebackers revendiquant des comportements volontairement délétères pour la cohésion communautaire (p.345). L'enjeu commun porte donc sur la définition de normes collectives de prévention. Comme l'explique E. Cosse, qui est présidente de l'association de septembre 1999 à la fin de l'année 2001 : « *T'as un truc de fierté dans Act Up, et tu vois, il y a aussi l'histoire de la mémoire. Et moi, c'est vrai, c'est un truc qui me travaille vraiment. C'est l'idée que pour moi, le bareback est une insulte à la mémoire du sida* » (citée par (J.-Y. Le Talec 2004, 102). C. Broqua analyse pour sa part cette opposition comme constitutive d'un processus de « *légitimités concurrentes* » (Broqua 2006, 347), en mettant en relation la proximité sociale et culturelle des principaux protagonistes de ces controverses.

¹ Président de l'association à l'époque, il prononce un discours très critique sur la politique migratoire de la France et ses effets sur la situation des sans-papiers séropositifs. En s'exclamant « Quel pays de merde ! », il s'attire les foudres de la plupart des acteurs du milieu de la lutte contre le sida. Ces derniers attribuent l'échec de ce Sidaction à l'intervention d'Act Up-Paris.

2.1.2. Lestrade/Dustan : la production idéologique du bareback

L'année 2000 constitue un moment particulièrement important dans la dynamique des débats sur le bareback. Elle est marquée par l'intensification des controverses, mais aussi par la diversification des lignes de front. A l'affrontement originel D. Lestrade/G. Dustan s'ajoute une série de conflits au sein du milieu de la lutte contre le sida. Enfin, au cours de cette période se mettent en place progressivement le lexique et la grammaire qui vont structurer les débats à venir.

La première manière de tirer les fils de ces débats consiste à s'intéresser au conflit entre D. Lestrade et G. Dustan, et plus particulièrement à sa médiatisation. Le désaccord qui s'exprime violemment entre ces deux personnalités contribue à l'incarnation du bareback, dans une dynamique relationnelle qui conduit l'un et l'autre à se prendre pour cible. Le bareback, dans cette relation, se manifeste tout autant dans la figure de G. Dustan, qui finit par incarner « le barebacker », que dans la posture de D. Lestrade, dont l'opposition radicale délimite en creux les frontières morales du phénomène. Cette confrontation publique est particulièrement explicite lorsque *Libération* publie, dans son édition des 21 et 22 octobre 2000, un courrier de chacun des protagonistes¹.

La position défendue par D. Lestrade n'est pas nouvelle dans l'espace de la lutte contre le sida. Il a eu l'occasion de la présenter dans certaines des tribunes mensuelles qu'il rédige dans le *JDS*. Cependant, dans la confrontation avec G. Dustan, ses propos trouvent une résonance qui dépasse leur portée initiale. Le soutien de T. Doustaly lui ouvre par ailleurs une tribune médiatique non négligeable, au travers des colonnes du mensuel *Têtu*. Son point de vue articule alors trois éléments centraux (Lestrade 2000) :

- D'une part la revendication d'une exemplarité préventive : « *Ma logique est inaltérable et je veux bien endosser le rôle du ringard qui se croit toujours en 1989 : baiser sans capote n'est pas bien. Je ne suis pas en train de dire qu'il faut criminaliser ceux qui le font, je veux juste leur rappeler qu'il existe une instance morale intérieure qui leur dit qu'ils ont tort* ». (p.431)
- D'autre part, le constat d'un délitement des valeurs collectives qui ont fondé la lutte contre le VIH/sida chez les gais. Pour D. Lestrade, le phénomène de bareback

¹ Lestrade D, « Oui, le relapse est une menace », *Libération*, 21 octobre 2000 ; Dustan G, « La capote n'a jamais existé », *Libération*, 21 octobre 2000

condense le renoncement collectif d'un certain nombre de gais face aux prises de risque : « *Sur la prévention, je persiste à penser, depuis des années, qu'on n'a plus de libre arbitre. On n'a plus le choix. (...) Certains disent que je suis homophobe parce que je m'en prends directement aux pédés, mais peut-on trouver un geste aussi homophobe que contaminer un autre pédé tout en prenant son pied ?* » (p.416)

- Enfin, la nécessité d'un sursaut collectif en matière de prévention, et la délimitation d'une frontière morale au sein même de la communauté gaie, entre les défenseurs et les adversaires de la prévention : « *C'est bien simple : quand les pédés se mettent à se conduire comme les ennemis de la prévention, ils deviennent des ennemis tout court. (...) Je me tourne vers les pédés parce que c'est ma communauté, ce sont mes frères, ce qui leur arrive m'intéresse.* » (p.431)

A l'entrecroisement de trois éléments, le bareback agit comme le révélateur des transformations intervenues dans le milieu homosexuel depuis l'arrivée des trithérapies. D. Lestrade fait l'analyse qu'il a été l'un des premiers à les percevoir en France, revendiquant un rôle de « lanceur d'alerte » (Chateauraynaud et Torny 1999). A travers l'intransigeance préventive qu'il défend, il véhicule une conception du libre arbitre qui place la prise de risque dans un registre relevant d'abord du choix éthique. S'éloignant des analyses du relâchement préventif et des analyses psychologiques des déterminants du risque, il place ainsi la prévention sur un terrain strictement politique. L'affrontement devient nécessairement idéologique, et ce sont ces lignes de fracture que D. Lestrade s'attache à dévoiler au cours des controverses, avec G. Dustan comme avec les autres associations ou les pouvoirs publics.

Encadré 3 : Didier Lestrade, éléments biographiques

D. Lestrade est né en 1957 dans le sud de la France. Journaliste issu du milieu alternatif, il commence sa carrière au sein du magazine *Gaie Presse*, puis participe à la création de *Magazine*. Distant de l'engagement politique homosexuel, il s'affirme alors comme représentant d'une forme d'avant-garde culturelle (Pinell 2002, 227). Il apprend sa séropositivité en 1986. Embauché à *Gai Pied*, c'est en tant que journaliste qu'il se rend à New York en 1987 et qu'il découvre Act Up-Paris. En 1989, il participe à la création d'Act Up à Paris, et il en est président de 1989 à 1992. Au milieu des années 1990, il porte un nouveau projet de journal homosexuel, qui est créé en 1995 sous le nom de *Têtu*. A partir de 1994, il contribue régulièrement au *Journal du sida*, au travers d'une chronique mensuelle. Au sein d'Act Up-Paris, il fait partie des personnes réfractaires à l'orientation de l'association vers les autres mouvements sociaux, sous la présidence de P. Mangeot. Il considère notamment que le groupe s'éloigne des problèmes des gais. A partir de 2000, il écrit plusieurs ouvrages, sous forme d'essais, le

plus souvent auto-biographiques et critiques sur l'évolution du milieu homosexuel. Il quitte Act Up-Paris en 2004 et participe à la fondation du groupe *The Warning*, dont il est membre durant quelques mois.

En regard, G. Dustan est lui aussi porteur d'une lecture politique de l'épidémie chez les gais, qu'il va s'attacher à définir, notamment en réaction aux mises en cause d'Act Up-Paris. En miroir des positions de D. Lestrade, on peut caractériser son discours selon trois éléments¹ :

- Le premier concerne la question de l'exemplarité. Pour G. Dustan, l'enjeu n'est plus de définir une approche de prévention globale pour les gais, mais de prendre en compte le statut sérologique pour déterminer les recommandations préventives : *« le seul discours réaliste en matière de prévention, ce n'est pas d'essayer d'imposer la capote, ça ne marchera jamais. C'est de dire : baisez sans capote et sans risque : entre séropos ou bien entre séronégs. C'est tout. »*
- Le second porte sur l'existence de valeurs communautaires vis-à-vis de la prévention. Pour G. Dustan, les discours de prévention sont devenus un enjeu de domination parmi les gais, et un outil refrenant la sexualité : *« La capote n'a plus la côte chez les homos ? En tout cas elle l'a toujours chez les dominants et leurs séides. Du côté d'Act Up par exemple. (...) la crise du sida a été pour les actupiens d'origine un formidable outil de catharsis où purger leur haine d'eux-mêmes. Enfin, l'ennemi n'était plus leur propre désir. Quelle aubaine. La capote, dans cette optique, protège de beaucoup plus que d'un virus (...) : elle protège du sexe ».*
- Enfin, son discours conteste la nécessité d'une action collective pour influencer les comportements de prévention : *« dans une relation non protégée entre deux adultes consentants et, par conséquent, présumés responsables de leurs actes, signifie que chacun des deux est d'accord pour choper n'importe quoi. Ce qui est le droit le plus strict de chacun. On a le droit de se suicider ».*

Ces propos dessinent les contours d'une éthique préventive radicalement opposée à celle développée par D. Lestrade. G. Dustan met en cause la notion de communauté gaie véhiculée par Act Up-Paris : dans une certaine mesure, comme l'a avancé C. Broqua (2006), ce sont deux conceptions concurrentes de la communauté qui s'affrontent. Ce qui se manifeste en

¹ Dustan G, « La capote n'a jamais existé », *Libération*, 21 octobre 2000

particulier par leur recours à des rhétoriques similaires, bien qu'opposées dans l'argumentation : la dénonciation de l'homophobie, la mise en avant de la responsabilité individuelle et la revendication d'une (homo)sexualité authentique. Au cours de ce duel, une grille de lecture du bareback prend forme, qui voit s'établir la distinction avec le *relapse*.

Encadré 4 : Guillaume Dustan, éléments biographiques

Né en 1965, de son vrai nom William Baranès, il est magistrat. Il découvre sa séropositivité en 1989 et publie son premier roman, *Dans ma chambre*, en 1996 (Dustan 1996). Comme dans les deux ouvrages suivants, *Je sors ce soir* (1997) et *Plus fort que moi* (1998), il évoque le monde de la nuit gaie, suivant une écriture d'autofiction. Dans ces romans, il met en scène la sexualité entre hommes, la séropositivité et plus ponctuellement les relations sans préservatif. Avec *Nicolas Pages* (Dustan 1999), publié dans sa collection chez Balland « Le Rayon gay », il accède à une reconnaissance littéraire, qui se traduit par l'obtention du Prix de Flore. L'œuvre de G. Dustan connaît une forte médiatisation à la même époque, qui en fait l'un des écrivains homosexuels en vue, invité sur les plateaux des émissions télévisées (notamment celles de T. Ardisson, sur France 2). Sa revendication d'une sexualité sans préservatif fascine autant qu'elle scandalise. Les controverses qui l'opposent à D. Lestrade et Act Up-Paris vont contribuer à souligner l'aspect sulfureux de son œuvre, et les ouvrages suivants (*Génie Divin* (Dustan 2002)), contiennent des références explicites à ces débats. Il décède à Paris en octobre 2005.

2.1.3. Elargissement de la controverse

Commentant, en fin d'année 2000, le dossier sur la prévention chez les homosexuels paru dans *Libération* une dizaine de jours plus tôt, D. Lestrade dresse la liste des acteurs impliqués dans les débats¹. Il explique qu'avec l'arrivée des trithérapies, la cause du sida a connu des transformations dont les débats en cours sont la conséquence :

« J'ai vu des amis se détourner de moi car ils réalisaient que leurs convictions militantes n'étaient plus en concordance avec ce qu'ils faisaient dans les backrooms. J'ai vu des pédés séropositifs se mettre à dire 's'il n'a pas envie de mettre un capote, c'est son problème'. J'ai vu des pédés séronégatifs si stupides qu'ils ont arrêté d'avoir peur de la mort. J'ai vu des associations sida se taire criminellement sur le sujet, les mêmes qui, aujourd'hui, refusent le discours 'moralisateur et culpabilisant d'Act Up'. J'ai vu des chercheurs en sciences sociales utiliser le politiquement correct à des fins démoniaques, par pure lâcheté, et cacher littéralement la réalité du *relapse* dans des revues associatives. J'ai vu le ministère de la santé ne rien faire pendant que les gais se contaminaient à nouveau (...) » *Libération*, 21 octobre 2000.

Dans ce texte, l'énumération effectuée par l'auteur marque bien à quel point la controverse met en jeu une pluralité de lignes de front. L'année 2000, si elle est marquée de manière

¹ Lestrade D, « Oui, le relapse est une menace », *Libération*, 21 octobre 2000

transversale par l'affrontement Lestrade/Dustan, voit aussi la mise en cause par Act Up-Paris d'une série de protagonistes, auxquels sont reprochés leur mauvaise évaluation de la situation épidémique, leur silence et/ou leur refus de s'engager dans les débats selon les termes proposés par l'association. La volonté de dépasser l'affrontement strictement interindividuel et médiatisé s'inscrit dans une stratégie politique assumée par l'association¹.

Encadré 5 : Chronologie des débats sur le bareback, année 2000

- 12 janvier : débat Act Up-Paris/Dustan au bar *Le Tango* à Paris
- Mars : sortie du livre de D. Lestrade, *Act Up. Une histoire*.
- Juin : le 20 : « zap » des établissements du Marais ; le 24, Marche des fiertés : Act Up-Paris campagne « *FièrEs d'en mettre* » et affiche « *C'est aussi simple que cela* ».
- Octobre : le 11, publication du dossier de Libération « *Homos : la capote n'a plus la côte* », le 21/22, publication des courriers de G. Dustan et de D. Lestrade.
- 7 novembre : « AG des pédés », à Paris.
- Décembre : éditorial *Têtu* et éditorial *Action* sur l'AG.

La communauté gaie constitue le premier groupe évoqué.

Au cours de l'année 2000, D. Lestrade et Act Up-Paris s'adressent aux homosexuels dans leur ensemble, pour les alerter de la situation de relâchement préventif et d'émergence du phénomène de bareback. Ce travail d'interpellation connaît trois moments importants. Le premier correspond à la sortie du livre de D. Lestrade sur l'histoire d'Act Up-Paris, en mars 2000. L'auteur consacre en effet la dernière partie de son ouvrage (p.413-40) aux enjeux de prévention. Outre la critique de G. Dustan et d'E. Rémès, son propos met en fortement en cause la moindre mobilisation des gais dans la lutte contre l'épidémie.

Le second moment d'interpellation a lieu au mois de juin dans la période de la marche des fiertés homosexuelles, à Paris. Quelques jours avant la marche, Act Up-Paris effectue un « zap » devant des établissements de consommation sexuelle du Marais (backrooms, sex-clubs), afin d'interpeller les gérants et les clients sur le phénomène de bareback. La

¹ Ainsi, E. Cosse explique : « Qu'est ce qui se serait passé si on n'avait pas fait tout ça, par exemple ? C'est compliqué de savoir ça, de se dire, est-ce que notre action a été efficace ou est-ce qu'elle ne l'a pas été ? Est-ce qu'elle a contribué à développer le mouvement du bareback, parce que c'était le débat qu'on avait eu à l'époque, hein ! (...) Est-ce qu'en parler fais que tu amplifies le truc ? On s'est toujours dit qu'il fallait mieux en parler parce que le truc sortirait de lui-même de toute façon et qu'on ne pouvait pas passer sous silence ces choses là. » (citée par Le Talec, *op. cit.*).

communication de l'association en direction de la clientèle s'appuie sur un sentiment de responsabilité individuelle et collective vis-à-vis du risque : « *Admettez que vous avez été témoins de prises de risque délibérées. Comment avez-vous réagi ? Vous avez laissé faire ? Si oui, c'est votre droit, mais c'est pour ça qu'Act Up manifeste devant votre bordel préféré. Réfléchissez un moment avant de baiser sans capote* ».

Lors de la *gay pride*, Act Up-Paris est présente autour de deux slogans : « *FièrEs d'en mettre* », et « *C'est aussi simple que ça* ». Le premier slogan est explicité dans l'éditorial d'*Action*¹ : il s'agit de défendre les positions de l'association sur la prévention, en mêlant la rhétorique identitaire de la « *fierté* » homosexuelle et celle de la prévention, tout en interpellant les gais sur leur propres comportement sexuels.

« Oui, nous sommes fièrEs et nous ne cessons de l'être. FièrEs de défendre des positions qui dérangent et qu'on ne veut pas entendre. FièrEs de rappeler que c'est la manif d'une communauté – même si celle-ci semble parfois oublier ses morts, ses séropos, ses malades. (...) nous ne pouvons pas rester les témoins passifs de pratiques dangereuses, de personnes qui s'exposent inutilement à des contaminations. On nous reproche notre exemplarité. Ce n'est pas notre problème. Nous en sommes fièrEs. C'est à vous de réagir. Réfléchissez à ce que vous faites ».

Comme dans le tract distribué quelques jours auparavant dans le Marais, l'argumentation met en cause, au nom de la responsabilité collective, le comportement de chacun des membres de la communauté gaie. Le slogan « *C'est aussi simple que ça* » s'accompagne de l'image d'un fusil pointé vers le spectateur et d'un texte technique et informatif adressé aux séropositifs, qui porte sur les risques liés à la transmission de souches résistantes du VIH.

Enfin, la volonté d'interpeller la communauté homosexuelle s'inscrit au cœur de « *l'Assemblée Générale des pédés* », organisée par Act Up-Paris le 7 novembre 2000. Pour l'association, il s'agit d'ouvrir un espace de débat communautaire :

« Depuis plus d'un an, Act Up s'est ouvertement engagé sur le sujet de la prévention en milieu gai, et plus précisément sur le retour des pratiques à risque. Qu'il s'agisse de *relapse* ou de *bareback*, l'ensemble de notre communauté doit faire face à un défi. (...) Dans son histoire, Act Up s'est toujours battu contre tous ceux dont l'homophobie, le silence ou la bêtise faisait le jeu de l'épidémie. Aujourd'hui, nous nous tournons vers les homosexuels. Il est temps de parler ».

Dans les faits cependant, au cours de l'AG, le débat s'organise principalement entre militants des associations homosexuelles et de la lutte contre le sida. Si quelques personnes non

¹ Cosse E, « FièrEs d'en mettre », *Action*, n°68, juin 2000

affiliées à des associations prennent la parole, il s'agit quasi exclusivement de témoignages personnels sur des expériences de pratiques non protégées¹.

On perçoit cependant, au sein de l'association, l'expression de divergences internes sur la manière de s'adresser aux homosexuels. Ces désaccords s'illustrent déjà lors de la discussion sur le slogan de la marche des fiertés LGBT de 1999 (Broqua 2006). Malgré sa vocation première d'interpellation, en répondant positivement à la question², le texte de l'affiche se place dans une optique intermédiaire entre la dénonciation et une forme de compréhension de la logique des comportements non protégés. Lors de « l'AG des pédés », P. Mangeot, ancien président d'Act Up-Paris se fait le porte-parole d'une lecture plus nuancée que celle de D. Lestrade. Ainsi il explique :

« On n'a pas d'un côté les méchants barebackers et de l'autre, les gentils tout propres. Quand on a lancé la campagne d'affiches 'Baiser sans capote, ça vous fait jouir ?', ça me faisait du bien à moi, vieux séropo depuis 16 ans, parce qu'il y a toujours la tentation d'abandonner la capote et la terreur de contaminer son mec séroneg. Tout le monde est potentiellement menacé par le discours du bareback : il faut proposer une contre-idéologie (...) » (p.4).

L'argument de P. Mangeot souligne la dualité qui peut exister chez chaque homosexuel, entre désir de protection et tentation du risque. D'une certaine manière, le débat public sur la prévention est rapporté au débat intérieur de chaque individu au regard de ses propres pratiques. Cette dualité se différencie du sujet unitaire et exemplaire défendu par D. Lestrade.

Sur la forme, la volonté de s'adresser aux homosexuels s'appuie donc sur les mécanismes classiques de communication de l'association : la diffusion de textes (articles, affiches, tracts) et l'interpellation des associations représentant la communauté gaie. Sur le fond, le discours présente alternativement le bareback et le *relapse* comme une menace externe – la figure du barebacker, incarnée par G. Dustan – et comme un dilemme intériorisé – le risque, toujours présent, de rechuter ou de ne pas utiliser le préservatif. Mais dans les deux cas, la (re)mobilisation communautaire apparaît comme une clé de résolution de ces tensions. Elle se traduit par un appel à la vigilance les uns à l'égard des autres ; mais également par une forme de souci préventif pour soi et pour les autres.

¹ Act Up-Paris, « Assemblée générale des pédés, mardi 7 novembre 2000 », document en ligne sur le site de l'association : <http://www.actupparis.org/spip.php?article298>

² Le texte est formulé ainsi : « A cette question, sans doute répondrait vous instinctivement : oui. Comment nier, en effet, le plaisir qu'il y a, entre autre, à éjaculer dans un cul sans capote ou à avaler du sperme ? Et comment n'auriez vous pas envie de prendre ce type de risque, alors que tout vous y invite ? »

Le second pôle d'acteurs regroupe les associations de lutte contre le sida.

Fait nouveau par rapport à 1999, le monde associatif fait en effet l'objet de mises en cause qui ciblent leur absence de réaction publique vis-à-vis du bareback, et leur positionnement jugé en retrait sur les enjeux de prévention. Deux structures sont principalement visées : AIDES et le SNEG¹. Cela ressort notamment du récit qu'E. Cosse fait du premier débat public entre Act Up-Paris et G. Dustan, qui a lieu le 12 janvier 2000 : « *En janvier 2000 a lieu un 'gueuloir' au Tango*². *C'est la première confrontation avec G. Dustan. L'échange s'avère stérile. Le SNEG et AIDES Paris Ile-de-France ne prennent pas position* » (intervention lors de l'AG des pédés). La critique portée par l'association reprend l'une des formes structurantes du discours actupien, visant le décalage entre la gravité de la situation perçue (par l'association) et le faible niveau de réponse apporté par les acteurs concernés. Quelques semaines plus tard, dans le magazine *Têtu* du mois de mars, D. Lestrade, faisant référence au même débat, poursuit la mise en cause de AIDES concernant la prise en compte du phénomène de bareback³ :

« Lors du Gueuloir contre Guillaume Dustan, au Tango, je me suis tourné vers le président d'Aides Ile-de-France pour lui demander pourquoi Aides n'avait JAMAIS émis le moindre avis sur le *relapse* et le bareback. Aides, qui édite la plus grande revue pour les séropositifs en France, *Remaides*, tirée à 38 000 exemplaires, n'a jamais publié un seul article sur ce qui se passe dans les backrooms ».

Si l'inaction des autres associations importantes dans le champ de la prévention est bien évidemment au cœur des propos de D. Lestrade, l'approche consiste également à promouvoir sa lecture de la réalité : au-delà du *relapse*, terme relativement consensuel dans le milieu associatif, c'est le « bareback » qui lui paraît devoir être discuté publiquement.

Sans s'inscrire dans la réaction ou le droit de réponse, le positionnement d'AIDES intervient en deux temps. Tout d'abord dans la revue trimestrielle de l'association, *Remaides*. En juin, dans un dossier intitulé « *Sexe, amour et VIH* », l'équipe de la revue signe deux textes qui abordent la prévention. Le premier, « *Continuons de nous protéger* »⁴, s'adresse au lectorat en insistant sur la nécessité de maintenir des comportements de prévention : « *attention, séropo ou pas, le moment n'est pas venu de baisser la garde ! Il importe, au contraire, de trouver un*

¹ Le Syndicat National des Entreprises Gays n'est pas à proprement parler une association, mais son réseau de délégués de prévention intervenants dans les établissements gays lui donne un statut d'acteur de prévention de proximité.

² Le « gueuloir » est le nom donné par H. Latapie, le gérant du Tango (une boîte de nuit LGBT parisienne), aux débats qu'il organise régulièrement.

³ Lestrade D, « Cherchez l'erreur », *Têtu* n°43, mars 2000, p.16

⁴ « Continuons de nous protéger », *Remaides* n°36, juin 2000, p.33

nouveau souffle pour continuer à se préserver et à préserver l'autre ». Le second article aborde plus dans le détail les recommandations de prévention concernant des thèmes jugés problématiques : les risques entre personnes séropositives, la surcontamination, le risque lié à la fellation, la présence du VIH dans les sécrétions génitales sous trithérapie. La dernière thématique préfigure en partie l'approche de réduction des risques que portera AIDES dans les années suivantes. Dans une sous partie « *Gérer le risque* »¹, *Remaides* développe la position de l'association :

« La prévention ne fonctionne pas sur le mode du tout ou rien. Mieux vaut parler de niveaux de risque (...) La métaphore automobile est assez parlante : quand on utilise sa voiture, on prend un risque réel : des décès par accident, il y en a tous les jours. Mais entre le refus complet de monter en voiture et l'attitude de la personne qui, ivre, prend l'autoroute en sens inverse, il existe une large gamme de comportements ! » *Remaides*, juin 2000.

Deux éléments ressortent des articles. La publication de AIDES fait le choix de ne pas reprendre les termes du débat tels que les proposent Act Up-Paris : il n'est pas question de bareback ; la figure de G. Dustan n'est pas évoquée ; les articles concernent la prévention dans son ensemble, et ne s'adresse pas uniquement aux homosexuels. De plus, l'équipe de rédaction met en avant une posture alternative à celle portée par Act Up-Paris, en explicitant une approche de « gestion » du risque, qui envisage une lecture hiérarchisée des comportements sexuels au regard de la prévention.

Dans un second temps, le dossier que *Libération* en octobre 2000² offre une tribune publique au point de vue d'AIDES. B. Grosjean, journaliste du quotidien, met en exergue, dans son article, les propos de C. Saout, le président de l'association :

« L'association AIDES n'entend pas emboîter le pas au discours 'normalisateur et culpabilisant d'Act Up'. Longtemps silencieuse sur le *relapse*, elle a décidé, cette année, d'alerter. Christian Saout, son président : 'On observe que les pratiques de prévention sont en retrait, mais on ne sait pas à quel niveau. On sait que l'épidémie va repartir, le climat est tendanciel. Il faut travailler sur la responsabilisation' » *Libération*, 11 octobre 2000.

Le dossier comprend également une interview plus longue de D. Defert, le fondateur d'AIDES³. Ce dernier, sans s'exprimer au nom de l'association, replace les débats sur la prévention dans une lecture historique et sociale de la mobilisation contre le sida :

« Je ne crois pas au discours de la dénonciation, car il aboutit toujours à la stigmatisation et à l'isolement. Toute l'histoire de la lutte contre le sida a été conçue sur l'abandon du paradigme habituel dans les luttes contre les épidémies qui était d'isoler et de contrôler. Avec le sida, cela a été la première fois qu'il y a eu une réponse libérale, reposant sur les droits de l'homme. (...) la

¹ « Pourquoi faut-il continuer à se protéger ? », *Remaides*, Juin 2000, p.34-5

² Grosjean B, « Homos la capote n'a plus la cote », *Libération*, 11 octobre 2000

³ Defert D, « L'hédonisme est de retour », *Libération*, 11 octobre 2000

lutte contre le sida n'a pas cessé de faire émerger une politique de la sexualité. (...) La prévention ne peut se faire sans une politique forte. Actuellement il n'y a pas de cadrage politique fort sur ce qui reste encore en suspens. Il reste toujours une forte stigmatisation, une inégalité d'accès aux soins et à l'information. Mais c'est aussi un acte privé qui nécessite un travail de proximité pour entendre ce que l'on n'entend pas. Ce sont aussi les comportements bisexuels, ce sont les difficultés des femmes africaines par exemple, qui ne maîtrisent pas la prévention. A chaque fois, il doit y avoir ce travail relationnel de verbalisation des difficultés » *Libération*, 11 octobre 2000.

Les propos des deux dirigeants de AIDES – bien que D. Defert ne participe plus à l'animation politique de l'association – mobilisent une lecture politique de la situation alternative à celle d'Act Up-Paris : C. Saout, en insistant sur la notion de responsabilisation des personnes dans la sexualité ; D. Defert en replaçant les problèmes de prévention dans le cadre des inégalités sociales de santé et des discriminations. L'un comme l'autre critiquent l'orientation d'Act Up-Paris, analysée comme un discours « *moralisateur et culpabilisant* » (C. Saout), et un « *discours de la dénonciation* » (D. Defert). Les deux associations portent deux modes spécifiques d'historicisation de leur combat : Act Up-Paris cherche explicitement à inscrire sa position dans une filiation avec les combats homosexuels contre le sida. Pour AIDES, ce sont les principes fondateurs de la lutte contre le sida en termes de droits de l'Homme qui sont mobilisés. A ce moment de la controverse, le choix d'AIDES est d'éviter la confrontation publique, sans nier les désaccords d'analyse qui existent. Une orientation qui la conduit à choisir de ne pas participer à « *l'Assemblée Générale des pédés* » du 7 novembre 2000.

Le SNEG est, sur un autre registre, lui aussi la cible des critiques. Act Up-Paris considère que les établissements gais de consommation sexuelle ne s'opposent pas suffisamment aux pratiques non protégées en leur sein. Le rôle de prévention auprès des commerces gais est au cœur d'un conflit qui oppose les deux protagonistes au cours de l'année 2000. Le 20 juin, l'association organise une action devant certains des établissements du Marais : « *'On a voulu faire un électrochoc. Nous n'avons pas envie de voir de nouvelles personnes se contaminer', explique AC d'Act Up Paris. 'C'est pourquoi nous avons décidé d'aller distribuer des tracts devant le Dépôt, le QG et le Quetzal'* »¹. Certains de ces lieux contactent la police, et le SNEG réagit en adressant un courrier à E. Cosse. Ce courrier et la réponse d'Act Up-Paris sont publiés dans le numéro de juin d'*Action*. L'association critique l'absence de positionnement public du Syndicat : « *Si nous avons des 'préoccupations communes', le SNEG ne nous l'a jamais montré. On attend encore une réaction publique de sa part sur le relapse et une position sur ce qui se passe dans ses établissements adhérents* ».

¹ Laforgerie JF, « Act Up : une balle dans le pied ? », *Illico*, 2000

En ouvrant ce front de débat, Act Up-Paris s'expose à la critique. D'un côté, le SNEG et le journal *Illico* lui reprochent de se tromper de cible : plutôt que de s'en prendre aux homosexuels et aux établissements gais, l'association devrait selon eux interpeller les pouvoirs publics. D'autre part, la position d'Act Up-Paris peut apparaître comme une volonté de remettre en cause les établissements de sexe, et partant, la liberté sexuelle. Bien que ce reproche ne trouve pas – encore – de relais dans l'espace public, l'association s'en défend : « *La rumeur court, et c'est vrai : Act Up a envie de foutre le bordel aux bordels. Certainement pas parce que nous y sommes opposés : bien au contraire, nous y baisons suffisamment pour avoir envie de les défendre* »¹. En l'absence d'AIDES, « l'AG des pédés » est principalement le théâtre d'affrontements entre Act Up-Paris et le SNEG (plus particulièrement son président, JF Chassagne) sur le rôle des établissements gais dans la diffusion du matériel de prévention et l'attitude à adopter vis-à-vis des clients barebackers.

Le dernier pôle est celui des pouvoirs publics.

Si le texte de D. Lestrade publié dans *Libération* met en cause à une diversité d'acteurs, les pouvoirs publics demeurent une cible particulièrement importante, à laquelle sont adressées la plupart des revendications. A la fin de son courrier, le fondateur d'Act Up-Paris les énumère : certaines concernent l'ANRS et la recherche (la création d'une cohorte de séronégatifs, la mise en œuvre d'enquêtes épidémiologiques sur les IST), d'autres relèvent de campagnes d'information (la multiplication des campagnes « *ciblées* », l'incitation au dépistage), les dernières en appellent à des formes de contrôle social étatique (le contrôle des sites incitant au bareback, au même titre que « *les messages pédophiles* ») ou communautaire (débattre de « *la responsabilité des patrons d'établissements sexuels* »).

L'Etat, généralement au travers du ministère de la Santé, est l'un des interlocuteurs les plus fréquents d'Act Up-Paris, quels que soient les sujets abordés (Pinell 2002; Paicheler 2002). Lors de « l'AG des pédés », les pouvoirs publics ne sont pas officiellement représentés. Les interventions de S. Guglielmi, de la Direction Générale de la Santé/Division Sida cristallisent les reproches, malgré son positionnement : elle ne se proclame en effet pas représentative d'une parole institutionnelle². Elle rappelle tout d'abord l'engagement de l'Etat à mener des campagnes adressées au plus grand nombre, tout en défendant l'existence de campagnes

¹ Cosse E, « FièrEs d'en mettre », *Action* n°68, juin 2000

² S. Guglielmi explique : « Mon discours n'est pas celui des pouvoirs publics et je n'apporterais pas les réponses que d'autres doivent apporter » (p.11)

ciblées vers les homosexuels. Sur ce dernier point, elle met l'accent sur le temps que nécessitent la co-élaboration des campagnes : « *ça prend du temps parce que le consensus avec les associations (...), les professionnels, les chercheurs, les pouvoirs publics, ça prend du temps à construire* » (Compte rendu de l'AG, p.11). S. Guglielmi tente ensuite de décentrer le débat de la question des prises de risque intentionnelle, en insistant sur les « *carences d'information* » que révèlent les pratiques non protégées chez les homosexuels. Elle adopte ainsi une posture distanciée vis-à-vis du débat moral et intra-communautaire : « *de manière globale, sur la sexualité (...) l'impression que nous avons c'est que le bareback ce n'est pas une histoire nouvelle et que ça ne touche pas que la communauté homosexuelle* ». Elle revient enfin sur la tension entre la simplicité de la norme de référence (le préservatif) et la complexité des stratégies d'appropriation individuelles dans la pratique. Ce positionnement s'inscrit dans la manière dont la santé publique a modélisé historiquement, en France, la prévention du sida : en prenant des distances avec les lectures stigmatisant un groupe de personnes (les gais) ; et en s'appuyant cependant sur l'expertise des groupes les plus touchés. Lors de l'AG, les réactions associatives à cette intervention viennent en particulier de militants d'Act Up-Paris, qui réclament une plus grande implication de l'Etat dans le financement des actions de prévention ; ainsi pour P. Mangeot : « *il faut salarier des gens : est-ce que la DGS est capable de faire un appel d'offre et d'apporter des financements pour que des gens fassent de la prévention en milieu gai ?* ». Les campagnes mises en œuvre par les pouvoirs publics font également l'objet de critiques : elles sont au mieux « *en retard* », et le plus souvent jugées « *catastrophiques* ». La faible représentation des pouvoirs publics lors de l'AG est également au cœur des critiques : « *S. Guglielmi est seule ici de la DGS, il n'y a personne du secrétariat d'Etat à la santé, Abenhaïm [Directeur général de la santé] n'a pas eu le courage de venir : quand cesserez vous d'avoir peur du communautarisme ?* (J. Devemy)» (p.14).

Les voix dissonantes

Si la scène des débats est dominée par les pôles d'acteurs que constituent le monde associatif et les pouvoirs publics, des voix dissonantes réussissent à se faire entendre.

Les chercheurs en sciences sociales font ainsi valoir un point de vue qui diffère – relativement – des analyses précédentes. Indépendamment de leur positionnement, ceux-ci sont d'ailleurs également sous le feu de la critique actupienne au cours de l'année 2000. Ainsi, dans un article publié dans *Têtu* au mois d'octobre, D. Lestrade et C. Martet mettent en cause la faible

implication de l'ANRS dans la recherche sur la prévention auprès des gais¹ : « *Pourquoi l'ANRS est-elle en retrait sur tout ce qui touche à la dynamique de l'épidémie ? Pourquoi quasiment personne (sociologues, thérapeutes, associatifs n'est chargé d'analyser la sexualité sous un angle sida ? (...)) A quoi servent ces queer studies si elles ne se penchent pas sur un sujet aussi vital ?* » (p.109). L'évocation des courants intellectuels « *queer* » s'adressent à une nouvelle génération de chercheurs sur le genre et la sexualité, chez lesquels les militants perçoivent un désintérêt pour le VIH/sida comme objet de recherche. Ces propos ne peuvent être mis en stricte équivalence avec la critique des pouvoirs publics, tant l'histoire de la lutte contre le sida a ouvert la possibilité d'alliances entre chercheurs et activistes (Epstein 2001b). Cependant, ils s'inscrivent dans une logique globale de l'association, qui vise à mettre en lumière les retards et les manques de la réponse publique à l'épidémie.

Lors de « l'AG des pédés », les chercheurs sont également sur la sellette. Quatre d'entre eux prennent la parole : D. Welzer-Lang (sociologue à Toulouse), PO de Busscher (sous la casquette de Sida Info Service), A. Léobon (chargé de recherche au CNRS et responsable d'un site web de prévention) et Y. Souteyrand (chargé des sciences sociales à l'ANRS). PO de Busscher explique le travail mené par SIS pour évaluer les appels reçus, afin de renseigner les tendances dans le type de demandes émanant d'appelants homosexuels. Dès la fin de son intervention, D. Lestrade lui reproche de ne pas avoir effectué cette évaluation plus tôt. A. Léobon revient pour sa part sur des données collectées auprès d'utilisateurs de sites internet de rencontre ciblés sur les pratiques BDSM. A partir de ces constats, il relativise le phénomène de bareback : « *le bareback n'est pas nouveau. Pendant des années, il était limité au minitel et au réseau. (...) Il n'y a pas d'idéologie du bareback, juste de l'érotisme autour de besoins personnels, de s'éclater dans ces rapports.* » (p.6). Durant l'AG, le point de vue des chercheurs est en partie visé par l'accusation, plusieurs fois reprise, de participer d'un « *discours de la complexité* » sur les prises de risque : T. Doustaly le qualifie de « *contre-productif* », en l'opposant à la simplicité et l'évidence rationnelle du discours fondé sur l'usage du préservatif avec tous les partenaires occasionnels : « *Le seul discours pour se protéger du sida, c'est de mettre une capote. Les sociologues ont ruiné les choses en écoutant les gens qui ont des difficultés à mettre des capotes et en tenant le seul discours visible depuis 5 ans. Il faut arrêter de dire que le seul discours possible est celui de la complexité* » (p.6). Pour P. Mangeot, ce discours complexe ne produit pas de réponses effectives pour la

¹ Lestrade D, Martet C, « Sida, le retour ? », *Têtu* n°49, octobre 2000, pp.108-9

prévention, notamment face aux discours « *idéologiques* » développés par G. Dustan. Au cours de l'année 2000, le sociologue JY Le Talec réalise une évaluation du dispositif de prévention dans le milieu gai. La recherche est commanditée par le DASS de Paris, et constitue la première analyse de recherche concernant les prises de risque, le phénomène de bareback et les réponses associatives et publiques mises en œuvre (cf encadré 6).

Une autre parole dissonante s'exprime dans les colonnes des pages « Rebonds » de *Libération*, le 6 novembre 2000, quelques jours avant l'AG. Le texte intitulé « *Les voix sourdes des gays* »¹, est signé par trois acteurs, à titre divers, de la lutte contre le sida : C. Broqua est anthropologue, il est à l'époque en thèse et travaille sur Act Up-Paris, dont il a été membre plusieurs années dans le cadre d'une observation participante (Broqua 2009) ; F. Clouzeau est salarié à Sida Info Service ; C. Martet est journaliste à *Têtu* et ancien président de l'association². Leur propos s'inscrit dans une optique critique vis-à-vis de la manière dont les débats sur la prévention se déroulent. Dans le contexte de l'adoption du PaCS (en 1999), les auteurs critiquent les visions manichéenne de l'homosexualité : les « *gentils pacés d'un côté, [les] séropositifs irresponsables de l'autre* » ; représentation caricaturale transposable à la prévention : « *les rares voix qui osent s'élever confinent leurs discours aux extrêmes : d'un côté la préconisation d'une prévention drastique basée sur la seule responsabilité des séropositifs, de l'autre le témoignage en apparence décomplexé d'un abandon du préservatif* ». Il importe donc selon eux de prendre en compte la complexité et la diversité des modes de vie homosexuels, dans un contexte thérapeutique et politique transformé. Ils en appellent aux « *voix des gays* », trop silencieuses dans les multiples discours médiatiques sur la prévention. Les co-auteurs mettent l'accent sur la diversité des déterminants structurels de la prise de risque et notamment sur les effets de génération qui impliquent un regard plus nuancé sur les comportements homosexuels. Si le texte relève vraisemblablement du « *discours de la complexité* » dénoncé par certains militants d'Act Up-Paris lors de « l'AG des pédés », il met également en exergue publiquement l'existence de points de vue alternatifs dans les sphères militantes et intellectuelles proches de l'association.

¹ Broqua C, Clouzeau F, Martet C, « Les voix sourdes des gays », *Libération*, 6 novembre 2000

² Selon la signature de l'article : « Christophe Broqua est chercheur au Centre d'ethnologie française-MNATP et membre du comité de rédaction de Transcriptase ; Fabrice Clouzeau est responsable de Sida Info Service et coordinateur de l'ENAH (European Network of AIDS Helplines) ; Christophe Martet est journaliste à Têtu. Il a été président de l'association Act Up-Paris de 1994 à 1996 ».

Enfin, dans le numéro d'*Action* suivant l'AG, l'éditorial retient l'attention, en ce qu'il met en lumière les débats internes à Act Up-Paris¹. Dans son éditorial, E. Cosse évoque le fait que des personnes se réclamant d'être « *un groupe d'anciens sympathisants et adhérents d'Act Up Paris* » collent des affiches hostiles à l'association dans le quartier du Marais. Le groupe s'intitule « *les grenades sexuelles* », reprenant la formule avec laquelle D. Lestrade avait qualifié les personnes séropositives dans le dossier de *Libération* du 11 octobre 2000. Selon la présidente d'Act Up-Paris :

« En 20 lignes, ce texte prétend analyser les positions d'AU en matière de prévention : nous nous serions lancé 'dans une croisade afin d'obtenir la fermeture des backrooms', nous développons un discours 'beauf et salace sur la sexualité des pédés', et nous cherchons à 'retrouver un semblant d'audience médiatique en misant sur l'homophobie larvée d'une bonne partie de la société française' » *Action*, décembre 2000.

La réponse, par la voix d'E. Cosse, reprend l'argumentation de l'association dans le cadre des débats précédents, en se dissociant des accusations de moralisme :

« Act Up n'a jamais cherché à fermer les backrooms ou à criminaliser les séropos qui baisent sans capote. Nous voulons simplement et l'AG des PD l'a prouvé, que l'on puisse parler véritablement du *relapse* et du *bareback*, sans qu'on nous qualifie immédiatement de curés de la capote » *Action*, décembre 2000.

Malgré son existence éphémère, le groupe des « *grenades sexuelles* » marque l'expression publique d'une hostilité à la position d'Act Up-Paris, pour la première fois issue de ses propres rangs. A la différence du texte « *Les voix sourdes des gays* », publié dans *Libération*, les critiques contre la politique de l'association sont ici explicites, et mettent en cause ses dirigeants².

Encadré 6 : « Le risque du sexe, entre rumeur et réalité » (J.-Y. Le Talec 2000)

Au cours de l'année 2000 (janvier-juillet), le sociologue JY Le Talec effectue une recherche commanditée par le DASS de Paris « *portant sur le dispositif associatif de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle chez les gais et les hommes ayant des relations homosexuelles* » à Paris. La méthodologie s'appuie sur des observations de terrain, des entretiens avec les acteurs associatifs et l'analyse des documents de prévention disponibles. Le rapport, publié en septembre 2000, est construit à partir des données de terrain : observation, entretiens, documents collectés. Il est construit en quatre parties : 1) un état des lieux du dispositif de prévention dans le milieu gai parisien ; 2) une analyse des formes d'engagement associatif ; 3) une étude de la sexualité et des pratiques à risques ; 4) une analyse sur la présence de la prévention.

¹ Cosse E, « Sida : mort sous brevet », *Action* n°70, décembre 2000.

² Dans l'éditorial d'*Action* : « A l'occasion, on qualifie Act Up-Paris d'un résidu 'd'hétérosexuelles compatissantes' (ça c'est moi) et 'd'homosexuels aigris' (ça c'est Didier Lestrade) ».

La partie consacrée aux pratiques à risque aborde l'émergence du phénomène de bareback, en retraçant l'origine états-unienne des débats sur le sujet. JY Le Talec fait le constat que le bareback est régulièrement abordé sur le terrain, sans qu'il soit possible d'attester l'existence d'une sous-culture. Deux témoignages d'hommes revendiquant leurs pratiques non protégées sont présentés ; mais s'ils sont présentés comme adeptes du bareback, ceux-ci ne revendiquent pas le terme. L'auteur souligne également la forte importance prise par internet dans les modes de rencontre des gais. En conclusion de cette partie, il questionne la forme du débat français, dans lequel Act Up-Paris prend une place considérable et les autres acteurs restent globalement silencieux. JY Le Talec parle à cet égard d'un « *bruyant silence* ».

Les conclusions du rapport dressent plusieurs constats. Il existe toujours une forte présence associative en termes de prévention. Cependant, les acteurs de terrain rencontrés sont globalement pessimistes sur les évolutions des comportements de prévention. Enfin, « *les témoignages recueillis au cours de cette étude attestent de l'existence des phénomènes de relapse et de bareback à Paris, sans toutefois qu'on puisse en mesurer l'importance quantitative, en l'absence de données épidémiologiques fiables et actualisées* ». L'auteur met en avant la nécessité d'élaborer des messages adaptés au nouveau contexte de la prévention, et d'étudier « *les transformations du lien entre identité et sexualité* ».

2.1.4. Le risque, discours sur soi et sur « les autres »

Dans les prises de position d'Act Up-Paris, la référence à la notion de « communauté » homosexuelle conditionne la manière dont est élaboré et situé le danger. Dans leur conception, la norme sanitaire de protection de soi s'appuie sur une double exemplarité, celle de l'individu et celle du groupe. L'affiliation communautaire fonctionne dès lors comme un cadre de référence normatif, qui permet de délimiter un groupe de solidarité minimale fondé sur une expérience commune de l'homosexualité. Mais la communauté délimite également un « en-dehors » menaçant, qu'il s'incarne dans la persistance de l'homophobie, ou dans l'apparition du bareback. S'élaborent ainsi les contours d'une « *communauté morale* » (D. Fassin 2009). A travers le travail de médiatisation du phénomène de bareback mené par D. Lestrade et Act Up-Paris, il est publiquement admis que les homosexuels ne sont pas tous des acteurs exemplaires de la prévention.

Confrontés à l'évolution des comportements de prévention, ces acteurs ré-agencent leurs discours (cf Figure 2). Jusqu'alors, le terme de *relapse* avait permis de rendre compte des manquements ponctuels à la norme collective. Dans les discours d'Act Up-Paris, la lecture de ces écarts de comportement met en jeu 1) la possibilité d'une rechute, perçue comme un aléa, et 2) le caractère ponctuel et regrettable du relâchement. A travers les témoignages, le *relapse*

permet de rappeler la norme : retrouvant ses accents religieux originels, le terme implique un regard compréhensif (« cela peut arriver à tout le monde »), autant qu'une exigence de contrition (« il faut souhaiter que cela n'arrive plus »). Le relâchement préventif est d'abord perçu comme le **révélateur** social d'un sujet vulnérable. (cf tableau). A l'échelle individuelle, il s'agit d'un évènement possible, qui souligne les déterminants psychosociaux de la prévention. Au niveau collectif, le *relapse* est analysé comme la conséquence du manque de campagnes de prévention ciblées vers les gais dans leur diversité. Cet « autre » vulnérable, cible des discours de prévention, est simultanément en soi et à l'extérieur du groupe. En « soi », car personne n'est à l'abri de la défaillance ; à « l'extérieur », car les marges de la communauté sont considérées comme particulièrement exposées au risque de rechute. L'intention de protection, qui soude le lien collectif, demeure l'objectif de la prévention. En découle la revendication de réponses articulant la diffusion d'information et la revendication identitaire.

L'émergence de la catégorie du bareback vient bouleverser cet équilibre. L'enjeu ne se situe pas strictement au niveau de la fréquence des pratiques (ponctuel vs régulier), même si cette notion est prise en compte par les acteurs. Dans les faits, le terme devient utile pour qualifier des situations de risque dans lesquelles l'intention de protection n'est pas ou plus affirmée ; ou dans lesquelles l'intention de non protection est revendiquée. La médiatisation du bareback, on l'a vu, participe de ce double constat : certain gais ne se protègent plus aussi souvent, malgré leur connaissance du danger. D'autres revendiquent publiquement ces pratiques. Une telle situation met en péril la cohésion communautaire antérieurement constituée. La mobilisation d'Act Up-Paris s'explique en grande partie par la revendication de cette norme collective : le bareback constitue alors une **transgression** de l'ordre social. La figure de l'altérité que véhiculent ces discours souligne l'existence d'individus réfractaires à la prévention et menaçant la cohésion du groupe. L'adversité se fait alors idéologique, et nécessite la réaffirmation de l'appartenance au groupe. La référence récurrente à l'histoire de la mobilisation homosexuelle contre le sida, et le souvenir des personnes décédées, participe de ce travail politique. Certains acteurs identifient également à quel point l'enjeu moral du bareback se répercute au cœur même du sujet. C'est le cas de D. Lestrade, quand il invoque « *l'instance morale intérieure* » sensée guider les comportements de prévention des gais (2000), ou de P. Mangeot, lorsqu'il explique au cours de « l'AG des pédés » que « *Tout le monde est potentiellement menacé par le discours du bareback (...)* ». Cependant, face au barebacker potentiel en soi que décrit P. Mangeot, la réponse qui se dessine est sociopolitique

et non psychanalytique. La stratégie d'Act Up-Paris articule alors la dénonciation des barebackers et la réaffirmation de la norme de l'usage du préservatif.

A travers la notion d'intentionnalité du risque, la catégorie « bareback » reconfigure donc la place de « l'autre » dans les discours sur la prévention, activant du même coup une frontière morale au sein même de la communauté homosexuelle. L'émergence de cette catégorie dans le débat public porte en elle une nouvelle vision du sujet homosexuel de la prévention : un individu conscient et rationnel, qui fait le choix de pratiques non protégées. Se révèle alors un double enjeu de gouvernement des corps et de la sexualité (Foucault 1976). Sur le plan collectif, la concurrence des discours d'Act Up-Paris et de G. Dustan traduit un désaccord politique sur les valeurs qui fondent le lien entre les homosexuels. Ce différend est inscrit dans une logique de pouvoir, qui touche à l'énonciation de normes collectives pour les homosexuels et met en jeu le gouvernement de la communauté. Au plan individuel, le bareback met en question la capacité des gais à contrôler et gérer leurs propres conduites. Le modèle de prévention élaboré au début des années 1980 s'étant appuyé sur cette notion de gouvernement de soi (Dodier, 2003), le *relapse* pouvait s'y intégrer comme l'aléa imprévisible de la bonne gestion du risque. Le bareback met à mal cette vision du sujet homosexuel confronté au sida, en posant la question du choix de la non protection.

Figure 2 : Cartographie des situations à risque dans les discours d'Act Up-Paris au cours de l'année 2000

		L'individu	La communauté
Relapse	<i>Analyse</i>	Révéléateur d'une vulnérabilité psychosociale <i>Evènement envisageable</i>	Révéléateur de la dégradation des valeurs communautaires <i>Nécessité de resserrer le lien communautaire, exiger des campagnes ciblées</i>
	<i>Valeurs mobilisées</i>	La volonté de changer ses comportements	La solidarité communautaire
Bareback	<i>Analyse</i>	Transgression morale <i>Mise en cause de l'irresponsabilité de certains gais / se prémunir contre ses propres tentations</i>	Transgression politique <i>Nécessiter d'isoler politiquement les barebackers</i>
	<i>Valeurs mobilisées</i>	La critique de l'intentionnalité des pratiques à risque	L'affirmation de l'ancrage historique de la lutte contre le sida / faire appel à la mémoire des morts

2.2. Bareback, identités et comportements

Au cours des débats sur le phénomène de bareback, les références à l'histoire de la mobilisation homosexuelle contre le sida sont fréquentes. On perçoit bien l'importance stratégique et symbolique que recèle pour les acteurs le travail d'historicisation des phénomènes de prévention. Stratégique, car l'analyse du passé offre un support aux argumentations du présent ; et symbolique, au sens où ces usages de l'histoire véhiculent des conceptions de l'ordre social. Cette question de la forme du récit historique est porteuse d'enjeux politiques forts. La lecture rétrospective permet ainsi aux acteurs de déceler des tendances (pour expliquer l'augmentation ou la baisse du niveau de prévention) et des périodes (afin de délimiter des évolutions historiques). Ce travail, savant et profane, d'interprétation socio-historique, constitue l'un des enjeux des controverses sur le risque du VIH parmi les gais. Il est d'autant plus intéressant de l'analyser qu'il conditionne en partie la manière dont les catégories du risque (*relapse* et bareback) sont définies en elles-mêmes et l'une par rapport à l'autre. L'analyse des fondements théoriques et empiriques de ces approches et de leurs effets sociaux constituera le socle de la seconde partie de ce chapitre. Je m'attacherai dans un premier temps à resituer ces enjeux dans un contexte international de recherche, en soulignant la tension épistémologique, dans le travail de définition, entre identité et comportement. Puis, j'analyserai comment les travaux menés en France envisagent ces questions.

2.2.1. Un objet d'étude à l'échelle internationale

Dès la seconde moitié des années 1990, l'émergence du phénomène de bareback a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales au niveau international. Dans les premières enquêtes menées dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni, Australie), trois aspects principaux ont été explorés :

- La tentative d'élaborer une définition partagée du bareback
- La mesure de la prévalence de ces pratiques/identités
- L'identification des déterminants psychosociaux de ces pratiques/identités

Depuis 2000, de nombreux travaux ont été menés autour de ces trois aspects. Dans une revue récente de la littérature, R. Berg (2009) s'appuie sur une sélection de 42 articles issus

d'enquêtes empiriques (qualitatives ou quantitatives), publiés entre 2000 et 2008, pour la plupart dans des contextes anglo-saxons (Etats-Unis, Australie, Angleterre). Il apparaît qu'au-delà de la diversité des disciplines et des méthodologies d'enquête, l'emploi du terme bareback par les chercheurs recouvre des acceptions très hétérogènes. L'intentionnalité des relations anales non protégées constitue le seul point commun à toutes ces définitions. Mais de nombreux autres paramètres rentrent en jeu dans les définitions proposées : la notion de relation dans un « *contexte de risque* » (Alex Carballo-Diéguez et Bauermeister 2004) ; le statut du partenaire, le bareback ne concernant que les relations avec un partenaire autre que le régulier/principal (Mansergh et al. 2002) ; ou le fait que les partenaires soient séropositifs (Elford et al. 2007). Mais R. Berg souligne que le sens du bareback a largement évolué dans le temps : ainsi, pour certains gais interviewés dans le cadre des recherches, le terme permet de qualifier toute pratique de sexe anal sans préservatif, indépendamment du partenaire ou de l'intentionnalité (Halkitis et al. 2005). La manière dont est défini le bareback conditionne la façon dont sont mesurées la diffusion et l'évolution du phénomène. Les différentes recherches échouent à déterminer sa « prévalence » parmi les gais, tant les enquêtes s'appuient sur des échantillons dont on ne peut mesurer la représentativité. Les taux varient fortement en fonction du lieu de l'enquête, des questions posées et des caractéristiques des répondants (entre 34 et 45% dans une enquête à New York, autour de 12% à Londres ou 10% à San Francisco). Selon R. Berg, la question de la prévalence du phénomène est à traiter avec prudence, en raison des désaccords entre chercheurs sur la définition même du bareback.

Comment prendre en compte les définitions données par les gais eux-mêmes ?

Le second enjeu de définition concerne la dimension « identitaire » du terme: qui s'auto-identifie comme « barebacker », ou comme ayant des pratiques bareback ? A quoi cela correspond-il en terme de pratiques et de rapport au risque ? Plusieurs chercheurs américains se sont appuyés sur le sens que les gais donnent à leurs pratiques :

- Dans une enquête, l'affirmation de soi en tant que barebacker traduit le « *renforcement d'une identité sexuelle* » en « *résistance à des normes comportementales* » (Yep, Lovaas, et Pagonis 2002).
- Pour d'autres chercheurs, le bareback propose « *une identité sociale aux hommes qui préfèrent le sexe non protégé, contribuant à transformer les normes sociales de la prévention, et à établir des réseaux sociaux et sexuels d'hommes qui préfèrent le sexe non protégé* » (Wolitski, Gómez, et Parsons 2005).

- Enfin, d'autres auteurs considèrent que les comportements et les identités bareback « *peuvent correspondre à des constructions très diverses, de la même manière que 'l'identité gaie' n'est pas nécessairement le synonyme de 'comportements avec des personnes de même sexe' » (Halkitis et al. 2005).*

L'équipe d'Halkitis a pour sa part comparé les individus qui s'identifient comme barebackers et les autres, soulignant chez les premiers plusieurs caractéristiques : ils sont plus souvent séropositifs, déclarent une plus grande consommation de produits psychoactifs et un plus grand nombre de rapports sexuels « à risque ». Mais ces travaux ne fournissent pas de résultats significatifs sur la corrélation entre la revendication d'une identité et la fréquence des pratiques non protégées. Dans une autre recherche (Parsons et Bimbi 2007), 12% des répondants à une courte enquête dans les milieux communautaires s'identifient comme « barebackers ». Mais le sens que les personnes donnent au bareback n'est pas exploré. Selon Carballo-Diezguez et al. (2009), si le bareback peut être analysé comme une nouvelle identité sexuelle, reste encore à élucider comment le terme est concrètement approprié par les gais.

Les limites de l'analyse des déterminants psychosociaux du barebacking

La revue de littérature de R. Berg revient sur la diversité des déterminants psychosociaux des pratiques et des identités « bareback » étudiées dans les enquêtes :

- Au niveau structurel, trois grands types de facteurs sont analysés : le contexte d'homophobie sociétale et intériorisée par les gais et le besoin de transgression qu'exprimerait le bareback ; les transformations du contexte thérapeutique depuis les trithérapies ; le développement des réseaux sociaux sur Internet, qui constituent des lieux de rencontre, mais également d'affirmation et de valorisation d'une culture bareback, car il y est plus simple de négocier des pratiques non protégées, ou de parler de son statut sérologique.
- Au niveau communautaire, c'est l'évolution de la mobilisation contre le sida, et des normes collectives qui est pointée : l'évolution du sentiment de responsabilité, la perception des campagnes de prévention comme ennuyeuses ou répétitives, etc.
- Au niveau interpersonnel, plusieurs enquêtes soulignent l'importance émotionnelle de l'intimité dans les relations, et notamment la valeur érotique attribuée au sperme, ainsi que les caractéristiques des partenaires, perçues et/ou réelles : statut sérologique,

charge virale, etc. A cette échelle, la communication entre partenaires apparaît comme une question cruciale et toujours complexe.

- Enfin, au niveau individuel, la séropositivité (bien plus que l'âge, le lieu de vie, ou la couleur de peau) reste un très fort déterminant de l'engagement dans des pratiques bareback. Mais d'autres enquêtes soulignent également la recherche du plaisir sexuel ou le fait que cette forme de sexualité constitue un mode d'affirmation de la masculinité. Enfin, plusieurs travaux s'intéressent aux « traits de personnalité » des répondants : la quête de plaisir, de sensations sexuelles, la compulsivité, l'attraction pour le risque, sont analysés comme des leviers de transgression.

A l'issue de cette revue de littérature, R. Berg propose un certain nombre de critiques. Les premières sont d'ordre méthodologique : dans les recherches menées jusqu'à présent, l'écrasante majorité des participants sont blancs, urbains et auto-identifiés comme gais. Ce biais de recrutement n'est cependant pas nouveau dans les enquêtes auprès des gais. Les critiques sont également d'ordre théorique. Pour l'auteure, ces enquêtes se sont centrées de manière excessive sur les dimensions individuelles des comportements non protégés, négligeant les dimensions « macro » et « méso » sociales, les facteurs socioculturels comme l'homophobie sociétale, l'évolution de l'engagement militant ou de la cohésion communautaire. Ce biais de lecture marque la préférence, historiquement ancrée, de nombreux chercheurs en sciences sociales pour une approche centrée sur l'analyse des comportements individuels face au VIH. En ce sens, c'est généralement une lecture objectiviste du risque qui est privilégiée : les recherches tendent à mesurer les déterminants de l'adaptation (ou non) des individus au risque de transmission du VIH. Cependant, un certain nombre de travaux ont exploré les dimensions contextuelles et relationnelles de la prévention du sida, mobilisant une lecture constructiviste du risque (Calvez 2010).

2.2.2. Des enjeux de définition

Mais au travers de ces lectures socio-historiques s'établit également une interprétation des situations de risque, fondée sur la distinction entre « *relapse* » et « bareback. ». La publication de l'ouvrage *Homosexualités au temps du sida* (Broqua, Lert, et Souteyrand 2003), comme celle des résultats de l'EPG 2000 constituent à ce titre des synthèses de la manière dont les travaux de sciences sociales contribuent à la définition des catégories du risque. A une distance relative des premières controverses sur le bareback, des analyses permettent d'envisager la diversité des regards scientifiques sur les pratiques sans préservatif.

Les analyses socio-comportementales

Les résultats préliminaires de l'EPG 2000 (P. Adam, Hauet, et Caron 2001) s'attachent à expliquer la tendance à l'augmentation des pratiques à risque depuis l'enquête de 1997. Loin de s'attacher strictement à la transformation du contexte socio-politique, l'analyse mise en œuvre tente de combiner la diversité des facteurs du risque.

Les auteurs avancent l'hypothèse d'une « *banalisation* » progressive du risque dans certains segments des populations gais. Pour P. Adam, les résultats s'inscrivent en cohérence avec « *la situation observée dans de nombreux autres pays (Etats-Unis, Australie, Allemagne, Angleterre, etc.), dans lesquels la dégradation de la prévention et la recrudescence des MST parmi les gais sont apparues un peu plus tôt* »¹. Il s'attache à analyser les facteurs psychosociaux de ce phénomène. Ces facteurs sont d'ordre individuels : la multiplication des partenaires qui entraîne une multiplication potentielle du risque, les vulnérabilités psychologiques ou le réinvestissement des séropositifs dans la sexualité. Au niveau « *idéologique* », les auteurs soulignent l'effet de génération qui conduit les plus jeunes à moins percevoir les risques potentiels et l'influence du phénomène de bareback. Enfin, au niveau structurel, les facteurs de banalisation relèvent de l'augmentation du multipartenariat au cours des années 1990, de l'efficacité des nouveaux traitements et des conséquences d'une mauvaise estime de soi. Il s'agit cependant de se distancier des analyses en terme de *relapse*, ou en terme de bareback qui, pour ces dernières, « *ne coïncident que très partiellement avec la réalité des prises de risque observées* » (p.45). Ces deux catégories sont alors définies :

- Le *relapse* constitue une « *simple rechute vers le risque* ».
- Le bareback est compris comme « *une démarche de recherche de prise de risque délibérée avec un partenaire de statut sérologique différent* ».

Si le bareback n'apparaît pas comme une réalité aisément quantifiable, les auteurs s'interrogent sur sa publicisation et sur son impact idéologique sur la perception que les gais ont de leurs propres pratiques non protégées. L'émergence d'une banalisation du risque relève d'une pluralité de facteurs individuels, idéologiques et structurels, dont les auteurs soulignent la pluralité.

Dans l'ouvrage de synthèse publié par l'ANRS en 2003, l'un des articles dresse le bilan de deux décennies d'observation des comportements sexuels des gais (Bochow et al. 2003).

¹ Cité dans Martet C, « les chiffres du relapse », *Têtu* n°55, avril 2001

S'appuyant sur les données de l'EPG, les auteurs s'interrogent dans la conclusion sur « *l'érosion du safer sex* ». Selon eux, les débats qui émergent sur la prévention au début des années 2000 mettent en jeu « *les thématiques du relapse (relâchement des comportements préventifs) et du bareback (littéralement « monter à cru », avoir des rapports non protégés)* ». Les définitions proposées n'engagent donc pas de notion d'intentionnalité du risque. Ces débats sont mis en lien avec l'observation, dans les données de l'EPG, d'une recrudescence des comportements à risque à partir de 2000. Dans l'article, les facteurs explicatifs de ces évolutions sont en particulier reliés au changement de contexte thérapeutique, et à l'émergence de stratégies de « *gestion du risque* », qui individualise le rapport à la prévention. Loin de prendre part au débat sur la définition du risque, les auteurs mettent en avant la complexité de son appréhension scientifique.

Structuration historique des catégories

Dans son article, PO De Busscher (2003) met en relation des éléments du contexte pour expliquer l'émergence de la catégorie « *relapse* » pour qualifier les comportements sexuels des gais. Malgré les critiques que ce terme suscite (cf chapitre 1), sa popularisation s'inscrit dans un déplacement plus global des priorités. Le problème, tel qu'il est perçu par les acteurs de la prévention, « *se déplace (...) de l'adoption des comportements au maintien de ceux-ci* » (p.264). Selon PO De Busscher, les réponses associatives et institutionnelles de l'époque s'appuient sur une définition du *relapse* combinant une approche de santé publique : « *la mise en œuvre adéquate du safer sex réclame que l'individu soit à même d'adhérer aux valeurs de santé promues* » ; et une lecture de la vulnérabilité sociale : « *nombre de personnes au sein de la communauté gaie sont, de manière ponctuelle ou plus chronique, en situation de fragilité dans leur démarche préventive, en raison soit de difficultés économiques ou sociales, soit de deuils répétés, soit d'une mauvaise acceptation par eux-mêmes ou par leur entourage de leur homosexualité, etc.* » (p.264-5).

L'irruption du bareback dans le débat public, à partir de 1999, ouvre un nouveau champ de préoccupation vis-à-vis de la « *revendication* » de pratiques sexuelles non protégées. Selon l'auteur, les acteurs de la prévention sont alors confrontés à de nouvelles questions :

- Le réinvestissement des personnes séropositives dans la sexualité.
- La crainte des effets délétères du traitement post-exposition, en termes de banalisation du risque.

- La dégradation de la mobilisation communautaire, qui se traduit par une baisse du nombre de militants dans les associations sida.

Si le bareback comme phénomène identitaire apparaît « *marginal* », l'élargissement du répertoire sexuel et l'augmentation des IST attestent du relâchement des comportements de prévention. Pour PO De Busscher, l'enjeu de définition repose moins sur la distinction entre *relapse* et bareback, ou sur l'intentionnalité du risque, que sur la qualification du contexte de relâchement préventif. Ses analyses posent deux hypothèses fortes : la transformation des modes de vie gais affecte la mobilisation communautaire ; la diversité de la population homosexuelle en terme d'âge, de classe ou de trajectoire rend nécessaire des approches de prévention plus fines.

Un continuum du risque

JY Le Talec (2003) propose pour sa part une analyse du *relapse* qui met l'accent l'antériorité de ce phénomène, tout en soulignant les facteurs générationnels identifiés dans les enquêtes : « *insouciance des plus jeunes* » et « *lassitude des plus âgés* ». Pour l'auteur, l'émergence du bareback correspond à l'affirmation d'une intentionnalité du risque : « *Pratiquer le bareback, c'est choisir de baiser sans capote, délibérément* » (p.225). L'auteur insiste cependant sur le fait qu'il n'existe pas de définition consensuelle du terme. Dans son analyse, il définit le bareback comme un phénomène identitaire transgressif, révélateur de formes de résistances à la normalisation. Des résistances qui réactivent des débats sur « *l'homosexualisation* » du sida, la séropositivité et la responsabilité individuelle. Mais JY Le Talec considère que le bareback constitue un objet de discours et une catégorie « *écran* » (2007), qui tendent à invisibiliser les enjeux de prévention dans la population homosexuelle. Il avance enfin l'idée qu'entre le « tout préservatif » et l'abandon total de son utilisation, co-existe une diversité de modes d'adaptation au risque, soumis à de multiples facteurs : « *En tout état de cause, on constate une continuité dans les formes et les degrés de prises de risques sexuels chez les hommes gais, et le bareback ne saurait représenter ni une catégorie épidémiologique, ni une catégorie identitaire, ni même une catégorie de pratiques nettement définie.* » (*ibid.*, p.127). Etablir ce continuum permet de déplacer le débat moral et identitaire sur le bareback vers une compréhension plus générale des prises de risque. L'analyse de JY Le Talec combine ainsi deux approches. La première, sociologique, prend en compte la dimension identitaire et revendicative du bareback et la resitue dans le contexte de la normalisation de l'homosexualité et du sida. En ce sens, il souligne, a minima la part d'intentionnalité du

risque. L'autre approche inscrit ce phénomène dans un registre plus épidémiologique de description des pratiques sexuelles. La lecture subjective s'articule au souci d'objectiver la réalité observée.

Le bareback comme culture de sexe

Les travaux d'A. Léobon ne font pas partie du recueil publié par l'ANRS en 2003, mais la diffusion de ces données en 2004 rentre bien dans l'analyse de la définition du risque. A partir d'une enquête quantitative menée sur des sites de rencontres, dont certains sites auto étiquetés « bareback », l'auteur propose une approche différente du phénomène. D'une part, bien qu'il partage les réserves méthodologiques des autres chercheurs sur les usages scientifiques de la catégorie bareback, A. Léobon la considère comme une donnée de contexte : « *le barebacking se distingue clairement du relapse au niveau de l'intentionnalité et de la propension à ne pas systématiquement se protéger au risque de la contamination, de complications dans les traitements, ou de contraction d'IST* » (Léobon 2007).

Cette orientation d'analyse se reflète méthodologiquement dans le choix d'interroger les internautes sur leur pratique du bareback, à la différence des questionnaires de l'EPG¹. A. Léobon se place dès lors dans une approche à la fois descriptive, analytique et normative. Ainsi, sans nier la part de construction sociale de la catégorie, il considère le bareback comme une pratique en soi, et non seulement comme un référent identitaire, à la différence d'autres analyses. Il rejoint par ailleurs les chercheurs cités précédemment pour reconnaître la complexité du phénomène :

« 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 qui 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 gais qui en revendiquent l'usage, même si un certain nombre d'entre eux se l'approprient comme référent identitaire » (2007).

Dans cette approche, la question de l'intentionnalité et de la rationalité des comportements sexuels est prise en compte comme une caractéristique centrale du bareback.

On perçoit bien la tension que constitue l'appréhension d'une question aussi sensible que le bareback. Pour JY Le Talec, le bareback ne désigne qu'une partie des comportements non protégés, celles qui relèvent « *d'un choix délibéré et revendiqué* ». Ce phénomène de

¹ L'une des questions posées est formulée ainsi : « Avez-vous eu, au cours des 6 derniers mois des comportements bareback ? »

revendication du risque traduit une « *culture de sexualité* » spécifique, révélatrice des nouveaux agencements entre homosexualité et sida (2007). Selon A. Léobon, dont les travaux portent sur les « usages socio-sexuels d'internet », le bareback constitue une « *culture de sexe identifiable* », qui n'implique pas systématiquement l'abandon du préservatif. Leurs analyses se situent donc à la lisière d'une déconstruction sociologique du terme bareback. D'une part, les deux chercheurs mettent en lumière qu'il s'agit d'une catégorie hétérogène, impropre à décrire l'ensemble des comportements non protégés chez les gais. Mais d'autre part, le bareback est envisagé comme une réalité structurant une « *culture de sexualité* » chez certains gais, principalement séropositifs. Une telle analyse tend à réifier le phénomène, en gommant les processus d'étiquetage – et de résistance – à l'œuvre.

Dans les analyses proposées, l'accent mis sur les transformations socio-historiques permet d'envisager les multiples facteurs sociaux qui conditionnent les choix préventifs des gais. Le fait que les analyses soient issues de données descriptives confère à ce travail de contextualisation un poids explicatif central. A la différence des autres chercheurs, A. Léobon propose une approche qui prend en considération le bareback comme une pratique quantifiable. Pour sa part, JY Le Talec mobilise également des données issues d'entretiens biographiques (2004; 2007; J.-Y. Le Talec, Cook, et Martinet 2008) qui lui permettent d'étayer son analyse de la construction identitaire du risque. Pour les chercheurs, les critères de validité scientifique conduisent à suggérer des hypothèses concernant les liens entre les processus structurels et les comportements sexuels. Il n'est pas cependant pas question d'établir des relations de causalité.

2.2.3. Circulations des termes

Les analyses proposées par les chercheurs participent à l'économie générale des débats sur la prévention. D'une part, elles sont relayées dans la presse gaie et la presse militante, sous forme d'interview, de citations ou d'articles. D'autre part, elles participent de la circulation des paradigmes explicatifs du risque. Dans les discours des chercheurs, la prise en compte du phénomène de bareback relève ainsi de l'analyse d'une catégorie profane. Pour les autres acteurs, à la faveur d'analyses du contexte de la prévention, les notions issues du monde de la recherche sont réappropriées. Ainsi, dans l'appréhension de l'émergence du bareback, la plupart des commentateurs (associatifs ou journalistes) considèrent les trithérapies comme un tournant historique de l'histoire de la prévention. Dans le dossier que *Libération* consacre au sujet peut-on lire : « *le relapse, relâchement des pratiques de prévention, est connu depuis dix*

ans. Les chercheurs parlent aujourd'hui d'un 'regain', qu'ils attribuent à un retour en force du désir sexuel et aux trithérapies »¹. Les registres d'explication suggérés dans les articles mettent en exergue les effets du contexte thérapeutique. Pour le journaliste E. Favereau², la dégradation de la prévention peut s'expliquer par « l'incapacité à faire face au changement de nature de l'épidémie ». La dégradation des comportements de prévention est associée à un « relâchement généralisé de la mobilisation de la société », que traduit la difficulté de trouver des données précises sur la dynamique de l'épidémie. Une hypothèse partagée par D. Lestrade sur le mode accusatoire, dans son texte publié par *Libération* en octobre 2000 : « les antiprotéases sont arrivées et vous, les médias, avez fermé le dossier si lourd, si interminable du sida. » Cependant, à la différence des travaux de chercheurs, l'éclairage du contexte conduit les journalistes à établir un lien de causalité entre l'arrivée des trithérapies et l'émergence du phénomène de bareback. Mais d'autres éléments d'analyse sont évoqués. La dégradation des liens communautaires, avancée régulièrement par D. Lestrade, constitue l'une des explications citées par un responsable associatif parisien dans *Libération* : « Pour lui, le relapse n'est pas lié au ras l'bol de la capote, c'est le symptôme d'un malaise plus profond : 'le Marais est sinistre avec ce délire des backrooms, les mecs à quatre pattes, dix partenaires dans la soirée, des pratiques extrêmes (...) C'est une espèce de négation de soi' ». Enfin, la méconnaissance des ravages de l'épidémie chez les jeunes homosexuels est également considérée comme un facteur contextuel de la dégradation des comportements de prévention.

La publication des résultats préliminaires de l'EPG dans *Têtu*, en avril 2001, constitue un moment important de ces circulations d'analyses entre sphères académique et militantes³. L'article intitulé : « les chiffres du relapse » est annoncé sur la couverture comme traitant des « chiffres de l'irresponsabilité ». Pour les deux auteurs de l'article, « les résultats préliminaires de l'EPG 2000 (...) montrent une recrudescence inquiétante des prises de risque et des MST parmi les gais » (p.106). Cette augmentation atteste d'un effet de relâchement préventif que les données de l'Enquête 1997 n'avaient pas démontré. C. Martet et J. Métreau s'appuient sur les données de l'EPG pour démontrer l'existence de comportements de « barebacking » :

« Parmi les gais séronégatifs qui ont pris des risques avec des partenaires occasionnels, 5% ne se sont pas protégés alors qu'ils savaient que leur partenaire était séropositif. Parmi les gais séropositifs qui ont pris des risques avec des partenaires occasionnels, 11% ne se sont pas

¹ Grosjean B, « Homos : la capote n'a plus la côte », *Libération*, 11 octobre 2000

² Favereau E, « Sida, un relâchement qui fait peur », *Libération*, 11 octobre 2000

³ Martet C, Métreau J, « Les chiffres du relapse », *Têtu* n°55, avril 2001, pp.106-110

protégés, sachant que leur partenaire était séronégatif. Le phénomène existe donc mais demeure très marginal » (*Têtu*, p.107).

L'article met en regard de ces données les commentaires de plusieurs acteurs – associatifs ou scientifiques – de la lutte contre le VIH/sida. L'anthropologue R. Mendès-Leite met en relation le relâchement préventif avec la sexualité des gais. Du fait d'un nombre important de partenaires occasionnels, les gais sont plus susceptibles de faire l'expérience d'une « *défaillance* » préventive. Selon lui, le contexte de la prévention est marqué par deux phénomènes. D'une part la banalisation de la maladie par l'effet des traitements, un espoir thérapeutique qu'il rapproche du mécanisme des « *protections imaginaires* ». Il convient alors de mieux communiquer sur les « *problèmes liés aux traitements* ». D'autre part, il met en cause un « *désinvestissement de l'Etat en matière de prévention* », du fait de la nouvelle réponse thérapeutique.

Un responsable du Mouvement d’Affirmation des jeunes Gais et lesbiennes (MAG) souligne de son côté « *l'inconscience* » des jeunes homosexuels vis-à-vis de la réalité du VIH. Plutôt que de parler de relâchement, il suggère une moindre perception du danger, car « *ils voient moins de gens malades autour d'eux* ». En conclusion de l'article, les deux co-auteurs reprennent l'exigence associative d'une « *prévention ciblée* », en s'interrogeant sur la réalité de sa mise en œuvre. Dans un encart intitulé « *Irresponsabilités !* »¹, C. Martet développe un positionnement plus critique. Le texte souligne trois niveaux d'irresponsabilité : celui de la communauté gaie, au sein de laquelle la perception du risque a changé ; celui des pouvoirs publics, qui n'ont pas engagé de campagnes destinées aux séropositifs. Enfin, la responsabilité du milieu associatif est pointée, en particulier celle d'AIDES. On le voit, la lecture du risque est liée à un travail de définition, afin d'explicitier les différences entre les phénomènes de « *relapse* » et de « *bareback* ». Au cours des années 2000/2001, ce travail définitionnel articule deux grandes dimensions de l'analyse du risque.

L'intentionnalité. Elle est notamment utilisée comme un marqueur dans le discours d'Act Up-Paris au cours de « l'AG des pédés » : « *Le relapse est une baisse de vigilance en matière de prévention des MST et du sida, pour des raisons multiples. Le bareback est l'idéologie de la prise de risque, la promotion du sexe à risque* » (Compte rendu de l'AG, p.3). Le choix du risque se redouble ici d'une construction idéologique qui renforce son caractère intentionnel. Pour les jeunes gais, la moindre observance des recommandations de prévention s'explique

¹ Martet C, « Irresponsabilités ! », *Têtu* n°55, avril 2001, p.107

par la perception d'un risque plus éloigné. Dans le commentaire des résultats de l'EPG, C. Martet met en cause la tentation d'envisager une échelle des risques pour répondre au relâchement préventif : « *dire à des gais qui se font pénétrer sans capote que le risque est moindre quand le partenaire se retire avant d'éjaculer est une attitude totalement irresponsable* » (*Têtu*). En d'autres termes, admettre une défaillance ponctuelle ne doit pas conduire à soutenir des adaptations au risque alternatives à l'usage du préservatif.

La systématicité des pratiques. La différence entre les deux catégories porte alors sur la notion de la fréquence des écarts (occasionnels ou réguliers) aux normes de prévention. Dans le dossier de *Libération* du 11 octobre 2000, le bareback est présenté comme « *un choix délibéré et assumé de pratiquer la pénétration anale sans préservatif. Il se différencie du relapse, relâchement passager, occasionnel* ». En filigrane, l'enjeu porte sur la capacité et la volonté des personnes de revenir vers des pratiques moins risquées. Les données de l'EPG, de par le mode de recueil par questionnaire, ne permettent pas d'éclairer la part d'intentionnalité des pratiques. Elles soulignent par ailleurs le caractère très minoritaire des pratiques anales non protégées entre partenaires se sachant sérodifférents : cette situation, dans laquelle les personnes prennent un risque en connaissance de cause, est considérée comme attestant l'existence du bareback.

A travers ces deux dimensions, la frontière s'établit moins entre des « bons » et des « mauvais » comportements associés à l'usage (ou non) du préservatif. Elle relève plutôt d'une distinction entre des pratiques faiblement intentionnelles – et donc « excusables » – et des pratiques choisies, parfois revendiquées, considérées comme « inexcusables ». Ce partage traduit l'enjeu de la responsabilité préventive développé au cours des années 2000/2001 par D. Lestrade, C. Martet et dans les publications d'Act Up-Paris. Une autre dimension du risque est portée par les différentes analyses. Il s'agit de la crainte du glissement de la prise de risque ponctuelle vers des prises de risque régulières. Le danger potentiel réside dans l'extension du relâchement préventif vers des segments de la population non concernés par ce phénomène. Cette lecture, accréditée par les analyses de l'EPG 2000, imprègne les commentaires militants et journalistiques. La notion d'exemplarité communautaire portée par Act Up-Paris constitue une réponse à ce danger perçu.

2.2.4. Mettre en perspective les catégories du risque

L'objet de ce chapitre est de mettre en perspective les analyses des catégories du risque. L'originalité du propos réside moins dans l'exploitation de sources ou de témoignages inédits,

que dans la mise en œuvre d'une lecture socio-historique attentive aux modes d'argumentation des acteurs. Cela implique de prendre en compte la manière dont des pratiques sexuelles non protégées ont été qualifiées au cours des débats publics. En d'autres termes, il s'agit d'une lecture du processus d'étiquetage qui conduit des observateurs (militants, journalistes et responsables de santé publique) à identifier et nommer des situations à risque pour la transmission du VIH. A la fin de l'année 2000 au travers des sources documentaires et des témoignages recueillis, le bareback se donne à voir comme une catégorie incontournable. Elle définit un ensemble de pratiques et/ou d'identités, dont la définition se constitue dès l'origine en enjeu politique. En révélant une certaine « *vérité* » des pratiques de prévention (Foucault 1976), processus auquel participe le travail de délimitation des catégories « *relapse* » et « bareback », les acteurs proposent des visions de l'ordre social. Comme l'ont montré M. Douglas et M. Calvez (1990), les représentations du risque s'ancrent dans les contextes sociaux et culturels des acteurs. A ce titre, la diversité des points de vue concernant la notion de « communauté » homosexuelle engendrent nécessairement des lectures différentes et contradictoires du danger. Les discours sur le risque analysés expriment alors la diversité et l'instabilité des formes d'affiliation sociale des homosexuels. Les postures d'Act Up-Paris et d'AIDES vis-à-vis du bareback, inscrites dans leurs histoires respectives, soulignent ces divergences d'analyse.

Les discours publics d'Act Up-Paris révèlent un processus de problématisation des comportements non protégés : le passage d'une imputation de la responsabilité des pouvoirs publics à une mise en cause de la responsabilité des homosexuels eux-mêmes ne va pas de soi. De plus, l'apparition du terme bareback, et la distinction qui s'effectue progressivement entre risque intentionnel et risque non intentionnel (« *relapse* »), procède indissociablement d'un travail de moralisation du risque. Son émergence publique reconfigure donc en profondeur la cartographie sociale de la prévention. Si, dans les débats sur la prévention, le phénomène de *relapse* précède le bareback, il apparaît que les deux termes servent à qualifier des situations de risque parfois identiques. Mais l'émergence du bareback contribue à la redéfinition du *relapse*. Leur agencement, variable dans les discours, met en jeu des conceptions différentes des enjeux de prévention. Il y a donc un intérêt méthodologique à « isoler » ces deux modes de problématisation, pour mieux comprendre leurs usages. En découle une lecture de l'émergence du bareback qui prend en considération les dynamiques et les temporalités spécifiques de son apparition, les discussions qui l'entourent, et de son enchevêtrement avec la catégorie « *relapse* ». En mobilisant la notion d'intentionnalité, ces deux termes constituent

pour les acteurs des manières de donner du sens à la réalité des comportements non protégés, dans un contexte où les homosexuels constituent un groupe très informé. Au cours des années 1999/2001 les prises de positions d'Act Up-Paris constituent un observatoire précieux de cette structuration des discours du risque. Les controverses intenses qui accompagnent la visibilité médiatique du bareback contribuent à son inscription durable dans la grammaire des discours sur la prévention, sans pour autant le défaire de son caractère problématique aux yeux d'une partie des acteurs impliqués, dont une partie du monde associatif et des chercheurs en sciences sociales.

Les discours analysés mettent en lumière les enjeux de périodisation sous-jacents aux débats sur le risque VIH. L'analyse socio-historique menée implique un regard à la fois critique et attentif aux périodisations profanes. Critique, tant la tentation des lectures rétrospectives pèse sur les discours analysés, conduisant à envisager l'histoire des processus à partir de leur point d'arrivée provisoire. En l'occurrence, une certaine évidence de l'évolution des comportements du *relapse* vers le bareback se dessine, l'arrivée des trithérapies constituant le tournant décisif de ce processus. Mais l'analyse doit également être attentive au travail de périodisation à l'œuvre. D'une part, parce qu'il participe de lectures, par les acteurs, des tendances et des évolutions des pratiques de prévention. En donnant un sens à l'émergence du bareback, les militants d'Act Up-Paris proposent et mettent en circulation des analyses de l'expérience collective des homosexuels face à l'épidémie de VIH. A ce titre, l'arrivée des trithérapies est inscrite dans un récit de la mobilisation homosexuelle contre le sida comme un moment d'inflexion. En mettant en relation ce tournant thérapeutique, la dégradation des comportements de prévention et le délitement perçu des solidarités communautaires, leur lecture de l'histoire légitime l'appel à un sursaut collectif. En filigrane, l'enjeu porte également sur la délimitation et la mise en valeur de la période de référence qu'a constituée l'adaptation préventive des gais au cours des années 1980. Elle continue à fonctionner dans le discours d'Act Up-Paris comme un modèle de mobilisation exemplaire.

La critique doit également se porter sur les lectures expertes, qui sont parfois elles-mêmes aux prises avec ces logiques politiques. L'analyse de la « normalisation » de l'homosexualité nécessite ainsi d'être abordée avec prudence. Les transformations des modes de vie homosexuels sont indéniables sur les vingt-cinq dernières années, et la reconnaissance de droits pour les couples de même sexe est en une preuve tangible. Mais parler d'un processus de normalisation sous-entend l'existence d'une norme hétérosexuelle de référence figée. Or les travaux sur la sexualité et la conjugalité mettent en lumière la diversification des

expériences intimes et relationnelles au cours des dernières décennies, indépendamment de l'orientation sexuelle (Bajos et Bozon 2008). La revendication du risque chez certains gais peut alors être analysée comme découlant d'un double processus d'individualisation normative de la prévention dans un contexte épidémique transformé par l'arrivée des nouveaux traitements. Un processus qui se traduit par des positionnements plus variés vis-à-vis d'un groupe ou d'une communauté homosexuelle, et par un rapport plus individuel à la gestion des risques sanitaires (Bozon et Doré 2007). Dans cette perspective, le partage historique entre un « avant » et un « après » trithérapies ne paraît pas pouvoir constituer le marqueur décisif des transformations du contexte de la prévention. L'appréciation du bareback comme une forme de résistance à la normativité sexuelle, ou comme une nouvelle culture de sexe doit également être discutée. Analyser les déterminants sociaux et culturels de ce phénomène et/ou ces pratiques ne saurait en épuiser l'analyse, car le bareback plus globalement l'émergence de discours de l'intentionnalité en matière de prévention des risques de transmission sexuelle du VIH. Je postule alors qu'il existe bel et bien un « avant » et un « après » bareback. La circulation du terme et son appropriation constitue de ce fait un réel tournant idéologique. Car cette catégorie sociale et politique redessine, pour les acteurs, l'univers du pensable en terme de discours, de pratiques, d'identifications (positives ou négatives) et transforme les conditions même des discours sur la prévention.

Conclusion du chapitre : une controverse française

Au regard des quatre « options homosexuelles » identifiées à la fin des années 1980 dans le monde associatif, le paysage s'est recomposé. L'opposition entre Act Up-Paris et AIDES polarise désormais le champ des débats ; mais au cours des années 1990, cette dernière s'est largement professionnalisée et a développé son implantation territoriale, devenant un interlocuteur de terrain incontournable pour les pouvoirs publics. Santé et Plaisir Gay, dont la conception de la prévention a contribué à la définition des politiques publiques et associatives, est désormais un acteur marginal. Son fondateur, G. Pelé, s'en est retiré ; il est en charge de la prévention du sida à la DGS jusqu'à la fin des années 1990. L'évolution d'Arcat-sida est différente. L'association est frappée par une crise interne – financière et politique – en 1996-1997, qui voit le départ de F. Edelmann¹. Elle intègre en 2002 le « Groupe SOS », un « *groupe d'entrepreneuriat social* »² rassemblant des associations, des entreprises et des coopératives investies dans les domaines de la santé et de la lutte contre l'exclusion. Dès lors, le rôle d'Arcat-sida comme acteur autonome sur les questions de VIH s'efface progressivement. Le *JDS*, qui continue à paraître jusqu'à aujourd'hui, a également changé³. Réalisé par une douzaine de permanents en 1994, son contenu est actuellement rédigé par des journalistes « pigistes ». Le journal se transforme progressivement en tribune des acteurs et des initiatives de la lutte contre le sida, et non plus comme le porte-voix d'une position politique cohérente.

Avec la publicisation du bareback, la préoccupation au sujet des pratiques sexuelles non protégées portée durant plusieurs années en solitaire par D. Lestrade a acquis un statut de problème social légitime. Cependant, loin d'apparaître comme une catégorie identitaire à la définition figée, le bareback est caractérisé par son instabilité et la diversité des situations de risque auxquelles il fait référence. Mais au terme de l'année 2000 Act Up-Paris a réussi à constituer une arène de débat sur le sujet (Hilgartner et Bosk 1988). Bénéficiant du relais de tribunes médiatiques (*Têtu*, *Libération*, en particulier), l'association a ainsi pu rendre visible un problème public ; du même coup en mettant en circulation sa propre lecture du phénomène

¹ « Frédéric Edelmann, la fatigue de tant d'années » (Favreau 2006).

² Selon la définition indiquée sur le site : http://www.groupe-sos.org/25/Le_Groupe_SOS . Fondé autour des enjeux de toxicomanie en 1984, SOS regroupe aujourd'hui des associations et des services dans différents domaines : habitat, insertion professionnelle, lutte contre le sida, etc.

³ Bonnin O, « 1994-1996, une revue en crise », *JDS* n°200, novembre 2007

l'association s'impose comme le « *propriétaire* »¹ de la définition du problème (Gusfield 2009).

En tant que catégorie du risque, le bareback sert à décrire des situations de prises de risque intentionnelles entre hommes. Mais son usage politique en fait, indissociablement, un instrument normatif visant à délimiter le bon et le mauvais sujet de la prévention. Il peut également servir à certains hommes de référent identitaire. Production idéologique historiquement et socialement située, la signification du bareback doit donc être analysée d'abord dans son contexte d'émergence. Loin de se réduire à une importation états-unienne, l'émergence du bareback laisse apparaître les spécificités françaises des débats sur la prévention. Elles tiennent, d'une part, à la place centrale de l'Etat dans les revendications des acteurs et dans l'attribution de la responsabilité politique, à la différence des Etats-Unis. Les pouvoirs publics constituent systématiquement un interlocuteur, qu'il s'agisse de demander plus de campagnes de prévention ciblées ou plus de moyens financiers pour la lutte contre le sida. Dans ce contexte, le discours d'Act Up-Paris en est l'illustration, le phénomène de bareback ne constitue pas une rupture dans la manière dont les associations s'adressent à l'Etat et à ses agences. Pour autant, à travers la controverse avec G. Dustan, constitué en figure médiatique du bareback, l'association désigne l'agent de la « *responsabilité causale* » qui permet d'asseoir la légitimité du problème identifié. D'autre part, les dimensions françaises du débat s'expriment dans la manière de formuler l'enjeu communautaire dans un contexte politique universaliste. Les controverses sur les comportements à risque donnent l'occasion aux protagonistes de réactiver des désaccords sur les contours et parfois l'existence même d'une « communauté » homosexuelle. Si Act Up-Paris fonde son discours autour de cette notion, en articulant mobilisation identitaire homosexuelle et lutte contre le sida, AIDES, et dans une certaine mesure les pouvoirs publics, cherchent à élargir l'enjeu des difficultés de prévention au-delà des gais.

On voit donc que si le terme de bareback provient au départ des débats états-uniens, sa diffusion et son appropriation relèvent d'une histoire française. De plus, loin de concerner l'ensemble des homosexuels, les débats sont particulièrement concentrés dans les segments du monde gai les plus attachés à l'idée de communauté.

¹ Suivant le travail de J. Gusfield, l'appropriation d'une question, l'établissement de « *responsabilités causales* » et de « *responsabilités politiques* » sont les trois dimensions clés de la construction d'un problème public (2009).

3. Réduction des risques contre prévention ?

Au cours de l'année 2000, le conflit entre Act Up-Paris et G. Dustan a contribué à rendre publique l'existence de comportements sexuels intentionnellement non protégés parmi les gais, désignés par le terme de « bareback ». La controverse s'est développée et élargie durant l'année 2001, mettant en jeu la notion de responsabilité collective face aux risques de santé. Une pluralité de fronts de controverses se dessine alors. J'ai montré dans le second chapitre un certain nombre des caractéristiques de ce débat français. Si les écrivains comme G. Dustan et E. Rémès sont attaqués du fait de leurs prises de positions sur le sujet, les pouvoirs publics sont pour leur part la cible de critiques récurrentes concernant l'absence de campagnes de prévention publiques. Les autres acteurs associatifs de la lutte contre le VIH (AIDES, le SNEG) sont mis en cause par Act Up-Paris pour la faiblesse de leurs réponses. Ces enjeux de prévention s'inscrivent dans des débats au sujet de la notion de « communauté » homosexuelle. En tant que catégorie de désignation de situations à risque, l'usage du terme bareback s'inscrit dans la stratégie Act Up-Paris de mobilisation collective. La notion d'intentionnalité du risque constitue en effet, en départageant les « bons » et les « mauvais » sujets de la prévention, un rappel à la norme d'utilisation du préservatif. Mais cette analyse est dès le départ contestée par d'autres acteurs, et en particulier ceux de l'association AIDES.

Dans l'espace public, le positionnement et le « silence » médiatique de cette dernière sont, on l'a vu, soumis à la critique. Mais cette faible implication médiatique ne signifie pas un désintérêt pour les questions de la prévention gaie. En tant qu'opérateur principal sur le terrain des interventions de proximité, largement financé par les pouvoirs publics, AIDES a un poids important dans les débats sur la prévention. Les militants de cette association ne remettent pas fondamentalement en cause l'analyse de l'évolution des normes de prévention : ils constatent eux-mêmes la difficulté de continuer à promouvoir l'usage du préservatif à long terme. Pour autant, la définition du problème proposée par Act Up-Paris et *Têtu* au cours des débats de la période 1999-2001 ne leur convient pas. Sur le fond, cette approche ne correspond pas à la lecture politique que fait AIDES des sociabilités homosexuelles. Sur la forme, les débats sont analysés comme étant trop idéologiques et trop « parisiens », quand l'association tire sa légitimité de son pragmatisme et de son implantation nationale.

Dans ce chapitre je reviendrai sur la manière dont cette association s'engage dans ces débats en proposant une voie alternative : la promotion d'une approche en termes de réduction des risques sexuels (RdRs). Dans un premier temps, j'analyserai l'élaboration, en 2001, des « flyers » de RdRs qui vont constituer l'enjeu du débat des années suivantes. Puis, je m'intéresserai à la manière dont cette approche de la prévention a émergé au sein d'AIDES. Enfin, en revenant sur les controverses entre Act Up-Paris et AIDES, je me pencherai sur les conceptions divergentes de « l'intérêt communautaire » qui animent ces structures. Le fil conducteur de ce chapitre sera d'étudier comment le débat sur l'intentionnalité du risque, dont le bareback a révélé l'intensité, est reformulé par la controverse associative sur la notion de RdRs.

3.1. Vers le débat sur la Réduction des risques sexuels

A la fin de l'année 2001, AIDES est relativement discrète dans les débats sur la prévention. La dénonciation de ce « *silence* » médiatique d'AIDES n'est pas nouvelle¹. Cependant, dans un éditorial publié dans le numéro de décembre 2000, quelques semaines après « l'AG des pédés », T. Doustaly marque une étape supplémentaire dans la critique de l'orientation politique de l'association². Son président C. Saout est nommément attaqué pour son absence lors de la réunion. Au-delà de cet événement, les critiques portent sur deux plans : la non révélation publique de son homosexualité ; et son « *inconsistance* » politique. Concernant la politique homosexuelle de l'association, T. Doustaly renoue avec un fil de critiques récurrentes, qui a notamment présidé à la création d'Act Up-Paris à la fin des années 1980. En filigrane, le texte replace les débats sur la prévention en termes d'enjeux identitaires. Comme dans la querelle avec G. Dustan et E. Rémès, les arguments d'Act Up-Paris revendiquent une authenticité (homo)sexuelle, au regard de laquelle les autres acteurs sont défaillants. Cette authenticité est ancrée historiquement (dans la référence à la mobilisation homosexuelle contre le sida) et socialement (dans la référence à l'appartenance communautaire). Pour T. Doustaly, il s'agit d'interpeller AIDES dans le cadre de la « *blitzkrieg de remobilisation* » proposée par Act Up-Paris : « *les militants de cette association doivent se poser la question de leur président invisible. Le sortir de son trou, ou en changer* ».

L'association AIDES répond, quelques mois plus tard, avec un texte signé par C. Saout et les deux anciens présidents (D. Defert et A. Marty-Lavauzelle), publié dans la rubrique « courrier » du numéro de *Têtu* d'avril 2001³. Ils reprochent à ce magazine le choix stratégique d'attaquer une association de lutte contre le sida, à travers son président. Mais surtout, leur propos vise à réaffirmer la légitimité politique de l'association dans son intervention auprès des homosexuels : « *Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire publiquement : 'A Aides, l'AG des pédés c'est tous les jours !'. Ce message était signé par les 194 volontaires et les 29 salariés engagés sur le terrain de la prévention en direction des gais* ». A la revendication d'authenticité homosexuelle, portée par Act Up-Paris et reprise dans l'éditorial de *Têtu*, les dirigeants d'AIDES opposent une authenticité de terrain et d'action de proximité. Deux modes de validation de la légitimité associative se confrontent :

¹ Lestrade D, « Cherchez l'erreur », *Têtu* n°43, mars 2000, p.16

² Doustaly T, « Edito », *Têtu* n°51, p.3

³ Defert D, Marty-Lavauzelle A, Saout C, « Droit de réponse », *Têtu* n°55, avril 2001, p.12

Act Up-Paris insiste sur sa proximité avec la communauté homosexuelle parisienne, du fait de la fréquentation de lieux de rencontre par ses militants. C'est à partir de cet ancrage dans la communauté homosexuelle parisienne que l'association « voit » et « dénonce » les pratiques sexuelles non protégées. Dans la logique actupienne, c'est la posture distanciée – et « honteuse »¹ – d'AIDES qui la rend inapte à prendre position contre le bareback. Du côté de cette dernière, la légitimité s'ancre dans une revendication de représentativité, que traduit la formule déjà citée : « *A AIDES, l'AG des pédés c'est tous les jours* ».

A la fin de l'année 2001, C. Saout est interviewé dans les pages que le journal consacre chaque mois au VIH/Sida². C. Martet revient une nouvelle fois sur la perception de silence : « *On a peu entendu AIDES sur la question du relâchement des comportements préventifs ?* ». La réponse du président de l'association s'inscrit dans une double différenciation avec l'approche actupienne. Tout d'abord, parce qu'il refuse de cantonner les problèmes de relâchement à la seule population homosexuelle : « *C'est inexact, explique-t-il, nous avons parlé de toutes les situations de relâchement, chez les gais, les échangistes, les hétéros...* ». En généralisant les enjeux, C. Saout réaffirme l'optique non identitaire du combat d'AIDES. Ensuite, parce que sa réponse met en exergue l'ancrage « pragmatique » de l'association à travers ses actions de prévention, en l'opposant aux débats « idéologiques » portés par Act Up-Paris : « *Nous sommes surtout des acteurs de terrain, présents dans les lieux de rencontre, auprès des personnes vivants avec le VIH, et des militants pour lesquels l'action de proximité prime sur les discours* ». A l'accusation de « retard » concernant la prise en compte du relâchement préventif, C. Saout répond en présentant une nouvelle démarche de prévention : « *Je crois qu'à AIDES nous avons le cran d'essayer de nouveaux outils et de forger notre discours dans le réalisme de la vie quotidienne, où les gais prennent des risques* ». Il repositionne l'association dans une posture d'acteur de terrain, prenant ses distances avec l'image véhiculée par Act Up-Paris et *Têtu* d'un relatif désintéret pour les enjeux de prévention gaie. Sans qu'elle soit nommée, c'est l'approche de RdRs qu'évoque le président de l'association. Les militants d'AIDES en ont testé une déclinaison sur des supports écrits – des flyers – lors des Universités Euroméditerranéennes d'Été des Homosexualités (UEEH) au

¹ L'expression « honteuse » renvoie à l'accusation portée aux personnes n'assumant pas publiquement leur homosexualité ; elle sous-entend que ces personnes tirent un profit de ce silence, en terme de pouvoir symbolique et/ou matériel (Chauvin, 2003).

² Martet C, « Christian Saout », *Têtu* n°59, septembre 2001, p.134

mois de juillet 2001¹. Quelques mois plus tard, c'est autour de cet enjeu que se déploie une controverse associative dont nul n'imagine alors qu'elle va marquer la décennie. Je reviendrai dans un premier temps sur l'élaboration et les premières expérimentations de cet outil par les militants d'AIDES Provence, au cours de l'année 2001.

3.1.1. La fabrication des flyers de RdRs

La conception des « flyers » de RdRs par des militants du pôle marseillais du Comité Provence a lieu au cours du premier semestre 2001, à la suite du vote du Rapport du comité de pilotage « Hommes Entre Eux » (HEE) par le Conseil National de la Fédération AIDES. Je reviendrai dans un premier temps sur le déroulement de ce travail local, avant d'analyser la forme d'épidémiologie profane que traduisent ces documents.

A la fin de son rapport, le comité de pilotage a listé une série de recommandations à usage interne. La première d'entre elles consiste à « *assumer une approche des personnes et un discours identiques dans un contexte différent* », il s'agit donc de « *promouvoir une RdR comme espace de négociation individuel avec les personnes rencontrées en partant de leur propre échelle des risques* ». C'est en lien avec cette volonté politique qu'un groupe de militants du comité AIDES Provence commence à se réunir au début de l'année 2001. Mais, la forme que pourrait prendre de tels messages reste incertaine. Fondamentalement, c'est le « passage à l'écrit », c'est-à-dire la diffusion de documents recommandant des mesures de RdRs alternatives au préservatif qui pose problème. L'impulsion initiale est donnée par B. Spire qui, de retour d'un voyage à San Francisco au cours de l'année 2000 prend connaissance de messages de RdRs insérés dans la presse gaie :

« Et je crois que c'est Bruno, qui avait fait un séjour à San Francisco... je pense, et qui en discutant avec des intervenants ou en assistant à des présentations, je sais plus... a commencé à entendre parler de la démarche de RdR sex. Il est revenu et on a commencé à en discuter. Et ce que je faisais déjà depuis un moment, que je fais toujours d'ailleurs mais que j'ai toujours un petit peu fait, c'est d'aller voir, faire de la veille documentaire sur ce qui sortait : sur le site du THT, la Deutsche Aids Hilfe... quelques assocés comme ça, le GMHC²... » (T. Ruiz).

¹ Les UEEH sont un rendez-vous militant LGBT, initié à la fin des années 1970, et relancé en 1999. Echéance annuelle, ces rencontres rassemblent de nombreuses associations. La chronologie des événements concernant la RdRs dans AIDES s'appuie sur Maguet O, « La réduction des risques sexuels chez les gays : genèse et cadre d'un questionnement sur la prévention du VIH chez les gays », intervention lors de la Convention des cadres de AIDES, Lille, le 25 octobre 2002 (texte du discours, document interne).

² Gay Men Health Crisis : association étatsunienne de lutte contre le sida, fondée à New York au début des années 1980.

Un groupe de travail se constitue autour d'acteurs marseillais : B. Spire, C. Andréo et T. Ruiz. Le choix est fait de rechercher des exemples de messages sur les sites Internet d'associations anglo-saxonnes. Sur le site de l'association londonienne Gay Men Fighting Aids (GMFA), les militants découvrent une série de messages délivrant des conseils de RdRs destinés aux homosexuels n'utilisant pas le préservatif avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu ou différent¹. La campagne du GMFA comporte trois déclinaisons, ciblées en fonction du statut sérologique : séropositifs, séronégatifs et séro-interrogatifs. Le visuel est commun, composé d'une image représentant un rapport sexuel entre hommes, et d'une question : « *Enjoy fucking ?* ». Des conseils de RdRs sont ensuite délivrés dans le document, mettant en jeu des outils (gels lubrifiants), des stratégies comportementales (positionnement insertif/réceptif en fonction du statut sérologique) ou des connaissances biomédicales (IST, niveau de charge virale). Les documents sont conclus par un message rappelant que le préservatif est « *le moyen le plus sûr de se protéger* » du VIH. Les militants marseillais décident alors de procéder à une traduction de certains des énoncés. T. Ruiz raconte cette première réunion :

« On se réunit le lundi matin, on est quatre et on dit qu'est-ce qu'on fait de l'idée de Bruno Spire ? Et on cherche sur Internet, (...) on voit tous ces messages qui existaient (...). Avec Andréo, on ne les traduit pas tous, parce qu'il y en avait un le premier, c'était « le préservatif ne garantit pas à 100%, n'est pas sûr à 100%... ». Donc, oui, c'était quand même ce qui se disait partout, sauf nous. Nous, en France, il ne fallait surtout pas dire une chose comme ça, sinon, vous imaginez ce que les gens vont dire... Bon, alors celui là on le gomme. Il y en a eu 2 ou 3 comme ça qui ont été gommés, parce que c'était trop... Mais les autres, on dit « on les adapte ! ». On sentait bien que c'était peut-être un peu fort de café, mais après tout, il fallait y aller... » (T. Ruiz).

Contrairement à la campagne anglaise, le projet marseillais est conçu sous la forme de documents de petite taille, non destinés à être diffusés dans la presse (cf. annexe 3). Quatre types de pratiques non protégées sont ciblés au recto à travers huit messages, sans que le statut sérologique du destinataire ne soit évoqué. Le risque lié au contact sperme/muqueuse fait l'objet de deux messages centrés sur la pratique du « retrait » avant éjaculation :

¹ La campagne du GMFA est présentée par Nick Corrigan, l'un des administrateurs de l'association, lors des 48^{ème} rencontres organisées par le CRIPS en octobre 2002 sur le thème « prévention et/ou réduction des risques sexuels ». http://www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre64/L64_3.htm. Elle est décrite ainsi dans l'argumentaire d'AIDES « La prévention du sida chez les homosexuels : quelle place pour la réduction des risques sexuels ? Analyse et perspectives d'action », AIDES, document interne, novembre 2002, voté par le CA du 17 novembre 2002 : « Format. 3 placards publicitaires dans la presse gaie et mise en ligne de 3 bandeaux reprenant les placards sur le site du GMFA. Contenu. 5 niveaux de messages sur chacun des placards : 1) une question sur le statut sérologique (+, - ou inconnu) (ex : es tu séropo ?) ; 2) un titre commun : « enjoy fucking ? » (tu aimes baiser ?) ; 3) un visuel mettant en scène une relation sexuelle ; 4) des informations de RdR (communes la plupart du temps à chacun des placards, spécifiques dans certains cas) ; 5) le rappel que le préservatif et le gel restent le meilleur moyen de se protéger » (p.23)

- « Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer »
- « Sucrer sans capote ? Attention au sperme »

Deux flyers abordent les risques liés au non usage du préservatif dans des situations de multipartenariat et/ou de relations sexuelles « hard »¹ :

- « Sans capote, plus il y a de mecs, plus il y a de risques »
- « Baiser des heures, plan hard : encore plus de risques sans capote »

Deux d'entre eux évoquent des adaptations comportementales, le positionnement actif/passif et l'utilisation de gel lubrifiant pour limiter les lésions lors des pénétrations anales :

- « Sans capote, il est encore plus risqué de se faire baiser »
- « Tu baises sans capote ? Mets au moins du gel ! »

Enfin, les deux derniers sont ciblés sur des facteurs biomédicaux du risque de transmission :

- « Sans capote, une charge virale élevée augmente le risque de contamination par le VIH »
- « Les Maladies Sexuellement Transmissibles augmentent le risque de contamination par le VIH ».

Au verso, un texte explique la phrase d'accroche en détaillant les facteurs de risque et les moyens de les réduire. Enfin, une phrase commune à chaque document indique que « *le préservatif et le gel restent les meilleurs moyens de se protéger* ». Pour ses concepteurs marseillais, il importe d'établir son acceptabilité et l'absence de nocivité de ces flyers. La première étape d'évaluation qualitative a lieu lors des UEEH, qui ont lieu à Marseille à l'été 2001. Le comité AIDES Provence organise des « focus groups »² pour mesurer l'acceptabilité des messages.

« Thierry fait un focus groupe aux UEEH, où on voit que ça se passe plutôt bien, que ça crée du débat, pas forcément dans le sens où on l'attendait, c'est-à-dire que tu as forcément de grandes crispations. Et encore quelque chose qui est révélateur, dans le focus groupe, dans les tests et même à l'interne, une difficulté à dire « je », c'est jamais pour moi, c'est toujours pour les autres, parce que « je sais qu'il y en a qui prennent des risques ». C'est « des mecs que j'ai vus dans la

¹ Le terme inclus un ensemble non délimité de pratiques : sado-masochistes, bondage et/ou fist-fucking.

² Les militants de l'association constatent que sur la quarantaine de participants aux « focus groups », 72% d'entre eux considèrent que les flyers « *incitent à rester toujours vigilants face aux risques de transmission* », et « *87% jugent les slogans très compréhensibles* » in « La prévention du sida chez les homosexuels : quelle place pour la réduction des risques sexuels ? Analyse et perspectives d'action », *op. cit.*, 2002.

backroom l'autre jour qui baisaient sans capote », des trucs comme ça. Mais pas encore quelque chose d'assumé sur le « je », ça c'est quand même important » (C. Andréo).

Une autre évaluation a lieu au printemps 2002, dans un sauna marseillais, sur une durée de neuf semaines. Durant les cinq semaines précédant la distribution des flyers, on compte le nombre de préservatifs jetés dans les poubelles ; puis, durant les quatre suivantes, les documents sont placés à côté des autres documents de prévention. On compare alors le nombre de préservatifs retrouvés dans les poubelles de l'établissement avant et après la diffusion des flyers. D'après les conclusions de AIDES Provence : « *la mise à disposition des flyers n'a pas entraîné une diminution de l'utilisation des préservatifs* ». Ce dernier mode d'évaluation donne lieu à la publication d'un article¹ dans la revue *Transcriptase*. Lors de leur présentation au cours des UEEH 2001, les « flyers » de RdRs élaborés à Marseille ne suscitent pas de réactions spectaculaires. C'est leur présentation parmi les autres documents de prévention d'AIDES lors des Etats Généraux « Homosexualité et sida » à Paris en mai 2002² qui va mettre le feu aux poudres.

Premières controverses (Têtu, été 2002)

La magazine *Têtu* aborde pour la première fois la question de la RdRs au cours de l'été 2002, dans le cadre d'un dossier consacré aux rôles « actifs/passifs » dans la sexualité gaie³. Celui-ci fait référence à l'évaluation menée par le comité AIDES Provence⁴ dans un sauna marseillais. De plus, les flyers ont été présentés publiquement sur les stands de AIDES lors des Etats Généraux « Homosexualité et sida » organisé en mai 2002 avec Sida Info Service. L'article de *Têtu* donne à plusieurs reprises la parole à T. Ruiz, salarié de AIDES Provence, l'un des initiateurs de la campagne. Il est illustré avec les visuels des huit flyers distribués par l'association. Le point de vue des journalistes est également développé dans un encadré intitulé « *Les fausses idées sur la prévention* ». De fait, le sujet est abordé dans un dossier culturel (consacré aux codes de la sexualité) plutôt que dans le cahier VIH/sida. Le point de vue défendu par AIDES est donc resitué dans le cadre d'une culture de la sexualité plutôt que dans une optique préventive. Dès le départ, le parti-pris des auteurs est manifeste.

¹ Spire B, Lert F, « Stratégies de réduction des risques chez les homosexuels », *Transcriptase* n°103, septembre 2002

² Rencontres militantes organisées par AIDES et Sida Info Service du 8 au 11 mai 2002, à Paris. Elles réunissent près de 400 participants ; « Homosexualités et sida. Paris – La Villette. Etats Généraux 2002 » in *Triangul'ère*, Paris, Christophe Gendron Editions, 2002.

³ Barbe Y (coord), « Actif Passif. Le match de l'été », *Têtu* n°69 juillet-août 2002

⁴ AIDES est alors organisée comme une Fédération d'association locales, appelées « Comités ». Le Comité Provence regroupe les militants de la région administrative PACA.

Commentant la phrase « *je suis actif donc je ne risque rien* », considérée comme une affirmation banale dans le milieu gai, les journalistes expliquent ainsi : « *cette contre-vérité, on l'entend de plus en plus souvent dans les plans culs. Le plus inquiétant, c'est qu'elle est relayée par une campagne de prévention dite 'de RdR' initiée par AIDES Provence* ». Ils y opposent deux objections majeures. D'une part, la RdRs menace la norme préventive, dans un contexte où les campagnes de promotion du préservatif ne sont pas « *à la hauteur* ». D'autre part, venant d'une association reconnue et légitime, l'initiative d'AIDES conduit à accréditer les fausses croyances au sujet de la prévention dans le milieu gai, et véhicule « *des idées rétrogrades sur la sexualité* ».

L'argumentation de T. Ruiz s'appuie sur les actions de prévention menées par l'association : il convient de composer un discours qui correspond aux difficultés des gais en matière de prévention. La retranscription de son point de vue laisse nettement apparaître les désaccords des journalistes, qui contestent la légitimité des constats qui fondent l'approche d'AIDES :

« Pour [T. Ruiz], le but est de partir de ce qu'il appelle à tort 'la réalité' ». Le militant est ensuite cité : « 'Beaucoup de mecs baisent sans capote en sachant [sic] que le risque est moindre pour l'actif que pour le passif. Nous leur disons, sans les prendre pour des imbéciles, en l'écrivant noir sur blanc : 'c'est vrai [re-sic], mais, si c'est vous l'enculeur, le risque existe quand même.' Le but, en abordant le détail des modes de transmission du sida et les pratiques réelles des gais, est de les faire monter d'un cran dans leur prévention' ».

Les auteurs de l'article concluent : « *On est en plein délire !* ». Par delà le discours de RdRs diffusé dans les flyers, c'est la philosophie sous-jacente à cette approche qui est la cible des critiques : dès le départ, l'analyse de la « réalité » faite par AIDES est considérée comme erronée. De plus, en utilisant les expressions « *sic* » et « *on est en plein délire* », les journalistes s'attachent à placer le propos de T. Ruiz dans le registre de l'irrationalité. La dernière partie de l'article présente, sans la commenter, l'évaluation de la nocivité des messages menée par les militants dans un sauna marseillais. Dans l'encadré qui accompagne l'article, X. Héraud dénonce les fausses croyances liées à la popularisation du discours de « *l'échelle des risques* ». A partir de trois situations citées dans les documents d'AIDES, il propose un argumentaire pour répondre aux « *théories fumeuses* » de la RdRs :

- Le choix du rôle actif lors du rapport sexuel anal
- Le fait de ne pas avaler le sperme lors d'une fellation
- L'utilisation de gel pour réduire les risques en l'absence de préservatif

Les réponses du journaliste sont structurées autour du même énoncé : chacune de ces pratiques nécessite un usage systématique du préservatif. Il met en avant les situations de

risque mal connues : le rôle des co-facteurs de risque de transmission (lésions sur la verge ou les muqueuses) ou la présence du VIH dans le liquide préséminal. Dans cette situation, ce n'est plus l'expertise communautaire qui fait office de parole d'autorité comme lors des débats sur le bareback. On note ici le recours à un argumentaire opposant une rationalité scientifique aux énoncés des flyers de AIDES qui « *ne [tiennent] pas compte* » ou éludent « *une partie de la réalité* ». Avant de poursuivre plus avant sur les développements de cette controverse naissante, il paraît nécessaire de revenir sur la genèse des flyers de RdRs expérimentés par AIDES Provence. Ce regard rétrospectif permettra de mieux cerner les termes et les concepts utilisés par l'association.

3.1.2. La Réduction des Risques sexuels (RdRs) : un concept de santé publique

La notion de RdRs n'est pas nouvelle dans les discours de santé publique sur le VIH à l'échelle internationale (Kippax et Race 2003). Dès l'origine de l'épidémie, les gais ont mis en œuvre une diversité d'adaptations aux risques. Si le préservatif s'est rapidement imposé comme l'outil central de ces stratégies, son usage a coexisté avec d'autres approches comportementales – la sécurité négociée dans les couples en est un exemple (Kippax et al. 1997) – ou biomédicales, sous l'effet des trithérapies, comme la baisse de l'infectiosité avec une charge virale indétectable (Garrett Prestage et al. 2009). Ces messages de santé publique ont été élaborés au travers d'une circulation entre des connaissances profanes et expérientielles et des savoirs experts.

En France, la réduction des risques est d'abord envisagée et conceptualisée dans le domaine de la toxicomanie, comme une manière de répondre à l'épidémie de VIH parmi les injecteurs de drogues. Sa reconnaissance progressive par les pouvoirs publics en France la place au rang des approches de prévention opérantes et légitimes. Ce processus n'a pas été sans controverses au cours des années 1980/1990, tant la RdR remet en cause le modèle existant de prise en charge des toxicomanes et questionne la conception républicaine de la santé¹ (Le Naour 2010). Les acteurs qui promeuvent de cette philosophie d'action mettent en avant son

¹ G. Le Naour explique ainsi que « Les idées de la RdR sont longtemps restées impensables, voire non formulables, en France. Elles contreviennent, en tous points, à la conception de citoyenneté française ou de norme civique. L'idéal de 'protection de la personne' défendue par les juristes et les soignants ne permet pas, dans un premier temps, l'adoption de mesures qui font de l'individu la référence absolue, et relativisent les valeurs sociales que la loi entendait promouvoir » (p.51).

« pragmatisme » ainsi que sa prise en compte des besoins et des capacités d’agir des personnes concernées.

Concernant la prévention des risques sexuels, comme nous l’avons vu dans le premier chapitre, à la fin des années 1980 la communication publique émet une norme de santé à l’échelle de la population générale, fondée sur la promotion du préservatif et la solidarité avec les personnes touchées (Paicheler 2002). Cette norme se déploie et s’affine de manière différenciée en direction des populations les plus touchées par l’épidémie. Dans ce contexte, les messages adressés aux gais s’appuient sur la valorisation de l’usage du préservatif et l’appropriation d’une évaluation raisonnée du risque, articulant la connaissance du statut et le choix de protection des pratiques. Par la suite, les discours de prévention élaborés par les acteurs associatifs et institutionnels (notamment dans le cadre de l’AFLS) mettent l’accent sur deux outils combinés : l’utilisation du préservatif avec les partenaires de statut sérologique inconnu et la connaissance mutuelle du statut sérologique dans le cadre des relations stables. Ce volet comportemental est complété par une série de messages et d’actions prenant en compte les facteurs psychosociaux du risque : la non reconnaissance de l’identité homosexuelle, l’homophobie, la marginalité sociale... Dès les premières recommandations une hiérarchisation des risques se dessine : le risque « fort » – la pénétration anale – est au centre de la plupart des messages ; les pratiques bucco-génitales sont considérées comme un risque « faible » dont l’évaluation est renvoyée aux personnes, en fonction de critères sanitaires : état de santé bucco-dentaire, évitement du contact avec le sperme... Cette approche est cohérente avec le développement, au cours des années 1970, de discours de santé publique fondés sur l’information et la responsabilisation des personnes (Berlivet 2004).

Les messages prennent donc en compte la possibilité de la connaissance du statut sérologique de son partenaire, et donc la nature de la relation (stable/occasionnelle) ainsi que les pratiques impliquées (orales/anales). Cette « échelle » des risques est implicite, dans la mesure où elle est le plus souvent présentée sous la forme d’une liste de pratiques et de niveaux de risque non hiérarchisés entre eux. Elle souligne l’existence dans les discours de l’Etat et des structures associatives d’un cadre conceptuel prenant en compte les variations relationnelles et comportementales de l’exposition au risque. Cependant, dès les années 1980, la promotion du préservatif est progressivement constituée comme le symbole de la mobilisation des communautés gaies contre le VIH. Son usage systématique avec des partenaires occasionnels représente une alternative aux options de réduction du nombre de partenaires et/ou des pratiques anaes, préservant ainsi une forme « d’authenticité sexuelle » (Dodier 2003a). De

son côté, l'association Santé et Plaisir Gay a tenté, sans succès sur la durée, d'encourager des pratiques alternatives à la pénétration, à partir du modèle des « *jack-off parties* » (De Busscher 1996). Plus largement, pour ses promoteurs, la norme du préservatif permet de souligner l'exemplarité des gais en terme de prévention, tout en ménageant certaines caractéristiques identitaires de la sexualité gaie. Ce sont en grande partie ces enjeux symboliques et politiques qui resurgissent au début des années 2000 avec les débats sur la réduction des risques.

AIDES, la prévention et la RdRs

Dans les premiers dépliants édités par AIDES (à partir de 1985), au regard du niveau des connaissances disponibles, les messages de prévention articulent de façon complémentaire : l'utilisation du préservatif, la réduction du nombre de partenaires, la réduction du nombre de pénétrations anales (P. Adam 1997). A l'époque, alors que les tests de dépistage commencent à être accessibles au public, l'enjeu de la connaissance du statut sérologique est secondaire pour les responsables de l'association. L'incertitude médicale sur les conséquences d'une sérologie positive pour le VIH les conduit, dans un premier temps, à déconseiller cette démarche. Puis, progressivement, AIDES élabore un discours en direction des gais centré sur la promotion du préservatif et la connaissance du statut sérologique. Deux notions constituent le socle de l'action préventive de l'association : la « proximité » et l'approche non moraliste. La première implique de mettre en œuvre des actions à partir des pratiques existantes, selon D. Defert : « *Comment tenir un discours de prévention qui ne soit pas entendu par les homosexuels, puis par les toxicomanes et par bien d'autres comme un discours de la société sur eux-mêmes ? Il fallait trouver un discours du dedans qui porte sur la sauvegarde des pratiques et non sur leur prohibition et qui se légitime de notre proximité* »¹. Il s'agit alors de partir de la situation des personnes, de prendre en compte leurs éventuelles difficultés préventives pour les amener vers une meilleure prise de conscience des risques qu'elles prennent. L'objectif est alors d'améliorer les capacités individuelles et collectives de prévention. L'approche non moraliste repose pour sa part sur une analyse plus globale du sentiment de responsabilité : « *Nous sommes dans une société pluraliste et nous cherchons à nous adresser à des personnes qui évoluent au sein de plusieurs systèmes de valeurs. Nous n'avons pas à les en culpabiliser, ni à privilégier un de ces systèmes de valeurs* ».

¹ Hirsch E (Hirsch 1991), « Daniel Defert. Notes d'entretien, le 25 janvier 1989 », pp.63-90

Les militants d'AIDES explicitent rarement par écrit les éléments qui fondent leur lecture de la prévention et de la RdRs. Si de nombreux textes peuvent illustrer la réalité des actions et des interventions de terrain menées, les écrits théoriques sont plus rares. Plusieurs textes que j'ai pu consulter, rédigés au cours des années 1995-2002, rentrent cependant dans cette dernière catégorie¹. C'est le cas dans le cadre d'un rapport interne rédigé en 2002 et voté par le Conseil d'Administration². Selon l'auteur du rapport, la prévention peut être analysée comme reposant sur deux grandes approches complémentaires, mais relevant d'opérateurs distincts. La première, « *classique en santé publique* » (p13), vise à établir la norme collective en terme de comportement de santé face à un risque et/ou une pathologie. Cette approche « par le haut » met en jeu « *l'information et de l'éducation pour la santé (en direction d'une population)* », explique l'auteur : c'est le rôle de l'Etat. La seconde, issues des réponses associatives à l'épidémie de sida, prend son point de départ par « le bas », à l'endroit « *où en sont les personnes avec leurs difficultés, pour les aider (...) à se construire une stratégie personnelle de prévention* ». Cette approche s'inscrit alors dans une démarche « *de promotion pour la santé à partir d'une perception individuelle d'un risque* ».

Si la conceptualisation de la RdRs est ici précisément définie, il apparaît alors aux dirigeants de l'association que beaucoup de militants véhiculent sur le terrain une approche principalement centrée sur la promotion du préservatif. La prégnance de ces discours souligne l'institutionnalisation progressive de la posture d'AIDES, qui tend à se positionner comme un relais de la norme de santé publique. Le décalage entre la promotion de l'outil et son utilisation réelle – complexe à maintenir sur le long terme – se trouve progressivement au cœur des discussions.

La crise d'un modèle historique ?

Durant la seconde moitié des années 1990, AIDES est confrontée à une série de difficultés dans sa manière d'aborder la prévention. Tout d'abord, les constats épidémiologiques autour du « relâchement préventif » mettent à l'épreuve l'action des militants de l'association, et soulignent les limites des actions de promotion du préservatif parmi les gais. Dans ce

¹ Par exemple, Lascoumes P, « Espace social et santé publique », in *Dix ans d'existence, dix ans de résistance*, 7ème assises nationales d'AIDES, document édité par AIDES, avril 1995, p76-9 ; Rossert H, « La réduction des risques liés au VIH : un essai d'analyse de santé publique de l'action de AIDES », Texte du discours prononcé aux assises de AIDES (2000).

² « La prévention du sida chez les homosexuels : quelle place pour la réduction des risques sexuels ? Analyse et perspectives d'action », *op. cit.*, 2002. Non signé, ce document a été rédigé par O. Maguet, chargé de mission « action communautaire » au siège national entre 1999 et 2002.

contexte, l'association est également confrontée au fait que certains volontaires reconnaissent avoir des pratiques non protégées et que quelques uns deviennent séropositifs au cours de leur engagement ; ce constat remet en cause une forme d'exemplarité militante implicite au statut de volontaire. Ainsi, lors du congrès de 1994, le témoignage d'un volontaire¹ intervenant au sein du groupe Pin'Aides² met en lumière cette réalité et donne une idée de la profondeur des questionnements qui animent l'association sur ce sujet. Il souligne le questionnement moral qui entoure le contexte et la date de la contamination, surtout lorsqu'on est militant dans une association de lutte contre le sida. Le témoignage pointe également la tension entre une connaissance théorique de la prévention et sa mise en œuvre lors de relations sexuelles :

« Bonjour, je m'appelle Olivier. Je suis rentré à AIDES il y a un peu plus d'un an et je suis séropositif depuis moins de 6 mois. Si je témoigne aujourd'hui, c'est que je me suis aperçu qu'un changement de statut sérologique à l'intérieur d'une association de lutte contre le sida posait plus de problèmes aux autres volontaires qu'à moi-même. Comment peut-on être contaminé en 1994 avec toute l'information dont on dispose ? Comment peut-on être contaminé alors que l'on a reçu une formation ? Quand on fait partie d'un groupe de prévention gai comme Pin AIDES ? Quand, sur le terrain, on explique tous les jours qu'il faut se protéger, qu'il faut protéger l'autre ? Alors que l'on a toujours dit qu'on baisait avec capote ? (...) Ces interrogations ne venaient pas de n'importe qui mais des volontaires d'AIDES. Car, dans cette association, il y a les bons et les mauvais séropositifs : il y a ceux qui ont eu la chance d'avoir une rupture de capote et ceux qui continuent, malgré tout, à ne pas la mettre cette foutue capote. (...) J'ai envie de vous dire : non je ne suis pas un héros ; vous n'êtes pas et nous ne sommes pas des héros dans cette association. » (pp.54-5).

A la même période (1995-7), une enquête menée par les anthropologues R. Mendès-Leite et B. Proth au sein du groupe Pin'Aides (Mendès-Leite, Proth, et Busscher 2000) aboutit au même constat : le fait d'être militant associatif et de promouvoir l'usage du préservatif ne constitue pas une garantie concernant ses propres pratiques de prévention. Ainsi, comme l'expliquent les auteurs, « *comme n'importe qui d'autre, le volontaire n'est pas à l'abri de comportements à risque. En fait, au moins les deux tiers (10/15) des membres de notre échantillon nous ont fait état d'épisodes de prises de risque, isolés ou multiples, après leur engagement au groupe Pin'Aides (...) confronté dans sa vie sexuelle à des épisodes de 'défaillance', le volontaire se sent ébranlé dans son rôle de missionnaire* » (p.130). Face à cette réalité les deux chercheurs identifient deux types de réactions dans les propos des militants recueillis à l'époque. Le premier correspond à un discours « *d'identification* », qui conduit le volontaire à se sentir plus en proximité avec les « usagers » de l'association : nul n'est infaillible. Le second registre d'argumentation est qualifié de discours de

¹ In *Dix ans d'existence, dix ans de résistance*, 7ème assises nationales d'AIDES, document édité par AIDES, avril 1995.

² Groupe de prévention en direction des gays de AIDES Paris, créé en 1989 par D. Le Fers (cf chapitre 1).

« *contradiction* », qui voit le rôle de volontaire mis à mal par l'incapacité à respecter les règles de prévention que l'on recommande aux autres. De manière générale, l'expérience de l'exposition au risque de transmission du VIH est réinvestie par les volontaires dans leur relation au terrain, même si elle demeure largement indicible au sein de l'association. Pour les dirigeants d'AIDES Paris-Ile de France, le rapport de l'enquête sur les actions du groupe est à l'époque suffisamment problématique pour qu'ils décident de ne pas le rendre public.

Mais plus généralement, AIDES a connu une massification militante au cours des années 1990, atteignant près de 3500 volontaires en 1996. Elle est conjuguée à la division interne du travail militant qui voit une différenciation et une hiérarchie s'établir entre l'aide aux malades, considérée comme l'activité « noble », et la prévention des risques, réservée aux volontaires les plus « identitaires » (P. Adam 1999). Dans ce contexte, les actions de prévention en direction des gais tendent à se « routiniser ». Elles ont lieu dans les espaces de sociabilité gaie (établissements commerciaux, lieux de drague) et sont, à l'exception de certains comités, centrées sur la distribution et la promotion du préservatif, prenant peu en compte la diversité des pratiques et les perceptions des risques. Si l'intervention de P. Lascoumes au congrès des dix ans d'AIDES en 1994 souligne l'ancrage historique de l'approche de réduction des risques dans l'association, son rappel résonne comme une critique de l'appauvrissement de la réflexion théorique qui accompagne les actions de prévention des risques sexuels¹. Pour C. Saout, président d'AIDES de 1998 à 2007, la majorité des volontaires impliqués à l'époque dans les actions de prévention est intéressée par « *une vision basse de la prévention* » :

« C'est-à-dire la promotion d'un outil de protection. Mais cette idée qu'AIDES est là pour aller vers les gens, les prendre là où ils sont pour avec eux amener à une compréhension de l'échelle des risques, pour aller vers une protection optimale, ce débat là est un débat qui est liquidé depuis extrêmement longtemps. Et qui à la vérité n'est plus en œuvre dans l'action militante quotidienne, de ceux qui sont engagés dans la prévention. (...) Donc voilà, si tu veux, moi cette idée là que la RdR présente en 1984 est encore active en 1994, je pense que c'est un mirage. Elle a quitté le cœur de la prévention d'AIDES depuis bien longtemps » (C. Saout).

Durant la seconde moitié des années 1990, au sein de l'association, la pertinence des actions de promotion du préservatif auprès des gais est posée ; l'exemplarité des militants en terme de comportements de prévention apparaît comme une question problématique. Ce double constat nourrit l'émergence d'une reconceptualisation de la RdRs au début des années 2000. Les Assises que l'association tient à Lyon, en octobre 2000 marquent une étape décisive dans ce

¹ Il explique ainsi qu'il « s'agit de retrouver le sens original de la formule élaborée par la première équipe de AIDES dès mars 1985 pour la prévention s'adressant aux homosexuels (...) » (Dix ans d'existence, dix ans de résistance, *op. cit.*, p.94).

travail théorique. La Directrice Générale de AIDES, H. Rossert¹, y prononce un discours qui souligne la nécessité d'avancer dans la réflexion interne sur le sujet². Elle s'attache à caractériser le nouveau contexte de l'épidémie à VIH, notamment au plan thérapeutique et ses conséquences sur la conception de la prévention. Son discours met également en perspective l'histoire de l'association et le processus de professionnalisation qu'elle a connu dans la décennie écoulée. Mais l'essentiel de son propos concerne « le référentiel de valeurs » qui fonde l'association. Selon H. Rossert, en matière de prévention :

« AIDES est bien située sur l'échiquier de la santé entre, d'une part la santé publique qui exigerait dans tous les champs de la santé et de la maladie un risque 0 et, d'autre part les individus qui doivent en permanence négocier avec leur environnement, leur communauté, leur famille et leurs propres désirs, leurs sentiments et leur plaisir. (...) si l'on conçoit la RdR comme la résultante d'une négociation entre un comportement individuel et les intérêts de la santé et plus largement les normes comportementales en usage dans une communauté et la santé publique alors la majorité des activités de AIDES s'y réfèrent » (p2).

L'analyse d'H. Rossert concernant les approches de RdRs vise donc à repenser la place l'association dans le champ de la santé publique. Ainsi, selon H. Rossert, à la fin de l'année 2000 : « *le concept de prévention a vécu au regard des activités de AIDES. Il doit maintenant lui être substitué celui de 'réduction des risques' bien au-delà de l'usage de drogue* ». Si une certaine continuité historique apparaît, on peut faire l'hypothèse que les enjeux en sont significativement déplacés. Pour la direction de l'association, la réaffirmation du principe de RdRs s'inscrit dans une logique plus générale de repositionnement politique dans le nouveau contexte de l'épidémie.

¹ Hélène Rossert : directrice Générale d'AIDES, de 1998 à 2007.

² Rossert H, « La réduction des risques liés au VIH : un essai d'analyse de santé publique de l'action de AIDES », Texte du discours prononcé aux assises de AIDES (2000).

3.2. Elaboration d'une expertise associative autour de la RdRs

L'élaboration d'un nouveau travail sur la RdRs au sein d'AIDES est rendue possible par des transformations du contexte de la lutte contre le VIH et, au sein même de l'association, par la création d'alliances entre des acteurs investis sur les enjeux de prévention chez les gais. Mais elle entraîne également de fortes tensions internes.

3.2.1. Emergence d'une cause au sein d'AIDES

Parmi les acteurs qui s'impliquent dans la nouvelle conceptualisation de la RdRs dans AIDES au début des années 2000, tous ceux que j'ai pu rencontrer partagent le constat de la dégradation de la réflexion sur la prévention au sein de l'association au cours de la décennie écoulée. Ils dressent le constat des limites de l'approche dominante de la prévention mise en œuvre dans les actions de terrain. De plus, à cette époque, les capacités d'harmonisation nationale des actions sont limitées. L'association est en effet jusqu'en 2002 une fédération de comités locaux. Ce mode d'organisation contraint les possibilités de mutualisation et d'échanges entre les intervenants de prévention en milieu gai. Historiquement, au sein d'AIDES, la prévention auprès des gais a majoritairement réuni des militants homosexuels, revendiquant cet ancrage identitaire. Dans la seconde moitié des années 1990, ces militants sont pour la plupart organisés dans des groupes locaux d'action dédiés à la prévention gaie. Des représentants de ces groupes se réunissent régulièrement lors de rencontres annuelles (les « Thémagays », de 1992 à 1996), et au sein d'un groupe national de coordination, le Groupe d'Intervention Gai et Lesbien National (GIGLN). Ce groupe disparaît au cours de l'année 1997 et il n'existe plus alors d'instance nationale de ce type. De fait, c'est à partir des réflexions issues de certains comités que l'association s'empare progressivement du sujet au niveau national. Selon C. Saout, les premières discussions sur la RdRs se construisent dans ce mouvement ascendant :

« des groupes gais dans AIDES commencent à dire : ça ne va pas. Cela commence en 1998. Ça ne va pas, nous sommes en échec dans la prévention, parce que les gens se protègent plus, pas ou peu, et nos stratégies de promotion du préservatif sont juste sèches, et il n'y a pas de contenu de soutien des personnes dans la prévention, pour plein de raisons. A partir de là, on fait l'analyse qu'il faut coller à la réalité des pratiques des gens et essayer de promouvoir une compréhension plus fine de l'échelle des risques ».

Dans ce contexte, l'émergence d'une nouvelle élaboration théorique autour de la prévention réactive des différenciations sociales au sein de l'association. A la fin des années 1990,

plusieurs profils de volontaires cohabitent, dont l'engagement répond à des motivations très diverses. Parmi les acteurs de l'association que j'ai rencontrés, tous soulignent les crispations que les discussions sur la prévention gaie entraînent avec « *les mamies gâteaux* » ou les « *mamies capotes* », terme appliqué à certaines des femmes de l'association, souvent proches d'une personne séropositive ou décédée du sida, et dont l'engagement est perçu comme relevant d'une logique strictement compassionnelle. A l'inverse, les volontaires issus du monde homosexuel s'estiment plus à même de percevoir les évolutions des pratiques préventives. Les divergences d'approches traduisent également des désaccords sur la posture du volontaire. A la figure du volontaire pensé comme un modèle de prévention, se substitue celle d'un volontaire lui-même potentiellement faillible dans ses propres pratiques de prévention¹. Les entretiens menés auprès de militants d'AIDES dans les comités Provence (Marseille) et Lorraine Sud (Nancy) fournissent une illustration de la situation des actions de prévention gaie au tournant des années 2000 (cf encadrés).

Encadré 7 : A Marseille, des actions de prévention « en difficulté »

A Marseille, une action spécifique de prévention auprès des gais existe depuis 1993 (Paillard 1994). D'abord organisées au sein d'un collectif interassociatif, les actions sont progressivement prises en charge par AIDES. Elles se déroulent principalement dans les lieux de rencontre extérieurs (aire d'autoroute, parcs), et sont centrées sur la distribution et la promotion de l'usage du préservatif. A la fin des années 1990, le dispositif des « emplois jeunes » permet au Comité d'embaucher deux salariés supplémentaires, en appui au coordinateur d'action T. Ruiz. Ces recrutements sont particulièrement nécessaires à un moment où le nombre de volontaires a fortement chuté. Au début des années 2000 une réflexion sur la prévention se construit dans le comité. Les militants partent du « *constat que sur le terrain on commençait à se faire jeter avec nos capotes et que sans doute il fallait arriver à autre chose et donc à rencontrer les gais d'une autre façon que par le préservatif comme média* » (D. Monvoisin)². Ce constat fait écho aux questionnements plus généraux de l'association. Selon C. Andréo³, l'action d'AIDES auprès des gais est donc en difficulté à la fin des années 1990 : « *on était en difficulté sur l'action gaie, clairement. On était en difficulté par rapport au nombre de volontaires, parce que c'était un des domaines qui a été le plus vite dépouillé en terme de volontariat, en fait. Et aussi par rapport aux actions : il y avait beaucoup de lieux de rencontre extérieurs, c'était*

¹ « On était quand même un peu des intégristes de la capote, à l'époque, faut pas croire. Les curés de la capote c'est à cette époque là ! On appelait ça les curés de la capote ou les dames patronnesses (rires) ! Quand on arrivait sur les lieux, on arrivait avec notre préservatif... Quelle évolution ! Et moi, par rapport à ça, je rentrais dans ce moule, je ne me posais pas de question », entretien P. Faver, mars 2007.

² Entretien D. Monvoisin, février 2007.

³ Entretien C. Andréo, mars 2007.

essentiellement ça. (...) Au fur et à mesure on a vu ça décliner. Non seulement ça se passait très mal parce que les gens partaient en courant quand ils voyaient les acteurs de prévention, parce qu'on avait du mal à recruter aussi des gais pour mener les actions... il y avait toujours un petit noyau mais voilà. On voyait bien qu'il y avait un problème avec la communauté, parce que les gais ne s'engageaient plus dans AIDES, ou pas pour faire de l'action gaie ».

Les assises d'AIDES en 2000 marquent selon C. Andréo une prise de conscience individuelle et collective : *« Il y a eu le discours d'Hélène [Rossert]¹, et puis il y a eu la prise de parole d'un volontaire de AIDES aussi, pendant la plénière. Qui a dit : 'moi, voilà je suis intervenant en action gai, je suis à AIDES depuis je ne sais pas quel moment, et je me suis contaminé pendant mon volontariat en fait. Et donc moi, ce que je fais dans mes interventions, ce que je dis à tout le monde il faut mettre la capote, ben moi la capote... je la mettais pas systématiquement et puis voilà'. Et cette prise de parole là, personnellement, elle m'a fait gagner je pense quelques années dans le cheminement par rapport à ça, parce qu'on est toujours dans le dedans/dehors, le regard réflexif, et on sortait du dogme précédent du volontaire d'excellence, machin et là du coup il y avait une parole ouverte sur le fait de prendre le risque, par des membres de AIDES... »*

AIDES est donc confrontée à une remise en question de ses modalités d'intervention. Aux yeux des militants qui s'impliquent dans l'élaboration de messages de RdRs, l'association ne parvient plus à accéder aux personnes qui ne souhaitent ou ne peuvent plus utiliser systématiquement des préservatifs. De même, la structure fait face à l'émergence d'une parole interne au sujet des prises de risque de ses propres militants. Au printemps 2000, à la suite d'une réunion des groupes de prévention gaie de plusieurs Comités locaux, le Comité National (CN) décide donc de commander un rapport sur les perspectives de prévention auprès des homosexuels². Il est confié à un comité de pilotage « Hommes entre eux », rédigé durant l'année 2000, discuté et voté lors du CN des 13 et 14 janvier 2001³. Les constats du rapport du comité de pilotage HEE mettent en perspective les difficultés perçues sur le terrain :

« Si notre légitimité d'acteurs n'est pas remise en question, nos messages quant à eux ont de plus en plus de mal à être entendus. Nos difficultés résident en effet dans le décalage de plus en plus important entre des messages trop focalisés sur le préservatif d'un côté, les attentes des usagers de l'autre. Nous sommes bien acceptés, mais nous sommes perçus avant tout comme des 'curés de la

¹ Rossert H, « La réduction des risques liés au VIH : un essai d'analyse de santé publique de l'action de AIDES », *op. cit.*, (2000).

² « Lettre de mission du comité de pilotage sur la prévention en direction des 'hommes entre eux' », votée par le CN du 15 avril 2000.

³ Rapport rédigé par un groupe de travail composé de T. Ruiz (AIDES Provence), A. Perot (AIDES Lorraine Sud), O. Silvestre (AIDES Ile de France), D. Kretz (AIDES Languedoc-Méditerranée), H. Rossert, L. Imane et O. Maguet (AIDES Fédération).

capote'. Dans un contexte où les notions de plaisir et de liberté sont de plus en plus fortes, cette position est difficile à tenir. (...) Il est nécessaire de pouvoir retravailler notre discours et nos messages pour mieux les adapter aux réalités et aux besoins des personnes. Il est indispensable de proposer des alternatives à la capote » (Rapport HEE, p.11).

Issu d'un processus interne de critique des formes de prévention auprès des gais, le rapport ouvre la voie à l'élaboration de nouveaux outils d'intervention.

Encadré 8 : A Nancy, un « décalage » entre le discours officiel et le terrain

A Nancy, le comité « Lorraine Sud » mène des actions ciblées auprès des gais depuis 1992. Les premières interventions ciblent les lieux de rencontre extérieurs, et sont animées avec le soutien du comité AIDES Alsace. Volontaire depuis 1992, André Perot devient salarié de l'association en charge de la prévention gaie fin 1993. Les actions menées s'inspirent des méthodologies élaborées par Santé et Plaisir Gay, s'appuyant notamment sur des groupes de parole. L'érosion militante de l'après 1996 va là aussi avoir des effets sur le groupe de prévention. Selon A. Pérot : *« Tout a basculé en 1997/1998. On avait moins de monde, la demande n'était plus exprimée de la même façon... (...) Et puis nous on était hyper fatigué, parce qu'en 1996/1997 il y avait encore beaucoup de décès, et puis là on avait envie de souffler, on a relâché plein de trucs... »*. L'écart entre le discours des militants de l'association, centré sur la promotion du préservatif, et les expériences vécues par les hommes rencontrés se fait sentir à cette période : *« Alors on reste dans le discours officiel sur la capote, mais quand sur le terrain on fait des entretiens ou quand on fait des groupes de parole, on s'aperçoit que ce n'est pas si... ce n'est pas vrai. Donc on écoute, mais on n'ose pas en parler officiellement »*. Peu avant la dissolution du GIGLN, une mutualisation de ces constats s'engage, en particulier avec T. Ruiz du Comité Provence. La question de la contamination d'un militant au cours de son engagement à AIDES constitue également un élément difficile à mettre en cohérence : *« on savait, quand un volontaire était rentré séronégatif et qu'il était au bout de quelques mois, ou quelques années, séropositif, que c'était difficile de le dire. Et ça faisait des remous au sein de l'association. Alors que oui, c'était la réalité. C'est peut-être ça aussi qui nous a beaucoup perturbé, en fait. Parce qu'entre ce qu'on entendait sur le terrain, ce qu'on pouvait y faire aussi, nos pratiques, il y avait quand même un décalage... »*.

AIDES et la question du bareback

Pour analyser les critiques internes sur la manière d'appréhender la prévention, il convient également de les resituer dans le contexte des débats publics sur le bareback. On l'a vu dans le chapitre précédent, AIDES est restée relativement en retrait sur cette question. Dans la publication trimestrielle *Remaides* la question des prises de risque chez les gais a été abordée

avec prudence, mais n'a pas constitué le thème d'un dossier avant l'année 2002¹. Car pour l'association, le traitement médiatique du phénomène pose problème à plusieurs niveaux. D'une part, la mise en accusation individuelle ne fait pas partie du répertoire politique de l'association. La critique se fonde alors sur les acquis de la gestion « moderne-libérale » de la lutte contre le sida. C'est le point de vue que défend D. Defert dans le dossier de *Libération* d'octobre 2000². D'autre part, le conflit entre Act Up-Paris/D. Lestrade et les écrivains « barebackers » leur apparaît lié à un milieu parisien, qu'ils estiment non représentatif de la majorité des gais. En témoigne la manière dont C. Saout décrit la controverse dans le *Bulletin Volontaire* de l'été 2002 : « Il faut se méfier de s'enfermer dans un débat à la portée réduite à celle du microcosme du 3^e arrondissement de la capitale, débat au surplus vitrifié par un choix binaire entre pro et anti Guillaume Dustan »³. Notons également le refus de cantonner le problème de la prévention aux populations homosexuelles. Tant dans les documents internes que dans les propos publics, AIDES met l'accent sur l'universalité des phénomènes de relâchement préventif⁴.

Enfin, sans contester la recrudescence des pratiques sans préservatif, l'analyse d'AIDES est que le bareback – entendu comme la revendication du risque – constitue un problème marginal. Dans le document d'argumentaire en faveur de la RdRs rédigé fin 2002, le contexte de la prévention est présenté ainsi :

« Depuis environ 6 ans, un débat récurrent traverse la communauté homosexuelle autour de la prévention du sida. En fait, des comportements non préventifs chez des gais ne sont pas une nouveauté, même s'il est évident que l'on assiste à une augmentation depuis 1996. (...) En outre, le débat [sur le bareback] et sa médiatisation ont certainement eu pour effet de favoriser la capacité individuelle à déclarer une prise de risque sexuel (que ce soit dans une enquête ou dans un entretien de prévention sur le terrain), les augmentations de déclarations constatées dans les enquêtes traduisant alors en partie la 'régularisation' de comportements existant préalablement » (« La prévention du sida chez les homosexuels, *op. cit.*, p.4).

L'analyse de l'association opère une double déconstruction du bareback. D'une part, elle met en perspective les débats récents en les renvoyant implicitement au rang de phénomène contextuel et historique. De plus, elle avance l'idée que sa publicisation a pu servir de support

¹ Avant ce dossier, plusieurs articles ont traité de la prévention chez les homosexuels, mais sans jamais se centrer sur le bareback : « Pourquoi faut-il continuer à se protéger ? », *Remaides*, n°36, Juin 2000 ; « Chez les gais la prévention aurait-elle disparu ? », *Remaides*, n°37, Septembre 2000 ; « Comment évolue l'épidémie en France ? », *Remaides*, n°40, Juin 2001.

² Defert D, « L'hédonisme est de retour », *Libération*, 11 Octobre 2000.

³ Saout C, « Réduction des risques sexuels : des positions divergentes entre AIDES et Act Up-Paris », *Bulletin Volontaire*, Été 2002.

⁴ Répondant à un journaliste de Têtu, C. Saout explique : « nous avons parlé de toutes les situations de relâchement, chez les gais, les échangistes, les hétéros... », *Têtu* n°59, septembre 2001, p.134.

à l'affirmation de pratiques non protégées. Cette critique du caractère « idéologique » des débats la situe à distance de la lecture portée par Act Up-Paris. Cette différenciation, à la fois éthique, politique et épidémiologique nourrit les écrits et les témoignages que j'ai pu recueillir. Au sein de l'association, la controverse ne laisse pas les militants indifférents. L'absence de positionnement d'AIDES dans ce débat est perçue comme un choix raisonnable face à un débat extrêmement clivé. Pour autant, ce silence est également déploré, car il laisse les militants sans repères clairs :

« Les positions des uns ou des autres me hérissent fondamentalement (...) je suis très mal à l'aise par rapport à ce truc, parce que sur le fond, je suis d'accord avec ce que disent Dustan, Rémès, sur la place du plaisir, mais je peux pas le dire dans le cadre d'AIDES, et je suis pas d'accord avec le truc d'Act Up qui est de condamner les gens, je ne peux pas, ce n'est pas acceptable, ce n'est pas mon histoire, on ne peut pas condamner, il faut essayer de comprendre. Sauf qu'en même temps, j'essaie de rencontrer Dustan, il m'envoie chier, « curé de la capote ou je ne sais pas quoi », donc y a un moment je laisse tomber, ce n'est pas grave. (...) Donc du coup le débat se fait de façon interposée, sur cette publicisation du conflit Act Up/Dustan (...). Et tout le monde est un peu perdu » (O. Maguet)¹.

Dans les comités locaux, la perception est en partie différente. A Marseille, les militants sont partagés entre le regret d'un silence médiatique qui laisse la part belle au conflit Act Up-Paris/Dustan dans la presse nationale et en particulier dans *Têtu*, et le décalage qu'ils ressentent entre la controverse parisienne et les réalités de terrain. Pour les militants d'AIDES les plus impliqués dans la prévention auprès des gais, les constats de terrain alimentent le sentiment d'une nécessaire refonte des approches de la prévention. Mais les militants soulignent également l'importance de faire entendre une voix alternative, fondée sur les conceptions éthiques de l'association pour intervenir dans les débats communautaires sur la prévention. C'est en ce sens qu'on peut analyser l'insistance sur la « compréhension » et « l'écoute » des difficultés préventives, mais aussi le refus de condamner moralement le phénomène de bareback. La critique principale portée par AIDES met en jeu la différence entre des pratiques (non protégées) et leur éventuelle revendication identitaire (barebacker). Le bareback est analysé comme une catégorie non apte à décrire la diversité des comportements sexuels des gais. Toutefois, ces désaccords politiques et théoriques avec le débat sur la prévention ne permettent pas, à eux seuls, d'expliquer la structuration de la cause de la RdRs au sein de l'association.

¹ Entretien O. Maguet, mars 2007.

La structuration d'une cause

La coordination nationale des actions de prévention est restructurée à partir de 1998. Le recrutement, en 1999, d'un chargé de mission national sur « l'action communautaire » (O. Maguet) va permettre de reconstituer progressivement un Groupe « Prévention en Milieu Gai et Lesbien » (PMGL), puis Groupe National Hommes Entre Eux¹. La somme des constats des difficultés rencontrées sur le terrain en matière de prévention ne permet donc pas, à elle seule, d'impulser un travail d'élaboration sur la prévention. C'est également au travers d'une alliance politique avec d'autres militants d'AIDES que va s'élaborer une nouvelle optique de RdRs.

Le premier pôle de l'alliance qui se noue est constitué de militants historiques de « l'action gaie » à AIDES. Parmi eux, deux salariés de l'association T. Ruiz et A. Perot, également membres des Sœurs de la Perpétuelle Indulgence (SPI)² jouent un rôle dans l'émergence de nouvelles approches de prévention. Cette double appartenance façonne un profil et une sensibilité militante particulière au regard des questions soulevées par l'augmentation des prises de risque constatées sur le terrain. Car, à l'approche pragmatique revendiquée dans les actions de AIDES, s'ajoute la vision compréhensive revendiquée par les SPI (telle que l'on peut entendre « l'indulgence »). De plus, la culture politique des SPI s'appuie sur une lecture positive et valorisante des diverses expressions de la sexualité gaie (Welzer-Lang, Talec, et Tomolillo 2000). Concernant ces deux salariés d'AIDES, l'entremêlement des engagements militants contribue à forger leur positionnement au moment où la RdRs est discutée. Leur ancienneté au sein de l'association³ leur offre de plus une forte légitimité face aux critiques internes que suscite la nouvelle approche.

L'autre pôle est constitué de militants qui ne sont pas issus du secteur de « l'action gaie ». Ils sont pour la plupart d'entre eux homosexuels, mais leur parcours dans l'association les a conduits à s'investir dans des actions ou des fonctions plus « généralistes ». Les propos d'H. Rossert aux Assises de l'association, en 2000, constituent une référence théorique pour ces militants. Parmi eux, trois figures illustrent la diversité de leurs profils :

¹ Données issues des « repères historiques » élaborés par le « comité de pilotage HEE », en annexe du rapport présenté au Conseil National de AIDES des 13 et 14 janvier 2001.

² Les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence : groupe militant gai fondé au Etats-Unis en 1979, dont la branche française a été créée en 1990 à Paris. Leur action de prévention du sida et de lutte contre les discriminations se caractérise par l'usage du référentiel catholique détourné, dans leur habillement et leurs codes de langage.

³ L'un d'eux est salarié au comité AIDES Provence depuis 1992, après avoir été volontaire à la fin des années 1980 ; l'autre est salarié au comité Lorraine-Sud depuis 1993 et milite à AIDES depuis 1992.

- Olivier Maguet chargé de mission « action communautaire » au siège d'AIDES, se définit lui-même politiquement comme un « républicain », peu attiré par le militantisme strictement homosexuel.
- Bruno Spire, volontaire à Marseille depuis 1988, exerce pour sa part des fonctions politiques dans l'association¹, et n'est de ce fait pas cantonné à un secteur d'intervention. Il est par ailleurs chercheur à l'INSERM.
- Christian Andréo est à l'époque salarié chargé de la communication dans le comité AIDES Provence, ce qui le conduit à s'intéresser à une diversité de thèmes.

A travers la diversité de leurs profils, ces militants ont en commun la volonté de mettre au service de la prévention gaie une expérience accumulée dans d'autres domaines, en particulier auprès des usagers de drogue, et dans la construction locale de l'association :

« j'ai pas mal milité dès le départ sur les questions d'accès aux soins, à travers la question du sida et de la toxicomanie, dans des endroits où ça se faisait assez peu, donc en banlieue, au début des années 90, essayer d'introduire cette notion de RdR, liée à la drogue, pour le coup : c'est mon dada, plus que l'homosexualité, en fait, toute la question des drogues depuis pas mal d'années » (O. Maguet).

La référence à la RdR auprès des usagers de drogue constitue, au tournant des années 2000, un point de repère pour les acteurs de l'association qui s'engage dans la RdRs. Pour certains des militants, cet engagement sur le terrain de la toxicomanie se double de compétences universitaires, relevant du parcours scolaire² ou acquises au cours de leur activité professionnelle³. C'est donc à la faveur de l'alliance entre des militants gais, appuyant largement leur expertise sur le registre expérientiel et des militants plus universalistes, mobilisant les ressources accumulées hors du champ de l'homosexualité, qu'émerge le projet de RdRs à AIDES. Le développement de l'approche est également favorisé par la volonté de la direction de l'association de repositionner AIDES dans le champ de la santé publique et de soutenir un réinvestissement de la prévention gaie.

¹ Il fait partie du Conseil National d'AIDES.

² « En parallèle, j'ai fait des études d'économie et de sociologie, j'ai eu un gros dilemme sur la recherche/action, dans lequel je m'étais engagé, j'ai privilégié l'action au bout d'un moment, donc voilà, j'ai arrêté la vocation universitaire, et en même temps, comme c'est une période où je militais et je travaillais pas mal, de fait, petit à petit, j'ai transformé une activité professionnelle...en fait j'ai transformé mon militantisme en activité professionnelle », (entretien O. Maguet).

³ B. Spire a une formation de médecin et il est chercheur en sciences sociales à l'INSERM ; C. Andréo, diplômé en histoire, obtient le DU de santé publique de Nancy en 2001.

La RdR sexuels / RdR liés aux usages de drogues ?

Outre les expériences menées à l'étranger, la référence à la RdR liés à l'usage de drogue (RdR UD) permet de justifier le développement d'une approche similaire pour la sexualité. La RdR UD est analysée comme la réussite d'une stratégie de santé publique portée par les associations. De plus, elle s'est appuyée sur une prise en compte « pragmatique » des besoins des personnes rencontrées¹ :

« La stratégie [de RdR] a porté ses fruits dans le domaine de l'usage de drogue : ce qui a fait chuter la contamination par le VIH liée à l'injection, ce n'est pas la loi interdisant l'usage de stupéfiant (elle date de 1970). Ce sont les conseils de RdR (sur 'l'injection propre') et la mise en vente libre de seringues. En matière de sexualité, les actions ne peuvent plus uniquement répéter : mettez toujours des préservatifs. Ce discours est inefficace face à une personne qui, soit pour des raisons psychologiques, soit en raison de contraintes sociales ou affectives, soit par choix, ne se protège pas, ou pas toujours ».

Deux aspects de l'approche développée auprès des usagers de drogue sont mis en avant. D'une part sa dimension pragmatique : qu'on le veuille ou non, certaines personnes font usage de produits psycho-actifs ; de la même manière, certains gais ont des rapports sexuels non protégés : il s'agit de prévenir les conséquences de ces comportements risqués sans porter de jugement moral. D'autre part, la réussite de la RdR UD souligne l'importance du contexte social dans la capacité des individus à établir des choix préventifs. Cette lecture socio-politique suggère que l'acceptation sociale des groupes concernés constitue également un enjeu de prévention. L'*empowerment* est alors indissociablement individuel et collectif.

Au sein de l'association, cette mise en parallèle ne fait cependant pas l'unanimité². Car la RdR UD met nécessairement en jeu un outil (les seringues) alors que dans la RdRs l'outil préservatif est justement au cœur des difficultés exprimées :

« On a essayé de faire la bascule idéologique entre les deux, moi je trouvais que ça nous menait dans une impasse. Parce qu'à un moment c'était « RdR », vocabulaire commun, en même temps ça marche chez les UD, etc, etc. Sauf que pour une personne qui s'injecte un produit, c'est pas parce qu'on est UD qu'on est maso, c'est toujours mieux de s'injecter avec une seringue toute neuve, qu'avec un machin rouillé, tordu, etc. Et pour s'injecter, il faut une seringue, du coup tant qu'à faire, on prend une seringue propre, neuve. Ça paraît logique. Alors que pour avoir un rapport sexuel, non seulement c'est pas obligatoire d'avoir un préservatif, mais c'est même mieux si y en a pas... Donc le principe oui, puisque là aussi il ne s'agit jamais que d'une posture éthique, il n'y a pas de souci. Sauf que le rapport à l'outil est totalement différent. Et que ça aurait été une impasse que d'aller sur cette réflexion là plus en avant. Surtout qu'on n'avait pas d'outil de RdR. Si à l'époque on avait eu un gel microbicide ! On aurait dit, bon. Sauf que... On n'avait pas d'outil de RdR sexuels. On n'avait que des stratégies, quoi » (C. Andréo).

¹ « Sexe : comment réduire les risques », *Remaides* n°44, juin 2002, p.12

² « Ainsi, ce qui a été fait dans la RdR usages de drogues n'est pas transposable dans son entièreté mais offre un référentiel, une expérimentation, une démarche où il est question de sa propre relation au produit et/ou au sexe », extrait du discours de C. Caldéron (membre du CA de AIDES), lors de la Convention de Lille (2002).

Mais l'on peut également analyser les liens entre RdRs et RdR UD au regard de l'histoire de la construction des causes. Comme l'a montré G. Le Naour dans son travail sur la RdR UD (2010), la mobilisation autour de la RdR UD a suscité un consensus dans le milieu associatif sida (AIDES, Asud, MDM) qui a permis de la faire reconnaître par les pouvoirs publics en 1992/1993. L'édition et la large diffusion du guide « Savoir plus, risquer moins » par la Mildt en 1999 vient consacrer cette politique. De plus, Marseille a été historiquement, avec Paris, l'un des épicentres opérationnels et politiques de ce travail politique ; ce contexte local constitue une source d'inspiration stratégique pour les acteurs d'AIDES. Dans l'esprit des militants marseillais, le pragmatisme revendiqué dans les deux cas constitue un point d'appui qui devrait permettre de convaincre au-delà de l'association. Mais les premières réactions internes soulignent déjà que la tâche s'annonce difficile.

3.2.2. Tensions internes

Au sein d'AIDES, les tensions sont cependant vives. Le travail mené à Marseille suscite dès le départ une opposition dans le comité Provence. Par la suite, sa validation comme démarche nationale est sujet à débat, notamment avec le Conseil d'Administration, la direction politique de l'association.

Encadré 9 : Chronologie des débats internes à AIDES sur la RdRs (2000-2002)

- 25/26 mars 2000 : rencontre nationale « prévention en milieu gai et lesbien (PMGL) » à Evry, demande de mise en place d'un comité de pilotage sur les enjeux de prévention.
- 15 avril 2000 : lettre de mission du CN d'AIDES pour le « comité de pilotage HEE »
- Novembre 2000 : assises d'AIDES à Lyon, discours d'H. Rossert sur la notion de RdR
- 13/14 janvier 2001 : vote par le CN de la synthèse du comité de pilotage HEE
- Hiver/printemps 2001 : élaboration des flyers de RdRs à Marseille
- Juillet 2001 : pré test des flyers aux UEEH à Marseille
- Septembre 2001 : réunion nationale « PMGL », présentation des flyers
- Avril-Mai 2002 : évaluation des flyers dans un sauna de Marseille
- 8-11 Mai 2002 : Etats Généraux « Homosexualités et sida », présentation publique des flyers
- 28 juin 2002 : le Bureau national d'AIDES recommande des débats dans les groupes communautaires de l'association
- 25-27 octobre 2002 : convention nationale d'AIDES à Lille
- 17 novembre 2002 : résolution du CA d'AIDES sur la RdR sexuels

Comment convaincre ?

Localement, des désaccords s'expriment sur deux registres. D'une part, certains militants rejettent le principe de la RdRs. Celle-ci rend en effet explicite le fait que les risques de transmission et d'acquisition peuvent être assumés par des gais rencontrés sur le terrain. Une démarche qui implique de repenser le rôle du volontaire et la nature des conseils de prévention. L'un des militants « pro-RdRs » établit un parallèle entre l'adoption de cette démarche et la décision prise par AIDES au cours des années 1990 de distribuer des seringues dans ses locaux :

« Et je me rappelle que sur cette histoire de RdRs, ce à quoi on était confrontés en interne, mais vraiment « confrontés » c'est le terme, c'est à deux camps. Un petit peu comme cette histoire quand il a fallu qu'on mette à disposition des seringues... (...) ouvrir la porte à d'autres approches que le préservatif, ça sous entend accepter qu'il peut y avoir des contaminations, ce qui sous entend accepter que des mecs contaminent d'autres mecs. Donc il y avait un camp qui pouvait travailler là-dessus et accepter qu'il puisse y avoir des gais séropositifs qui contaminent, parce que c'était ça aussi le truc, on voyait ça comme ça ! Les gais séronégatifs qui ne mettaient pas le préservatif et qui se contaminaient, mais tu avais l'autre versant, c'est-à-dire le mec séropositif qui du coup n'utilisait pas le préservatif. L'entendre, c'était la base ! Si tu voulais commencer à travailler sur les messages, il fallait encore partager le postulat de départ. Pas le nier. Et tu avais l'autre groupe qui non seulement le niait, mais criait au scandale, « c'est des criminels, c'est des irresponsables », c'était ça » (P. Faver).

Ces désaccords trouvent une nouvelle légitimité à partir de l'été 2002, lorsque paraît l'article de *Têtu* et que les prises de position d'Act Up-Paris sur le sujet sont rendues publiques. Certains volontaires se retrouvent alors plus proches de l'approche actupienne de la prévention que de celles d'AIDES.

Le second registre de désaccord tient à la manière dont les responsables de l'association et le groupe de travail sur les flyers entreprend d'en faire la promotion interne. Ces derniers sont convaincus de la légitimité et du bien-fondé de l'approche de RdRs. Leurs affinités intellectuelles les amènent à considérer la question comme s'inscrivant « logiquement » dans la démarche de l'association. De plus, le sentiment de participer à un projet innovant et expérimental à l'échelle nationale leur apparaît comme un argument de poids dans les débats internes. Cependant, la dimension pédagogique de leurs discours est négligée, produisant des tensions entre une « élite » associative et une partie de la « base » militante.

« Et alors donc, en interne, ça se passe mal, quoi ?

En interne, ça chie, donc c'est un peu comparable à ce qui s'est passé sur le référendum européen, contre la constitution européenne...

D'accord, il y avait les « pour » et les « contre » ?

Oui, mais surtout, on s'y est pris comme des pieds ! C'est-à-dire qu'un petit groupe qui était Bruno Spire, moi-même, Maguet de Paris, Faver, Monvoisin, Andréo, on était un petit groupe à dire c'est une bonne idée, il faut s'y engager. Mais quand on a présenté ça de façon maladroite, les gens de l'asso l'ont vécu comme une imposition. Et donc plus nous on leur disaient « c'est ça qu'il faut faire », plus ils étaient rebelles. Je pense à la façon dont la parole a été prisonnière pour le vote sur la constitution européenne par une élite, qui a parlé à la place des autres et quand les autres se sont exprimés, ça a été un nœud. Parce qu'on avait l'impression que c'était trop plaqué. Et je crois qu'on s'y est mal pris » (T. Ruiz).

L'enjeu que constitue le changement de posture du militant sur le terrain (prescripteur vs accompagnant), analysé *a posteriori* par les acteurs interviewés n'est pas encore envisagé comme un frein à l'adhésion des militants à cette expérimentation.

« on était quelques uns à avoir foncé là dedans, à être convaincu que c'est ça qu'il fallait faire, et du coup on a sans doute manqué de pédagogie en interne. Il y a eu une réaction de rejet, de la part de volontaires, de permanents... ça a été dur. Mais parce qu'on a compris ensuite ce à quoi ça faisait écho. Notamment au positionnement des acteurs de prévention. Donc c'est ça, on a été obligé de déconstruire ça. Sur le coup, on n'a pas mesuré... on n'a pas mesuré l'effet que ça pourrait produire, à quel point ça pourrait déstabiliser des acteurs de prévention d'accepter le fait

de conseiller les personnes qui ne se protègeraient de toute façon pas. Voilà. Parce que c'était le cas. Et du coup de changer de discours entre eux : 'il faut mettre un préservatif' avec : 'tu en mets toi ? Tu en mets pas ? Tu devrais essayer de faire comme ça'... » (C. Andréo).

Cependant, du fait de l'absence de structuration d'une opposition interne à cette expérimentation, le désaccord se traduit le plus souvent par le départ des militants concernés. D'autres sont amenés à changer d'avis et sont finalement convaincus par l'approche de RdRs. De ce fait, il s'est avéré difficile de rencontrer des personnes ayant défendu une position hostile à la RdRs. Pour les initiateurs du débat, les résistances au projet s'expliquent du fait de la culture préventive sur laquelle repose l'action gaie depuis plusieurs années. Mieux dotés en capital social et culturel, occupant des postes de salariés ou d'élus, bénéficiant d'une forte légitimité interne, les acteurs qui promeuvent les flyers se situent eux-mêmes dans une posture d'avant-garde et d'innovation. Les tensions internes accréditent cette perception¹. L'opposition à la RdRs est alors perçue comme le révélateur d'une incapacité à remettre en question ses pratiques de terrain et à s'inscrire dans une réflexion plus complexe sur la prévention ; une forme de hiérarchisation militante s'établit donc implicitement, qui contribue à alimenter les tensions liées au projet en lui-même.

Un contexte interne complexe

L'initiative du comité Provence intervient dans une période marquée par le processus de « fusion » de la Fédération. Jusqu'en 2002, AIDES est en effet un regroupement de comités locaux qui représentent autant d'associations fédérées. Engagée à la fin des années 1990, à la suite d'une crise politique budgétaire qui a mis en péril l'association, la fusion consiste en la réunification des différents comités dans une structure associative unique, dotée de délégations régionales et départementales. Ce processus aboutit le 1^{er} janvier 2002. A l'exception notable du comité d'Ile de France qui conserve son autonomie, AIDES est dotée d'une structure juridique et politique unifiée. Durant les années précédentes, cette fusion a suscité de nombreux débats et tensions internes, notamment au sujet de la perte d'autonomie des comités. Sans prétendre surévaluer son caractère explicatif, cette restructuration interne constitue la toile de fond des débats sur la RdRs². Elle permet ainsi de mieux comprendre

¹ Pour C. Andréo, les personnes qui élaborent les flyers font figure de « *petit groupe d'initiés* ».

² Selon C. Andréo : « Il y a plein de choses [dans le débat sur la RdR], des choses qui appartiennent à AIDES, des choses qui n'appartiennent pas à AIDES. Ce qui n'appartient pas à AIDES, c'est le parisianisme. C'est-à-dire que c'est parti de Marseille, et à l'époque, l'Ile de France a un positionnement particulier et ensuite n'était pas dans le réseau. Donc du coup, il y a eu aussi quelque chose comme ça. On avait d'autres choses à fouetter en terme de restructuration de l'association aussi, c'est vrai que le poids entre organisation et réflexion de fond...

certaines des réactions de défiance manifestées par les militants de la nouvelle région « Rhône-Alpes Méditerranée » (RAM)¹, en particulier de la Délégation départementale des Bouches du Rhône, vis-à-vis du nouveau Conseil d'Administration d'AIDES.

Deux moments de vives tensions sont rapportés par les acteurs de la région RAM comme particulièrement illustratifs de ce décalage entre les militants marseillais et les représentants nationaux de l'association. Le premier a pour cadre la réunion d'information organisée à Paris par le Centre de Ressource et d'Information sur la Prévention du Sida (CRIPS) le 21 octobre 2002². Lors de cette journée, le président national d'AIDES, C. Saout présente la démarche développée à Marseille³. Il met en avant le fait que ces messages de RdRs ne constituent pas une campagne nationale de l'association, mais bien une expérimentation locale, dont l'évaluation est triplement limitée : géographiquement (dans un sauna marseillais), intellectuellement (il s'agit de démontrer « *l'absence de nocivité des brochures* ») et temporellement (durant 9 semaines). Pour certains des militants marseillais présents ce jour là, ces propos minimisent leur démarche.

« [fin 2002] très vite, on se sent un peu... isolé à Marseille du reste du réseau de AIDES, là aussi un autre souvenir, la journée du CRIPS, en octobre 2002, où C. Saout intervient, et où il désavoue en pleine... devant tout le monde, O. Maguet qui à l'époque est le responsable de l'action communautaire et qui pilote nationalement, qui lui est très soutenant dans cette démarche [des flyers]. Et C. Saout devant tout le monde désavoue un peu O. Maguet, au sujet de « est-ce que c'est une campagne de communication ? » ou « un outil de proximité pour aller au contact des gens ? ». Et voilà, je me souviens qu'il dit, quand un militant d'Act Up dit « pourtant O. Maguet nous a dit que c'était une campagne », là C. Saout répond : « O. Maguet peut bien répondre ce qu'il veut, c'est moi le président, et c'est ce que je dis qui compte ». Donc là encore, nouveau coup de massue et on se dit qu'on n'est pas du tout soutenus par le national » (D. Monvoisin).

D'un point de vue formel, la décision du CA d'AIDES de soutenir la diffusion de documents de RdRs n'intervient cependant que quelques semaines plus tard, le 17 novembre 2002⁴.

Le second moment de tension se déroule quelques semaines plus tard, lors de la Convention nationale d'AIDES qui a lieu à Lille les 25, 26 et 27 octobre 2002. Les enjeux de RdRs donnent lieu à plusieurs présentations, dont celle d'O. Maguet qui se concentre sur

l'harmonisation des pratiques entre les acteurs de AIDES partout en France, c'était encore plus dur à ce moment là. Voilà plutôt sur ce qui nous appartient » (entretien mars 2007).

¹ Issue du redécoupage d'AIDES, la région « RAM » (pour Rhône-Alpes Méditerranée), recouvre les régions administratives PACA et Rhône-Alpes.

² « Prévention des risques sexuels et/ou réduction des risques sexuels », 48^{ème} Rencontre du CRIPS, lettre d'information n°64 : http://www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre64/L64_0.htm.

³ Saout C., « Y a-t-il quelque chose de nouveau dans la prévention ? », texte de l'intervention lors de la rencontre organisée par le CRIPS, 21 octobre 2002, document interne.

⁴ « Proposition de résolution du conseil d'administration de AIDES sur la réduction des risques sexuels », présentée au CA du 17 novembre 2002, document interne.

l'émergence de la réflexion et des expérimentations au sein de l'association¹. Un incident se produit lors de la séance de clôture de la Convention, lors du discours de C. Saout. Constatant que la question de la RdRs n'est pas reprise dans les conclusions de la Convention, les militants marseillais réagissent vivement en l'enjoignant de ne pas l'éluder :

« Il faut dire que contrairement aux idées reçues, le cheminement dans AIDES a été long aussi ! Le fait est que je n'avais pas une lecture très claire de ce qui se passait au national. O. Maguet était très convaincu, je pense que le CA d'AIDES avait suivi ça de façon plus ou moins précise. Je sais qu'à la convention de Lille, ça avait quand même fait débat, parce qu'en séance plénière, l'approche de RdR avait disparu du premier jet de la synthèse, et qu'on s'est quand même manifesté de façon assez... assez vivement, pour que ce soit finalement au programme de la synthèse, ce qui a été fait » (C. Andréo).

L'élaboration des flyers de RdRs n'est pas sans susciter de vifs débats au sein même d'AIDES. Au travers de ces messages, c'est la posture d'exemplarité de l'intervenant de prévention qui est particulièrement mise en question. Mais ce processus politique de réflexion sur la prévention s'inscrit également dans le cadre d'une réorganisation structurelle de l'association, qui contribue au contexte de tensions internes. Enfin, à partir du printemps 2002, AIDES est confrontée à une forte opposition venue de l'extérieur, dont le principal acteur se trouve être Act Up-Paris.

¹ Maguet O, « La réduction des risques sexuels chez les gays : genèse et cadre d'un questionnaire sur la prévention du VIH chez les gays », *op. cit.*, Lille, 2002.

3.3. AIDES/Act Up-Paris, deux lectures divergentes de l'intérêt communautaire

La présentation des flyers de RdRs lors des Etats Généraux « Homosexualités et sida » en mai 2002 suscite une forte réaction de la part d'Act Up-Paris. La confrontation entre les deux associations connaît deux moments. Le premier, de juin à septembre 2002, marque l'émergence sur la scène publique d'un désaccord sur la RdRs. Début juin, les militants d'Act Up-Paris envoient un courrier au président d'AIDES, auquel celui-ci répond à la fin du mois. Cet échange de courriers est publié dans le Bulletin des volontaires d'AIDES au cours de l'été. A la même période, plusieurs textes paraissent : l'article de *Têtu* (cosigné par l'un des militants de la commission prévention d'Act Up-Paris, X. Héraud), mais également un article dans *Action* en juillet. Le numéro d'été de *Remaides* est consacré à la prévention et aux risques sexuels ; puis, à la fin du mois d'août, C. Saout publie une tribune dans *Libération*, à laquelle répond une tribune d'Act Up-Paris quelques jours plus tard. La publicisation de la controverse hors du cadre militant, dans les colonnes de la presse généraliste, marque une étape importante dans la structuration de l'espace des postures associatives. S'en suit un second moment de débat, caractérisé par des confrontations en présence d'autres acteurs (les rencontres organisées par le CRIPS et « l'AG de la prévention » d'Act Up-Paris). Dès lors, le débat est durablement installé et les fondements argumentatifs du différend sont établis. Je m'intéresserai ici plus particulièrement au premier moment de controverse, durant lequel les divergences argumentatives s'élaborent. Notons que les deux associations partagent des critiques communes, notamment concernant le faible engagement de l'Etat dans des campagnes ciblées au début des années 2000¹. Mais la différence d'appréciation du phénomène de bareback et des enjeux communautaires de la prévention est radicalisée par la controverse publique et la mise en symétrie des positions de chacun des acteurs.

¹ Pour C. Saout : « Les messages [de prévention] ont été variés, du plus consensuel au plus osé, pas trop osé mais suffisamment pour encourir la censure d'Etat. Et ça a marché certes mais pas en isolation. Ceci a du être accompagné d'actions de proximité destinées à des populations vulnérables (...). C'est avec cette stratégie que notre pays a obtenu ce qu'il faut bien appeler un 'cantonnement' de l'épidémie. Mais une épidémie cantonnée n'est pas, loin de là, éradiquée : la France enregistre quelque 5000 nouvelles contaminations par an ! » (Tribune *Libération* août 2002). Selon J Devery : « Depuis plus de trois ans, Act Up-Paris alerte les pouvoirs publics sur la reprise des pratiques à risque (...) Dans ce domaine, la démission des pouvoirs publics par l'absence, la nullité ou la censure des campagnes publiques a joué un rôle prépondérant » (Tribune *Libération*, septembre 2002).

Je me pencherai dans un premier temps sur la construction d'une opposition publique entre la prévention et la RdRs, en particulier à travers les références mobilisées par les deux associations. Je reviendrai ensuite sur les caractéristiques des discours de prévention des deux structures et les divergences politiques qui les fondent.

Encadré 10 : Chronologie des débats publics sur la RdRs (2002)

- 8-11 Mai 2002 : Etats Généraux « Homosexualités et sida », présentation publique des flyers
- 10 juin 2002 : courrier d'Act Up-Paris à C. Saout (AIDES)
- 29 juin 2002 : réponse de C. Saout à Act Up-Paris
- Juin 2002 : dossier de *Remaides* « Le sexe, le risque et nous (et moi ?) »
- Juillet 2002 : article d'*Action* : « Sexe : de la prévention, pas de la réduction des risques »
- Juillet/Août 2002 : article de *Têtu* « Le mensonge de l'été »
- 30 août 2002 : tribune de C. Saout dans *Libération* : « Repenser la prévention du sida »
- 6 septembre 2002 : tribune de J. Devemy (Act Up-Paris) dans *Libération* : « La capote, rien que la capote »
- Septembre 2002 : article d'*Action* : « C'est officiel, Aides ne fait plus de la prévention, mais de la réduction des risques »
- Septembre 2002 : éditorial de *Remaides* de C. Saout : « Réduire tous les risques »
- Septembre 2002 : éditorial de Gilles Pialoux dans *Transcriptase*, article de B. Spire et F. Lert « Stratégies de réduction des risques chez les homosexuels »
- Octobre 2002 : article de D. Lestrade dans *Têtu* : « Prévention : l'été de tous les dangers »
- 21 octobre 2002 : 48^{ème} journées du CRIPS « Prévention des risques sexuels et/ou réduction des risques sexuels » à Paris
- 22 octobre 2002 : « AG de la prévention », organisée par Act Up-Paris

3.3.1. « Tout capote » vs RdRs ? La construction d'une opposition

La première phase de la controverse contribue à une forme de radicalisation des points de vue, qui aboutit à un clivage entre prévention et RdRs. Cependant, au départ, les positions ne sont pas strictement antagoniques. Ainsi, dans le courrier signé par X. Héraud et A. Bessaha,

envoyé à AIDES début juin 2002¹, puis dans la tribune publiée dans *Libération* en septembre², les militants d'Act Up-Paris, tout en critiquant l'approche de RdRs, ne l'invalident pas totalement. C'est la diffusion de messages écrits et donc potentiellement délivrés sans accompagnement qui est d'abord en cause :

« ces flyers participent d'une confusion des genres entre la prévention sur le terrain, pendant laquelle il est possible d'aborder tous les aspects de la prévention, et la prévention faite par brochures ou flyers (...) Selon nous, il est totalement inconscient de délivrer un message type 'réduction des risques' sans le moindre discours d'accompagnement, qui rappellerait par exemple que le préservatif est le meilleur moyen de se protéger contre le VIH » (Courrier juin 2002).

De plus, la mise en cause de l'association porte sur la position de l'émetteur du message, en l'occurrence une association reconnue de la lutte contre le sida. L'autorité morale d'AIDES est mise au service d'une approche qui dessert la prévention : « *nous ne pensons pas qu'entretenir [l'oubli du préservatif], même avec les meilleures intentions du monde, soit le rôle d'une association de lutte contre le sida* » (Tribune *Libération*, septembre 2002). La radicalisation de la position d'Act Up-Paris prend la forme d'une mise en cause de l'approche d'AIDES. Ainsi, le texte même des flyers fait l'objet de vives critiques. L'affirmation, inscrite au dos des documents édités à Marseille, que le préservatif est « le meilleur moyen de se protéger » est interprétée comme une volonté de minimiser l'utilité de ce mode de protection³. A l'inverse, les militants d'Act Up-Paris soulignent la nécessité de renforcer la promotion du préservatif :

« Les modes de contamination n'ont pas changé, pas plus que les moyens de se protéger. Pourquoi vouloir mettre en place un discours encourageant les relations sexuelles non protégées ? La reprise des pratiques à risque constitue un véritable drame pour toutes les associations de lutte contre le sida. Mais remettre en cause la place du préservatif dans la prévention, c'est apporter une mauvaise solution au problème ».

Le discours de l'association insiste donc sur la menace que fait peser la démarche de RdRs dans un contexte de recul des comportements de prévention. Dans les articles publiés dans *Action* en juillet, le propos se fait même menaçant : « *si [elle] persiste dans cette voie, nous la considérerions désormais, sur le plan de la prévention, comme un ennemi* ». C. Saout, dans un courrier de réponse (juin 2002)⁴, puis dans la tribune publiée dans *Libération* (août 2002)⁵, met l'accent sur les limites de l'expérimentation marseillaise. Il explique notamment que

¹ Courrier adressé à C. Saout le 10 juin 2002, signé par X. Héraud (responsable de la commission prévention) et A. Bessaha (vice-président)

² Devemy J., « La capote, rien que la capote », *Libération*, 6 septembre 2002.

³ « Sexe : de la prévention, pas de la réduction des risques », *Action* n°81, juillet 2002.

⁴ Courrier adressé à X. Héraud et A. Bessaha le 29 juin 2002, signé par C. Saout, président d'AIDES.

⁵ Saout C., « Repenser la prévention du sida », *Libération*, 30 août 2002.

l'usage des messages de RdRs est envisagé comme une démarche strictement encadrée. De plus, il rappelle que l'approche de RdRs n'est pas exclusive de la promotion du préservatif¹. Il distingue ainsi des niveaux de prévention :

« Quel est ce nouveau discours ? L'affirmation conjointe que le préservatif reste le moyen le plus efficace de prévention en même temps que l'évocation d'attitudes moins protectrices quand on ne peut faire autrement » (Courrier, juin 2002).

L'argumentation d'AIDES porte enfin sur la posture des acteurs de prévention. C. Saout fonde la légitimité de l'approche de RdRs de l'association dans la revendication d'une proximité de ses militants avec les difficultés rencontrées par les gais dans la prévention :

« A AIDES, nous avons choisi de reconnaître ces prises de risques et de nous mettre au travail pour voir comment on peut intervenir en direction de et avec ces personnes pour qu'elles évaluent leurs risques et qu'elles puissent ensuite les réduire dans leurs rapports sexuels. Nous travaillons dans un espace balisé par, d'un côté les 100% capote, et de l'autre l'absence de précaution » (Tribune *Libération*, août 2002).

En renvoyant la position d'Act Up-Paris à une revendication du « 100% capote » ou du « tout capote », le discours d'AIDES met en exergue l'opposition qu'elle perçoit entre le « pragmatisme » de son approche et le « dogmatisme » de l'association parisienne.

Les références : expériences étrangères et expertise scientifique

Dans les débats sur la RdRs, la question des références sur lesquels s'appuient les différentes approches est un enjeu majeur. Deux registres sont mobilisés par les acteurs : les expériences étrangères et l'expertise scientifique. La manière dont les militants se positionnent dans ces débats n'est pas sans rappeler « l'épidémiologie populaire » (Brown 1992) analysée dans les cas de signalements de clusters de leucémie par des acteurs profanes aux Etats-Unis². En l'occurrence, l'enjeu pour les associations n'est pas tant de faire reconnaître un problème

¹ Dans le courrier de juin 2002, C. Saout explique : « nous n'avons pas varié : nous sommes convaincus que l'utilisation du préservatif avec du gel lors de chaque rapport de pénétration doit rester la norme de référence (...) Il n'est pas question pour nous de diffuser ce type de message dans le grand public (1^{er} niveau de la prévention), mais de le diffuser, si l'évaluation finale le crédite, vers des publics ciblés (2^{ème} niveau), et de le porter en discussion dans des entretiens de prévention sur les stratégies individuelles de chacun (3^{ème} niveau) » (Courrier).

² L'épidémiologie populaire est définie comme : « le processus par lequel des profanes rassemblent des données scientifiques et d'autres informations, et orientent et mobilisent la connaissance et les ressources des experts pour comprendre l'épidémiologie et la maladie. Dans certaines de ses actions, l'épidémiologie populaire est analogue à l'épidémiologie scientifique (...). Toutefois, l'épidémiologie populaire est plus qu'une participation publique à l'épidémiologie traditionnelle, dans la mesure où elle met en avant les facteurs sociaux et structurels comme une composante de la chaîne causale de la maladie. De plus, elle implique des mouvements sociaux, utilise des approches politiques et judiciaires et remet en cause les postulats de base de l'épidémiologie traditionnelle, de l'évaluation des risques et des réglementations de santé publique » (Brown 1992, 269), cité et traduit par Calvez (2009).

ignoré par les autorités et la santé publique, que de faire valoir leur analyse – et leurs réponses politiques – à l’augmentation des pratiques sans préservatif chez les gais. Les données épidémiologiques sont donc moins en cause que leurs interprétations différentes ou divergentes. Dans ce cas, les principaux débats ont lieu entre « profanes », qui forment des « *collectifs de pensée* » (Calvez 2009), structurés autour des associations. Les arguments mobilisés mettent en jeu l’expérience (de la sexualité ou du terrain) et des conceptions différentes de la responsabilité et du lien communautaire.

Les expériences étrangères constituent pour AIDES une référence importante dans le travail d’élaboration des flyers. Dans ce cadre, les militants du Comité Provence mettent à profit leur connaissance des initiatives associatives anglo-saxonnes (Etats-Unis et Angleterre). Le recours à ces exemples procède d’une stratégie explicite pour démontrer que l’isolement relatif d’AIDES en France n’a pas son équivalent à l’échelle internationale : « *un tour sur l’Internet permet de voir plusieurs sites d’associations de lutte contre le sida en Europe lancer des messages identiques aux messages de réduction des risques d’AIDES. Et avec bon sens* » (Tribune *Libération*, août 2002). Cela leur permet dès lors d’adopter une posture critique vis-à-vis d’une forme d’isolationnisme du milieu de la lutte contre le sida en France. De la même manière qu’au sein de l’association les militants hostiles à la RdR sont perçus comme incapables de penser une approche complexe de la prévention, les acteurs associatifs français sont renvoyés à leur « retard » idéologique au regard du contexte international. C. Saout explique ainsi que dans d’autres pays, le mouvement de lutte contre le sida a déjà fait « *son aggiornamento* »¹ en matière de prévention. Là encore, le procédé se rapproche des stratégies employées dans le cadre des mobilisations en faveur de la RdR UD : les acteurs ont alors fait référence aux expériences européennes pour appuyer leur démarche (Le Naour 2010). Du côté d’Act Up-Paris, ces références aux exemples étrangers font l’objet de fortes critiques. Il leur est principalement reproché de ne pas accorder assez d’attention aux contextes épidémiques des différents pays concernés. Pour D. Lestrade, ces différences invalident la pertinence de ces comparaisons² :

« Cette idée de réduction des risques existe dans certains pays du nord de l’Europe, où l’incidence est historiquement plus basse. (...) Quand Christian Saout prend exemple sur d’autres pays, il devrait comparer ce qui est comparable ».

¹ Saout C., « Réduction des risques sexuels : des positions divergentes entre AIDES et Act Up-Paris », *Le Bulletin des volontaires* n°1, été 2002.

² Lestrade D., « Prévention : l’été de tous les dangers », *Têtu* n°, octobre 2002, p.14

Et c'est en effet sur le terrain de la lecture et de l'analyse des données épidémiologiques que le débat va progressivement se déplacer.

Le rôle de contre-expertise scientifique est une caractéristique forte de l'identité associative d'Act Up-Paris (Barbot 2002). Il s'est élaboré notamment au sein du TRT5¹, mais les compétences des militants relèvent également du travail effectué par la commission « Traitement/Recherche » de l'association (Lestrade 2000). Dans ce cadre, deux critiques principales sont formulées vis-à-vis de la RdRs. D'une part, l'approche statistique et probabiliste du risque, sous-jacente dans la notion de « réduction » des risques est mise en cause. Elle contrevient particulièrement à la conception politique de l'association, qui pose comme principe qu'aucune contamination n'est « tolérable » : « *ces flyers participent d'une confusion des genres. On y mélange risques réels de contamination et risques statistiques en affirmant : sans capote, plus il y a de mecs, plus il y a de risques* » (Action n°81). D'autre part, les critiques portent sur la fiabilité des données scientifiques sur lesquelles s'appuie l'argumentaire d'AIDES. L'enquête d'évaluation menée dans un sauna marseillais est particulièrement mise en cause. La publication des résultats dans *Transcriptase*, cosignée par B. Spire et F. Lert², est perçue comme une légitimation abusive :

« Si ce paradigme nouveau [de la RdRs] est accepté, il doit l'être à partir d'études fiables, et non à partir de pseudo enquêtes menées en région PACA. On a assez subi de pratiques médicales imposées un peu n'importe comment par la science et l'industrie pharmaceutique pour ne pas reproduire les mêmes systèmes dans la prévention du sida » (*Têtu*, octobre 2002).

Les enquêtes issues de la littérature scientifique internationale sur lesquelles s'appuient AIDES sont également passées au crible de la critique. Pour les militants d'Act Up-Paris, ces données, issues principalement de travaux socio-comportementaux, n'apportent pas un niveau de preuve suffisant pour autoriser la promotion de stratégies alternatives au préservatif. De ce fait, en cohérence avec la démarche de contre-expertise développée en interne et au TRT5, Act Up-Paris se réfère aux recommandations élaborées par le groupe d'experts sur le traitement du VIH, publiées dans le « rapport Delfraissy »³ :

« Le rapport Delfraissy de 2002, qui établit les recommandations thérapeutiques en France est formel sur ce point : 'Le discours de prévention doit être simple : seuls les préservatifs, qu'ils soient masculins ou féminins, protègent du VIH et des principales infections sexuellement transmissibles. Cette évidence doit être rappelée'. AIDES fait partie du groupe d'experts qui a mis

¹ Le TRT5 est une structure interassociative fondée en 1992 avec l'objectif de constituer une contre-expertise face aux essais thérapeutiques menés par les laboratoires et de faire entendre l'intérêt des patients.

² Directrice de recherche en santé publique à l'INSERM

³ Rapport d'experts publié tous les deux ans, qui produit des recommandations pour la prise en charge du VIH. Ses groupes de travail regroupent chercheurs, cliniciens et militants associatifs.

au point ces recommandations. Comment la plus importante association de lutte contre le sida en France peut-elle se contredire sur un sujet aussi fondamental et grave ? » (*Têtu*, octobre 2002).

Act Up-Paris se réfère à l'expérience accumulée dans le domaine thérapeutique. L'analyse de la RdRs s'inscrit donc dans un travail **d'épidémiologie critique** mené par l'association dans d'autres champs de la recherche.

Parmi les enquêtes sur lesquelles s'appuient AIDES, les travaux australiens de l'équipe dirigée par S. Kippax sont largement cités. J'ai également évoqué précédemment le rôle joué par les présentations de P. Adam dans certaines réunions de l'association. Mais le rapport à l'expertise n'est jamais mobilisé isolément des expériences de terrains. En découle une lecture des données socio-comportementales qui n'est pas strictement liée aux critères de validité scientifiques :

« Nous ne sommes pas des chercheurs, ni des épidémiologistes, ni des sociologues. En ce sens, nous n'avons pas à attendre que des séries d'enquêtes et de recherches successives viennent conforter les stratégies de RdR sexuels ou mesurer leur impact. Dans la mesure où a minima la non nocivité de ce type d'action est montrée, rien ne devrait nous empêcher d'aller plus loin. Nous sommes ainsi en plein dans notre rôle (à la différence de celui de l'Etat) qui est celui d'un mouvement à l'écoute de ce qu'attendent les personnes infectées, affectées et concernées par le VIH » (La prévention chez les homosexuels, *op. cit.*, 2002, p.32).

L'association se positionne là encore en décalage avec la qualification « d'intolérable » avancé par Act Up-Paris concernant le risque de contamination. Le discours de RdRs combine une approche populationnelle et une approche compréhensive du risque. Populationnelle, au sens où les bénéfices des stratégies de RdRs sont envisagés à l'échelle d'une réduction de l'incidence, et non pas au regard d'une annulation du risque. Compréhensive, car cette lecture prend en compte les bricolages préventifs constatés sur le terrain et parmi les militants de l'association. L'argumentation met en cause le recours des adversaires de la RdRs à l'épidémiologie « *institutionnelle* » :

« Pourquoi les homosexuels confrontés à des risques de transmission du VIH dans leur sexualité se verraient privés d'une information que l'on a accordée aux séropositifs par rapport à la gestion de leurs traitements ou aux couples hétérosexuels par rapport à leur désir d'enfant ? (...) [Cette attitude de refus] est d'autant plus grave quand elle émane d'acteurs de la lutte contre le sida qui font référence à la norme institutionnelle. C'est exactement la situation actuelle d'Act Up qui dénonce le mensonge des informations portées sur les flyers de RdR sexuels, la véracité étant selon elle inscrite dans le rapport Delfraissy (la norme institutionnelle, en l'occurrence) » (*ibid.*, p.26).

Les flyers de RdRs développés par le comité Provence s'appuient donc sur une articulation des constats de terrain et des données issues de travaux scientifiques. B. Spire, virologue et chercheur en santé publique à l'INSERM, connaît les publications sur le sujet. Il s'en sert

pour étayer l'argumentaire développé par l'association. Les messages inscrits sur les flyers ne s'appuient cependant pas tous sur des données objectivées¹. Les enquêtes épidémiologiques rendent compte des pratiques de « retrait » avant éjaculation. Si son efficacité est difficile à établir, son appropriation par les gais est démontrée dans les enquêtes (Richters et al. 2000). La baisse de l'infectiosité liée à une charge virale indétectable est considérée à l'époque comme une donnée effective, même si elle reste difficile à démontrer à l'échelle d'enquêtes comportementales (Katz et al. 2002). Dans les enquêtes australiennes, la stratégie de *positioning* (actif/passif) en fonction du statut ressort comme étant utilisée pour réduire le risque dans les relations sérodifférentes (P. Van de Ven et al. 2002). La présence d'IST augmente le risque de transmission/acquisition du VIH. La baisse du nombre de partenaires fait également partie des premières stratégies de diminution du risque. Enfin l'utilisation de gel pour réduire les lésions (anales ou génitales) est considérée comme relevant du « bon sens » dans l'argumentaire d'AIDES. Au cours de l'année 2002, le travail de P. Adam, sociologue à l'Institut de Veille Sanitaire, en charge des EPG, nourrit également la réflexion de l'association. Lors d'un séminaire sur la prévention gaie organisé par l'association à Paris en septembre 2002, ce dernier présente les données issues d'enquêtes australiennes sur le lien entre la charge virale indétectable et les comportements de « *positioning* » dans les relations sérodifférentes. Il suggère l'existence de telles adaptations dans l'échantillon de l'EPG, sans pouvoir en déterminer le caractère stratégique ou intentionnel. En ce sens AIDES développe une **épidémiologie ancrée** qui mobilise les données scientifiques autant que les expériences de terrain. La manière de constituer les analogies distingue les deux associations : Act Up-Paris s'inscrit dans une tradition de contre-expertise vis-à-vis du monde médical, forgée dans le domaine thérapeutique ; AIDES met pour sa part en parallèle la prévention des risques avec l'observance des traitements, la RdR de l'usage de drogue ou encore la Procréation Médicalement Assisté (PMA) pour les couples sérodifférents. Le recours à l'expertise constitue dès lors un nouvel espace d'affrontement. Cette orientation stratégique du débat sur le terrain scientifique fait l'objet de critiques rétrospectives au sein d'AIDES².

¹ O. Maguet : « l'ensemble des informations apportées dans ces publications de RdR (car rappelons qu'il s'agit avant tout d'informations) sont corroborées par des faits et des études scientifiques (sauf pour le gel réduisant les lésions, mais c'est une question de bon sens) » (*op. cit.*, 2002, p.31)

² Pour C. Saout : « personne ne voit à l'époque d'ailleurs l'ambiguïté de ce positionnement adossé à de la science. Dans le sens où science contre science, je ne sais pas ce qu'on gagnera. On aurait peut-être mieux fait de dire : « on fait de la RdR parce que c'est notre conviction politique », plutôt que de dire, « c'est la science qui le détermine ». Sauf que de l'autre côté tu trouveras d'autres éléments de preuve construit de façon scientifique

De part et d'autre, l'interprétation croisée des discours procède d'une mise en opposition symétrique et conflictuelle des points de vue. Au travers du conflit associatif s'élabore ainsi une opposition, qui va structurer le débat durant les années suivantes, entre la démarche de « prévention » et celle de « RdRs ».

3.3.2. Deux approches divergentes de la prévention

La controverse publique qui oppose Act Up-Paris et AIDES au cours du second semestre 2002 au sujet de la prévention n'est pas sans précédent. A la fin des années 1980 s'opposent déjà les options universalistes et communautaires portées par les deux structures. Cependant, les termes en sont significativement renouvelés au début des années 2000. L'irruption du bareback dans le répertoire des discours sur la prévention a profondément transformé le champ des propos « dicibles » concernant les prises de risque sexuel. En permettant l'expression du risque sur un autre mode que la contrition, ce discours rend possible la divulgation d'une variété de pratiques et des difficultés de prévention, comme l'illustre le processus à l'œuvre dans AIDES. Il fige une posture minoritaire de « revendication » du risque. Plus fondamentalement, la tension entre « universalité » et « identité homosexuelle » n'est plus centrale dans les débats. De manière transversale, c'est ici autour de la définition de l'intérêt communautaire et de la défense d'un modèle de « *communauté morale* » (D. Fassin 2009) que se nouent les tensions. J'analyserai ici les deux grands enjeux autour desquels les associations se confrontent : le premier porte sur l'impact du passage à l'écrit des messages de RdRs. Le second concerne l'attribution de risques de contamination à l'une ou l'autre des approches.

Le passage à l'écrit

La question de l'écriture de messages de RdRs est au cœur de la controverse associative. Elle constitue en effet la principale nouveauté de la démarche d'AIDES. Car comme l'explique Y. Ferrarini, le président de Sida info Service (SIS)¹ lors de la journée du CRIPS d'octobre 2002² :

(...) pour te dire l'inverse... Donc science contre science, je ne suis pas sûr que sur une question qui soit celle des comportements on gagne » (entretien avril 2007).

¹ Sida Info Service : ligne d'écoute et d'information sur le VIH créée en 1990, financée par les pouvoirs publics.

² Intervention d'Y. Ferrarini, 48^{ème} rencontres du CRIPS « Prévention des risques sexuels et/ou réduction des risques sexuels », *op. cit.*

« à SIS, la réduction des risques sexuels ne nous pose aucun problème. Nous en faisons depuis toujours car nous sommes là pour aider les gens dans des stratégies de prévention. Mais nous sommes privilégiés car ce sont les personnes qui nous appellent. Cela favorise l'entretien car l'interlocuteur est demandeur de dialogue ».

Selon ce dernier, ce n'est pas la démarche qui est en cause, mais le « *passage de l'oral à l'écrit qui renvoie à une injonction sans prendre en compte le contexte, et le passage du niveau individuel à la communauté* ». La critique d'Act Up-Paris porte, de manière plus marquée, sur l'enjeu du passage à l'écrit de la RdRs. Pour l'association, la diffusion de documents porteurs de recommandations ne préconisant pas d'abord l'utilisation du préservatif est un facteur de confusion des messages et d'incitation :

« Ces flyers participent d'une confusion des genres, entre ce qui relève de la prévention sur le terrain, pendant laquelle il est possible d'aborder tous les aspects des contaminations au cours d'un dialogue, et la prévention faite sur des supports écrits. Délivrer un message de type « réduction des risques sexuels », faits de slogans, sans le moindre discours d'accompagnement clair est totalement inconscient. La diffusion de ce type de message risque de généraliser une nouvelle norme de comportements sexuels qui exclut d'emblée le préservatif : on « gérera les risques » plutôt que de les prévenir en utilisant une capote. Le préservatif passe ainsi au second plan des préoccupations, alors que, pour nous, il doit rester au premier plan de tous les discours et les comportements de prévention » (courrier, juin 2002).

Là encore, la source du désaccord réside dans des conceptions divergentes de la posture des acteurs. Pour Act Up-Paris, l'écrit représente un message autorisé, fondé sur la transmission de connaissances objectivées sur le risque. En ce sens, la démarche d'AIDES est, pour ces militants, doublement discutable : il s'agit de promouvoir des stratégies alternatives au préservatif (qui devrait rester le message principal) reposant sur des données scientifiques peu étayées (comme l'évaluation dans le sauna marseillais). De plus, la promotion de la RdRs met à mal le consensus communautaire sur la nécessité de se protéger. Dans le contexte des débats avec G. Dustan, cette orientation est analysée par Act Up-Paris comme donnant quitus aux défenseurs du bareback¹.

Pour AIDES, la prévention participe d'une logique de proximité. L'objectif est à la fois tactique et stratégique. Il s'agit non seulement de faire connaître la position « non-moraliste » de l'association mais aussi de rendre visible une réalité vécue par des usagers et des militants dans un contexte où le débat sur le bareback sature l'espace militant de la lutte contre le sida. Pour les militants du comité Provence, les flyers constituent un support circonstanciel à cette démarche. Avec le passage à l'écrit de la RdRs, l'enjeu est de donner aux gais ayant – plus ou moins régulièrement – des pratiques sans préservatifs, l'accès à des connaissances étayées sur

¹ Dans *Action* n°81 : « Dustan s'est aujourd'hui trouvé un allié objectif auprès de certains acteurs de prévention... de AIDES ».

la hiérarchisation des risques. Les fortes résistances qui s'expriment – à l'interne comme à l'extérieur d'AIDES – confortent leur lecture du problème, et la nécessité d'affirmer un modèle d'action pragmatique.

« Ce qu'on nous a reproché, c'est le passage à l'écrit : vous pouvez le dire mais vous ne pouvez pas l'écrire, en gros. C'était : « vous ne pouvez pas écrire ça ». Ce qui est lourd de sens... Que le passage à l'écrit de ce genre de messages, ce n'était pas un truc anodin, ça je veux bien l'admettre. Mais en attendant, je refuse de rentrer dans cette hystérie sur le fait que, avec une série de flyers, tu changes tes comportements. C'est impossible ! Sauf que c'était : si jamais vous avez l'occasion d'avoir un entretien avec un gai, dans un coin reculé de la France, qui veut pas mettre de capote, là vous pouvez lui conseiller certaines choses, mais surtout ça ne sort par de là... Je veux dire, on prend les gais pour des cons, déjà, c'est supposer que les gais ne se parlent pas, qu'ils n'ont pas accès à internet, donc c'est une vision un petit peu... bizarre » (C. Andréo).

Ces débats sont, pour les militants qui s'y impliquent, l'occasion de réactiver un clivage politique avec Act Up-Paris (perçue comme trop idéologue) et de positionner AIDES comme une association innovante. L'association ne nie cependant pas que les messages puissent engendrer de la confusion et inciter à la prise de risque. Elle y consacre d'ailleurs une part importante de son argumentaire interne¹.

Encadré 11 : L'approche de RdRs d'AIDES, objet d'enquête ?

L'évaluation d'un outil de prévention tel que les « flyers » est évidemment très complexe. D'une part, on peut difficilement connaître avec précision combien d'entre eux ont été effectivement distribués sur le terrain. D'autre part, dans le cadre de la controverse, les documents ont été accessibles dans la presse (*Têtu*) et sur internet. Enfin, les remontées de terrain n'ont, à ma connaissance, pas donné lieu à une analyse systématique de la part d'AIDES.

Pour autant, deux perspectives de recherche ont mis en œuvre des approches évaluatives. La première procède d'une analyse de la prévalence de ces pratiques chez les gais. À partir des données l'EPG 2004, A. Velter a extrait une analyse spécifique des « *pratiques de RdR* » (2007, 26–9). Cette analyse relève d'une reconstruction *a posteriori*, à partir des réponses recueillies. En effet, dans l'enquête, aucune question ne portait sur l'éventuelle dimension stratégique de ces pratiques en terme de minimisation du risque VIH ; on ne peut donc pas savoir si les répondants les envisagent comme telle ou non. La sélection de ces items analysés concerne les pénétrations anales non protégées ; elle est directement inspirée des messages diffusés par AIDES : le choix de partenaires séroconcordants, l'adoption exclusive d'un rôle insertif ou réceptif (« *positioning* »), la pratique du retrait avant éjaculation, l'utilisation de gel et le fait d'avoir une charge virale indétectable. Dans les relations stables, le non-usage du préservatif est très fortement associé à la séroconcordance, pour les

¹ La prévention du sida chez les homosexuels, *op. cit.*, 2002, partie 4.2.2 : « Les difficultés et les critiques liées au passage à l'écrit », p.24-27

séronégatifs comme pour les séropositifs. Concernant la séroadaptation avec des partenaires occasionnels (« serosorting », dans le rapport), l'auteur constate son augmentation chez les séronégatifs depuis 1997 : 19% vs 27% ; il n'y a pas d'évolution significative chez les répondants séropositifs. Pour le « positioning », si les séronégatifs sont plus susceptibles d'avoir un rôle exclusivement insertif, aucune évolution n'apparaît dans le temps. La pratique du retrait avant éjaculation est en baisse depuis 1997, quelque soit le statut sérologique et indépendamment du type de partenaire (stable ou occasionnel). L'usage de gel lors des relations anales est largement répandu, mais rien n'indique qu'il soit associé à une visée préventive. Enfin, si 66% des répondants séropositifs déclarent avoir une charge virale indétectable, aucun résultat significatif n'apparaît sur le plan du potentiel usage préventif de cette donnée. En conséquence, selon A. Velter, la question de la mise en œuvre de « *stratégies de RdR* » appelle une réponse « *mitigée* » : contrairement aux données internationales, « *les résultats de l'EPG ne permettent pas de conclure à la réelle existence de telles stratégies* » en France.

La seconde perspective de recherche est initiée en 2004 à Toulouse, par JT Le Talec et des militants d'AIDES et prend comme support les flyers en eux-mêmes (2008). Elle consiste à évaluer la compréhension et l'acceptabilité de ces documents auprès d'un échantillon d'hommes rencontrés lors des actions de l'association (n = 40), au travers d'une approche principalement qualitative (entretiens et groupes de parole). En découle une analyse, message par message, qui isole trois groupes de répondants : rejet total, acceptation partielle, acceptation totale. Pour la plupart des répondants, les messages de RdRs sont majoritairement inadaptés ou dangereux : au regard de leurs pratiques et de leur perception du risque, l'usage du préservatif doit rester la norme de prévention. Seule une minorité revendique une adhésion à la philosophie des messages, en lien avec des pratiques plus ou moins régulièrement non protégées.

Les résultats de l'enquête sont présentés au Groupe National HEE à l'automne 2008 et au CA début 2009. Cependant, du fait du temps écoulé depuis l'édition des flyers, l'association ne fait pas usage des données. L'enquête, si elle donne lieu à un rapport en 2008, ne fera donc pas l'objet de plus de valorisation, à l'interne ou à l'externe d'AIDES.

Attribuer les nouvelles contaminations ?

Le clivage associatif s'exprime également sur le terrain moral : la radicalité d'Act Up-Paris ou la souplesse d'AIDES pourraient déboucher sur une augmentation des prises de risque. Dans l'histoire de la prévention du sida, on l'a vu dans le premier chapitre, l'imputation de la responsabilité des contaminations est fréquemment utilisée. Dans les discours d'Act Up-Paris, elle a servi à mettre en cause un Etat jugé défaillant, notamment à travers l'AFLS. Elle est également employée pour dénoncer l'inaction politique. Ces arguments ont été utilisés

pour réclamer l'ouverture au public du dispositif de traitement post-exposition (1998), jusqu'alors réservé aux professionnels de santé (Paicheler 2007). Dans cette logique, chaque contamination par le VIH constitue un événement intolérable. Cet ancrage moral permet de réaffirmer la dimension proprement « humaine » de la maladie face aux logiques populationnelles de l'épidémiologie ou de la santé publique. Dans le cas de la RdRs, les militants d'Act Up-Paris emploient cet argument pour délégitimer la démarche d'AIDES :

« Il ne s'agit donc plus de prévention mais d'information sur des probabilités de contamination : « telle pratique est moins risquée que telle autre ». Un flyer explique par exemple que sans capote, « enculer » est moins risqué que « se faire enculer ». Le postulat de départ de ce discours est une pratique contaminante (sans capote). En tant qu'association de séropositifs, nous ne pouvons l'accepter. Pour nous, il n'y a pas de risque « tolérable » de contaminer ou de se faire contaminer. C'est pourtant ce que défendent plus ou moins explicitement les partisans de la réduction des risques » (Tribune *Libération*).

La démarche politique de l'association est donc clairement affirmée : en défendant la norme d'usage du préservatif, il s'agit de renforcer les capacités préventives des membres de la communauté gaie.

Pour AIDES, l'enjeu moral n'est pas le même. Après près de vingt ans d'épidémie, il est difficile de maintenir un usage régulier du préservatif avec leurs partenaires occasionnels. Dans le même temps, les données épidémiologiques indiquent un « cantonnement » de l'épidémie autour de 5000 nouvelles contaminations annuelles. Du fait de la prévalence élevée du VIH dans cette population, il est admis que certains gais risquent d'être infectés. Il n'apparaît alors pas concevable de culpabiliser les personnes en difficulté avec la prévention en les accusant de ne pas pouvoir/vouloir utiliser le préservatif :

« les personnes qui n'arrivent pas à se protéger, qu'elles soient séropositives ou séronégatives, éprouvent un fort sentiment d'abandon de la part des associations de lutte contre le sida. Dans ce public très précis, un discours réduit au « 100% capote » n'aide pas ceux qui prennent des risques à en prendre moins, mais les culpabilisent et les enferment dans le silence. On peut vouloir ne pas le voir... » (Tribune *Libération*, août 2002).

Refusant de qualifier les pratiques non protégées sur un registre bien/mal, AIDES affirme néanmoins son propre ancrage moral du risque : l'enjeu est d'éviter la stigmatisation et le rejet des « preneurs de risque ». Mais l'argumentation d'AIDES met en cause explicitement les postures de ses adversaires. Dans la tribune publiée dans *Libération*, C. Saout explique la nocivité des approches injonctives d'usage du préservatif : « *Il est temps de changer de braquet, car le 'tout capote' finit par avoir un effet contre-productif* ». C'est bien entendu la position défendue par Act Up-Paris au cours des années précédentes qui est visée. Mais il s'agit plus largement d'une critique des messages de prévention proposés par les acteurs associatifs ou institutionnels de la lutte contre le sida au cours de la dernière décennie. Cette

approche de prévention est partiellement invalidée et rendue responsable des difficultés rencontrées par certains gais. Dans l'optique d'AIDES « *l'écoute* » et « *la proximité* » avec les personnes en difficulté permettra de mieux les aider à se protéger : « *il faut donner toutes les clés aux personnes pour en faire des décideurs autonomes* ». Se dessine donc une lecture à la fois morale et politique du risque qui place l'individu et ses capacités d'agir au cœur de la prévention.

Les discours sur le risque

L'expression publique des désaccords entre les deux associations est d'abord fondée sur une divergence d'analyse de la situation de la prévention chez les gais et des moyens pour y répondre. Le premier élément concerne l'appréciation du phénomène de bareback. Comme je l'ai montré précédemment, Act Up-Paris a fait le choix depuis 1999 de rendre public le conflit idéologique qui l'oppose aux écrivains revendiquant le terme et/ou des pratiques sans préservatifs. A travers cette stratégie, l'objectif est double : isoler politiquement les défenseurs du bareback et réactiver la mobilisation communautaire autour de la norme d'utilisation du préservatif. En désignant les barebackers, cette stratégie délimite une frontière morale entre un « eux » et un « nous » de la prévention. L'analyse du risque qui en découle conduit à dissocier le « *relapse* », caractérisant des pratiques à risque occasionnelles non préméditées et le bareback qualifiant un choix de non protection. La réponse de l'association se situe alors sur le registre **injonctif** du rappel de la norme de prévention. L'individu, soutenu par la mobilisation collective, doit être capable de maîtriser ses mauvais penchants de refus du préservatif et de maintenir un haut niveau de protection.

Pour sa part, AIDES ne s'exprime que rarement publiquement sur le sujet du bareback. Ce silence médiatique la distingue d'Act Up-Paris. Cependant, l'association est confrontée à une remise en cause interne et externe de ses actions de prévention. Pour les militants d'AIDES, les messages de RdRs s'inscrivent donc dans une stratégie de non dissociation, d'une part entre la prise de risque ponctuelle et des prises de risques plus régulières. L'approche de RdRs développée considère le risque dans son éventualité et sa gestion individuelle, et non comme un marqueur identitaire. L'accent est mis sur la porosité de la frontière du risque ; non seulement le risque est hiérarchisable (en terme de réduction des risques), mais le fait de se retrouver en situation de risque est une éventualité pour chacun. D'autre part, la non dissociation concerne le rapport entre les intervenants de prévention et les usagers des actions. L'association met alors en cause la notion d'exemplarité des intervenants dans la prévention

auprès des homosexuels. Le bareback n'est donc pas isolé en tant que problème en soi, mais perçu comme une expression spectaculaire d'une réalité dont les militants sont témoins dans les actions et dans leurs propres vies. AIDES met l'accent sur un rapport **réflexif** au risque. L'enjeu se situe dans la capacité de chacun à adapter ses comportements préventifs à une situation particulière.

Act Up-Paris critique AIDES en défendant une norme préventive stricte, et met l'accent sur « l'inconscience » de la démarche promue par les flyers qui menacent la norme du préservatif. Pour AIDES, la posture d'Act Up-Paris est interprétée comme « culpabilisante » et caractérisée par l'expression – péjorative – d'une approche « tout capote ». D'un côté la complexification des discours est critiquée comme facteur de « confusion », de l'autre c'est le « dogmatisme » qui est rejeté. Dans les deux cas, les positions mettent en jeu une revendication d'authenticité : celle fondée sur la filiation avec la mobilisation historique contre l'épidémie et son appartenance à la communauté homosexuelle, pour Act Up-Paris ; celle ancrée dans la proximité d'expérience avec les gais en difficulté avec la prévention, pour AIDES. Pour les deux associations, le nouveau contexte instauré par la médiatisation du bareback transforme l'ordre des discours sur le risque. Les comportements de refus du préservatif font l'objet de nouvelles mises en récit. Si le cas des écrivains « barebackers » en est l'une des illustrations les plus spectaculaires, les témoignages rapportés par les militants d'AIDES sur les difficultés préventives s'inscrivent également dans ce registre. Pour les militants d'Act Up-Paris, c'est dans un discours de résistances à la norme du préservatif que s'exprime – en creux – cette mise en récit du risque.

Conclusion du chapitre : quelle communauté morale ?

Pour Act Up-Paris, la RdRs met en péril la cohésion et l'exemplarité communautaire. L'association considère que cette approche constitue une forme de renoncement à établir un niveau élevé de protection, autant qu'une manière de se satisfaire de l'absence de campagne de prévention digne de ce nom au début des années 2000. En tout les cas, la RdRs signe un recul par rapport au paradigme de la promotion du préservatif élaborée dans les années 1980. De manière très explicite, le modèle de l'association est celui d'une **communauté politique**, qui nécessite une réaffirmation des normes de prévention du groupe (homosexuel) d'appartenance. Dans cette perspective, les messages de RdRs mettent en péril tant les individus – c'est le sens de la critique du modèle probabiliste et populationnel – que le groupe – ce que traduit la critique de la mise en péril des normes communautaires. Pour une structure comme Act Up-Paris, qui n'intervient pas directement sur le terrain auprès des homosexuels, l'affirmation d'une communauté morale passe par sa cohésion politique. La norme du préservatif en est le symbole. Le refus de cette norme devient le marqueur de la non appartenance.

L'approche d'AIDES met plutôt en lumière un continuum de pratiques qui irait du « tout capote » au « *no capote* ». L'objectif de l'action associative étant d'agir auprès des personnes qui se situent dans l'intervalle. En filigrane, le modèle politique d'AIDES est celui d'une **communauté d'expérience**, un espace de mobilisation fondé sur des préoccupations partagées : la gestion du risque dans un contexte de forte prévalence. Sur le plan des valeurs défendues, la manière dont le débat sur le bareback se déroule pose problème, sur deux plans. Le premier tient à la référence récurrente et explicite à l'homosexualité. L'association ne souhaite pas apparaître comme prenant part à un débat strictement limité aux gais. D'autre part, la cristallisation des controverses autour du bareback tend également à en survaloriser la dimension identitaire du phénomène. A travers les critiques – et les revendications – du terme, s'institue une forme de glissement entre des pratiques non protégées et une identité donnée. Pour la direction d'AIDES, dans laquelle l'héritage intellectuel de M. Foucault demeure une référence, cette double assignation identitaire rentre en contradiction avec ses logiques d'analyse et d'action, critiques du « pouvoir de l'identité » (Foucault 2001b). Dans cette perspective, l'enjeu qui se dessine est celui d'un processus de conscientisation individuelle du risque, et par là même de subjectivation. L'objectif n'est pas de délimiter les contours d'une

communauté morale, mais plutôt de renforcer le processus de mobilisation qui contribue à une meilleure gestion du risque.

A l'affirmation communautaire de la prévention portée par Act Up-Paris répond le travail de conscientisation du risque avancé par AIDES. Au travers des accusations publiques que se portent les deux structures deux univers moraux se confrontent (cf Figure 3). *In fine* ces controverses rendent explicites deux modèles de la sexualité gaie.

Figure 3 : Les positions d'AIDES et d'Act Up-Paris vis-à-vis des enjeux de prévention chez les gais (2002)

	AIDES	Act Up-Paris
	Les communautés d'expérience	La communauté d'appartenance
Ordre de discours sur le risque	Réflexif <i>Conscientiser le risque</i>	Injonctif <i>Auto-contrôle du groupe</i>
Rapport à l'expertise	Epidémiologie profane	Epidémiologie critique
Finalités de l'action associative	Augmenter les capacités réflexives des personnes et des groupes les plus à risque <i>Accent sur le processus : la constitution d'une communauté morale</i>	Renforcer la cohésion communautaire pour soutenir les personnes et les groupes les plus à risque <i>Accent sur le résultat : la cohésion d'une communauté morale</i>

Partie 2 : Les sociabilités

homosexuelles et le risque du sida

Au cours des années 1980, l'irruption du VIH, maladie sexuellement transmissible, a engagé de profonds bouleversements dans le monde gai. L'élaboration et la mise en œuvre de la prévention des risques de transmission a soulevé de nombreuses questions sur l'existence et la cohésion d'une communauté homosexuelle. Comment définir et délimiter cette communauté ? Est-elle l'échelon à partir duquel construire une réponse à l'épidémie ? Ces interrogations se trouvent au cœur des discussions entre militants associatifs, chercheurs et pouvoirs publics. Les désaccords qui s'expriment s'inscrivent dans un contexte politique spécifique à la France : la conception républicaine des relations entre l'individu et la société, qui disqualifie les approches communautaires. Progressivement, sous l'impulsion de l'AFLS et d'une partie du monde associatif, les politiques de prévention du VIH articulent des messages en population générale et des actions ciblées vers la communauté gaie et ses marges.

Cependant, à la fin des années 1990, les controverses autour du phénomène de bareback remettent en cause cet équilibre politique et réactualisent le débat sur la notion de communauté : l'augmentation des comportements sexuels non protégés ne traduit-elle pas la transformation majeure des sociabilités gaies ? La situation préventive apparaît alors comme l'illustration d'une montée de l'individualisme parmi les gais, au détriment des mécanismes de solidarité forgés au plus fort de l'épidémie. Dans un contexte où les traitements contribuent à la chronicisation du sida, militants et chercheurs s'interrogent sur ces évolutions. Le débat se situe en particulier sur le plan moral : le bareback, construit comme catégorie (identitaire et/ou comportementale) du risque, questionne la responsabilité individuelle et collective en matière de choix préventif. L'association Act Up-Paris est alors à la pointe de la mobilisation pour dénoncer les prises de risques revendiquées par certains gais.

Dans ce contexte préoccupant sur le plan épidémiologique, une autre réponse associative se développe : en 2001, AIDES élabore des flyers fondés sur une approche de réduction des risques sexuels. Si l'approche n'est pas nouvelle dans le champ de la santé, cette initiative fait l'objet d'une violente controverse. La hiérarchisation des risques ne va-t-elle pas conduire à une relativisation supplémentaire du danger ? A travers cette approche, l'objectif est de

déplacer les enjeux moraux du débat, en mettant l'accent sur la conscience du risque. *In fine*, alors que les deux camps se revendiquent du pragmatisme, le conflit oppose deux conceptions de la prévention : à la conception réflexive d'AIDES, centrée sur l'individu, s'oppose une approche injonctive portée par Act Up-Paris, qui met en avant les normes collectives.

Dans la deuxième partie de cette thèse, je reviendrai plus spécifiquement sur la notion de communauté, en m'intéressant à l'articulation entre les contextes de sociabilité des gais et la perception du risque VIH. Cette analyse des enjeux d'affiliation sociale s'organisera en deux temps. Dans le chapitre 4, je m'attacherai à resituer les débats français sur l'idée de « communauté gaie » dans le contexte du sida. Je me pencherai sur la manière dont les sciences sociales envisagent les sociabilités homosexuelles. Dans cette perspective, je m'appuierai sur une analyse des débats intellectuels sur l'idée de communauté et sur une étude de la littérature scientifique et militante sur les questions de prévention du VIH. Puis, dans le chapitre 5, j'analyserai comment les notions de bareback et de communauté s'articulent dans l'expérience ordinaire des homosexuels. Je m'appuierai alors sur les entretiens biographiques réalisés auprès d'hommes gais entre 2005 et 2008. Cette seconde partie me permettra de faire le lien entre les deux dimensions qui structurent cette thèse : l'analyse socio-historique des controverses sur la prévention et l'analyse sociologique de la perception ordinaire du risque.

4. Communauté, sujet, prévention

Juillet 2004, Marseille. Les murs de l'Ecole Supérieure des Beaux-arts, à Luminy, sont recouverts d'une affiche au fond noir sur lesquels se détache ce titre en lettres blanches : « *la communauté que nous voulons* » (cf. annexe 2)¹. La semaine des Universités d'Été Euroméditerranéenne des Homosexualités (UEEH) bat son plein, et les militants d'Act Up-Paris présents sur place viennent d'afficher la dernière campagne de l'association, élaborée à l'occasion de la marche des fiertés LGBT à Paris, le mois précédent.

Pour les militants d'Act Up-Paris, la notion de communauté met en jeu une analyse politique de l'identité gaie. Il est inspiré, historiquement, par les formes de mobilisation contre le VIH/sida élaborée dans les années 1980. Politiquement, la référence aux modes d'organisation collectifs des gais aux Etats-Unis est centrale. La campagne « *la communauté que nous voulons* » est adoptée par Act Up-Paris au printemps 2004. Au sein de l'association, elle est discutée dans un contexte conflictuel. Lors de l'AG annuelle, un groupe de militants réuni autour de D. Lestrade a en effet présenté une liste de candidats à la direction de l'association, avec un programme centré sur les enjeux de prévention chez les homosexuels². Ce groupe estime en particulier qu'Act Up-Paris n'a pas assez agi pour contrer le phénomène de bareback³. Les votes ne leur sont pas favorables, et ils quittent l'association quelques jours plus tard. A l'occasion de la marche des fiertés LGBT parisienne, le projet finalement adopté (« *la communauté que nous voulons* ») est donc porté par l'équipe constituée autour de J. Martin, nouvellement élu à la tête d'Act Up-Paris. L'affiche est composée de huit paragraphes courts décrivant les caractéristiques de la communauté « voulue » : elle doit être « *sexuelle* », avoir « *de la mémoire* », être « *intransigeante* », être « *mobilisée* », être « *inquiète* », savoir « *compter* », être « *hystérique* » et être « *fière d'être idiote* ». Le point d'orgue du texte réside dans la phrase qui conclut cette énumération : « *la communauté que nous voulons n'est pas celle que nous avons* ». Au travers des différents paragraphes, l'association résume ses principales analyses sur la prévention du VIH. Le bareback est ainsi mis en cause comme construction idéologique : « *On y trouve criminels les discours bareback et noKpotes,*

¹ « La communauté que nous voulons », *Action* n°94, juin 2004

² Parmi eux se trouvent notamment O. Jablonski et G. Sidéris, qui participeront à la création du groupe *The Warning* avec D. Lestrade.

³ Dans une lettre du 9 juin 2004, rendue publique, D. Lestrade expose les griefs qu'il fait à l'association : <http://didierlestrade.fr/politique-sida/act-up/article/je-desavoue-act-up>

pathétiques ceux qui les tiennent, et minables ceux qui les appliquent ». La mémoire des personnes mortes du sida est également invoquée à double titre, vis-à-vis de « *l'attentisme homophobe* » des pouvoirs publics et au regard de la moindre vigilance préventive de certains gais. Enfin, la notion de responsabilité est soulignée :

« On y est personnellement engagé quand on assiste, à côté de soi, dans une backroom ou un lieu de drague, à une baise non protégée. On s'y sent collectivement responsable chaque fois qu'une nouvelle personne est contaminée, parce qu'on n'a pas tout fait pour l'empêcher » (*Action*, juin 2004).

Cependant le texte ne cherche pas à définir des contours de la communauté homosexuelle : il met en avant un certain nombre de critères éthiques. En affirmant des positions de principe, l'enjeu de l'association est d'élaborer une proposition stratégique pour favoriser la mobilisation des gais contre le VIH. La notion de communauté sert donc avant tout de support pour un discours sur le risque et la prévention.

La revendication par Act Up-Paris de l'ancrage communautaire n'est pas nouvelle (Act Up-Paris 1994). Elle constitue même l'un des fondements de l'association dans ses premiers textes, où elle se définit comme une association « *issue de la communauté homosexuelle* ». La référence à la communauté est alors directement en lien avec les mobilisations gaies états-uniennes contre le sida. Quelques années plus tard, il est intéressant d'analyser comment cet enjeu d'appartenance est formulé et mis en œuvre par les militants de l'association dans le contexte des débats sur le bareback. Dans ce chapitre, je me pencherai sur la manière dont l'analyse des liens entre individu et communauté structure et oriente les débats militants et universitaires sur les sociabilités gaies dans le contexte du VIH. Je me pencherai d'abord sur la manière dont la question de la communauté gaie est discutée publiquement au tournant des années 2000, dans un contexte français caractérisé par l'universalisme républicain ; la montée en puissance de ces débats dépassant d'ailleurs largement le cadre de la lutte contre le sida. Puis, je reviendrai sur la manière dont les sciences sociales ont analysé les sociabilités homosexuelles, notamment dans les recherches récentes concernant le phénomène de bareback. Je m'attacherai donc ici à questionner ces lectures, en proposant d'envisager la diversité des contextes de sociabilité des gais.

4.1. Sujet et communauté : tensions sociologiques et politiques

Au sein de la sociologie, la communauté a fait l'objet d'analyse et d'interprétations depuis les origines de la discipline : pour R. Nisbet, il s'agit « *du plus fondamental des concepts (...) celui dont la portée est la plus vaste* » (1984, 69). En sociologie, la distinction entre communauté et société est d'abord utilisée pour décrire des modalités différentes d'affiliation sociale. Dans la communauté, les relations entre les individus sont caractérisées par des liens affectifs et des habitudes ; la famille en constitue une illustration. Avec la société, ce sont les notions de contrat et de liens impersonnels qui organisent les relations. Dans un article récent, I. Sainsaulieu (2010) s'est attaché à dresser une typologie des conceptualisations de la communauté dans la sociologie française. Il distingue, à travers quatre types d'usages du terme (traditionnelle, moderne, dialectique, postmoderne), deux grandes orientations intellectuelles : la première regroupe les formes communautaires insérées dans la modernité. Elles prennent pour objet les formes d'organisation sociales « intermédiaires » et reconnaissent l'hétérogénéité et la diversité des expériences d'appartenances. La seconde orientation recouvre les formes « affectives et rituelles » des liens communautaires, qu'ils s'inscrivent dans une lecture des traditions ou de la post-modernité. Sans prétendre faire la synthèse de ces différentes approches, l'auteur propose une lecture sociologique des formes communautaires, attentive aux formes d'occupation de l'espace (géographique et social) et aux modalités quotidiennes du sentiment d'appartenance. C'est la dimension « *interactionnelle* » de la communauté : l'élaboration – ponctuelle ou durable – d'un intérêt commun. Mais I. Sainsaulieu suggère également de se pencher sur les dimensions « *symboliques* » de l'appartenance sociale et des identités collectives, qu'elles soient politiques, religieuses, etc. Cette dimension symbolique peut également être invoquée dans l'expérience partagée d'une situation minoritaire, comme c'est le cas pour l'homosexualité. Mais, comme l'avance l'auteur, l'articulation de ces deux dimensions n'est plus une évidence : « *la communauté symbolique ne repose pas forcément sur des interactions, ni la communauté du proche sur du symbolique* » (2010, 34).

Si l'avènement du néolibéralisme s'est indéniablement accompagné d'un déclin des solidarités collectives, il est manifeste que des réseaux de solidarité se perpétuent et se renouvellent, fondés sur l'intérêt, l'appartenance sociale, la proximité géographique... Ces formes d'organisation ont des durées variables, mettent en jeu des niveaux de contraintes divers et peuvent être facteur d'intégration autant que d'exclusion. Dans ce contexte, selon I.

Sainsaulieu, il convient d'avancer de nouvelles pistes de recherches empiriques. Dès lors, se pose la question du niveau le plus pertinent pour analyser ces formes d'organisation des relations sociales et la diversité des logiques d'appartenances qui en découlent. L'investigation des formes communautaires nécessite de contextualiser ses usages politiques et épistémologiques (Sainsaulieu et Salzbrunn 2010). Si aux Etats-Unis, autour de l'Ecole de Chicago, l'étude des communautés locales a initié un champ de recherches d'une grande richesse, notamment sur les cultures homosexuelles (Rubin 2010), c'est loin d'être le cas en France, où le concept de communauté demeure l'objet de nombreuses controverses. D'ailleurs, concernant les homosexuels, les travaux de M. Pollak ont très tôt mis en lumière les difficultés associées à l'usage du terme. Des tensions qui émanent, d'abord, des homosexuels eux-mêmes :

« Si l'épidémiologie parle des homosexuels en terme de 'groupe', ces derniers ne se reconnaissent pas dans cette classification scientifique rigide, froidement stratifiée. Les concepts sociologiques de 'déviance' ou de 'stigmaté' provoquent également la susceptibilité de beaucoup d'entre eux » (Pollak, 1988).

Je m'attacherai donc, dans cette première partie de chapitre, à contextualiser les débats intellectuels sur la notion de communauté gaie.

4.1.1. Un nécessaire travail de contextualisation

Depuis la fin des années 1980, le thème de la défense d'un modèle d'intégration républicaine a émergé dans l'espace médiatique et politique, dont l'audience est proportionnelle au sentiment de menace qui pèse sur lui. Ce processus s'inscrit dans un mouvement plus global de critique du « communautarisme », tant vis-à-vis des populations issues de l'immigration que des homosexuels (Dhume-Sonzogni 2007). La notion de communauté est analysée comme problématique, car elle contrevient à un idéal politique républicain, en introduisant des médiations entre la République et les citoyens. Ce courant de pensée n'est pas cantonné à un camp politique et la défense de « l'universaliste républicain » contre les « communautés » trouve des avocats à droite comme à gauche. Pour le journaliste et essayiste J. Macé-Scaron, fer de lance de ce combat, le communautarisme s'est renforcé au cours des années 1990, et constitue un modèle idéologique « totalitaire » (Macé-Scaron 2001, 41) :

« on peut donc résumer le communautarisme comme la valorisation de la culture minoritaire au détriment de notre humanité commune et, surtout, comme la volonté de faire exercer à la communauté en question un contrôle absolu et exclusif sur ses membres ».

Pour autant, à l'exception de quelques cercles militants (dont Act Up-Paris), le terme est rarement défendu intellectuellement et politiquement dans le champ de ces débats. Plus

précisément, si la notion de communauté est revendiquée par certains militants gais, c'est comme partie prenante d'un « moment » stratégique : une réponse organisationnelle et politique à une situation d'oppression (Mangeot 2003). On retrouve alors, en partie, l'idée d'une communauté « de destin » (Pollak 1988), dont le critère minimal d'appartenance relèverait de l'expérience commune de la stigmatisation. La manière dont s'est construite la mobilisation en faveur du PaCS, comme revendication universaliste, traduit l'intégration de ce modèle idéologique par les mouvements gais et lesbiens (Stychin 2001). Mais il n'existe que très peu d'élaborations positives de cette notion, qui mettraient en avant un contenu, des critères d'appartenance et/ou une délimitation de ses frontières. Cette invocation paradoxale de la communauté – dont l'existence est plutôt définie par ses adversaires que par ses défenseurs – découle des formes de l'organisation de la vie politique française. La référence à la République comme « communauté nationale » pose en effet pour principe d'égalité un citoyen détaché d'autres affiliations sociales (de classe, de genre, de sexualité, de race, etc.). Au cours des dernières décennies, le mouvement militant homosexuel a structuré ses stratégies et ses revendications au regard de ce contexte spécifique¹. Pour autant, au cours des années 1990, les revendications concernant la reconnaissance sociale de l'homosexualité suscitent de nombreuses prises de position critiques dans les sphères politiques et intellectuelles. Pour une part, ces débats font référence au contexte politique états-unien et à sa perception critique par les observateurs français. Cela concerne en particulier les débats sur le féminisme et sur les droits des minorités sexuelles (É. Fassin 2005). Mais d'autres questions sont en jeu au tournant des années 2000, avec l'émergence de controverses sur la place de l'Islam et des cultures musulmanes en France. Dans tous les cas, pour les opposants à la notion de communauté, les revendications portées par des groupes minorisés sont analysées comme mettant en péril la cohésion républicaine. Le débat se focalise alors sur les dimensions symboliques et politiques de la notion communauté et plus rarement sur ses dimensions concrètes : en terme d'organisation des relations sociales, de réseaux de solidarité ou de sentiment d'appartenance.

Contexte politique des débats français sur la notion de communauté gaie en 2004

Le début de l'année 2004 est marqué par deux événements, non directement liés au champ de la lutte contre le sida. Le premier concerne directement le monde du sida : il s'agit du procès

¹ La revendication de l'ouverture du mariage aux couples de même sexe l'illustre : il ne s'agit pas de réclamer un contrat spécifique (le mariage gai), mais d'accéder au droit commun.

intenté à un homme séropositif accusé d'avoir volontairement transmis le VIH à deux de ses anciennes compagnes. L'homme est condamné à six ans de prison pour « *administration de substance nuisible* ». La médiatisation de ce procès, qui a lieu à Strasbourg au printemps 2004, signe un déplacement significatif des enjeux de prévention sur le terrain judiciaire. Le front commun des associations pour désapprouver la pénalisation de la transmission est critiqué par deux structures en marge du champ associatif : Warning¹ et Femmes Positives². Ces dernières revendiquent la possibilité d'obtenir réparation pour les personnes, et en particulier les femmes, contaminées à leur insu. En filigrane, ces débats soulèvent la question des limites de la « responsabilité partagée » en matière de prévention. Si l'écrasante majorité des procédures judiciaires se situent dans le cadre de relations hétérosexuelles, la plupart des associations redoutent que des gais s'emparent de ces armes. Le second élément de contexte découle de la mobilisation contre l'homophobie et en faveur de l'ouverture du mariage aux couples de même sexe. Initiée suite à l'agression homophobe dont a été victime S. Nouchet dans le nord de la France en janvier 2004, elle culmine avec le mariage de deux hommes par Noël Mamère, le maire de Bègles (Gironde), au début du mois de juin. Entre ces deux événements médiatiques, une large mobilisation associative et intellectuelle s'est développée. La tribune publiée dans *Le Monde* par D. Erignon et D. Borrillo³ rend compte des principes qui guident cette mobilisation, articulant dénonciation de l'homophobie et revendication d'égalité des droits. Act Up-Paris est fortement impliquée dans cette campagne, notamment à travers l'organisation d'une « AG contre l'homophobie », à Paris, le 17 février⁴ ; pour son quinzième anniversaire, l'association organise également une « *Safe sex week* », « *semaine d'action pour l'égalité des droits et la prévention* »⁵. Mais à la différence des débats sur le PaCS, la mobilisation pour le mariage est principalement portée par des structures et/ou des personnalités LGBT, qui ne font que peu référence au VIH dans leurs argumentaires. La question de la conjugalité s'est progressivement déplacée d'une lecture compassionnelle (accorder des droits à un groupe social fortement touché par la maladie) à une lecture plus directement politique, centrée sur les notions d'égalité et de citoyenneté (Chauvin 2005). A

¹ Centré sur les enjeux de prévention gaie, ce groupe est cofondé par des transfuges d'Act Up-Paris regroupés autour de D. Lestrade, suite à l'Assemblée Générale de l'association de mars 2004. D. Lestrade n'y reste que peu de temps, puisqu'il quitte Warning après l'été 2004, en désaccord avec la réorientation du groupe sur les enjeux de santé gaie (cf chapitre 8).

² Association créée à Marseille en 2003 par des femmes estimant avoir été contaminée à leur insu par leur compagnon (Musso et Le Naour 2009).

³ Borrillo D, Erignon D, « Manifeste pour l'égalité des droits », *Le Monde*, 17/03/2004

⁴ « Assemblée générale contre l'homophobie », <http://www.actupparis.org/spip.php?article1582>

⁵ La *safe sex week* a lieu du 5 au 11 juin 2004 à Paris : <http://www.actupparis.org/spip.php?article1660>

travers ces deux évènements, qui questionnent les enjeux de citoyenneté sexuelle (Weeks 1998), les débats sur la responsabilité préventive et sur l'idée de « communauté » s'expriment de manière renouvelée.

4.1.2. République, communauté et oppression

Au cours de la période 1996-2004, plusieurs points de vue s'expriment sur ce sujet dans les débats intellectuels sur l'homosexualité. Je m'appuierai ici sur l'analyse de trois d'entre eux, représentatifs de lectures différentes et parfois contradictoires. Cette sélection de prises de position permet de donner à lire certains des éléments théoriques en circulation dans les cercles militants et qui nourrissent plus généralement les élaborations profanes sur ce thème. Les acteurs rencontrés au cours de cette recherche sont en effet, pour certains, lecteurs et/ou auditeurs des analyses développées sur le sujet. Du moins, cette analyse permet-elle de « typifier » les approches en présence dans le débat français, et d'en souligner les caractéristiques.

Frédéric Martel : critique politique de la communauté

La parution de l'ouvrage de F. Martel, *Le Rose et le Noir*, en 1996, marque le début d'une importante controverse publique sur les enjeux communautaires chez les gais. L'ouvrage se propose de dresser le tableau des luttes homosexuelles depuis 1968. Il est fondé sur de nombreux témoignages de militants et d'intellectuels. F. Martel est lui-même issu de la sphère militante, au sein d'une association étudiante gaie et lesbienne. Puis, après avoir été dirigeant du Parti Socialiste, il est « *conseiller technique au cabinet de la Ministre de l'Emploi, et de la Solidarité de 1997 à 2000* » ; il assiste également aux débats sur le PaCS en tant que « *commissaire du gouvernement* » (Martel 2000, 595). La sortie de l'ouvrage est controversée sur deux plans. D'une part, F. Martel y avance l'idée d'un « déni » du VIH chez les leaders associatifs gais dans les premières années de l'épidémie. Il rapporte ce déni à un aveuglement idéologique qui tend à considérer le pouvoir médical comme une menace pour le groupe social des homosexuels. Cette position est largement critiquée dans le monde militant homosexuel et de la lutte contre le sida¹. D'autre part, l'auteur met en cause la stratégie d'affirmation communautaire, notamment portée par Act Up-Paris dans le contexte du sida.

¹ Dans l'édition de 2000 de l'ouvrage, F. Martel consacre une longue postface à ces débats : « *Le Rose et le Noir, retour sur une polémique* », pp.688-717.

Pour lui, l'idée d'une communauté homosexuelle doit être replacée dans des perspectives historiques et nationales¹. Il analyse ainsi, depuis les années 1980, un double mouvement de banalisation et de plus grande « tolérance » des modes de vie gais dans la société française. L'irruption de l'épidémie de sida et la mobilisation pour la reconnaissance des couples de même sexe constituent des facteurs d'explication de ce processus. Sur le plan culturel et politique, il note cependant que le mouvement homosexuel français s'est majoritairement tenu à distance de la notion de « communauté », importée des Etats-Unis. Ainsi, s'il est principalement reproché à F. Martel son analyse du « déni » des leaders associatifs gais lors des premières années de l'épidémie, ce sont également ses critiques du « communautarisme » qui sont mises en cause. L'auteur définit ainsi le communautarisme :

« Il s'agit d'un phénomène propre aux communautés et qui repose sur un certain nombre de fondements : le sentiment d'appartenance à un groupe et la croyance que ce groupe est une communauté 'homogène', la valorisation de la culture minoritaire au détriment du monde commun et surtout, le point essentiel à mes yeux, la volonté de faire exercer à la communauté d'appartenance une autorité politique sur ses membres » (Martel 2000, 709).

Il existe selon lui une communauté « de destin », forgée par l'homophobie, constituée des multiples processus d'identifications des homosexuels, mais non consciente d'elle-même. Il décrit également une communauté « de fait », organisée autour des espaces de loisir et commerciaux gais. Enfin, il définit un troisième niveau : la communauté « pour soi », organisée politiquement, qui s'incarne dans le communautarisme. L'auteur considère que ces aspirations politiques sont peu pertinentes dans le contexte français, et qu'elles ne représentent qu'une part minoritaire de l'expérience homosexuelle. Pour F. Martel, la naissance d'Act Up-Paris en 1989 traduit l'émergence d'une lecture communautariste en France, dont l'écho excède la sphère d'influence de l'association. La lutte contre le VIH joue un rôle spécifique, « *élément moteur et perturbateur de ce repli identitaire* » (p.583). Sa critique porte principalement sur le risque dont sont porteuses les démarches communautaires : en mettant l'accent sur les droits spécifiques, ces mouvements fragilisent la cohésion républicaine. Son analyse d'Act Up-Paris s'appuie sur ce constat : le « déclin » de l'association à partir de 1996 tient pour une grande part à ses actions minoritaires et minorisantes : l'intervention de C. Martet lors du Sidaction 1996 ou la menace d'outing envers un député du RPR ayant participé aux manifestations anti-PaCS, en 1999. Selon F. Martel, ce moment « communautariste » ne représente en réalité qu'un détour provisoire de la

¹ Son analyse est particulièrement développée dans les chapitres 15 « *La seconde révolution homosexuelle* » et 16 « *La tentation communautaire* » (2000).

marche vers la reconnaissance sociale des gais, que le combat pour le PaCS va dès lors incarner. L'auteur analyse cette évolution législative comme prouvant la capacité de la République à faire preuve d'un « *universalisme concret* »¹. Au début des années 2000, il entrevoit la possibilité d'une normalisation, qui passe par le dépérissement d'une identité collective et une « *dilution de l'homosexualité dans une société qui tolère mieux 'les homosexuels'* » (p.686).

F. Martel inscrit donc la question de la communauté au rang des stratégies politiques du mouvement homosexuel. Il dissocie cette idéologie (le communautarisme), de l'expérience des gais (la communauté « de destin » ou « de fait »).

Didier Eribon : oppression et subjectivité

Quelques années plus tard, le philosophe et historien des idées D. Eribon publie un ouvrage qui connaît un fort écho : *Réflexion sur la question gay* (1999). Organisateur d'un colloque en 1997 sur « *les études gay et lesbiennes* » au Centre Georges Pompidou (Eribon 1998), il co-anime également, avec F. Gaspard, un séminaire sur l'homosexualité à l'EHESS (de 1998 à 2004). Son ancrage intellectuel, en proximité de P. Bourdieu, et son action en faveur de l'émergence de travaux consacrés à l'homosexualité en France en font l'une des figures les plus visibles du monde intellectuel gai. S'il ne revient pas dans l'ouvrage sur la controverse suscitée par *Le Rose et le Noir*, son analyse s'y oppose sur la plupart des points. Dans la partie consacrée à l'oppression des gais², D. Eribon prend pour point de départ le « *choc de l'injure* » vécu par les homosexuels : « *l'injure est un acte de langage – ou une série répétée d'actes de langage – par lequel une place particulière est assignée dans le monde à celui qui en est destinataire* » (p.31). Il considère ainsi l'insulte homophobe, potentiellement entendue dès le plus jeune âge, comme l'élément central de la construction des subjectivités gaies, dans un double processus d'assignation et d'infériorisation. Tout conduit alors les individus à refuser l'identification aux autres réprochés que constituent les personnes expérimentant la même stigmatisation. Dans cette perspective, l'auteur envisage le « monde gai » – plus souvent que le terme « communauté » – comme l'espace de réinvention de soi individuel et collectif, en réponse à l'oppression : « *la participation à une même sexualité stigmatisée ainsi*

¹ Lui-même impliqué dans les débats, en tant que membre du cabinet de M. Aubry, il se livre sur le sujet à un plaidoyer pour un « pragmatisme » militant, qui s'éloigne du « communautarisme ».

² L'ouvrage est composé de trois parties largement indépendantes: « Un monde d'injures » ; « Spectres d'Oscar Wilde » ; « Les hétérotopies de Michel Foucault ». C'est ici la première d'entre elles qui m'intéresse.

que la marginalisation et l'exclusion qu'elle implique sont au fondement de la constitution d'un monde spécifique » (p.45). Reprenant une perspective foucauldienne, D. Eribon s'intéresse au processus de subjectivation vécu par les gais lorsqu'ils s'affirment comme tels. L'enjeu de l'affiliation sociale – dans une communauté ou un monde gai – est ainsi une question secondaire, du moins il apparaît comme l'un des leviers possibles de la réinvention de soi, et non comme une fin. L'enjeu de se nommer comme groupe social pose la question de produire des représentations collectives de soi, et participe du processus de subjectivation. D. Eribon insiste sur la multiplicité et l'instabilité de ces manières de s'auto-définir, qui fait l'objet de nombreux conflits¹. La notion de « communauté » n'intervient donc que peu dans sa lecture, si ce n'est comme définie par l'expérience de l'homophobie, et donc potentiellement indépendante de la conscience qu'en ont les acteurs. C'est une expérience commune de la stigmatisation qui unit les homosexuels. L'auteur analyse, dans le rejet exprimé par certains gais de cette appartenance collective, une forme d'oppression intériorisée : « *C'est cette appartenance acceptée et assumée qui permet à l'individu de se constituer comme 'sujet' de sa propre histoire* » (p.92). Mais cette communauté d'expérience peut se transformer en conscience politique, lorsque les individus élaborent un projet commun. Pour D. Eribon, c'est bien la subjectivité, la possibilité de s'inventer comme un sujet et non plus comme un objet d'insulte, qui est l'élément politique moteur de la mobilisation des homosexuels. Les notions « d'identité » ou de « communauté » gaies apparaissent dès lors comme des manifestations possibles de l'affirmation de soi, mais toujours instables et « provisoires » : des construits sociaux et politiques.

Philippe Mangeot : la communauté stratégique

Quelques années plus tard, deux dictionnaires sont consacrés aux questions homosexuelles. Ces ouvrages traduisent la vitalité des travaux sur le sujet, et la reconnaissance par le monde de l'édition de leur écho. Le premier, *Le dictionnaire des cultures gays et lesbiennes* (Eribon 2003), est coordonné par D. Eribon. Au sein du *Dictionnaire contre l'homophobie* dirigé par LG Tin (Tin 2003) est inséré un article sur « le communautarisme » (Mangeot 2003). L'auteur de l'article, P. Mangeot est enseignant en philosophie et a été président d'Act Up-Paris de

¹ « L'autodéfinition collective est un enjeu de luttes entre les homosexuels eux-mêmes, et ainsi 'l'identité' n'est ni une réalité ni un programme, ni un passé ni un futur ni un présent, mais un espace de contestations et de conflits politiques et culturels. Ce qui implique qu'elle ne peut jamais être totalement stabilisée dans un discours unique ou unitaire qui pourrait prétendre l'enfermer dans une appréhension figée » (p.113).

1997 à 2000 ; il est également directeur de publication de la revue *Vacarme*¹. Le fait même que la question du « communautarisme » constitue l'une des entrées d'un dictionnaire consacré à l'homophobie est indicatif de la manière dont la question est envisagée. L'analyse de P. Mangeot met en effet en exergue une définition stratégique de la notion de communauté. Autrement dit, c'est à partir de la dénonciation du communautarisme qu'il décèle la pertinence d'une revendication communautaire. Il désigne d'ailleurs le camp de ses adversaires intellectuels, à travers certaines des figures de « l'anti-communautarisme » : A. Finkielkraut, J. Julliard et F. Martel (p.100). Ce processus d'accusation lui apparaît comme étant « *la signature lexicale de tout discours visant à discréditer la politisation des questions minoritaires* » (p.99). Selon lui, le discours anti-communautariste républicain s'appuie sur la distinction stricte entre sphère privée et sphère publique : l'enjeu étant de cantonner les identités minoritaires (religion, orientation sexuelle...) à la sphère privée. La sphère publique étant l'espace d'expression de la citoyenneté, « *caractérisée par son indifférence à l'appartenance à tel ou tel groupe particulier* » (p.100). Ainsi s'instaure une confusion politique entre « l'universel » et le « majoritaire ». P. Mangeot avance également que le discours sur les menaces du repli communautaire s'articule, dans le cas des gais et des lesbiennes, avec la défense d'un ordre symbolique du genre et de la sexualité. L'auteur y oppose pour sa part une approche politique fondée sur la résistance à l'oppression : « *les mobilisations des communautés découlent d'abord de la violence extérieure que subissent les individus qui les constituent : la politique minoritaire est une politique de l'adversité* » (p.102). L'existence de quartiers ou établissements gais dans les grandes villes traduit bien la difficulté à se vivre comme tel dans d'autres espaces de la société. Par ailleurs, la lutte contre le sida a bien montré à quel point une politique de santé publique efficace nécessite de s'appuyer sur les réseaux communautaires préexistants dans les populations les plus touchées. Il avance enfin l'idée selon laquelle les revendications minoritaires profitent le plus souvent à l'ensemble des citoyens, l'exemple du PaCS en est une illustration. Sur le plan stratégique, P. Mangeot propose une lecture politique qui met en jeu deux niveaux de mobilisation. Le premier concerne le rapport au pouvoir. L'auteur s'oppose à l'idée de « lobby » et met en avant les potentialités de résistance des luttes minoritaires, découplées des stricts enjeux de pouvoir. Le second niveau concerne l'identité. A rebours d'une lecture qui voit dans la communauté une instance normative et homogénéisante pour les individus qui y

¹ Revue trimestrielle, fondée en 1997 par des universitaires et des militants membres ou proches d'Act Up-Paris : <http://www.vacarme.org/>

appartiennent, P. Mangeot souligne la démultiplication des positionnements identitaires que suscitent les luttes minoritaires : « *la communauté est d'abord la condition à partir de laquelle les échappements minoritaires peuvent devenir possibles* » (p.103). On le voit, dans cette perspective, la notion de communauté est désubstantialisée, au profit d'une lecture de la résistance aux normes majoritaires. Ce sont donc moins les frontières de l'appartenance qui comptent que le projet stratégique que portent des individus inscrits dans un combat politique. Cette lecture, en partie forgée par la pratique militante de l'auteur, est celle portée par Act Up-Paris autour de l'année 2004.

Ces trois points de vue sur la notion de communauté gaie illustrent la diversité des usages du terme et donnent un aperçu de l'arrière plan idéologique et politique dans lequel se déroulent les débats sur la prévention du VIH. Tous trois s'appliquent cependant à décentrer le débat en considérant l'enjeu communautaire comme secondaire. Pour F. Martel, il s'agit de l'expression régressive d'un entre-soi ; dans les analyses de D. Eribon ou de P. Mangeot, l'accent est mis sur les processus de subjectivation et de résistances à l'oppression. Peu d'analyses et d'élaboration de cette notion sont issues du champ de la lutte contre le sida, si l'on excepte les prises de position d'Act Up-Paris et de D. Lestrade. Ce dernier formule, avec l'essai *The End* (2004), une lecture politique directement centrée sur la communauté au prisme de l'épidémie de sida.

4.1.3. La dislocation du lien communautaire

Les années 2003 et 2004 sont marquées par la poursuite et l'amplification du conflit entre Act Up-Paris et les écrivains barebackers. Au sein même de l'association, D. Lestrade fait entendre, de plus en plus fortement une voix dissonante sur les questions de prévention. Suite au retrait relatif de G. Dustan du devant de la scène médiatique, E. Rémès se trouve au cœur des polémiques, avec la publication de *Serial Fucker. Journal d'un barebacker* (2003). Dans cet ouvrage, basé sur l'auto-fiction, le narrateur s'en prend violemment aux positions d'Act Up-Paris sur le bareback ; il raconte également comment il a cherché à transmettre le VIH à un militant de l'association. L'intervention d'E. Rémès en février lors de l'émission « Tout le monde en parle », animée par T. Ardisson sur France 2¹ déclenche une série de réactions de la part des activistes. Act Up-Paris mène, au début du mois d'avril, un « zap » contre les

¹ E. Rémès est invité le 23/02/2003 pour présenter son livre *Serial Fucker*. <http://www.ina.fr/ardisson/tout-le-monde-en-parle/video/I08309513/erik-remes-serial-fucker.fr.html>

Editions Blanche, qui ont publié l'ouvrage d'E. Rémès, en investissant les bureaux de l'éditeur et en collant des affiches hostiles au bareback¹. Dans la foulée, les militants tentent de « zapper » l'émission du 12 avril 2003, afin de protester contre ce qu'ils perçoivent comme une complaisance médiatique vis-à-vis des propos des barebackers². Deux semaines plus tard, la présidente de l'association, V. Patouillard, est invitée sur le plateau de T. Ardisson pour s'expliquer sur cette action et s'en prend aux positions défendues par E. Rémès (26/04/2003)³. C'est dans ce contexte que D. Lestrade commence à faire entendre publiquement une voix de plus en plus dissonantes avec celle de son association. La publication de *Serial Fucker* est l'une des raisons pour lesquelles il exprime son opposition à la politique d'Act Up-Paris. Caractérisant l'ouvrage comme « *un livre qui détruit tout ce que l'association a pu faire en 13 ans* »⁴, D. Lestrade critique la faible mobilisation des acteurs de la lutte contre le sida (AIDES, les chercheurs, les journalistes ou les « *intellectuels d'Act Up-Paris* ») pour dénoncer le texte. Act Up-Paris est particulièrement visée : « *Personne ne va réagir. Act Up va se taire, parce que ces insultes sont la conséquence flagrante de cinq années d'inaction physique face à Dustan et Rémès* ». Il met en cause la stratégie de l'association et ce qu'il considère comme le choix du mépris vis-à-vis de G. Dustan et E. Rémès. Selon lui, il aurait été nécessaire d'agir plus directement contre le bareback en attaquant ces auteurs dès la fin des années 1990. Il conclut par une phrase qui marque une prise de distance vis-à-vis de l'association : « *Cela fait cinq ans que votre crédibilité est en danger. Aujourd'hui elle est perdue* ». Un an plus tard, début juin 2004, après la parution de son essai *The End*, D. Lestrade fait connaître sa démission publique d'Act Up-Paris⁵.

Dans *The End*, D. Lestrade poursuit son combat contre le bareback engagé à la fin des années 1990 ; mais, fait nouveau, il ne cache pas ses critiques et sa déception vis-à-vis d'Act Up-Paris. Dans cet essai, l'auteur mobilise différentes sources : des comptes rendus de conversations avec des proches alternent avec les citations de rapports de recherche et des données épidémiologiques. L'objectif est de dresser un état des lieux de la situation de l'épidémie chez les gais en France. Les constats sont empreints de pessimisme :

¹ L'action a lieu le 11 avril 2003.

² <http://www.ina.fr/ardisson/tout-le-monde-en-parle/video/I08332237/patrick-klugman.fr.html>

³ <http://www.ina.fr/ardisson/tout-le-monde-en-parle/video/I08358825/victoire-patouillard-presidente-d-act-up.fr.html>

⁴ Lestrade D, « Hymne à la contamination », *JDS* n°152, janvier-février 2003, p.34

⁵ Lestrade D, « Je désavoue Act Up », 9/06/2004, <http://didierlestrade.fr/politique-sida/act-up/article/je-desavoue-act-up>, mis en ligne le 26/06/2010 (consulté le 18/01/2011) ; Benkimoun P, « Un fondateur d'Act Up rompt officiellement avec l'association », *Le Monde*, 12 juin 2004

« [L']abandon de l'orthodoxie d'une sexualité protégée est l'un des symptômes les plus significatifs de la perte de repères qui affecte les gais. Consumérisme forcené, individualisme aliénant, futilité permanente ne sont que des échappatoires au désespoir et au repli où les homosexuels sont acculés. (...) Ce livre est une défense des valeurs qui devraient fonder les relations entre les gais » (quatrième de couverture).

Le thème développé par D. Lestrade est celui de la dissolution des liens communautaires issus de la mobilisation contre le sida durant les années 1980. Selon lui, tant les gais plus anciens, qui ne souhaitent plus entendre parler du sida, que les plus jeunes, qui « *ne pensent qu'à profiter et oublient leur histoire* » (p.69), contribuent au déclin d'un modèle de solidarité historique. Dans ce contexte, le bareback apparaît pour l'auteur comme un phénomène massif, recouvrant sans distinction l'ensemble des pratiques sexuelles non protégées. Selon lui, la déstructuration des liens communautaires, le développement des sites de rencontre sur Internet, et l'absence de réactions adéquates des associations ont contribué à ce que le phénomène prenne de l'ampleur. Au travers de son analyse, l'affirmation de l'intentionnalité du risque est centrale :

« Il faut arrêter avec cette idée que la sexualité, c'est surtout de l'inconscient. Je ne parle pas de ceux qui ont un coup de folie quand ils dérapent sexuellement. Je parle de ceux qui, d'une manière très routinière, baisent sans capote, qu'ils soient séropos ou séronégas. (...) Et les associations n'ont pas su se démarquer de ces personnes en les dénonçant, fortement, de peur de montrer les homosexuels sous un angle si désagréable. » (p.117).

Sa description très critique des modes de vie gais dresse le tableau d'une communauté homosexuelle ayant perdu ses valeurs morales et ses objectifs politiques. La figure de l'homosexuel qu'il dépeint est tiraillée entre une frénésie de consommation sexuelle et un mal-être généralisé – ancré tant collectivement qu'individuellement – qui conduisent à une « *fascination morbide pour le risque et l'interdit* » (p.116). Concernant la prévention, il privilégie une approche critique de la responsabilité partagée, lui opposant explicitement une vision « *morale* » (p.185), dans laquelle chacun est responsable pour tous.

Mobilisant des références au passé de la militance homosexuelle et des analogies avec la situation des gais aux Etats-Unis, la position de D. Lestrade propose une conception de ce que la « communauté homosexuelle » devrait être. Il s'agit pour lui de caractériser un lien d'appartenance propre à fonder la logique des comportements individuels. Il développe en ce sens deux grands arguments qui traduisent sa lecture du lien entre individu et communauté. Le premier concerne la notion de « vie privée » et le choix de dévoiler (ou non) son orientation sexuelle. Concernant les personnalités publiques homosexuelles, D. Lestrade défend une forme d'exemplarité qui implique le coming-out. Il s'inscrit ainsi en cohérence avec la

logique de la campagne d'« outing »¹ menée par Act Up-Paris en 1999 vis-à-vis d'un député du RPR, homosexuel, qui avait participé à une manifestation anti-PaCS. A l'époque, l'association avait cependant choisi de ne finalement pas révéler l'identité de cette personne. Selon lui, cet enjeu de défense de la vie privée, largement consensuel dans les sphères médiatiques et politiques françaises, dessert l'affirmation publique des homosexuels :

« ce qui m'a le plus frappé depuis deux ans, c'est le retour en arrière de la pensée homosexuelle. Il semble que tout le monde ait admis que le concept communautaire était absolument à exclure du panorama homosexuel. Dans tous les débats à la télé, la vie privée est défendue mordicus (...) on en arrive à des discours de régression que l'on voyait venir depuis longtemps. Selon certains d'entre eux, la *gay pride* nourrirait l'homophobie. (...) Personne ne semble plus croire à l'idée d'un peuple gai. Tout le monde se dit choqué par l'idée d'écrivain homosexuel. La communauté passe pour le laminoir des destins et des sensibilités. Pire : défendre les communautés, c'est défendre les USA » (p.255).

D. Lestrade s'oppose donc aux discours sur le « communautarisme » qui envisagent l'idée de communauté comme un carcan contraignant. Mais selon lui, ces mises en cause de la notion de communauté proviennent également d'une partie des gais et des associations qui les représentent. Les associations de lutte contre le sida illustrent alors cette désagrégation du lien social. En prenant l'exemple de la prévention, il défend un modèle d'affiliation tout à la fois exigeant et protecteur pour ses membres :

« Ce qui détruit cette communauté qui se créait, c'est l'idée idiote selon laquelle on ne peut forcer les gens à changer leurs besoins sexuels. On a laissé le pédé lambda se débrouiller tout seul, ce qui est le pire échec pour des associations qui sont sensées, précisément, offrir de l'aide, du conseil et des services. Si les associations n'ont pas su influencer les besoins sexuels des homosexuels, ces derniers ont évolué tout seul, sous la pression sans cesse croissante du bareback » (p.298).

Selon lui, la notion de communauté s'appuie donc sur un processus collectif de structuration des sociabilités gaies dans la société. D. Lestrade délimite une communauté de valeurs, à travers l'adhésion à des principes moraux de la part des individus concernés. La prévention du sida devient donc une grille de lecture privilégiée de l'articulation entre normes préventives communautaires et authenticité sexuelle des individus. Selon le fondateur d'Act Up-Paris, la communauté est mise en péril par une évolution socio-historique de l'homosexualité qui modifie l'expérience de l'homophobie et de la notion même de minorité sexuelle. Le bareback apparaît alors comme le symptôme d'une désagrégation du lien social et de la montée d'un individualisme peu soucieux de la responsabilité. L'invocation d'un modèle de solidarité et l'entraide face à l'oppression, en référence à l'histoire des mobilisations homosexuelles,

¹ L'outing consiste à révéler publiquement l'homosexualité d'un personnage public qui la tient secrète et prend des positions hostiles aux revendications LGBT.

permet à D. Lestrade de revendiquer une communauté souhaitable, dont il convient de réactualiser le projet.

La notion de « communauté » à AIDES

Comme sur les enjeux de prévention, AIDES a produit peu de textes publics détaillant son analyse de la notion de communauté. L'ouvrage *AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie* constitue une exception notable (2007). Au sein de l'association, la référence à la « santé communautaire » s'inscrit dans une logique critique de la santé publique, dont la définition suivante rend compte :

« Une démarche dans laquelle des personnes, à un moment donné et dans un contexte donné, identifient qu'elles partagent une même problématique et décident de former ou de rejoindre un groupe pour agir collectivement, afin de surmonter les obstacles générés par cette problématique » (p.119).

C'est en particulier en référence à ces usages dans des contextes anglo-saxons, et notamment au Québec, que l'association s'approprie le terme. L'action associative vise donc à l'amélioration « pragmatique » des capacités d'agir des individus et des groupes sociaux (« empowerment », en anglais) confrontés à une maladie. Pour son cofondateur, D. Defert, la santé communautaire se différencie des lectures identitaires de la réalité :

« Avoir une attitude de santé communautaire, ce n'est pas remettre l'autogestion d'un problème à un groupe identitaire. Il n'y a pas d'identité constituée, univoque, et croire que le communautaire c'est de l'autogestion, c'est reconduire la stigmatisation » (AIDES, 1994).

Dans cette perspective, l'association articule une approche associant les personnes concernées et une mobilisation à l'échelle structurelle (pour transformer le contexte légal, par exemple). Il s'agit donc, à travers le terme de « communauté », de qualifier un processus de mobilisation plutôt qu'un ensemble de personnes partageant une identité commune : « *la démarche communautaire à AIDES n'est pas une fin en soi, mais un processus au service d'un objectif de transformation sociale* » (AIDES 2007, 120). En ce sens, pour les rédacteurs de l'ouvrage de 2007, l'association ne s'inscrit pas dans l'opposition entre approche républicaine et approche communautaire. L'enjeu est celui de la capacité d'une société à mieux intégrer des individus dans le système de soin.

Un nouveau positionnement de l'Etat ?

La lecture des enjeux homosexuels faite par les pouvoirs publics, au cours des années 2000, mérite qu'on s'y arrête. Relativement silencieux au plus fort de la controverse autour du bareback, les services de l'Etat (DGS, INPES) cherchent à dégager des orientations pour la

prévention en direction des gais. Le constat partagé par ces acteurs est que, malgré la polarisation du débat, les barebackers ne représentent pas une cible pour la santé publique. Les messages de prévention élaborés par l'Etat n'ont vocation ni à s'adresser à eux, ni à les nommer. Ce point ressort particulièrement des entretiens menés avec S. Delaunay (chargé de communication VIH à l'INPES de 2003 à 2007), et T. Troussier (responsable de la prévention au bureau sida à la DGS à partir de 2000).

Sur le plan structurel, la volonté de repositionnement passe à l'INPES par la relance du « groupe d'experts homosexuels », au cours de l'année 2003¹. Ce dernier est, au cours des années qui suivent, le théâtre de nombreux affrontements sur le contenu des recommandations de prévention. Au plan stratégique, de nouvelles pistes sont élaborées. D'une part, la position de l'Etat sur l'évolution des comportements préventifs doit être définie, au regard des acteurs en présence. Le choix de ne pas communiquer sur le phénomène de bareback oriente les acteurs sur deux axes : 1) le maintien d'un « bruit de fond » sur la prévention, à travers la réédition de brochures et de document de promotion du préservatif et du dépistage ; 2) une communication ciblée vers la part des gais qui se trouvent en situation de « *relâchement certain* ». Ainsi, pour T. Troussier, les messages émis par l'Etat doivent prendre en compte la diversité du profil des preneurs de risque :

« De façon très très minoritaire, moins de 3%, il y a les barebackers. Mais ceux là, c'est un mouvement minoritaire, qui à mon sens, moi, m'intéressent peu sur le plan de la stratégie de santé publique globale. (...) Le bareback, c'est un mouvement qui ne m'a pas fait peur, qui ne me fait pas peur. C'est moins de 3% et ça a toujours été moins de 3%. (...) Et puis, il y a tous ceux qui vont... Alors tous ceux, c'est quand même pas énorme non plus, entre 25 et 30% selon les années, qui vont être dans un relâchement certain, c'est-à-dire qu'ils ne vont pas forcément utiliser le préservatif systématiquement, même... de façon très moyenne. Et ça, ce phénomène de relâchement est du au fait qu'on va gérer sa sexualité en fonction de ses propres croyances, en fonction de ses propres déterminants, en fonction de son propre environnement, en fonction de la biographie sexuelle où on est à un certain moment, de sa solitude et de sa non solitude, de son assurance et sa non assurance, de sa dépression et de sa non dépression, si on s'aime ou on ne s'aime pas... Voilà. (...) C'est un mouvement qui n'a rien à voir avec les barebackers et qui est tout à fait respectable, accompagnable, je peux entendre qu'il y a des moments de sa vie où prendre un risque peut devenir vital. Et donc ça ce n'est pas condamnable, forcément ». Thierry Troussier (entretien).

D'autre part, l'INPES va s'attacher à élaborer des messages consensuels, afin d'essayer de s'extraire des débats associatifs et médiatiques. Le groupe d'experts y joue un rôle spécifique, en tant qu'il est l'instance dans laquelle les associations débattent des campagnes proposées, et le cas échéant décident d'y apposer leur signature aux côtés de celle de l'INPES. Les enjeux

¹ Se réunissant plusieurs fois par an, le groupe est composé de représentants des principales structures associatives (Act Up-Paris, AIDES, Sida Info Service, SNEG) et de chercheurs en sciences sociales. Le groupe est consultatif.

de signature de ces documents sont révélateurs des tensions qui se manifestent entre les associatifs et avec l'INPES : Act Up-Paris, pour des raisons d'indépendance politique, refuse de cosigner les documents. Pour sa part, AIDES se dissocie de certaines des campagnes de l'INPES, en refusant de les signer lorsqu'elle estime que l'Etat brouille les rôles (« Prends moi ») ; ou en s'opposant à leur diffusion quand les messages viennent à l'encontre de l'approche de RdRs (« Rumeurs »).

Au cours des années 2004/2005, l'INPES, sous l'impulsion de S. Delaunay, prend une autre orientation, pensée comme complémentaire des autres messages : la mise en œuvre d'actions « communautaires » portées par l'Institut. Entamée avec l'édition d'un roman photo (« *Nous tous* ») et la mise en ligne sur internet de « sitcoms » de prévention, basés sur des codes culturels gais, le dispositif communautaire est ensuite symbolisé par la publication biannuelle d'une revue intitulée « Prends-moi »¹. Pour son initiateur, cette stratégie constitue une tentative d'élaborer une réponse étatique, à l'écart des discours associatifs dominants² sur le risque. S. Delaunay considère que ce discours, « *plus rond* », permet d'éviter le moralisme sans renvoyer un message permissif. Plus largement, l'ambition est de participer à l'élaboration de valeurs communes parmi les gais ; une orientation qui n'est pas sans rappeler celle mise en œuvre par D. Charvet à la tête de l'AFLS en 1990.

« Et l'idée, c'est vraiment (...) de rendre visible, en fait cette espèce de communauté autour d'un magazine qui véhicule des valeurs de prévention. Alors ça fait un peu grincer des dents, parce que finalement, en ayant cette stratégie ...il y a la question : est-ce que l'Etat est légitime pour sortir ce genre de magazine qui est un magazine communautaire ? C'est la première question. Donc vous avez les partisans du « oui », et les partisans du « non », évidemment (rires), alors après, il y a toujours le débat sur les messages, qu'est-ce qu'on fait passer comme type de messages, mais ça, je dirais, ça chapeaute l'ensemble du dispositif, ce n'est pas spécifique. Ces deux pans du dispositif [« bruit de fond » et « action communautaire »] permettent à l'Etat à la fois d'avoir un discours assez rigide sur les règles, c'est tout ce qui est actions institutionnelles, grosso modo : le VIH est là, mettez des préservatifs, ça c'est l'autoroute, mais qui fixe quand même une borne « dure ». Et par l'intermédiaire des actions communautaires, on a réussi à tirer quand même le discours institutionnel vers : bien il y a des gens qui ont des rapports non protégés, qu'est-ce qu'on leur dit ? C'est un fait, qu'est-ce qu'on leur dit ? On reconnaît la possibilité de faillir finalement, ce que les campagnes publicitaires ne font pas. Les campagnes publicitaires, elles considèrent que tout le monde est parfait. Voila. Et que si vous n'êtes pas parfait, vous êtes un barebacker, quasiment, il n'y a pas de demi-mesure : c'est soit vous êtes bon, soit vous êtes mauvais, et puis voila, point barre. Alors que les actions communautaires permettent d'être un peu plus souples (...). Et d'essayer finalement d'avoir un discours plus rond, d'avoir un discours moins moralisateur. Alors on me dira, ça reste moralisateur, mais de toute façon, si vous faites de la prévention, vous êtes moralisateur à un moment donné, sinon, chacun fait ce qu'il veut, et puis voila. Mais on est quand même moins moralisateur, et surtout, à mon avis, le fait de reconnaître...de pas cliver en fait, entre ceux qui parviennent à maintenir un 100% prévention et

¹ Les numéros paraissent irrégulièrement : deux en 2007, deux en 2008, puis la publication s'interrompt provisoirement après le départ de S. Delaunay et reprends en 2010.

² Pour S. Delaunay, le discours de l'INPES se situe « entre » le discours d'Act Up-Paris et le discours de RdRs d'AIDES.

ceux qui n'y parviennent pas, permet à ceux qui n'y parviennent pas de ne pas se sentir complètement exclus du système, du discours, et peut-être de les agréger quand même un peu plus, et qu'ils ne dérivent pas vers le zéro préservatif ». S. Delaunay (entretien).

A travers le déploiement de ces dispositifs, l'INPES cherche à placer le discours de l'Etat dans un paysage controversé. Cependant, cette posture et les choix qui l'accompagnent font l'objet de critiques récurrentes. C'est notamment le cas lorsque l'Institut élabore une campagne, sous forme de cartes, d'encarts dans la presse et sur internet, intitulée « *Rumeurs* » (2006). Celle-ci s'oppose certaines à la logique de la RdRs concernant les risques liés à la fellation, l'indéfectabilité de la charge virale ou la séroadaptation. Analysée comme une campagne contre les messages d'AIDES, elle sera finalement retirée après l'intervention de l'association auprès de la DGS. Pour la majorité des acteurs, malgré ces initiatives, les pouvoirs publics sont perçus comme défailant concernant les enjeux de prévention. Mais la stratégie « communautaire » de l'INPES constitue un moment notable, qui traduit bien le déplacement des enjeux, des comportements à risque vers la question des sociabilités gaies et des valeurs qui y sont associées.

Quelles communautés ?

Les prises de position associatives et intellectuelles que je viens d'analyser dessinent une cartographie politique des manières de penser la communauté. L'intérêt porté sur ce niveau collectif (par Act Up-Paris ou D. Lestrade) comme cadre de régulation et d'influence normative, implique une mobilisation pour maintenir les comportements individuels. Dans les analyses de D. Eribon et de P. Mangeot, les notions de communauté ou celle d'identité homosexuelle sont secondaires. C'est la résistance à l'oppression véhiculée par la norme hétérosexuelle qui est envisagée. La conscience de former un groupe « pour soi » (qu'il se nomme « communauté » ou non) constitue une stratégie politique potentielle, mais non limitative. Dans ce cadre, les processus de subjectivation sont au cœur de l'analyse. La position d'AIDES met plutôt l'accent sur la place des individus dans un processus de mobilisation pour leur santé. Enfin, F. Martel voit la communauté comme une proposition ne correspondant pas au contexte politique français. Elle favoriserait une expression minoritaire excluante au regard de la conception républicaine de la citoyenneté : le « communautarisme ». L'idée de communauté est également critiquée pour le pouvoir qu'elle exerce sur ses membres, jugé illégitime. Le partage d'une même orientation sexuelle ne saurait fonder une appartenance sociale : le modèle de la citoyenneté républicaine constitue le référent politique sous-jacent à cette lecture. Dans ce contexte, on assiste à une survalorisation des formes

symboliques de la communauté ou de la République, au détriment d'une analyse de leurs implications concrètes. Les discours ne prennent pas en compte ce qui « fait » ou pas communauté, et dans quelles conditions.

Cet état des lieux souligne l'absence d'élaboration positive et partagée de la notion de communauté. L'enjeu n'est en fait pas celui-là pour la plupart de ces approches. De manière sous-jacente, ces discours mettent en jeu un sujet homosexuel. Qu'il soit membre de la communauté, acteur de sa propre émancipation ou citoyen, le sujet homosexuel est pensé comme inscrit dans un tissu de relations sociales qui déterminent en partie ses conduites. La prévention du VIH n'est pas absente de ces élaborations théoriques ; elle est pensée de façon plus explicite et normative dans les textes issus du monde associatif. Mais la caractéristique partagée de ces analyses de la notion de « communauté » est leur faible prise en compte de la diversité des contextes relationnels. De ce fait, l'opposition idéologique entre individu et collectif élude l'analyse des configurations intermédiaires et/ou plus complexes, qu'elles soient envisagées en termes de solidarité et de soutien, mais aussi dans leurs dimensions contraignantes. Le « grand récit » critique de la déliquescence de l'idéal républicain et de la montée en puissance des solidarités communautaires élude dès lors l'analyse des implications concrètes de ces processus socio-historiques en termes de réseaux de sociabilité. Echappe dès lors à l'analyse une part de l'expérience ordinaire des processus d'identification et du sentiment d'appartenance (ou de distance) vécus par les gais.

4.2. Les comportements à risque, révélateurs d'un processus de « normalisation » de l'homosexualité ?

Avec l'irruption de l'épidémie de VIH/sida, les modes de vie des homosexuels masculins ont fait l'objet d'une attention inédite de la part de la santé publique. Cet intérêt s'est traduit par la mise en œuvre de nombreux travaux de sciences sociales. Le rejet initial de la terminologie de « groupe à risque » a contribué à la désignation, dans les enquêtes épidémiologiques, d'une catégorie de transmission liée à des pratiques entre hommes (Calvez 2004a). Mais cette catégorisation, destinée à limiter les risques de stigmatisation d'un groupe social dans son ensemble, n'est pas sans poser problème. En ramenant le risque à des comportements, indépendamment des contextes sociaux et culturels dans lesquels ils interviennent, on ne rend pas compte des dynamiques sociales à l'œuvre au sein la population homosexuelle. M. Pollak a montré que l'épidémie survient dans un monde gai en pleine recomposition (1988). Par delà l'apparente objectivité de la catégorie de « comportement à risque », l'enjeu identitaire s'affirme dans les discours de prévention, révélant des tensions entre les acteurs. Après des contestations initiales, la majorité des acteurs associatifs et institutionnels estiment indispensable de s'appuyer sur les réseaux homosexuels préexistants et de les renforcer, afin de diffuser les messages de santé. Cette option s'impose, nous l'avons vu dans le chapitre 1, comme modèle aux associations et aux décideurs de santé publique dès le début des années 1990. Pour autant, la qualification des sociabilités homosexuelles demeure, sur la durée, un objet de controverses.

4.2.1. Des enjeux de périodisation

Les débats intellectuels sur la notion de communauté homosexuelle sont particulièrement vifs dans la seconde moitié des années 1990. Cependant, dès les années 1980, la discussion des sociabilités gaies a donné lieu à des élaborations militantes et scientifiques (Pollak 1982). L'émergence d'une scène commerciale spécialisée pose alors la question de l'importation des Etats-Unis d'un modèle communautaire d'organisation des relations sociales. M. Pollak est le premier chercheur en sciences sociales à s'intéresser à ces développements, en étudiant le « ghetto » homosexuel. Quelques années plus tard, dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida, le sociologue va développer et amplifier ces travaux, constituant un dispositif d'enquête inédit sur cette population. Depuis lors, indépendamment des débats sur le

« communautarisme », s'affirme un courant de recherche centré sur l'analyse des modes de vie gais dans le contexte de l'épidémie. L'enjeu est de mieux comprendre les liens entre expérience de l'homosexualité et recours à la prévention. L'émergence du phénomène de bareback contribue, à la fin des années 1990, à renouveler ces enjeux de recherche. Tant dans les travaux anglo-saxons que français, l'hypothèse de la transformation – et de la dégradation – des solidarités communautaires est au cœur des questionnements de recherche. En France, l'évolution des comportements de prévention chez les gais a donné lieu à de nombreuses analyses dans les recherches sociologiques et anthropologiques. Les déterminants structurels de ces transformations normatives ont fait l'objet d'une attention particulière. Dans cette partie, je m'attacherai donc à resituer la manière dont ces différentes approches de sciences sociales ont articulé l'analyse des sociabilités homosexuelles et du risque VIH. Je m'appuierai enfin sur une grille d'analyse des affiliations sociales pour proposer une lecture renouvelée des enjeux de prévention parmi les gais.

La privatisation des modes de vie gais

Le travail de P. Adam, fondé sur l'étude des comportements sexuels, des formes d'engagement politique et des sociabilités gaies à partir de l'*Enquête Presse Gay*, souligne les transformations des modes de vie depuis le début de l'épidémie de VIH/sida. Selon cet auteur, le modèle du « *bonheur dans le ghetto* », décrit par M. Pollak au tout début des années 1980 pour caractériser l'émergence d'un mode de vie communautaire, ne permet plus de comprendre la situation de la fin des années 1990. Ce modèle a laissé progressivement la place à des formes de « *bonheur domestique* » (P. Adam 1999), illustrant la relative banalisation de l'homosexualité dans la société française. Cette évolution a favorisé, pour une part des gais, le vécu de l'orientation sexuelle comme une caractéristique individuelle parmi d'autres, ne déterminant ni l'ensemble de la personnalité, ni l'organisation des relations sociales. Dans ce cadre, l'homosexualité serait préférentiellement vécue dans la sphère privée (en particulier dans le cadre du couple), et non plus dans les espaces de sociabilité gais traditionnels que constituent les établissements commerciaux ou les associations communautaires. Sur le plan politique, ces transformations progressives de l'expérience de l'homosexualité favorisent une approche plus « *universaliste* » que « *communautariste* » de la place des gais dans la société ; un état de fait que la revendication du PaCS illustre. Cependant, une part de ces hommes, que P. Adam estime minoritaire, continue à vivre leur orientation sexuelle au travers d'une affiliation communautaire forte. Ces trajectoires sont caractérisées par une plus forte expérience de l'homophobie et des discriminations. Les

différences d'expérience peuvent alors contribuer à expliquer les désaccords et les tensions politiques concernant les stratégies de défense des droits et de reconnaissance sociale de l'homosexualité. Dans la lecture de P. Adam, les positions sociales des acteurs déterminent, sans la limiter, l'inscription dans la typologie universaliste/communautaire, en s'inspirant des analyses de M. Pollak. Dans les années 1980, ce dernier soulignait l'accès différentiel au « ghetto » homosexuel entre les classes populaires et les classes aisées, ces dernières profitant majoritairement des facilités offertes par l'affiliation communautaire. Pour sa part, P. Adam note une évolution au cours des années 1990 : les gais des classes moyennes/aisées privilégient l'expérience privée de l'homosexualité, alors que les hommes issus des classes populaires investissent plus fréquemment les espaces communautaires. L'approche de P. Adam est déployée comme grille de lecture des formes de mobilisation contre le VIH/sida. La cohabitation de différentes expériences de l'homosexualité dans les associations permet alors d'expliquer les alliances, tensions, scissions et recompositions du champ associatif. Ainsi, au sein d'AIDES, les désaccords entre des approches universalistes et des approches communautaristes ont conduit à des tensions politiques internes récurrentes, et à la constitution de groupes autonomes, dont l'association Santé et Plaisir Gai est l'illustration (P. Adam 1997). Dans cette perspective, le processus de normalisation de l'homosexualité se caractérise par l'affirmation progressive et continue d'un mode de vie gai éloigné des revendications communautaires. Déjà en germe au début des années 1980, il se poursuit et aboutit, au cours des années 1990, à la mise sur l'agenda des revendications, de sensibilité « *universaliste* », d'égalité des droits entre couples homosexuels et hétérosexuels.

Normalisation et « crise de l'identité gaie »

Le sociologue JY Le Talec propose une perspective différente de l'analyse développée par P. Adam. Il critique en particulier la notion d'évolution « *majoritaire* » du vécu de l'homosexualité vers des formes universalistes, considérant que cette approche passe sous silence l'expérience des gais séropositifs et de la transgression de genre dont l'homosexualité continue à être porteuse (J.-Y. Le Talec 2008, 276-7). Selon lui, le processus de « *normalisation sociale de l'homosexualité* » (p.32) s'articule à la « *normalisation du sida* » décrite par M. Setbon (2000). La diffusion des nouveaux traitements à partir de 1996, la baisse de mortalité qui en est la conséquence, transforment l'image de l'épidémie, en particulier à l'échelle du grand public. Ce sentiment de moindre dangerosité conduit M. Setbon à parler de normalisation « *paradoxe* », car la perception du risque n'est pas nécessairement en adéquation avec le degré d'exposition au risque. Selon JY Le Talec, ce

processus s'observe également au sein de la population des homosexuels masculins. Il le resitue dans une temporalité plus globale, inscrite dans l'histoire de la mobilisation contre le VIH. Il détermine ainsi quatre périodes au cours desquelles s'élaborent les stratégies publiques et communautaires de prévention (J.-Y. Le Talec 2004). Après une période caractérisée par « l'indifférence publique » (1981-1986), la mobilisation communautaire entraîne un engagement des pouvoirs publics (1986-1989). Malgré la stabilisation du safer-sexe, les données épidémiologiques semblent indiquer, dès le début des années 1990, un réinvestissement des gais dans une sexualité avec de multiples partenaires (1990-1996). Mais l'arrivée des trithérapies ne constitue pas le facteur déclenchant, plutôt « *un facteur accélérant* » (*ibid.*, p.33) d'un processus déjà à l'œuvre. La revendication publique d'une sexualité non protégée, telle qu'elle est notamment avancée par G. Dustan marque cependant une rupture historique (après 1996). Selon JY Le Talec, la concomitance du vote du PaCS (en 1999) et de l'émergence publique du phénomène de bareback en France, constituent les symptômes d'une tension entre un mouvement de normalisation des modes de vie et la contestation des normes de prévention. S'affirme alors un enjeu d'adéquation entre « *une culture de sexualité* », marquée par la volonté de « *liberté* » et une « *culture de prévention* » (*ibid.*, pp.230-1). Si la première phase de mobilisation s'est fondée sur la concordance de ces deux cultures, des divergences s'affirment après les trithérapies. Pour JY Le Talec, la mise en parallèle de la normalisation du sida et de celle de l'homosexualité permet de décrire les dynamiques propres de l'évolution de la perception du risque dans cette population, selon une logique « *liée à la position dominée de l'homosexualité dans l'ordre hétéronormatif* » (p.30). Sur le plan sociologique, l'analyse des comportements de prévention s'appuie sur une lecture critique des liens entre homosexualité et sida.

Selon lui, les divergences qui s'expriment à ce propos révèlent la situation de « *crise* » dans laquelle se trouve l'identité gaie contemporaine (p.239) : la volonté normalisatrice – que peuvent incarner les discours de prévention aussi bien que la revendication d'un modèle de couple hétéronormé (le PaCS) – rencontre des « *résistances* », dont le bareback est l'expression.

La « normalisation paradoxale » de l'homosexualité

L'hypothèse de la normalisation de l'homosexualité est également explorée par C. Broqua et P.O. de Busscher (2003). Pour ces deux chercheurs, l'évolution rapide – en moins d'une dizaine d'années – de la visibilité et de l'acceptation de l'homosexualité dans la société illustre

le mouvement de normalisation à l'oeuvre. L'adoption du PaCS représente une date clé de ce processus social et politique. Mais ils soulignent plusieurs paradoxes inhérents à la transformation des modes de vie gais. D'une part, la découverte de son homosexualité demeure une expérience difficile et solitaire pour la majorité des gais ; l'acceptation par l'entourage familial reste l'un des principaux nœuds de tension. D'autre part, s'inscrivant également en critique de l'analyse de P. Adam, les auteurs suggèrent que la meilleure acceptation sociale de l'homosexualité s'accompagne de la pérennité et du développement des espaces de sociabilité communautaires (commerciaux ou associatifs). Ces formes d'organisation collectives étant issues des périodes de répression et/ou de dépréciation de l'homosexualité, le processus de normalisation ne devrait-il pas les conduire à dépérir, s'interrogent PO de Busscher et C Broqua ? Ils établissent le constat inverse : la vitalité du secteur communautaire démontre que les discriminations restent une expérience partagée par une grande partie des gais.

La visibilité croissante, notamment médiatique, de l'homosexualité comporte par ailleurs un risque : en rigidifiant le(s) modèle(s) de vie gais, elle accroît l'injonction normative. Le « coming out »¹ auprès de ses proches ou de son entourage professionnel tend à devenir une nouvelle norme d'authenticité, alors que les discriminations, le rejet et les violences perdurent, créant ainsi une tension insolvable pour les plus jeunes et/ou les plus précaires. De plus, à un niveau institutionnel et légal, la différence de traitement des couples de même sexe continue à maintenir une frontière symbolique et légale entre hétérosexualité et homosexualité. La mise en avant de l'idéal du couple, soulignée par JY Le Talec, s'accompagne alors d'une moindre reconnaissance de la valeur de ces unions. Pour les auteurs, ces éléments paradoxaux peuvent permettre d'expliquer, par réaction, l'investissement de certains gais dans une sexualité multipartenaire, ou le refus affirmé des normes de prévention. Dans ce contexte, pour expliquer l'émergence du bareback dans les débats et les pratiques des gais en France, P.O. de Busscher distingue deux grandes périodes (2003) :

- De 1985-1990, marquée par l'élaboration des premières campagnes de prévention, et l'émergence de stratégies communautaires qui conduisent à l'adoption massive des comportements de prévention.

¹ Le « coming out », ou « la sortie du placard » décrit le fait d'annoncer son homosexualité à son entourage.

- Dès la fin des années 1980 s'affirme un intérêt pour les « *périphéries* » des communautés gaies (jeunes, bisexuels). La rencontre « Hommes Entre Eux » de Saintes, en juin 1992, marque l'établissement de la stratégie de prévention fondée sur la « *socialisation des individus en tant qu'homosexuels* » (p.260).

Cependant, « *alors que de nombre d'énergies se mobilisent autour de ces 'périphéries', une nouvelle rumeur – plus qu'un fait – se répand au sein du 'centre'. Elle se résume en un terme : 'relapse'* » (p.263). Le terme apparaît dans l'espace public français au travers du colloque « Homosexualité et sida » en 1991, et son usage se diffuse parmi les observateurs de l'épidémie, malgré les critiques qu'il suscite. Les réponses institutionnelles et associatives articulent alors des réponses à plusieurs niveaux durant la première moitié des années 1990 : la communication ciblée, la mobilisation des établissements gais avec le projet de charte de responsabilité et la multiplication des interventions de terrain. Selon P.O. De Busscher, l'introduction des trithérapies à partir de 1996 constitue un tournant de l'épidémie, même si « *ses conséquences (...) ne se sont mises en place que très progressivement* » (p.265). Il insiste sur les discontinuités à l'œuvre dans l'histoire des modes de vie gais, soulignant la nécessité d'analyses dynamiques des normes communautaires, notamment en matière de prévention. L'émergence de la préoccupation publique sur le bareback en 1999 constitue alors l'une des conséquences les plus spectaculaires des transformations engendrées par ce tournant thérapeutique.

Ces analyses constituent les principales grilles de lecture universitaires des évolutions sociopolitiques des normes de prévention au tournant des années 2000. Elles s'articulent à des lectures épidémiologiques – centrées sur l'étude des comportements (Velter 2007) – et des travaux qualitatifs sur les représentations du risque (J.-Y. Le Talec 2004). Les approches psychologiques ou psychanalytiques demeurent marginales, bien qu'elles aient un écho dans la presse associative et homosexuelle. Dans le contexte français, les recherches sont dominées par l'épidémiologie, la démographie, la sociologie et l'anthropologie. Les analyses proposées circulent et sont appropriées au sein du milieu de la lutte contre le VIH/sida. Comme l'ont montrées dans d'autres domaines les analyses de L. Boltanski (1990), les activités de critique et de justification profanes empruntent bien souvent les catégories élaborées par les chercheurs. Ainsi, la question de la normalisation de l'homosexualité, envisagée sous l'angle du délitement des formes de socialisation communautaires, est largement discutée. Plus encore, la question du nouveau contexte thérapeutique, avec l'arrivée des trithérapies, constitue un point de repère historique largement partagé par les acteurs. Tout d'abord

exprimé sous forme de crainte – les traitements ne risquent-ils pas de banaliser le VIH ? – cette vision s’impose comme un constat, dont le bareback constitue un révélateur. S’appuyant sur des expériences personnelles et collectives, porteuses d’énoncés performatifs, de nombreux discours experts et profanes suggèrent un lien de causalité entre l’arrivée des traitements antirétroviraux et le « relâchement » de la prévention. La réalité apparaît cependant plus complexe. En France, les analyses de sciences sociales soulignent les processus de transformation à long terme des normes, et l’articulation complexe entre comportements préventifs et mode de vie homosexuels.

Encadré 12 : Une période « post-sida » ?

Dans le monde de la recherche anglo-saxonne sur le VIH, la périodisation de l’épidémie a également fait l’objet d’interprétations diverses. Sous l’impulsion d’un groupe de chercheurs australiens, l’attention s’est notamment portée sur le changement de contexte induit par l’arrivée de traitements efficaces et la chronicisation du VIH. Caractérisée par le succès des mesures de prévention, la baisse de la mortalité liée au sida et l’érosion du militantisme, cette nouvelle période, « post-sida », ou « post-crise » (Gary Dowsett, McInnes, et AIDS 1996), a pour effet l’hétérogénéisation du rapport des gais à l’épidémie. Pour les auteurs, on passe alors progressivement d’une communauté mobilisée autour des normes du safer sex à une diversification des cultures sexuelles, qui se réorganisent autour du statut sérologique, des pratiques sexuelles ou de la génération¹. Ces réseaux de sociabilité élaborent des systèmes de valeur vis-à-vis du risque plus diversifiés. Cette situation impose une réévaluation de la prévention et de ses cibles, car l’appel à « la » communauté ne peut dès lors plus fonctionner (Gary Dowsett 2009). Dans ce contexte, les gais font entendre de nouveaux besoins de santé et les revendications politiques se recentrent sur les droits humains (en termes de conjugalité ou de parentalité). Cette analyse joue un rôle majeur dans l’émergence du mouvement de santé gaie aux Etats-Unis, qui valorise le réinvestissement des homosexuels dans la sexualité et dans des cultures de plaisir (Rofes 1998; Hurley 2010). A rebours des analyses de la dégradation des liens communautaires ou de l’échec de la prévention, ces acteurs envisagent les évolutions de la prévention et l’émergence des approches biomédicales dans le contexte d’un renouvellement du lien entre homosexualité et sida (Susan Kippax et Race 2003).

¹ En France, mise à part l’association Warning (Sidéris, Jablonski, et Le Talec 2010), la périodisation « post-sida » ou « post-crise » n’est pas utilisée par les acteurs.

4.2.2. Prévention et contextes moraux du risque

Dans les travaux menés en France, porteurs d'une visée analytique à large échelle (autour de la transformation socio-historique des normes de prévention communautaires), la notion de communauté est généralement peu discutée. Plus généralement, les recherches récentes sur le risque VIH parmi les gais ont peu exploré la compréhension de la diversité des cadres sociaux dans lesquels s'élaborent et se vivent les normes de prévention. Au niveau international, les dimensions contextuelles de la prévention et de la responsabilité ont fait l'objet de nombreux travaux depuis le début des années 2000. A travers ces enquêtes, les contextes de sociabilité des gais, et en particulier la notion de communauté, sont particulièrement questionnés.

Culture de résistance et subjectivités gaies

Plusieurs chercheurs ont avancé des lectures du risque centrées sur le contexte communautaire de la prévention. Deux approches ont été privilégiées. La première relève de la psychologie sociale (Crossley 2002; Crossley 2004) et interroge la persistance de comportements à risque dans un groupe très informé et mobilisé. La seconde relève de la sociologie et de la philosophie, et met en question la subjectivité des gais (Halperin 2007).

M. Crossley souligne les biais créés par la focalisation des messages de santé sur les comportements individuels, négligeant le contexte social et culturel du risque. Dans ses travaux, menés à partir d'entretiens qualitatifs auprès d'hommes gais en Angleterre, l'auteure avance l'hypothèse que cette approche individualiste de la promotion de la santé suscite des résistances chez les personnes visées. Selon elle, l'émergence du bareback comme phénomène de revendication du risque illustre cette réaction de rejet. Les comportements à risque peuvent alors représenter une transgression symbolique aux normes culturelles dominantes, véhiculées par les organismes de santé et par les associations de lutte contre le sida. Pour M. Crossley, les interventions actuelles échouent à comprendre les relations complexes entre les comportements de santé et les « identités morales » des gais. En conséquence, la valorisation, parfois exacerbée, des comportements à risque apparaît comme un signe de résistance et d'indépendance face à l'imposition de normes. Elle situe son analyse dans une lecture socio-historique de l'homosexualité contemporaine. Ainsi, la mise en avant d'une communauté « exemplaire » face à l'épidémie, au cours des années 1980/1990, a conduit à rendre indicible le désir de non protection. Le retour de pratiques à risque, parallèle au réinvestissement dans la sexualité de la part de nombreux gais dans la seconde moitié des années 1990, est à envisager dans ce contexte. Pour M. Crossley, il s'agit de mieux comprendre les significations

du sexe non protégé, en particulier les sentiments d'autonomie et d'indépendance que ces comportements véhiculent. Mais plus largement, l'auteure inscrit la défiance vis-à-vis de la prévention dans une perspective historique et sociologique marquée par l'expérience de l'homophobie et de l'oppression. La transgression et la résistance apparaissent comme des éléments forts de la culture gaie, développant un « *habitus de résistance* ». Selon l'auteure, le bareback exprime une forme de défiance collective vis-à-vis des normes hétérosexuelles, une réticence à envisager la responsabilité morale dans la sexualité, cohérentes avec un ensemble de dispositions sociales. Les « raisons » du bareback sont donc moins à chercher dans les trajectoires individuelles que dans une prise en compte d'un contexte communautaire. Partant, l'auteure s'interroge sur la manière d'améliorer les réponses de la santé publique en aidant les gais à prendre conscience de ces dispositions à la « résistance ». L'analyse de Crossley a fait l'objet de nombreuses critiques, pointant l'imprudence et les limites de son usage homogénéisant des notions de « culture » et de « communauté » gaies (Barker et al. 2007; Flowers et Langdrige 2007). De fait, si les travaux de Crossley ont le mérite d'envisager les dimensions historiques de la prévention, ils prennent peu en compte la diversité des modes de vie gais. D'autre part, en reliant les comportements non protégés (dont le bareback) à un « *habitus* » de résistance, la chercheuse englobe l'ensemble des pratiques sans préservatif indépendamment du sens que les hommes leur attribuent concrètement. Ce double réductionnisme, pour les besoins de la démonstration, affaiblit son analyse. Pour Barker et al, ces conclusions risquent de contribuer à alimenter les représentations essentialistes et pathologisantes de l'homosexualité.

Dans un essai intitulé *What Do Gay Men Want* (2007), le philosophe D. Halperin propose pour sa part d'envisager les discours – experts et profanes – sur le phénomène de bareback comme le produit d'un mouvement de re-pathologisation de l'homosexualité. Selon lui, face à ces pratiques sexuelles non protégées, le discours de santé publique a recours à des explications plaçant la responsabilité à l'échelle individuelle, caractéristique d'un sujet rationnel. La psychologie s'impose alors, explique-t-il, comme la discipline « clé » pour comprendre les motivations individuelles (et les défaillances) des comportements de santé. Ce double processus, d'individualisation des responsabilités et de psychologisation du risque, tend à renvoyer la non-application des recommandations sanitaires vers des explications pathologisantes des comportements sexuels. De plus, pour D. Halperin, la focalisation médiatique sur le phénomène de bareback a des effets contreproductifs et réducteurs. Les explications sociales et politiques comme l'absence aux Etats-Unis de campagnes de

prévention dignes de ce nom sont écartées, au profit d'analyses psychologiques et morales. A l'inverse, l'auteur explique que, dans de nombreux cas, les hommes qui revendiquent des pratiques bareback sont à la recherche de partenaires de même statut sérologique, afin d'éviter les risques de transmission. Loin de la figure médiatique du séropositif « contaminateur », les données d'enquêtes dessinent alors le portrait d'homosexuels séropositifs soucieux de leur santé, et conscients des risques. Ainsi, si on ne peut réduire la question du risque à des motivations « pathologiques », il apparaît nécessaire d'observer les arrangements et les adaptations préventives concrètes que les gais mettent en œuvre. L'auteur s'y emploie au travers d'une solide revue de la littérature sociologique sur la prévention du sida chez les gais.

D. Halperin s'appuie sur la notion « *d'abjection* », emprunté à J. Genet et M. Jouhandeau (Eribon 2001), pour développer ce qu'il considère comme une analyse non psychologique du risque. Selon lui, pour certains homosexuels, la revendication du sexe non protégé s'apparente à une réappropriation de « l'abjection » attribuée à la contamination. L'abjection, expression intériorisée de l'homophobie structurelle, est analysée ici comme un élément constitutif des subjectivités homosexuelles. Cette notion permet d'envisager l'ambivalence des processus de subjectivation que produit l'oppression : la haine et la honte associée à l'homosexualité et au sida peuvent ainsi être transformées en fierté et en potentiel de création de soi, par retournement du stigmat. L'abjection comme processus social et politique ouvre alors la possibilité de penser l'intériorité et le « soi » en termes politiques, et non psychologiques. Ce cadre ainsi posé, la question des motivations de la prise de risque peut échapper aux présupposés pathologisants (« pulsions de mort », « problème » identitaire...), tout en ne se réduisant pas aux motivations d'un individu rationnel et cynique. D. Halperin souligne ainsi à quel point l'implicite des campagnes de prévention, qui postulent un sujet « responsable » et une sexualité « saine », se confronte perpétuellement à l'expérience de beaucoup d'homosexuels. Le plaisir peut en effet s'appuyer sur des constructions complexes, non réductibles à la « bonne image » de soi. La mise en scène du risque peut y jouer un rôle, qui traduirait non pas nécessairement d'un « mal-être » homosexuel, mais d'un retournement créatif de l'oppression. La question de l'intentionnalité n'est alors plus centrale, et D. Halperin propose d'observer la capacité d'agir – notamment en matière de prévention – comme « *l'effet du jeu social du pouvoir : le résultat imprévisible d'une lutte.* » (p.84). En s'intéressant aux processus de subjectivation à l'œuvre dans la prévention, le philosophe mobilise une approche foucauldienne de la sexualité et du risque. A la différence de M. Crossley, D. Halperin propose d'envisager l'échelle individuelle et subjective de la prise de

risque, en l'inscrivant dans un cadre d'analyse de l'oppression vécue par les gais. Cependant, son propos apporte peu d'éclairage à la dimension collective des normes sanitaires. De plus, l'usage de la notion d'abjection comme clé de lecture des comportements de prévention constitue une piste encore très abstraite, en l'absence de mise à l'épreuve empirique.

Contexte moral de la prévention

Avec l'émergence des débats sur le bareback, plusieurs sociologues se sont intéressés à la transformation du contexte de la prévention chez les gais, et en particulier chez des hommes séropositifs. Au Canada, B. Adam (2005) a ainsi proposé d'analyser l'augmentation des pratiques sans préservatif comme le révélateur de la montée en puissance d'un discours néo-libéral dans la prévention. De ce fait, il porte un regard critique sur les registres dominants de compréhension de ces pratiques. Selon lui, les envisager comme des conduites irrationnelles et/ou pathologiques ne permet pas de comprendre les logiques à l'œuvre. De la même manière, la perception du bareback comme un phénomène de rébellion ou transgression des normes de prévention ne lui paraît pas satisfaisante. Elle véhicule l'idée de « bonnes » pratiques, qui font implicitement de la responsabilité partagée une norme allant de soi. À l'inverse, selon lui, le bareback doit être analysé comme relevant de rationalités situées : ces pratiques ont émergé dans des réseaux marqués par une très forte prévalence du VIH.

Les entretiens menés auprès de gais séropositifs à Toronto montrent que, vis-à-vis de la prévention, les hommes se définissant comme barebackers répondent à des motivations pragmatiques, proches de la rhétorique néo-libérale du choix rationnel. Ainsi, pour certains d'entre eux, le bareback est justifié à partir d'un discours individualiste : la responsabilité pour soi, des relations entre adultes consentants et la contractualisation de l'interaction sexuelle. La logique à l'œuvre implique de prendre ses responsabilités sur le marché du risque. Selon l'auteur, ce raisonnement moral présente de nombreux risques en terme préventif : ainsi, le choix d'avoir recours (ou non) au préservatif est renvoyé au partenaire. D'autre part, cette vision de la responsabilité ne prend pas en compte les « vulnérabilités » sociales et identitaires, l'inexpérience sexuelle ou l'existence de comportements peu rationnels de la part des partenaires. Cependant, aucune des personnes interviewées ne désire être impliquée dans des pratiques de transmission volontaire du VIH. Pour B. Adam, la montée en puissance de ces registres d'argumentation morale traduit un tournant idéologique dans les normes communautaires de prévention, dont les conséquences sont réelles en termes de comportements. Mais parmi les répondants, ce discours néo-libéral ne constitue pas

l'unique référentiel moral. D'autres discours et valeurs cohabitent – telle la solidarité ou la participation communautaire – en fonction des circonstances. Selon B. Adam, ce discours individualiste de la responsabilité n'est donc pas totalisant, mais il est devenu pour certains gais séropositifs une ressource majeure pour envisager les relations sociales.

En s'attachant à comprendre la rationalité située des comportements de prévention, B. Adam propose une lecture contextuelle du risque. Son analyse met en lumière les transformations – et la diversification – des conceptions de la responsabilité chez les gais séropositifs. Cependant, son approche sous-entend que l'émergence d'un discours néolibéral dans la prévention marque une évolution historique majeure : on observe selon lui un mouvement progressif, mais non linéaire, de dislocation des liens communautaires. Cette mise en perspective minimise de fait la coexistence, de longue date, d'une diversité de manière de vivre l'homosexualité, déjà soulignée par les premiers travaux de M. Pollak, au début des années 1980. Si les premières années de l'épidémie de sida ont contribué au renforcement des solidarités communautaires, il est probable que des approches individualistes du risque y cohabitaient. De ce fait, l'affirmation du bareback traduit sans doute moins un regain spectaculaire du risque qu'une nouvelle manière de formuler la question de la responsabilité préventive. Comme l'avance pour sa part E. Rofes (1998), les discours autour du bareback ont contribué à une meilleure acceptabilité sociale du risque, créant un environnement favorable à la dicibilité de telles pratiques. D'autres travaux s'étaient déjà intéressés à l'inégale distribution du sentiment de responsabilité vis-à-vis du VIH (Flowers 2001). Dans une enquête menée en Ecosse, il apparaît que les gais séronégatifs tendent à considérer que la responsabilité repose sur le partenaire séropositif, quand les séropositifs partent du principe que si le partenaire n'impose pas le préservatif il doit être séroconcordant. Pour C. Dodds (2002), les conceptions de la responsabilité portées dans les campagnes de prévention et de RdRs mettent trop souvent l'accent sur l'individu responsable, en délaissant le contexte et les conditions socio-économiques. Cela défavorise, selon elle, la compréhension des réponses individuelles et collectives à l'épidémie, notamment en termes de responsabilité face à la prise de risque.

Plus récemment, l'enquête anglaise « *Relative Safety II* » (Bourne et al. 2009) s'appuie sur une enquête menée auprès d'un échantillon de gais séropositifs, afin de comprendre leur mode de gestion de la prévention. Il apparaît que pour de nombreux répondants, le désir de ne pas utiliser le préservatif demeure extrêmement difficile à verbaliser avec des partenaires sexuels occasionnels. Dans ce contexte, l'appropriation explicite de stratégies de réduction des risques

devient délicate, car elles traduisent une intention du risque qui vient heurter leur sentiment de responsabilité. Ces données illustrent le fort sentiment d'implication des gais séropositifs vis-à-vis des risques d'infection pour leurs partenaires. L'usage du préservatif, s'il reste majoritaire lors des rencontres occasionnelles, est variable dès lors que sont en jeu la recherche d'une plus grande intimité ou la quête du plaisir sexuel. La connaissance du statut sérologique du partenaire devient alors un enjeu essentiel pour réduire la culpabilité associée à l'exposition aux risques. L'intérêt de cette enquête est notamment qu'elle éclaire la fragilité et la complexité des stratégies s'appuyant sur le dévoilement du statut sérologique. Cet enjeu de « dicibilité » apparaît en effet extrêmement complexe, dans un contexte marqué par la crainte du rejet, la réprobation morale du bareback, et les risques de poursuites judiciaires. Cela conduit une partie de ces gais à s'engager dans des stratégies plus aléatoires de « seroguessing », dans lesquelles la séroconcordance est supposée, en fonction du lieu de la rencontre, ou de certaines caractéristiques du partenaire. De fait la capacité des gais à évoquer leur statut avec un partenaire est sujette à de multiples tensions, entre la recherche d'intimité et l'angoisse de transmettre le VIH, ou entre le désir de ne pas utiliser de préservatif et la réprobation sociale du bareback. Le rapport souligne que ces arbitrages dans la sphère intime, et les dilemmes concrets qu'ils posent à ces hommes peuvent à peine être partagés à l'échelle communautaire, comme en témoigne l'absence ou la faiblesse de soutien dans leurs réseaux de sociabilité. Pour Bourne et al., les obstacles au dévoilement du statut sérologique sont également une conséquence du fait qu'une large part des gais séronégatifs délègue toute la responsabilité du dévoilement du statut sérologique aux séropositifs. Dès lors, le « seroguessing » peut apparaître comme un mode de résolution individuelle (ponctuel ou durable) des contraintes qui pèsent sur la sexualité.

Bareback, relation et identité

Dans les travaux états-uniens, les chercheurs se sont penchés sur la revendication du bareback par certains gais pour qualifier leurs pratiques et/ou leurs identités. Confrontés à la forte variation des usages du terme, A. Carballo-Diequez et al. (2009), se sont interrogés sur la pertinence de cette catégorie pour désigner les situations de risque. Ils ont choisis de renouveler sa définition, à partir d'une enquête menée à New York auprès d'hommes déclarant des relations sexuelles non protégées recrutés par le biais de sites internet (n=120). Au cours des entretiens en face-à-face, l'un des objectifs était d'explorer le sens du terme bareback, ainsi que les mots utilisés pour nommer les pratiques. La méthodologie mise en œuvre (qualitative) permet d'explorer les significations du phénomène, en limitant le risque

d'imposer aux interviewés des définitions préconçues par les chercheurs. Malgré une grande hétérogénéité du sens donné au terme, la plupart des répondants associent le bareback à des rapports sexuels sans préservatif, indépendamment du statut sérologique. Mais l'usage de « barebacker » comme label identitaire est largement discuté. Certains s'en revendiquent ouvertement ; pour d'autres le terme constitue une marque de défiance vis-à-vis des normes de prévention, mais pas une identité ; enfin, de nombreux répondants considèrent que le terme est impropre : il est alors rejeté, ou partiellement accepté pour décrire des pratiques. Pour remédier à cette absence de consensus, A. Carballo-Diequez et al. suggèrent donc une nouvelle typologie des pratiques anales non protégées, pour distinguer celles qui relèvent du bareback. Les pratiques sont classifiées en fonction du niveau de risque d'exposition au VIH (connaissance du statut sérologique du partenaire, prévalence communautaire, etc.), du contexte et du degré d'intentionnalité. Ainsi, selon eux, le bareback est caractérisé par des pratiques anales sans préservatif intentionnelles pouvant impliquer une infection VIH. Les auteurs y incluent le « positionnement stratégique », associé ou non avec une éjaculation. Dans ces situations, un calcul de la prise de risque est effectué, et le sexe sans préservatif est assumé : on ne peut pas réduire ces comportements à une absence de connaissance du risque. Cela indépendamment du fait que les répondants les désignent ou non comme du bareback.

En procédant à cette typologisation, les auteurs centrent leur typologie sur les relations et les stratégies préventives mises en œuvre dans l'interaction sexuelle, plutôt que de réifier le risque (et le bareback) comme la caractéristique d'un individu. Ainsi, la volonté de « mieux » définir le terme bareback traduit une démarche à mi-chemin entre les approches objectivistes et constructivistes du risque (Calvez 2010). En effet, en établissant des critères permettant de définir les comportements (et les identités) qui relèvent ou non de cette catégorie, A. Carballo-Diequez et al. (2009) renoncent à caractériser l'environnement normatif dans lequel elle est employée pour qualifier le risque. Tout en se différenciant des approches centrées sur les comportements individuels, les auteurs ne prennent que faiblement en compte le contexte social de la sexualité.

Citoyenneté sexuelle, responsabilité et prévention

M. Davis a mené, au début des années 2000, une enquête qualitative auprès d'un échantillon de gais séropositifs en Angleterre (2008). A travers son travail, le sociologue anglais s'interroge sur les cadres interprétatifs mobilisés dans les différentes enquêtes sur le bareback et l'augmentation des comportements à risque. Il critique en particulier la lecture du bareback

comme une « *transgression* » vis-à-vis des normes de prévention communautaires. Il s'éloigne également de l'idée d'une éthique individualiste et de l'émergence d'un « *sujet néo-libéral* » de la prévention. Selon lui, ces lectures du risque accèdent, implicitement, l'existence d'une « *bonne stratégie* » de prévention, « *altruiste* », élaborée dans les années 1980 et qui serait remise en cause par le phénomène de bareback. Pour M. Davis, il est évident que les évolutions de la prévention déplacent les enjeux de responsabilité individuelle et collective dans le domaine de la sexualité. Mais dans ce contexte, il s'agit de penser les conditions de « l'agentivité » sexuelle dans les relations intimes. Il s'appuie sur la notion de « *citoyenneté sexuelle* », qu'il définit à travers deux caractéristiques :

- la manière dont les attentes sociales (prévention, responsabilité) se traduisent dans les comportements sexuels des individus ;
- mais également la façon dont les comportements sexuels sont politisés et ont des implications sur la citoyenneté.

A partir de ce concept, M. Davis propose d'analyser les comportements de prévention en s'extrayant d'une lecture clivée entre pratique transgressive et stratégie altruiste. Il pointe notamment les enjeux moraux concernant le dévoilement du statut sérologique avec un partenaire occasionnel : la verbalisation peut ainsi varier en fonction du contexte, de la perception du statut sérologique de l'autre ou de la crainte des conséquences de la non protection. Pour les gais séropositifs, en effet, révéler son statut expose au rejet et à l'augmentation de la responsabilité ; ne pas le dévoiler renforce le sentiment de culpabilité. Selon son analyse, dans les interactions sexuelles, les répondants sont pris entre l'impératif de prévention et le désir d'éviter l'exclusion et le reproche moral (« *blame* »). Dans les entretiens menés, il ne constate donc pas un désintérêt global pour la prévention, ni le désir d'une sexualité « *sans entrave* ». Au contraire, M. Davis met en lumière l'existence de choix négociés, au cœur de la sexualité, qui traduisent de fortes préoccupations morales. Ce cadre de réflexivité, « *coopérative* », implique les deux partenaires (ou plus) dans leurs décisions de signifier (verbalement ou non) leurs préférences préventives et leurs statuts sérologiques. Émerge ainsi l'idée d'un « *nous réflexif* » dans la relation sexuelle. Il existe de fortes variations dans les discours des hommes rencontrés, en fonction du statut de la relation : partenaire occasionnel, connu ou non, conjoint, etc. De ce fait, il apparaît que la prévention du VIH implique la coexistence de différentes formes de réflexivité au regard du risque, qui ne sont pas nécessairement combinées par les acteurs.

Avec cette analyse de la prévention, M. Davis estime que les évolutions des comportements sexuels mettent en jeu une résistance au « *jugement moral* » plutôt qu'aux recommandations préventives. A la différence de M. Crossley, qui considère « *l'habitus* » transgressif des gais comme un frein pour la santé publique, M. Davis situe cette résistance au « *jugement moral* » comme un levier d'action potentiel, dans la continuité historique des combats homosexuels. Selon l'auteur, il convient d'analyser la prévention comme une combinaison entre le souci de soi (« *care of the self* »), un altruisme adapté aux situations et la volonté du partenaire de se protéger. De plus, les différenciations du sentiment de responsabilité varient fortement en fonction du statut sérologique. La prévention du VIH implique donc nécessairement un « nous », mélange d'engagements réflexifs entre soi et l'autre dans l'action conjointe.

Cette approche est intéressante car elle introduit un autre niveau d'analyse (et de complexité) dans la compréhension des adaptations préventives. Comme pour les auteurs précédents, la responsabilité y est pensée dans sa dimension relationnelle. L'analyse de M. Davis est originale à travers sa critique d'une opposition caricaturale entre l'esprit communautaire (et ses valeurs altruistes) et l'hyper individualisme qui caractériserait les comportements actuels des gais. Au contraire, le sociologue s'intéresse aux agencements situés de la prévention, en proposant d'envisager les diverses formes de réflexivité morale en jeu. Cependant, du fait de la focalisation sur les gais séropositifs, on peine à percevoir comment les exigences morales sont vécues et expérimentées par les hommes séronégatifs. D'autre part, il conviendrait d'envisager le « nous réflexif » de l'interaction sexuelle en lien avec les conceptions de la communauté gaie dont sont porteurs les acteurs. En s'appuyant sur l'analyse de M. Douglas et M. Calvez (1990), on fait l'hypothèse que les conceptions du soi et du risque sont également modelées par les formes de l'inscription sociale. De manière générale, les approches sociologiques du risque chez les homosexuels dans le contexte du bareback prennent peu en considération la diversité des contextes de sociabilité des gais. Pour certaines d'entre elles, c'est la dimension structurelle des sociabilités – et leur transformation historique – qui constitue le cœur de l'analyse (Crossley 2004). Pour d'autres, le discours sur la prévention est enserré dans un cadre idéologique néo-libéral (B. D. Adam 2005) ou pathologisant (Halperin, 2007) qui contraint ses capacités d'agir. D'autres approches, enfin, mettent l'accent sur les agencements relationnels de la sexualité et du risque (A. Carballo-Diéguez et al. 2009; Mark Davis 2008).

Mais, entre le niveau individuel (ou inter-individuel) et le niveau communautaire, ces analyses peinent à envisager les réseaux de sociabilité des gais. Décrire et qualifier les

configurations relationnelles ordinaires dans lesquels les gais élaborent des rationalités préventives vis-à-vis du VIH : tel est l'enjeu d'une analyse renouvelée de la transformation socio-historique des contextes communautaires.

4.3. Affiliation sociale, homosexualité et risque du sida

Dès le début de l'épidémie de VIH/sida, les homosexuels ont été confrontés à des questions concernant le mode de réaction individuelle et collective devant une maladie sexuellement transmissible. Dans les pays du Nord, la réponse communautaire a constitué la part la plus visible et la plus valorisée de ces réactions ; elle est la somme des mobilisations collectives et des adaptations individuelles face au risque. Les constats d'un « relâchement » de la prévention, et l'émergence du phénomène de bareback, au cours des années 1990, ont contribué à un profond questionnement sur la capacité des instances collectives du monde gai (associations ou établissements commerciaux) à promouvoir des normes de santé sur la durée. L'augmentation des rapports sexuels non protégés a été majoritairement envisagée comme révélatrice d'une transformation – et d'une dégradation – des liens de solidarité tissés durant la décennie 1985-1995. Cette périodisation, courante dans la presse gaie et dans le monde militant, a fait l'objet d'investigations scientifiques proposant d'analyser l'articulation entre la montée de l'individualisme et la transgression des normes communautaires.

4.3.1. Lecture critique des analyses de la communauté gaie

Sans minimiser leur pertinence explicative, ces approches comportent plusieurs points aveugles. Le premier est d'ordre historique. La mise en exergue de la mobilisation des gais contre le VIH tend en effet à masquer la préexistence de réseaux de sociabilités gais dans la plupart des pays occidentaux. Ce constat est vrai en France. Au début de l'épidémie, l'éclatement organisationnel et idéologique du milieu associatif gai et lesbien est avérée (Pinell 2002). Cependant, les réseaux associatifs et amicaux issus des combats des années 1970 ont indéniablement servi de terreau aux associations de lutte contre le sida.

Le second point de discussion touche à la conception implicite des sociabilités gaies véhiculées par ces lectures socio-historiques de l'émergence du bareback. Selon plusieurs auteurs, durant les années 1990, la normalisation du sida, accompagnée de l'obtention de droits pour les couples de même sexe, participe d'un mouvement d'individualisation du vécu de l'homosexualité. Ce processus, en hétérogénéisant le monde gai, mettrait en péril les normes de la responsabilité communautaire. A travers ces lectures s'élabore en filigrane un récit historique valorisant un moment de la mobilisation communautaire face à l'épidémie. Cela traduit, à travers un discours sur le risque, l'attachement des acteurs à une conception des

relations sociales. Il ne s'agit pas ici de disqualifier *a priori* ces lectures, tant elles font sens pour bon nombre d'acteurs, et traduisent bien les dimensions « symboliques » du sentiment d'appartenance communautaire (Sainsaulieu 2010). Cependant, des travaux historiques récents sur le mouvement homophile « Arcadie » (Jackson 2009) ont démontré que la diversité des modes de vie gais est une réalité ancienne. D'une part, l'expérience de l'appartenance communautaire varie selon les individus et au cours de la vie. D'autre part, les formes d'organisation des sociabilités homosexuelles – communautaires ou non – varient au sein d'une même société.

Enfin, le dernier point aveugle de ces analyses du bareback concerne l'analyse du risque. Pour de nombreux observateurs (militants ou chercheurs), la revendication publique de pratiques non protégées exprime un nouveau rapport à la prévention. Lorsqu'ils émergent, aux Etats-Unis ou en France, ces discours sont en effet sans précédent au regard du consensus normatif autour de la prévention. Mais la persistance de nouvelles infections, même aux heures les plus dramatiques de l'épidémie, atteste la permanence de pratiques sans préservatif. Analysée comme relevant d'un « relâchement » préventif, ces pratiques ont, au départ, été considérées comme des prises de risque non intentionnelles, le bareback marquant alors un tournant vers l'intentionnalité. *A contrario*, selon certains auteurs, la médiatisation du bareback apparaît plutôt avoir rendu dicibles des pratiques déjà existantes au niveau individuel, notamment chez les gais séropositifs (Rofes 1996; 1998). De plus, l'accent mis sur « l'intentionnalité » du risque contribue à constituer le bareback comme un phénomène inédit. Dès lors, plutôt qu'une évolution radicale dans les comportements, la verbalisation du risque ne traduit-elle pas la co-existence d'une diversité de perceptions du risque parmi les homosexuels, et parfois chez un même individu au cours de son existence ? Là encore, la focalisation sur le bareback masque la complexité des configurations du risque et de la prévention.

Les analyses de la communauté gaie, des pistes de recherche

Dans un article publié récemment en français, l'anthropologue G. Rubin (2010) s'est penchée sur la constitution d'un champ de recherches sur les cultures homosexuelles aux Etats-Unis depuis les années 1950. L'intérêt de ce travail est qu'il donne accès à la généalogie des travaux menés avant les mouvements de libération homosexuelle, permettant d'envisager que, dès cette époque, la structuration des sociabilités gaies dans les milieux urbains est plus diversifiée que l'on ne pourrait l'imaginer. G. Rubin souligne à quel point, dans cette historiographie des recherches, le développement des approches postulant de la construction

sociale de l'homosexualité constitue un tournant épistémologique majeur. Cette perspective a en effet permis de rendre compte des dimensions historiques du « rôle homosexuel » (McIntosh 1968), rompant ainsi avec les analyses étiologiques de l'homosexualité. Elle a également contribué à l'analyse des dimensions politiques de l'auto-organisation des gais et des lesbiennes au cours des années 1960/1970, en résistance à l'hétéronormativité, au même titre que les communautés noires ont résisté au racisme (B. D. Adam 1985). La structuration du monde homosexuel et le développement des identités LGBT ont également été envisagés dans le contexte des évolutions du capitalisme néolibéral (Fortin 2010; Drucker 2011). Dès lors, si les formes d'organisation des relations entre hommes connaissent des variations historiques et politiques, leur appréhension sociologique nécessite une approche plus nuancée.

Mais la notion de communauté reste-elle pertinente pour décrire les sociabilités gaies ? Dans des travaux touchant à la question de la « citoyenneté sexuelle » (Weeks 1998) ou aux enjeux de prévention du VIH (Gary Dowsett 2009), les auteurs font l'hypothèse d'une morcellisation des liens communautaires, au profit de modalités d'appartenance plurielles et changeantes. Ces hypothèses ont déjà été explorées empiriquement, dans des travaux sur les différenciations internes au monde gai, notamment en Australie (M. S. Rowe et Dowsett 2008). Au début des années 2000, des anthropologues américains (Peacock et al. 2001) se sont penchés sur l'organisation des différentes sous-communautés homosexuelles à San Francisco. S'appuyant sur un certain nombre de critères¹ mesurant le sentiment d'appartenance, les auteurs ont identifié cinq sous-groupes : la communauté « cuir », les hommes de couleur, les militants, les « *clubbers* » et les jeunes. Selon Peacock et al., la communauté gaie san franciscaine est « *culturellement complexe et hétérogène* » (p.196), et les modes d'affiliations s'ils sont parfois choisis, peuvent aussi être prescrits (le fait d'être noir ou latino en est un exemple). De manière générale, les répondants participent à une pluralité de sous-groupes liés à l'orientation sexuelle ; l'ensemble de ces affiliations constituant un sentiment d'appartenance à une communauté gaie plus large et plus diffuse. Les auteurs concluent en soulignant les processus de fragmentation inhérent au développement historique de la communauté homosexuelle, dont le phénomène de bareback est un révélateur.

¹ Les critères étaient : la perception d'une frontière entre membres et non-membres du groupe, le partage de valeurs, rites et/ou symboles, le sens d'une histoire partagée, la perception que l'appartenance répond à des besoins individuels, investissement personnel des membres, les liens émotionnels entre les membres, l'influence mutuelle des membres du groupe, les normes partagées et l'action collective (Peacock et al, 2001).

Tout en prenant en compte ces perspectives de la transformation de l'homosexualité contemporaine, soulignons qu'elles tendent à survaloriser l'individualisation des expériences. En découle la lecture d'un sujet de plus en plus libre de ses affiliations et de ses identifications, trop peu attentive aux déterminations de classe, de race ou de genre et aux rapports de pouvoir au sein du monde homosexuel (Drucker 2011). De plus, ces approches minimisent la stabilité – certes relative – qui caractérise les relations sociales des homosexuels. En effet, l'analyse de ces contextes de sociabilités ne saurait se réduire au constat d'une diversité incommensurable, dans le contexte d'une société postmoderne. Enfin, en se concentrant sur les modalités d'appartenance, les analyses présentées sous-estiment d'autres formes de positionnement, plus distanciés (P. Adam 1997). De fait, l'orientation sexuelle, pas plus aujourd'hui que dans le passé, ne constitue un référent identitaire unanimement partagé. Cette mise en perspective invite à envisager avec prudence les analyses en termes de « tendances » dans les évolutions sociologiques de l'homosexualité.

Afin d'éclairer d'autres dimensions de l'expérience de l'homosexualité et du risque, il paraît intéressant de proposer un regard sociologique attentif à la façon dont les modes de désignation du risque mettant en jeu la diversité des modes de vie gais. A mi-chemin d'une lecture totalisante de la communauté et d'une lecture de l'individualisation des rapports sociaux, je m'attacherai à étudier les configurations relationnelles dans lesquelles sont insérés des gais. Comme je l'ai montré dans la section précédente, les travaux récents sur la prévention chez les gais soulignent l'intérêt de prendre en considération les cadres de la réflexivité individuelle et collective sur le risque. Mais il s'agit également de mieux comprendre les contextes normatifs de cette réflexivité, à partir des pratiques et des situations décrites par des gais eux-mêmes. Pour ce faire, je me suis appuyé sur les ressources offertes par « l'analyse culturelle » du risque développée par M. Douglas et M. Calvez (Douglas et Calvez 1990).

4.3.2. Penser en termes d'affiliation sociale : l'apport de l'analyse culturelle

L'approche élaborée par M. Douglas propose une analyse anthropologique de la politisation du risque. Elle postule que la sélection et l'interprétation des dangers sanitaires participe de l'organisation des relations sociales. *In fine*, il s'agit d'analyser comment les institutions sociales et les groupes conditionnent les principes d'action des individus. Elle envisage donc la culture comme « *les croyances et les valeurs qui peuvent être mobilisées comme des justifications pour l'action* » (Calvez 2006). Dans ce cadre, l'anthropologue s'est

particulièrement intéressée aux conceptions de la souillure et de la pollution dans différentes sociétés, non comme de simples représentations, mais en les rapportant aux contextes sociaux de leur élaboration (Douglas 2005). Issue de l'anthropologie sociale et culturelle anglo-saxonne, M. Douglas a développé une théorie explicative de la formation des manières de penser, d'être et de faire, en pointant les similitudes entre sociétés « modernes » et sociétés « primitives ». L'analyse culturelle est donc un outil théorique qui vise à appréhender les biais d'interprétation du monde produits dans différents contextes sociaux (Douglas 2004). M. Douglas s'appuie pour ce faire sur une grille d'analyse des modes d'organisation des relations sociales : la typologie *grid-group*. Cette typologie est établie à partir de deux dimensions : les revendications du groupe à l'égard des individus qui le compose (*group*), et le mode de définition des rôles sociaux (*grid*). La distinction de ces deux dimensions permet de différencier les deux modalités de contraintes, et d'analyser leur articulation. Pour la dimension de groupe, M. Douglas distingue aux extrêmes : le groupe défini et clos par des frontières précises, et l'individu libre de ses affiliations. Pour la dimension des rôles sociaux, il s'agit de distinguer les rôles construits des rôles prescrits.

De cette manière, cette typologie prend en compte et renouvelle l'analyse de l'opposition sociologique classique entre communauté traditionnelle et société moderne, au travers des modèles « individualistes » et « hiérarchiques ». Mais dans ce cas, il ne s'agit pas d'identifier deux modèles successifs au plan historique, mais d'envisager deux modes d'organisation pouvant coexister de façon alternative, selon les réseaux sociaux et les individus. De plus, le modèle met en lumière des modèles alternatifs, marqués par une difficulté à stabiliser les institutions sociales : les rôles sont peu définis, enserrés dans un groupe pour le premier, les rôles sont assignés et le fatalisme domine pour le second. En envisageant la définition des rôles (prescrits/construits), la typologie « reformule la dichotomie sociologique entre la communauté et la société » (Calvez 2006). Selon M. Calvez, la typologie *grid-group* met en jeu deux questions : « avec qui l'individu peut agir ? » et « comment peut-il agir ? ». La première interroge les formes de solidarité existantes entre les individus ; la seconde se rapporte aux règles qui définissent les relations entre les individus.

Dans cette perspective, les marges de manœuvres existent, permettant aux individus de choisir leurs affiliations ; toutefois, les individus sont contraints par le contexte social dans lequel ils agissent (Calvez 1992). Les modèles présentés sont des outils d'analyse, mais ne figent pas la réalité : ainsi, les conflits au sein d'un groupe apparaissent comme les révélateurs d'un désajustement entre le mode d'affiliation et la perception du danger. Le règlement des

désajustements permet d'expliquer les évolutions des groupes sociaux. L'analyse culturelle se pose en critique des lectures de l'individu rationnel. Elle propose une lecture alternative à une vision monolithique de la rationalité humaine : la compréhension des « bonnes raisons » des individus pour agir est inscrite dans les contextes sociaux. L'analyse culturelle se fonde donc sur la compréhension des modes d'affiliation sociale, en tant que niveaux d'analyse des déterminants des manières de pensée qui semblent *a priori* individuelles. La mobilisation de ce cadre d'analyse est particulièrement intéressante pour percevoir la façon dont les individus, en relation avec d'autres, élaborent des valeurs et des principes, et par extension, une vision du monde. Il s'agit alors de « *prendre en compte les cadres sociaux par lesquels les individus répondent à des situations d'incertitude et élaborent leurs perceptions des risques* » (Calvez 2010). En découle une attention particulière aux diverses conceptions de la responsabilité individuelle et collective.

Plus généralement, ce cadre d'analyse ne dissocie pas les valeurs et les croyances exprimées par les individus ou les groupes et les contextes sociaux dans lesquels elles sont élaborées. Pour M. Calvez, cette exigence méthodologique « *oblige à se demander comment [les valeurs et les croyances] participent à la formation d'accords collectifs et à la genèse d'institutions sociales* » (2006). Pour M. Douglas et M. Calvez (1990), la définition des situations de danger et des moyens pour y répondre met également en jeu différentes conceptions des enveloppes sociales. Le corps et le groupe d'affiliation constituent deux types d'enveloppes, dont la porosité (ou l'étanchéité) perçue détermine les moyens de prévention considérés comme adéquats. De même, la légitimité accordée aux conceptions du savoir sur le risque dépend de la manière dont les individus situent, discutent ou contestent l'autorité médicale. De ce fait, l'analyse culturelle permet d'analyser la manière dont les individus interprètent et sélectionnent les risques sociaux, en envisageant les formes d'organisation des relations sociales (hiérarchique, individualiste, communautaire,...) coexistantes au sein d'une même société.

Elaborer une typologie des expériences de l'homosexualité

Dans le cadre de cette recherche, le recueil d'entretiens auprès d'un échantillon d'hommes (cf annexe 1 pour une présentation détaillée) m'a confronté à la diversité des expériences de l'homosexualité. Je me suis attaché à les envisager au regard de deux grandes dimensions : l'identité et le sentiment d'appartenance – ou de distance – à l'égard du monde homosexuel.

Sur le plan de **l'identité**, un constat s'est rapidement imposé, durant le déroulement du travail de terrain. Pour l'ensemble des interviewés, l'auto-identification en tant qu'homosexuel (ou gai, ou pédé) ne posait pas de problème majeur. Cet état de fait appelle une précision méthodologique. Dans les annonces de recrutement des répondants, j'avais explicitement indiqué mener une recherche sur l'homosexualité masculine ; il est probable que des hommes se définissant comme bisexuel ne se soient pas sentis concernés ou se soient perçus exclus du champ d'investigation. Je n'ai par ailleurs pas spécifiquement cherché à recruter des bisexuels s'auto-définissant comme tels. Mais ce biais méthodologique ne me paraît pas suffisant pour comprendre l'adhésion identitaire constatée. En effet, parmi les hommes que j'ai rencontrés, la grande majorité d'entre eux a eu des relations affectives et sexuelles avec des femmes ; la « bisexualité » biographique est une réalité courante dans les trajectoires homosexuelles (Chetcuti 2010). Mais pour certains d'entre eux, ces relations sont récentes voire, pour une minorité, toujours d'actualité. Pour autant, la catégorie « homosexuel » leur a paru propre à résumer leur identité auprès du sociologue qui les interrogeait. Comment l'expliquer ? A la suite de M. Mc Intosh (1968), on peut avancer l'hypothèse que dans nos sociétés, le « rôle homosexuel » s'est en partie figé (par rapport à l'hétérosexualité), tout en laissant de plus grandes marges de manœuvres aux individus. De fait, comme l'ont avancé C. Broqua et PO de Busscher (De Busscher et Broqua 2003), l'acceptation croissante de l'homosexualité produit des effets paradoxaux : la plus grande visibilité sociale contribue à sa banalisation ; mais dans le même mouvement, cette banalisation renforce la naturalité et l'évidence de la polarisation exclusive et binaire entre les « rôles » homosexuels et hétérosexuels. Dans ce contexte, la notion de rôle recouvre un découpage identitaire, qui n'implique pas nécessairement l'exclusivité des comportements sexuels. Dans ses réflexions sur la sociologie de l'individu, JC Kaufmann propose de « réhabiliter » la notion de rôle (Kaufmann 2004a). Il suggère que l'étude de « la prise de rôle » n'engage pas une conception figée de l'individu, mais permet au contraire de penser les agencements dynamiques entre les cadres de socialisation, les habitudes incorporées et la réflexivité. L'analyse culturelle propose un cadre théorique et empirique pour penser les variations du rôle dans les contextes sociaux, entre prescription et construction, deux pistes d'analyse qui m'apparaissent éclairante pour penser les positionnements des répondants. Ainsi, on peut avancer que la structuration identitaire de mon échantillon serait le reflet d'un processus d'accentuation et de banalisation d'un partage binaire (homo/hétéro), qui s'accompagne d'une plus grande labilité dans la manière de vivre

son orientation sexuelle. Autrement dit l'auto-étiquetage « homosexuel » n'apparaît pas, aux yeux des hommes rencontrés, comme un label problématique¹. Mais la dimension changeante (au cours de la vie, selon les contextes sociaux) et instable de ces identifications est porteuse de multiples tensions intra-individuelles, inter-individuelles et politiques sur la manière d'envisager l'homosexualité. Dans ce cadre, les mécanismes réflexifs individuels ou collectifs soutiennent les transformations identitaires à l'œuvre (Kaufmann 2004b). On analysera dans le chapitre 5 comment l'échantillon se polarise autour de ces enjeux normatifs de définition du rôle homosexuel.

C'est finalement principalement sur le plan du **sentiment d'appartenance ou de distance** vis-à-vis de l'idée d'une communauté gaie que les disparités sont apparues les plus flagrantes parmi les répondants. Au cours de l'entretien biographique (cf annexe 1 pour la grille d'entretien complète), j'avais choisi de les questionner plus particulièrement sur 1) leur perception de l'existence (ou non) d'une communauté gaie et 2) leur sentiment d'y appartenir (ou pas). Sur ces deux questions, les interviewés ont tous développé une position argumentée. De ce fait, il apparaît que la question de l'affiliation met en jeu deux dimensions : la première concerne l'identification ou la distanciation – plus ou moins forte selon les moments de la vie – à un collectif homosexuel. La seconde touche à l'expérience de la socialisation avec d'autres homosexuels. On le verra de façon détaillée dans le prochain chapitre : si l'existence d'une « communauté » homosexuelle ne fait guère de doute pour les hommes rencontrés, leurs réponses traduisent une diversité de positionnements. Je me suis appuyé sur leur manière de qualifier ces expériences et non sur une définition pré-formatée de la notion de communauté. A partir d'éléments subjectifs et objectifs, des catégories d'analyse ont été élaborées. Sur le plan subjectif, j'ai travaillé à partir :

- du sentiment d'appartenance ou non
- des représentations de la réalité communautaire
- de la conception du rapport entre individu et groupe

Sur le plan objectif, j'ai pris en compte, lorsque ces informations étaient utilisables, la composition du réseau amical : majoritairement composé de gais, d'hétérosexuels ou mixte. Il s'est avéré complexe d'objectiver systématiquement les dimensions de support offertes par

¹ Cette analyse ne vaut, bien évidemment, que pour les hommes rencontrés ; de ce fait il est évident que, malgré la volonté de diversification du recrutement, la relative homogénéité sociale de l'échantillon constitue une limite à sa généralisation.

ces réseaux de sociabilité, en fonction de leur structure et de leur densité. Au cours des prochains chapitres, ces dimensions seront donc parfois évoquées en fonction des répondants.

Les deux extraits de fiches analytiques (cf annexe 1) qui suivent permettent d'illustrer cette démarche d'analyse. Le premier, Guillaume, revendique une appartenance communautaire. Agé de 28 ans, il est issu d'un milieu aisé (ses deux parents sont médecins). Il est séropositif depuis près de 4 ans au moment de l'entretien. Actuellement en couple ouvert, il est enseignant et vit à Paris.

Encadré 13 : Extraits de la fiche analytique de l'entretien de Guillaume

Perception de la communauté :

Il a un sentiment d'appartenance, de plus en plus développé.

«J'ai une dernière question, est-ce que tu as le sentiment d'appartenir à une communauté homosexuelle ? Est-ce que c'est un terme qui a un sens pour toi, cette collectivité ?

Euh...ben oui, je ne peux pas dire non, parce que si je regarde bien ce que je fais dans ma vie, les endroits où je sors c'est homo, les endroits où je vais bouffer, c'est homo, si je peux faire un truc qui soit homo, je vais le faire. Donc je fais partie d'une communauté, et je l'alimente, cette communauté. Est-ce que j'ai l'impression d'y appartenir, oui, ben oui, de plus en plus, j'ai envie de dire, plus le temps passe et plus je cherche ça, en plus, et plus j'ai l'impression que malheureusement, on ne peut vraiment se comprendre que si on fait partie de la même communauté, quoi. C'est-à-dire qu'on a une sorte de vécu commun qui nous permet de pas avoir à reprendre à zéro quand tu rencontres quelqu'un, et de te situer directement à un autre niveau, quoi. Donc oui, puis bon, ça a peut-être un côté un peu péjoratif, la communauté homosexuelle, mais enfin pas pour moi, je pense qu'il y a de très bonnes choses, des...Alors ça a toujours existé les communautés, je ne suis pas sûr qu'on soit en train de se ghettoïser ou quoi, et de toutes façons, je pense que c'est important qu'on soit rassemblé là-dessus (...) »

Réseau de sociabilité

Couple ; relations professionnelles, dont des amis. Entourage majoritairement homo, quelques femmes hétéros.

« Et ton entourage, c'est majoritairement homo ?

C'est beaucoup, beaucoup homo, on va dire que c'est à 90% homo, et puis y a un petit pourcentage hétéro, principalement des filles, seules, qui trouvent pas de mecs parce que c'est tous des cons, qu'elles ont fait des études, et que les mecs hétéros sont de pire en pire...Apparemment c'est assez insupportable d'être une fille qui a une trentaine d'année, essayer de trouver un mec quand tu es hétéro. Donc voilà, c'est surtout des nanas, qu'on pourrait appeler filles à pédés, j'en sais rien. Des

mecs hétéros, je réfléchis, j'en connais par le travail, forcément, mais ce n'est pas des amis proches, je n'arrive pas ce n'est pas possible de me lier complètement parce que y a un moment où ça coince... »

On le voit, dans le cas de Guillaume, le sentiment d'appartenance communautaire met en jeu un réseau de sociabilité spécifique, qui constitue un espace de ressources (relationnelles, affectives) et de protection vis-à-vis du monde extérieur. Au travers de l'évocation de la composition de son réseau de sociabilité, Guillaume confirme cette revendication. Ici, le sentiment d'appartenance est envisagé comme un critère central des relations.

Le second exemple, Clément, se situe plus à distance de la communauté gaie. Cet étudiant rennais, originaire du sud de la France, est âgé de 21 ans. Séronégatif, il enchaîne actuellement des relations de courte durée.

Encadré 14 : Extraits de la fiche analytique de l'entretien de Clément

Perception de la communauté :

Il ne considère pas l'homosexualité comme une part centrale de sa personnalité, il ne veut pas être « réduit » à ça.

« Non, je refuse d'être Clément « le gai », et dans le regard des gens, et dans la pensée des gens, c'est pas du tout ce que je cherche, c'est difficile... Je fais en sorte que ce ne soit pas la partie centrale de ma personnalité, parce que je ne me définis pas uniquement comme ça, ce serait triste, sinon.

Tu te définirais comment ? Tes activités étudiantes ?

Ouais, sûrement, c'est très difficile de se décrire ! Mes petites passions, les choses comme ça, les choses que j'aime beaucoup faire, je pense que c'est plus ça qui me définit. Et des choses que personne ne peut savoir, c'est-à-dire mon moi à l'intérieur, ce que je pense en permanence. Je suis toujours en ébullition à l'intérieur, et c'est assez amusant... Mais bon, ça c'est des trucs que personne ne sait, forcément, mais c'est comme ça que moi je me définirais à l'intérieur de moi »

Il a un rapport distancié à la « communauté » et aux autres gays.

« Juste pour revenir en arrière, quand tu dis que tu te sens différent des autres homos, tu n'as pas trop expliqué... »

Ben, c'est difficile de dire ça, parce que je ne connais pas non plus énormément d'homos, et peut-être que les homos qui me ressemblent à moi ne fréquentent pas le milieu, ce n'est pas des gens que j'aurais l'occasion de rencontrer, c'est très probable, d'ailleurs. Mais par rapport aux homos que je fréquente... sans partir dans les clichés c'est vrai que c'est des gens, enfin « c'est des gens », j'ai toujours tendance à m'extraire de la population pour en parler... Enfin, c'est sympa, je veux dire, mais

ça reste un jeu, c'est le mot, je trouve ça amusant de passer du temps avec mes amis homos. Amusant et intéressant, mais...

Mais tu ne te sens pas appartenir à une communauté ?

Pfff. Je n'aime pas le mot communauté. Ca sonne comme : on se met tous ensemble, et on tire tous dans le même sens...je n'aime pas trop ce principe là. »

Réseau de sociabilité

Mère, sœurs, amis proches. Au niveau relationnel, il a plus d'amis hétéros que d'amis homos.

« C'est vrai que quand on demande à un homo s'il a des fréquentations, pour peu qu'il sorte un peu dans le milieu, c'est très facile de voir que ses fréquentations sont surtout dans le milieu homo. Moi, je connais plus d'hétéros que d'homos, je pense. Enfin, connaître...Des gens que je fréquente régulièrement, y a certainement plus d'hétéros que d'homosexuels, et voila.

Et dans tes amis proches ?

Uniquement des hétéros, je crois (...)

Et pour toi, l'homosexualité n'est pas un critère d'amitié ?

Non, si je me basais sur ça ! Non, non, au contraire, enfin pas au contraire non plus...Enfin, si, si quelqu'un cherche l'amitié juste parce qu'il est homo, ouais, voila, quoi. (...) Je ne veux pas discriminer quelqu'un parce qu'il n'écoute pas la musique que j'écoute, trop stéréotypée à mon goût, mais j'ai souvent peur que ce soit associé à d'autres choses. Enfin, ce n'était pas le cas de R [un garçon rencontré sur internet], parce que c'est quelqu'un d'intéressant, très intelligent et ouvert, mais c'est le cas de beaucoup de personnes, qui se limitent à l'aspect homosexuel de leur personnalité, et ' je suis homo, alors il faut que j'écoute Mylène, il faut que j'écoute Madonna tout le temps' ... »

Pour Clément, le sentiment de distance à l'égard des sociabilités communautaires s'appuie sur deux éléments. Le premier concerne la définition de soi : il considère que l'homosexualité n'est qu'une des facettes de sa personnalité. De ce fait, il ne souhaite pas que ses amitiés et ses rencontres soient déterminées par l'orientation sexuelle.

En définitive, l'analyse des données m'a conduit à privilégier les critères subjectifs. D'une part, les dissonances sont très rares (par exemple : se sentir appartenir à la communauté gaie sans avoir d'amis homosexuels). De plus, ces critères subjectifs sont apparus plus pertinents pour l'élaboration d'une typologie fondée sur le sens que les répondants donnent à leur sentiment d'appartenance ou de distance avec le monde homosexuel.

Conclusion du chapitre : envisager la construction sociale du risque dans l'expérience ordinaire des gais

Les premiers chapitres de cette thèse se sont donc concentrés, dans une perspective socio-historique, sur l'analyse des principes mobilisés par les acteurs de la lutte contre le sida pour qualifier des situations de risque. Loin de disqualifier l'une ou l'autre des lectures en présence, je me suis attaché, dans les chapitres précédents, à rendre compte de l'ancrage culturel des points de vue exprimés. Car la perception du bareback met en jeu des conceptions différentes de la responsabilité, du risque et des manières de s'en prémunir. De manière sous-jacente, ces débats questionnent la rationalité préventive. Les discours analysés véhiculent des conceptions de l'ordre social, et en particulier de l'organisation des relations entre homosexuels. Ces lectures conditionnent les finalités de l'action préventive et orientent les prises de position des acteurs. Dès lors, les débats publics sont polarisés par deux approches de la responsabilité face au risque. D'une part, un modèle individualiste de responsabilité qui présuppose un sujet responsable et informé ; d'autre part, un modèle communautaire, qui implique une mobilisation et une conscience collective du risque. L'expérience ordinaire du risque chez les gais que j'ai rencontrés ne saurait se réduire à ce partage binaire. Au contraire, les différents travaux sur la question font apparaître une diversité de modes d'appréhension du risque et de la responsabilité, ancrés dans les contextes sociaux et normatifs variés. Le risque est alors grand de s'en tenir à une lecture simplement descriptive de la pluralité des perceptions du risque.

En m'inspirant de l'analyse culturelle développée par M. Douglas (1992), je proposerai dans le Chapitre 5 une lecture des sociabilités gais à partir d'entretiens menés en Bretagne et en région parisienne auprès d'un échantillon d'homosexuels masculins. Il s'agit d'envisager comment ces gais, à la fois les sujets de la prévention et objets des discours de prévention, s'approprient et mettent en œuvre les discours de santé qui les visent. Cette approche présente un écueil évident : celui de ne penser l'articulation entre les discours experts/médiatiques et les comportements profanes qu'en terme de rapport « d'influence ». Les gais apparaîtraient alors, schématiquement, aux prises avec un contexte normatif contraignant. A l'inverse, il s'agit ici de mettre en lumière la complexité des processus d'appropriation et d'élaboration profanes des normes de prévention. Sans minimiser le fait que les personnes interviewées peuvent être touchées par les discours experts, j'ai orienté mon analyse sur les principes culturels invoqués par ces hommes lorsqu'ils discutent de la prévention. Ainsi, en m'appuyant

sur les outils de l'analyse culturelle, je tenterai de prendre au sérieux les rationalités préventives élaborées par les gais eux-mêmes. Parler de rationalité ne signifie donc pas que je m'attache à mesurer si les comportements préventifs rapportés correspondent – ou non – à la raison biomédicale et épidémiologique. Je m'intéresse ici au travail normatif de mise en cohérence entre la perception du risque et les comportements de prévention, en ce qu'il traduit l'adhésion à des valeurs et des principes d'action. L'analyse de ces contextes permet de mieux appréhender les logiques à partir desquelles les gais expliquent et justifient leur rapport au risque VIH, à la prévention et pour certains, à l'éventualité d'une contamination. Ainsi, de même qu'il n'y a pas une seule manière de se vivre homosexuel, il existe plusieurs manières de percevoir les situations de risque, pour soi et pour les autres.

5. Expériences de l'homosexualité et perception du bareback

Comme je l'ai montré dans le chapitre précédent, les contextes normatifs de la prévention du VIH chez les gais ont fait l'objet de nombreuses analyses sociologiques. L'opposition individu/communauté, structurante dans les débats publics sur l'homosexualité, ne rend en effet pas compte de la complexité des configurations relationnelles dans lesquelles évoluent ces hommes. L'analyse culturelle permet d'envisager comment les perceptions du danger prennent forme dans divers contextes sociaux. Il s'agit de ce fait d'effectuer un déplacement vers l'expérience des acteurs pour mieux comprendre de quelle manière les homosexuels interprètent les enjeux de santé sexuelle. Je me suis également positionné dans une distance critique à l'égard des analyses historiques de l'évolution des sociabilités gaies. Si l'on peut considérer, avec C. Dubar (2001), que la seconde modernité se caractérise par le passage de relations « communautaires » à des relations « sociétales », il est nécessaire d'en mesurer les effets. L'analyse des relations sociales entre homosexuels paraît ainsi démontrer la coexistence de différentes formes identitaires. C'est à travers la discussion du risque VIH et de la prévention que je m'y intéresserai. L'objet de ce chapitre sera d'analyser la manière dont les gais rencontrés au cours de cette recherche perçoivent et analysent le phénomène de bareback. Pour ce faire, je porterai une attention particulière à la manière dont ces hommes définissent et qualifient leurs réseaux relationnels, et en particulier au regard des sociabilités homosexuelles. Il s'agit ici d'envisager le positionnement identitaire homosexuel, non comme un trait substantiel, mais comme s'inscrivant dans des contextes relationnels diversifiés. J'analyserai ensuite la manière dont la référence à l'appartenance (ou non) à une « communauté » permet d'appréhender les représentations ordinaires du phénomène de bareback. Partant, cela permettra d'éclairer les contextes sociaux dans lesquels des homosexuels élaborent leur perception du risque VIH.

5.1. L'homosexualité au prisme des contextes de sociabilité

« *Vous sentez-vous appartenir à une communauté homosexuelle ?* ». Cette question, systématiquement posée au cours des entretiens que j'ai menés, n'a laissé indifférent aucun des répondants. Elle m'a servi de point d'entrée pour mieux comprendre le positionnement identitaire et relationnel des hommes rencontrés. Si je n'ai pas écarté *a priori* les diverses formes d'auto-définition de soi (« homosexuel », « bisexuel », « gai », « pédé »), elle ne sont pas apparues décisives dans l'analyse. Partir de la question de la « communauté » permet d'aborder deux dimensions centrales de l'identité sociale. La première, la dimension collective, met en jeu le degré et les formes d'identification à un groupe de référence ; la seconde, biographique, permet d'inscrire les processus de structuration identitaire dans la trajectoire des personnes (Dubar 1991). Ainsi, le fait de se centrer sur la manière dont les gais discutent la notion de communauté, permet d'envisager l'articulation entre ces deux dimensions. De ce fait, plutôt que de considérer l'orientation sexuelle déclarée comme une variable nécessairement déterminante de la définition de soi, cette lecture permet de s'approcher au plus près du « *travail identitaire* » à l'œuvre, posant l'identité comme un processus et non comme une réalité figée (Dubet 1994, 16).

Dans l'analyse qui va suivre, je me suis plus particulièrement penché sur la manière dont les hommes interviewés analysent leur inscription sociale en tant que gais. Partant, en m'intéressant aux modes d'affiliation sociale des personnes rencontrées, je propose une lecture de la diversité des manières de se vivre homosexuel. Il s'agit donc bien d'analyser un « travail » identitaire, plus que d'enregistrer une situation figée.

Pour une lecture compréhensive de la notion de communauté

Pour toutes les personnes interviewées, la notion de communauté gaie (ou homosexuelle) constitue un lexique admis. Cela ne signifie pas qu'ils s'accordent tous sur l'existence d'une communauté. Les répondants expriment en effet une diversité de positionnements à ce sujet, qui mettent en jeu leur sentiment d'appartenance – ou de distance – à l'égard d'un monde gai (nommé ou non « communauté ») et leur propre inscription dans des réseaux de sociabilités homosexuels. Pour autant, à quelques exceptions près, peu d'enquêtés mobilisent une définition positive du terme. Plus généralement, les arguments employés s'inscrivent dans le registre de la critique. Indépendamment du sentiment d'appartenance ou de distance vis-à-vis de la communauté gaie, les répondants tendent à situer leur point de vue au regard d'autres

positions et prises de position. Par le biais de la critique, les personnes rencontrées expriment aussi leur propre manière de vivre l'homosexualité. Il apparaît nécessaire pour l'analyse de prendre au sérieux ces opérations de jugement et d'appréciation, en ce qu'elles donnent accès à la manière dont les personnes envisagent le monde social (Boltanski 1990).

L'analyse des discours critiques portés par les acteurs sera au centre de l'analyse des propos des répondants dans cette partie. De ce fait, la question de l'existence (ou non) de la communauté homosexuelle s'en trouve déplacée. L'enjeu n'est pas de mesurer l'écart entre une réalité politique et historique préexistante et les représentations qu'en ont les acteurs. De ce fait, je m'éloigne des analyses sociopolitiques de la communauté gaie. Comme je l'ai avancé précédemment, pour certains auteurs la revendication communautaire est envisagée comme relevant d'un repli entre soi (Martel 2000) ; pour d'autres, la mise à distance de la communauté ou du groupe de pairs traduit une forme d'intériorisation de l'oppression homophobe (Eribon 1999). Dans les deux cas, la communauté est un point de référence politique (positif ou négatif) et un réseau d'appartenance et de solidarité, qui préexiste à l'expérience qu'en font les gais. Choisir un autre angle de lecture permet de déplacer le regard pour tenter d'éclairer d'autres dimensions de la réalité sociale. Cela implique d'observer la complexité du positionnement des acteurs. Comme je l'ai avancé dans le chapitre précédent, il s'agit ici d'envisager comment les répondants ont recours à la notion de communauté pour se définir et se positionner vis-à-vis des autres homosexuels.

5.1.1. Appartenir à une communauté

Le sentiment d'appartenance à la communauté homosexuelle est partagé par un groupe minoritaire de répondants (11/30). Ces personnes ont pour caractéristique commune de revendiquer leur participation et leur ancrage dans un groupe fondé sur l'identité sexuelle et de définir l'homosexualité comme un trait important, central pour certains, de leur personnalité. Cependant, ces analyses du lien communautaire divergent sur deux points essentiels. Le premier concerne la définition du groupe d'appartenance. Ce travail de définition met en jeu les dangers auxquels est exposée « la communauté ». Certaines des hommes interviewés concentrent leurs critiques sur des dimensions internes au groupe : la communauté est alors principalement définie par ce qu'elle n'est pas, ou ce qu'elle n'est plus. Les autres répondants mettent plus nettement l'accent sur les facteurs menaçant venus de l'extérieur du groupe, que cela implique la société hétérosexuelle définie comme cadre oppressif, ou le rejet des accusations de « communautarisme ». Le second point de divergence

dans le discours des répondants découle de la nature des arguments mobilisés. Pour une partie d'entre eux, ces hommes font spontanément appel à des abstractions politiques (« la communauté », « la République », etc.) pour justifier leur conception du lien communautaire. Pour d'autres, l'appartenance communautaire est vécue à travers des réseaux de solidarité : l'approche se fait alors prioritairement expérientielle.

Ces deux points de divergences identifiés ne se recoupent pas nécessairement dans les discours. C'est l'analyse de leur agencement, au croisement des trajectoires de vie et des contextes de sociabilité, qui m'a servi de grille de lecture dans cette partie. J'ai ainsi pu identifier quatre profils d'appartenance à la communauté homosexuelle, que j'illustrerai ici à travers des portraits présentant des traits significatifs.

Monde gai et engagement politique

Le premier profil se rattache le plus explicitement à une analyse politique de l'homosexualité. De ce fait, l'auto-désignation de soi et le positionnement au sein du groupe revêtent une importance particulière. C'est particulièrement le cas de l'un des répondants, Albert. Ce jeune homme de 22 ans, originaire du Centre-Bretagne, est étudiant à Rennes. Il est, au moment de l'entretien, séronégatif et en couple depuis deux ans avec un homme. Son parcours d'affirmation gaie, et notamment le coming out auprès de ses proches (parents et amis) s'est passé dans de bonnes conditions, peu après sa majorité. Il se sent très bien accepté par son entourage. Lorsqu'il évoque l'homosexualité, Albert met l'accent sur ce qu'il considère comme un point important de définition. Le terme « homosexuel » lui apparaît limitatif, car trop centré sur les pratiques sexuelles. Il se définit donc comme « gai », terme qui traduit un mode de vie autant qu'un positionnement politique. Ce mode de vie partagé s'exprime selon lui à travers une sensibilité particulière et des goûts spécifiques, notamment en matière culturelle (musique, arts). D'autre part, il estime que la différence de droits dans le domaine de la conjugalité constitue un révélateur d'une situation d'injustice qui justifie un engagement et le sentiment de communauté d'expérience avec les autres gais :

« Il y a une dimension politique pour moi, qui est automatique. On est gai, et on l'assume, donc ça veut dire qu'on n'a pas le droit de faire ceci, on n'a pas le droit de se marier, on n'a pas le droit à telle prestation, etc. Il y a un sentiment d'injustice qui fait qu'on est plus amené à se préoccuper de politique. Je sais que mon point de vue n'est pas forcément partagé, qu'il y en a qui s'en fichent, mais je pense qu'être gai, ça inclut une dimension plus politisée. ». Albert

Au cours de l'entretien, il émet un jugement critique envers deux catégories d'homosexuels. Cette critique concerne tout d'abord ceux qui n'envisagent pas la dimension politique de leur expérience. Il l'analyse comme un sentiment d'indifférence ou de désintérêt pour les

injustices vécues par le groupe. D'autre part, il est critique d'une partie des militants associatifs gais, qu'il estime enfermés dans une rhétorique et des références politiques trop peu accessibles à la majorité des homosexuels. Pour sa part, depuis son arrivée à Rennes il est investi dans le milieu associatif LGBT, et il est également militant au Parti Socialiste. A travers son discours, Albert exprime son appartenance à un groupe social spécifique, défini par son mode de vie. Pour différentes raisons, il préfère cependant parler de « *monde gai* » plutôt que de « communauté ». Ce dernier terme lui semble trop connoté négativement dans le contexte politique français, et il préfère définir positivement son appartenance sociale, au lieu de se défendre contre des accusations de « communautarisme ». De plus, le terme « monde gai » lui paraît plus inclusif de la diversité des manières de vivre son homosexualité. Au sein de son parti politique, il est devenu « référent » local des questions LGBT. Cela lui paraît logique car il a développé une expertise liée à son expérience sur ces thématiques. De plus, il revendique une sensibilité particulière aux enjeux politiques LGBT. Dans ce cadre comme dans d'autres, s'il n'estime pas nécessaire de revendiquer l'homosexualité en permanence, il ne cache pas l'existence de son compagnon, et en parle « *naturellement* ». Cette lecture du « *monde gai* » met en évidence deux dimensions de l'expérience homosexuelle. La première relève de la politisation de l'identité, qui se traduit par un processus d'identification à un groupe partageant des caractéristiques communes : mode de vie, inégalité des droits. La seconde dimension met en jeu un positionnement singulier, appuyé sur la critique des postures observées chez d'autres homosexuels : le monde militant, perçu comme trop renfermé sur lui-même ; les gais qui ne s'engagent pas autour des combats qui les concernent. C'est cette sensibilité critique qui rapproche ce profil de celui qui va nous intéresser à présent.

Communauté vs individualisme

Ce second profil met en jeu une conception de la communauté fondée sur l'expérience accumulée plus que sur une lecture politique. Cet effet de trajectoire est sensible dans la manière d'envisager une évolution, et même une dégradation, des liens de solidarité entre homosexuels au cours de la dernière décennie.

Louis, un séronégatif de 48 ans, est originaire d'une petite ville d'Ille-et-Vilaine. Il découvre son homosexualité très jeune, et connaît ses premières expériences sexuelles à la fin des années 1970, à l'âge de 20 ans. Quelques mois plus tard, il est victime d'un accident de la route qui le laisse lourdement handicapé. Au début des années 1980, il se réinvestit dans la vie homosexuelle par le biais de la presse et des petites annonces, mais également en adhérant à

une association gaie d'obédience chrétienne. En 1989, il devient militant au sein de l'antenne locale d'AIDES, et l'est encore au moment de l'entretien. Il connaît de ce fait la période la plus sombre de l'épidémie, et la forte mobilisation associative qui l'accompagne.

Son entourage amical est depuis cette période majoritairement constitué de gais. Il se sent appartenir à une communauté gaie au sens où il est impliqué dans des associations « *identitaires* », composée par des homosexuels menant des combats sur ce sujet. Sa perception de la communauté est marquée par une double comparaison critique, qui pointe les tendances « *individualistes* » à l'œuvre parmi les gais. La première critique est historique. Selon lui, beaucoup de gais se reposent sur les acquis des combats antérieurs, contre la répression ou pour la reconnaissance sociale de l'homosexualité. Il regrette la faiblesse de l'engagement dans les associations et lors des manifestations contre l'homophobie. Pour illustrer cette évolution, il utilise l'exemple de la lutte contre le VIH/sida. Alors qu'elle comptait près de 45 militants avant 1996, la délégation locale d'AIDES n'en recense qu'une dizaine au milieu des années 2000. Pour lui : « *l'esprit communautaire gai n'est plus ce qu'il était* ». Le second registre de sa critique est géographique et contextuel. Il souligne en effet à quel point la communauté gaie française est peu mobilisée au regard de la situation dans les grandes villes nord-américaines. Il a régulièrement séjourné à Montréal et constate la différence « *d'état d'esprit* » entre les deux contextes. Pour lui, les gais québécois ou new-yorkais ont développé un réseau associatif communautaire plus solide et mieux financé, comme en atteste la présence de salariés dans les Centre Gais et Lesbiens qu'il a pu visiter. On le voit, les critiques portent ici essentiellement sur l'évolution du milieu homosexuel. Elles sont mises en lumière par un argumentaire comparatif, qui pointe l'individualisme et la dégradation perçue des liens communautaires. C'est au travers de constats issus du parcours de vie que se forge cette analyse.

Communauté et résistance à l'oppression

Pour ce troisième profil, la question de l'appartenance à une communauté est plus directement envisagée comme une question politique.

Marc est un homosexuel séronégatif de 47 ans, issu d'une « *famille bourgeoise* ». Après une école d'ingénieur, il travaille dans une entreprise privée. Il n'a plus de lien avec sa famille, qui n'a pas accepté son homosexualité. Il découvre son attirance pour les hommes à l'adolescence et connaît ses premières expériences sexuelles au début des années 1980, lorsqu'il quitte sa ville d'origine pour ses études d'ingénieur à Paris. Il vit actuellement toujours dans la

capitale, en couple avec un homme depuis près de 10 ans. Son orientation sexuelle est connue de ses amis proches, peu nombreux, mais il se montre relativement discret vis-à-vis de son entourage professionnel. Si ses amis sont principalement hétérosexuels, il fréquente régulièrement le quartier du Marais, de même qu'il regarde la chaîne de télévision *Pink TV*¹. Il considère que cela lui évite de se sentir « isolé socialement » en tant que gai. Il a fréquenté le milieu associatif gai durant ses premières années parisiennes, mais n'a pas poursuivi d'engagement par la suite.

Lorsqu'on l'interroge, Marc considère, sans hésitation, faire partie d'une communauté. Il en fait une lecture très inclusive : « [la communauté] *c'est tous les homos, c'est toutes les lesbiennes, c'est tous les trans, tous les travs, tous les...* ». Ce sentiment d'appartenance s'appuie sur des arguments politiques, liée à une analyse de l'hétérosexualité comme système social. De ce fait, la nécessité de résister à la norme majoritaire doit prévaloir sur la diversité des manières d'être homosexuel ou trans. Marc s'appuie en particulier sur l'exemple de l'exclusion des homosexuels du don du sang pour accrédi-ter l'arbitraire de la discrimination vécue en tant que groupe. Son raisonnement procède, *in fine*, d'une lecture en termes de rapports de domination entre majorité et minorité : ainsi, l'existence d'une « communauté hétérosexuelle » est première, produisant des modèles familiaux et sociétaux. Cela justifie une réponse équivalente des personnes LGBT. Il déjoue ainsi les accusations de communautarisme dirigées contre les gais :

« Donc bien sûr qu'on fait partie d'une communauté mais alors dedans il y a des riches, il y a des pauvres, il y a des moches, il y a des laids, il y a des beaux, il y a des cons, il y a des intelligents, il y a des mecs sympas...c'est une communauté. Bien sûr puisque bon, on a besoin de modèle. On a besoin de sentir qu'on existe dans la société. Voilà les hétéros ils ont leurs modèles, les hétéros forment une communauté. Qu'on arrête de dire que les homos forment une communauté. Les premiers à former une communauté sont les hétéros, de préférence catholiques, blancs, avec une famille, avec des enfants. Ce sont les premiers et ils ont très bien développé leur communauté. Tous les droits sociaux sont en leur faveur. C'est une communauté. (...) Est-ce que les hétéros ont l'impression de faire partie d'une communauté ? Mais évidemment ! Quand ils se retrouvent ils parlent de quoi ? La famille, ils parlent... de leur communauté. Donc les homos font partie d'une communauté. ». Marc

Cette approche de la réalité communautaire s'inscrit, au travers des arguments développés, dans une lecture plus directement politique que liée à l'expérience concrète de discriminations. Le discours de Marc met en jeu une hiérarchisation de la critique différente de celles avancées dans les profils précédents. Dans ce cas, ce n'est pas le mode d'organisation interne des relations entre homosexuels qui est questionné. L'accent est mis sur

¹ Chaîne de télévision privée, créée en 2002

la posture de résistance du groupe d'appartenance vis-à-vis de la norme hétérosexuelle majoritaire.

Communauté d'affinités

Dans le quatrième profil, la communauté est envisagée comme une ressource, un réseau de sociabilité permettant de s'épanouir en tant que gai. C'est ce qu'illustre le discours de Guillaume.

Ce dernier est un gai de 30 ans, vivant à Paris depuis plusieurs années. Il est originaire du Sud de la France, issu d'une famille aisée, « *plutôt bourgeoise* » : ses parents sont tous les deux médecins. Après des études universitaires, il devient professeur dans le secondaire, et il enseigne actuellement dans un collège. Il est en couple depuis 4 ans, et se sait séropositif depuis 6 ans. Il connaît sa première expérience sexuelle avec un homme à l'âge de 17 ans. L'annonce de son homosexualité dans sa famille n'a pas posé de problème particulier, et il se sent bien accepté par son entourage. Sa séropositivité reste par contre largement secrète dans son entourage : seuls quelques proches sont au courant. Il vit une relation de couple sexuellement non exclusive, ayant de nombreux partenaires occasionnels.

Guillaume se sent appartenir à une communauté homosexuelle, « *de plus en plus* » avec le temps. Pour lui, c'est son insertion dans des réseaux de sociabilité gais qui définit cette appartenance. Cela l'amène à développer des relations amicales dans lesquelles le partage de la même orientation sexuelle est un élément important, voire décisif. Il considère que l'homosexualité permet d'envisager des relations sociales plus sincères et de mieux se comprendre, du fait d'un « *vécu commun* » :

« Et ton entourage, c'est majoritairement homo ?

C'est beaucoup, beaucoup homo, on va dire que c'est à 90% homo, et puis y a un petit pourcentage hétéro, principalement des filles, seules (...). Donc voilà, c'est surtout des nanas, qu'on pourrait appeler 'filles à pédés', j'en sais rien. Des mecs hétéros, je réfléchis, j'en connais par le travail, forcément, mais ce n'est pas des amis proches, je n'arrive pas, ce n'est pas possible de me lier complètement parce qu'il y a un moment où ça coince. » Guillaume

A la différence des discours politiques relevés dans certains des profils précédents, Guillaume met en avant l'existence d'une communauté d'affinité, dans laquelle il cherche à s'inclure. Cela conditionne également son choix de s'investir dans des structures associatives. Peu impliqué jusqu'alors dans le milieu militant gai, il a rejoint récemment une association de jeunes homosexuels séropositifs. Pour lui, la composante homosexuelle de la structure est importante dans son choix d'y adhérer. Mais il souligne aussi la recherche d'un cadre de solidarité, entre pairs, qui lui permet d'envisager plus aisément la possibilité de dévoiler son

statut sérologique. La fréquentation régulière de sites de rencontres sur internet participe également de cet ancrage affinitaire : la communauté est un espace social qui lui permet de développer son réseau sexuel. Dans ce profil, l'appartenance communautaire marque donc la possibilité d'un épanouissement individuel. Le partage d'une même orientation sexuelle est considéré comme un facteur facilitant la création de liens sociaux, notamment d'amitié. Le groupe est analysé comme une ressource émotionnelle et pratique.

Quatre modalités d'appartenance

La question de l'appartenance à la communauté homosexuelle fait apparaître, parmi les répondants s'en revendiquant, une diversité de positionnements. L'élaboration de ces quatre profils procède bien entendu d'une typification des parcours et des expériences, et ne saurait recouvrir la complexité du réel. Soulignons également à quel point la situation d'entretien biographique, dans laquelle les discours ont été recueillis, favorise une mise en sens et en ordre de l'expérience. Pour autant, la question de la communauté avait fait l'objet, pour la totalité des interviewés, de discussions et de réflexions préalables à la rencontre avec le sociologue. Ce processus réflexif – se positionner par rapport aux autres « mêmes » – fait en effet partie de l'expérience ordinaire des gais (Verdrager 2007). On peut donc considérer que j'ai enregistré des discours qui relèvent d'un savoir profane, déjà élaboré et confronté. Mais il ne s'agit pas ici de minimiser les effets produits par la démarche même du sociologue, qui peut favoriser l'expression d'une logique explicative au détriment d'une autre, dans un souci de cohérence. Cependant, les deux critères d'analyse choisis – critiques internes/critiques externes, arguments politiques/arguments expérientiels – dessinent des lignes de tension permettant de mieux comprendre le point de vue des personnes interviewées. Ils soulignent à quel point l'affiliation communautaire ne peut être limitée à la question de se sentir membre d'un groupe social. Les acteurs élaborent en effet des analyses variables au cours du temps, qui s'appuient sur des « *configurations relationnelles* » données (Elias 2003), une trajectoire de vie et une manière de donner du sens à leur expérience. En découlent de nombreuses nuances. Si pour certains des répondants, c'est l'expérience personnelle qui fonde le jugement, d'autres proposent une montée en généralité directement ancrée dans une analyse politique. Là encore, la manière de construire le sens, d'organiser l'expérience détermine les arguments utilisés. L'autre niveau d'analyse mobilisé ici met en jeu les modalités de participation à une communauté. Ainsi, le sentiment d'appartenance n'est pas nécessairement gage d'adhésion à des valeurs partagées : la communauté peut s'incarner dans un modèle passé et regretté ; elle peut également être pensée comme en devenir, pas encore achevée.

Pour d'autres gais, le besoin de faire communauté s'explique principalement par la volonté de résister à la norme majoritaire. Dans les deux cas, la frontière du groupe n'a pas le même sens. Pour les uns (Albert, Louis), elle délimite l'espace au sein duquel une cohérence est à (re)construire. Pour les autres (Marc, Guillaume), elle constitue une enveloppe de protection vis-à-vis du monde extérieur. Ces deux manières d'envisager les frontières de la communauté mobilisent des conceptions différentes de penser le rapport à soi. Dans le premier cas, il s'agit de trouver une cohérence de soi dans un groupe aux normes instables et fragiles. Dans l'autre cas, face à l'adversité, l'individualité est confortée par l'enveloppe du groupe. On verra dans la seconde partie de ce chapitre comment ces dispositions sont mises à l'épreuve par le phénomène de bareback.

5.1.2. Sentiment de distance

Si le sentiment d'appartenance crée un trait commun dans les discours analysés précédemment, qu'en est-il pour les personnes se situant à distance, ou rejetant, l'idée de faire partie d'une communauté ? Ce positionnement rassemble une majorité de répondants (19/30). La caractéristique commune de ces hommes est d'envisager l'orientation sexuelle comme l'un des traits de leur personnalité, sans qu'il soit déterminant dans l'organisation de leurs relations sociales. Cependant, ils se situent tous vis-à-vis d'un milieu homosexuel, quelle que soit sa dénomination (communauté, monde, ghetto...) ou la réalité qu'il recouvre (les établissements commerciaux gais, le quartier du Marais, les associations...). Il paraît important de souligner qu'indépendamment de la vigueur des critiques, l'idée de communauté n'est ici pas niée : elle est simplement considérée comme une réalité extérieure à soi. Mais les discours de ces répondants se distinguent à partir d'un élément principal, concernant la manière d'envisager le milieu homosexuel. Pour une part d'entre eux, appartenir à une communauté homosexuelle est vu comme un facteur d'enfermement : le groupe est perçu comme homogénéisant et limitant la diversité des manières d'être soi. La fréquentation éventuelle des espaces communautaires, parfois nécessaire, est vécue comme une contrainte. *A contrario* une partie des répondants, également critique vis-à-vis des effets normalisants du groupe, met plutôt l'accent sur la dimension utilitaire des ressources offertes par la communauté, à travers les lieux de socialisation et de rencontres. De ce fait, la différenciation à l'œuvre se traduit dans la radicalité de la critique vis-à-vis du monde gai. A l'extériorité revendiquée des uns répond une posture de participation maîtrisée aux espaces communautaires. Contrairement au groupe précédent, les arguments issus d'une généralisation politique pour justifier leur choix

d'extériorité sont ici faiblement représentés : les répondants sollicitent préférentiellement le registre de leur expérience individuelle. A l'intersection de l'analyse des trajectoires et des contextes de sociabilité, quatre profils se dégagent, que je vais à présent détailler.

La communauté comme contrainte normative

Le premier profil met en lumière la perception de la communauté comme un groupe homogène, et porteur de normes contraignantes. Pierre est un homme de 45 ans, qui vit dans une ville moyenne d'Ille-et-Vilaine. Il est célibataire et exerce la profession d'éducateur pour jeunes enfants. Il grandit dans un contexte rural, dans une famille plutôt tolérante. La fin de son adolescence est marquée par deux ruptures : il abandonne ses études avant de passer le baccalauréat et rompt avec ses parents à l'âge de 18 ans. Sur le plan affectif et sexuel, il a découvert son attirance pour les hommes vers l'âge de 12 ans, mais il est également attiré par les femmes. Il se définit comme bisexuel jusqu'à sa rencontre avec une femme, à l'âge de 24 ans, qui devient sa compagne. Leur relation dure une douzaine d'années et ils ont une fille. Pour Pierre, cette période correspond à une mise entre parenthèses de son attirance pour les hommes. Après leur séparation, au milieu des années 1990, il redécouvre progressivement la vie gaie. S'il a fait le choix de parler de son orientation sexuelle à son entourage amical, il n'en fait pas état dans son milieu professionnel. Son réseau amical est cloisonné entre les homosexuels et les hétérosexuels, et il estime avoir « *deux vies parallèles* ». Pierre se positionne en retrait de la communauté homosexuelle, dans laquelle il englobe les associations et les établissements commerciaux. D'une part, car il n'existe pas de lieux gais dans la ville où il réside ; d'autre part, il ne se reconnaît pas dans ce monde, qu'il estime « caricatural » dans les représentations de l'homosexualité véhiculées.

« Je n'ai pas envie d'appartenir à une communauté quelconque, dans le sens où je n'ai pas envie de me mettre une affiche. Si je me dis que j'appartiens à la communauté gaie, je vais mettre une affiche de gai, et puis ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'il faudrait que je ne fréquente que la communauté gaie, et je ne me retrouve pas forcément dans la communauté gaie. (...) Tu vois, par exemple, j'avais vraiment envie d'assister à la 'gay pride' pour voir ce que c'était, j'y suis allé une fois, je sais que je n'y retournerai pas, parce que ça ne m'a pas...ça ne m'a pas plu, quoi. Parce qu'encore une fois, dans ce que j'ai vu, c'était encore montrer des caricatures de gais, à tous les niveaux. Et je n'étais pas à défiler, j'étais plutôt dans le public, et quand tu entends des gens parler du public, ben ce qu'ils te disent...ok, quoi, ça aide pas forcément la cause des gais. (...) Quand j'ai fréquenté le Marais à Paris, c'est vraiment, je ne sais pas, moi je me reconnais pas là-dedans...J'avais plus envie de fuir ça, je ne m'y sentais pas bien. Alors que j'ai des copains qui eux, ils n'ont qu'un rêve, c'est de vivre là-bas, si tu veux, moi je ne peux pas. Ce n'est pas là-dedans que je me reconnais, quoi. » Pierre

Près de dix ans après son retour à des relations homosexuelles, il dresse un constat très critique. Il explique avoir été déçu par la difficulté à construire une relation de couple durable,

fondée sur l'exclusivité affective et sexuelle, telle qu'il l'avait connue avec son ex-compagne. Cette instabilité conjugale l'amène à privilégier des rencontres occasionnelles dans des lieux de drague extérieurs (parcs, aires d'autoroute). Il décrit ses partenaires comme étant majoritairement « *hors milieu* ». Le point de vue de Pierre s'appuie sur sa propre expérience. Sa distance avec la communauté gaie met en jeu le rejet de l'image caricaturale qu'elle renvoie, selon lui. Il estime en subir les conséquences dans son milieu professionnel : éducateur auprès de jeunes enfants il ne veut pas rendre publique son orientation sexuelle, du fait de ces images stéréotypées et stigmatisantes. Selon lui, la « *mentalité* » des gais ne favorise pas la banalisation et l'acceptation de l'homosexualité. De plus les normes relationnelles dans la communauté gaie, caractérisée par l'instabilité affective, ne correspondent pas à ses aspirations personnelles.

Obstacle à la diversité

La question de la diversité des manières de se vivre homosexuel est également au cœur des préoccupations des répondants regroupés autour du profil suivant.

Nicolas est un jeune homme de 24 ans, séronégatif. Il est originaire du Morbihan et vit actuellement à Rennes. Il est étudiant aux Beaux-Arts. La découverte de son attirance pour les hommes, il la date du début de l'adolescence, vers 13 ou 14 ans. Lycéen, il se définit comme bisexuel. Il connaît ses premières relations homosexuelles à l'âge de 18 ans, avec des hommes rencontrés sur des lieux de drague. En dehors de ces lieux, la vie gaie est inexistante dans la ville où résident ses parents. Et il n'a alors pas accès à internet. Il vit alors dans une forme de clandestinité, ne parlant de son attirance pour les hommes qu'à un très petit nombre de ses amis proches. Après le baccalauréat, il poursuit ses études et s'installe dans une ville de taille plus importante. C'est là, à l'âge de 19 ans, qu'il commence à vivre publiquement son homosexualité et à en parler à ses proches ; il fréquente alors des lieux gais : boîtes de nuit, bars et vit sa première relation affective. Le coming out à ses parents s'effectue quelques années plus tard, lorsqu'il est déjà installé à Rennes. Depuis lors, le sujet reste très peu abordé : son père ne lui en parle jamais, sa mère ne l'évoque que ponctuellement.

En arrivant à Rennes, il s'inscrit dans une association étudiante gaie et lesbienne. Cet engagement lui permet de se socialiser dans de nouveaux réseaux gais, plus jeunes que ceux qu'il a connus auparavant, et plus proches de son mode de vie étudiant. Il y reste actif deux ans, puis s'en éloigne progressivement. Son intérêt pour l'association est principalement lié au partage d'expériences avec des pairs, et il ne se retrouve pas en phase avec le profil plus

militant de l'association. En parallèle, sa fréquentation des lieux commerciaux gais a évolué : il ne s'y rend que rarement, et privilégie les sorties avec des amis de sa promotion. Nicolas ne se sent pas appartenir à une communauté. Selon lui, celle-ci regroupe les personnes qui fréquentent les établissements gais, mais aussi les militants LGBT, c'est-à-dire des personnes qui font de leur sexualité un des traits visibles de leur personnalité au quotidien. Il rapproche l'appartenance communautaire du fait d'être issu d'une région comme la Bretagne : il s'agit d'une donnée biographique, mais il la considère secondaire.

« Il y a certainement une communauté, mais ce n'est pas une communauté qui réunit tout le monde, quoi. Pour moi il y a une communauté... la communauté, c'est tous les gens qui fréquentent ces lieux là, qui font que ça le week-end et puis tous les militants, c'est-à-dire que d'une manière ou d'une autre, la sexualité apparaît tout le temps dans leur vie quotidienne, par les sorties, ou par un combat politique, social, etc. Après, moi, je n'ai pas vraiment l'impression de faire partie d'un groupe... Bien sûr, quand on rencontre un homo, bien sûr il y a quelque chose, mais, en même temps, pas tout le temps, et puis, c'est comme faire partie d'une région. Tu vois, je sais que je suis breton, mais, oui, je m'en fous : il y a plusieurs façons d'être breton (rires) (...). Et puis en même temps, ça m'embête de dire que je fais partie d'une communauté parce que du coup, j'ai l'impression de n'être que cela. D'être différent dans la communauté, mais tout d'un coup pour les autres d'être réduit à ça. Ce n'est pas que j'en ai honte : je n'en suis pas fier non plus. Ça fait partie de moi, mais c'est juste une sorte de goût. » Nicolas

Pour Nicolas, l'appartenance à un groupe présente un risque d'enfermement de soi : le fait « *d'être réduit à ça* » dans le regard des autres. S'il reconnaît avoir fréquenté des espaces communautaires (associations, établissements) durant son parcours de construction identitaire, il explique avoir toujours gardé un regard critique sur les dangers des effets de groupe. Cela se manifeste par sa réticence à l'égard des actions militantes lorsqu'il était membre de l'association étudiante gaie et lesbienne. Au moment de l'entretien, il n'estime plus nécessaire pour lui de fréquenter régulièrement ces espaces de sociabilité. Ce regard distancié met en exergue le processus normatif et homogénéisant que véhicule, selon lui, la communauté gaie.

Communauté et biographie

Comme l'illustre le parcours de Nicolas, la distance affirmée vis-à-vis de la communauté n'exclue pas d'avoir participé, au cours de sa vie, au monde gai. Cependant, alors que ce dernier souligne une continuité dans sa posture critique, certains répondants mettent l'accent sur une rupture biographique pour expliquer l'évolution de leur perception.

Loïc a 37 ans, il vit à Paris et travaille dans une Maison des Jeunes et de la Culture (MJC) de banlieue parisienne. Il est en couple depuis près d'un an et séronégatif. Il est originaire d'une petite ville de l'Ouest de la France. Dès l'adolescence, il se sent attiré par les garçons, mais il ne connaît ses premières expériences homosexuelles que plus tard, autour de la vingtaine. A

l'âge de 23 ans, il rencontre l'homme qui devient son premier compagnon. C'est à l'occasion de cette relation qu'il effectue son coming out auprès de sa famille.

Après cette relation, il connaît une longue période de « frénésie sexuelle », durant laquelle il multiplie les rencontres et ne cherche pas à être en couple. A cette époque, il sort très régulièrement dans les établissements gais. Cette période lui semble aujourd'hui révolue, car il a rencontré un homme un an plus tôt, avec lequel il désire construire une relation stable et durable. Il a donc cessé de fréquenter les lieux de sociabilité gais. Aujourd'hui, il se sent très bien accepté par ses parents, d'autant plus qu'il a une vie affective stable.

Son rapport à la communauté gaie est fortement marqué par sa nouvelle situation conjugale. Cette rencontre lui apparaît en effet représenter un tournant dans sa vie : son réseau amical s'est transformé et il ne fréquente plus le quartier du Marais. Auparavant, il décrit la co-existence de « deux Loïc » : celui qui, le soir et le week end, fréquente assidûment les bars du Marais et celui qui, en semaine, travaille dans un environnement hétérosexuel. Il estime maintenant avoir mis fin à cette « schizophrénie » et trouvé un mode de vie plus calme, qui correspond pour lui à une forme de maturité personnelle. Il considère aujourd'hui l'homosexualité comme une simple facette de sa personnalité, et il rejette l'idée d'une culture ou d'un mode de vie commun aux gais.

Loïc jette un regard distancié et critique sur le milieu homosexuel, qu'il considère « *impitoyable* », centré sur la jeunesse et le culte du corps. C'est également une forme de lassitude qui l'a conduit à s'en éloigner. Mais il continue à considérer que la communauté peut jouer un rôle utile et constructif dans la socialisation homosexuelle, telle qu'il l'a expérimentée.

« Il y a une communauté homosexuelle. À Paris, il n'y a que des communautés. Il y a des communautés ethniques et sexuelles. Il y a une communauté gaie à Paris qui est très forte, qui est dans le Marais.

Tu la définis comment toi ? Comment tu la vis ?

Ben elle est revendiquée. Partout il y a des drapeaux gais à l'extérieur, et puis il y a aussi une sensibilité dans l'accueil et dans la présentation des choses. Des fois c'est évident que c'est une boutique gaie je trouve. (...). Je ne me sens pas proche de la communauté gaie du tout. Je l'ai été avant, parce que c'est important quand tu es gai et que tu n'as pas fait ton coming out, de faire partie de cette communauté. C'est un peu ta nouvelle famille. Elle te soutient, tu as les amis, les barmans que tu connais. Puis c'est tellement bien d'être dans un bar où tout le monde... Où tu peux te lâcher, tu peux embrasser un mec, tu peux.... C'est la vie normale. La vie rêvée. Et du coup tu aimes cette vie-là, tu aimes cette famille. Après, quand tu es en couple, tu passes à autre chose. Tu ne peux pas aller en club tous les samedis soirs, jusqu'à 50 ans, 60 ans. Ils ont tous 20 ans, après toi tu es ridicule. Moins dans le milieu gai quand même, mais à un moment il faut dire c'est bon. Pour ma vie, j'aspire à autre chose, et heureusement. » Loïc

Loïc situe donc un moment de rupture entre deux périodes de sa vie, matérialisé par la rencontre avec son compagnon actuel. S'il se montre aujourd'hui critique et distancié vis-à-

vis du monde gai, il n'en rejette cependant pas tous les aspects. Mais cela ne correspond simplement plus à ses aspirations. L'argument de l'âge, comme critère d'inclusion et d'exclusion, joue un rôle central dans sa perception des sociabilités communautaires.

Rencontre et socialisation

La question de la participation aux espaces de sociabilité gais est également au cœur du dernier profil de répondants « distanciés » vis-à-vis de la communauté.

Léo est un jeune gai de 22 ans, séronégatif, qui vit à Paris. Il est en couple depuis bientôt deux ans, et habite avec son compagnon depuis quelques mois. Originaire de la région Rhône-Alpes, il est issu d'un milieu familial de classe moyenne : son père est chef d'équipe dans une grande surface, sa mère ne travaille pas. Il a découvert une attirance physique pour les garçons très jeune, dès l'école primaire. Lorsqu'il est lycéen, il s'inscrit dans un établissement situé loin du domicile parental et n'y revient que le week-end. C'est à cette période qu'il rencontre ses premiers partenaires sexuels, par le biais de sites internet : l'arrivée dans cette nouvelle ville lui ouvre un espace de liberté. Après quelques rencontres occasionnelles, il se met à fréquenter régulièrement un garçon. Léo décide alors d'en parler à ses parents. Ce coming out se passe bien, et il estime être bien accepté en tant que gai. C'est pour suivre des études supérieures de son choix, dans le domaine scientifique, que Léo déménage en région parisienne. Sur le plan affectif et sexuel, ces premières années parisiennes sont marquées par de nombreuses rencontres, jusqu'à la rencontre avec son compagnon actuel. Ils vivent une relation sexuellement non exclusive, et Léo continue de rencontrer des partenaires occasionnels.

Son homosexualité est aujourd'hui largement connue, tant par ses amis que par ses professeurs. Cette possibilité de vivre ouvertement son orientation sexuelle découle, selon lui, de « *l'évolution des mœurs* » au cours des dernières décennies. Son réseau relationnel est majoritairement hétérosexuel ; cependant, il ne fait pas de l'orientation sexuelle un critère d'amitié. Léo ne se sent pas appartenir à une communauté gaie, qu'il estime « très superficielle ». Il reconnaît fréquenter parfois le « *milieu homosexuel* » qui comprend pour lui les établissements commerciaux situés dans le Marais (bars, boîtes de nuit). Pour Léo, l'homosexualité est un attribut identitaire comme un autre. L'idée de communauté lui semble restrictive et s'il s'intéresse à des sujets de société concernant les gais, il ne souhaite pas « *s'investir* » plus avant.

« 'Communauté gaie', c'est ceux qui se ressentent ou qui se sentent réellement appartenir au milieu gai, qui ne sortent que dans le Marais, qui ne vont que dans les boîtes gaies, que ne fréquentent que des gais. Voilà, pour moi c'est ça. Des gens comme ça, j'en connais, avec qui je m'entends bien mais sans plus parce que ce ne sont pas des gens pour qui j'ai spontanément une affection particulière.

Tu te sens gai, rattaché à ça, mais pas vraiment ?

Je me sens gai parce que je ne vais pas dire ' je suis hétéro, maintenant je sais que je ne suis pas bi, donc je suis gai, c'est tout.

Mais sans forcément de dimension collective ?

Voilà, sans dimension collective, exactement. Mais la dimension collective je trouve qu'elle est attirante parce qu'elle permet de rencontrer d'autres gais. Et l'homosexualité est quand même toujours un sujet qui m'attire. Un film gai, une actualité gai ou n'importe quoi, je vais aller voir, mais sans m'investir.» Léo

Dans le profil qu'illustre Léo, l'orientation sexuelle est vécue comme une facette de soi, qui ne saurait déterminer un mode de vie. Cela étant, le « *milieu gai* » est envisagé dans un rapport utilitaire : la fréquentation, ponctuelle ou régulière, d'établissements ou de sites internet lui permet de rencontrer des partenaires sexuels. Il rejoint en cela les logiques de « rationalisation » de la sexualité mises en lumière par M. Pollak (1982). D'autre part, l'attitude de Léo est marquée par une forme de distanciation : il n'éprouve pas le besoin, d'un point de vue identitaire, de se référer à un « milieu ». Sur le plan biographique, à la différence du profil précédent, la mise en couple ne transforme pas sa perception du monde homosexuel dans la mesure où cette relation n'est pas exclusive au plan sexuel.

Quatre modalités de distanciation

Le sentiment de distance et/ou d'extériorité vis-à-vis de la communauté gaie est partagé par une majorité des répondants. Même s'il est difficile de tirer des enseignements d'un tel échantillon, il s'agit d'une donnée illustrative à prendre en considération. Cependant, comme je me suis attaché à le montrer à travers les quatre profils présentés, ce positionnement distancié recouvre une diversité de postures vis-à-vis du monde gai. Cette pluralité reflète en partie le fait que les répondants mettent fortement en avant leur individualité propre, et le désir de ne pas être « réduit à » leur orientation sexuelle. La dimension biographique intervient fortement : pour certains, l'âge (le fait de ne plus être « jeune ») apparaît en effet comme un facteur d'exclusion de nombre d'espaces de sociabilité gais. Pour d'autres, la trajectoire de vie (une rencontre ou le sentiment de mieux s'assumer) entraîne la mise à distance d'une communauté autrefois fréquentée. Enfin, l'un des profils suggère un rapport utilitaire au monde gai. Les définitions de ce « milieu » proposées par les répondants soulignent également cette diversité de regards et d'expériences. Pour une partie des interviewés, le terme recouvre les établissements commerciaux, en particulier ceux localisés dans le quartier du Marais, à Paris. La communauté homosexuelle peut aussi être envisagée

comme l'ensemble des espaces de sociabilité disponibles, y compris les associations. Pour d'autres, l'accent est mis sur les personnes qui fréquentent ces lieux, dont l'identité sociale est principalement définie par cette participation.

De manière générale la communauté est associée, dans les discours des répondants, à ces « autres » homosexuels dont on ne se sent pas proche. Une distance justifiée par le refus de se fondre dans le groupe et d'y perdre sa singularité, mais également par le sentiment de ne pas (ou de ne plus) s'y retrouver. Si certains des interviewés peuvent percevoir le monde homosexuel comme un espace de ressources (relationnelles, affectives, en terme de solidarité...), la plupart d'entre eux souligne leur propre autonomie, forgée au cours de leur trajectoire de vie. Cette capacité se traduit notamment par la gestion stratégique du dévoilement de son orientation sexuelle auprès de l'entourage familial, amical ou professionnel. Une différenciation importante s'opère cependant dans les discours recueillis, concernant l'intensité de la critique vis-à-vis de la communauté. Pour certains de répondants (Pierre, Nicolas), les sociabilités gaies incarnent un modèle repoussoir, facteur d'exclusion et de perte de l'individualité. Le groupe ainsi désigné est à la fois hermétique et menaçant pour la stabilité du soi. Pour d'autres à l'inverse (Loïc, Léo), le « milieu » représente un espace d'opportunités, et sa fréquentation (actuelle ou passée), démontre la faculté d'*ego* à traverser des univers sociaux sans s'y enfermer au plan identitaire. Le groupe présente alors une frontière poreuse, qui permet à l'individu de la franchir aisément. La conception d'un soi autonome et détaché des contraintes d'affiliations, est alors confortée par la fréquentation de cette réalité communautaire.

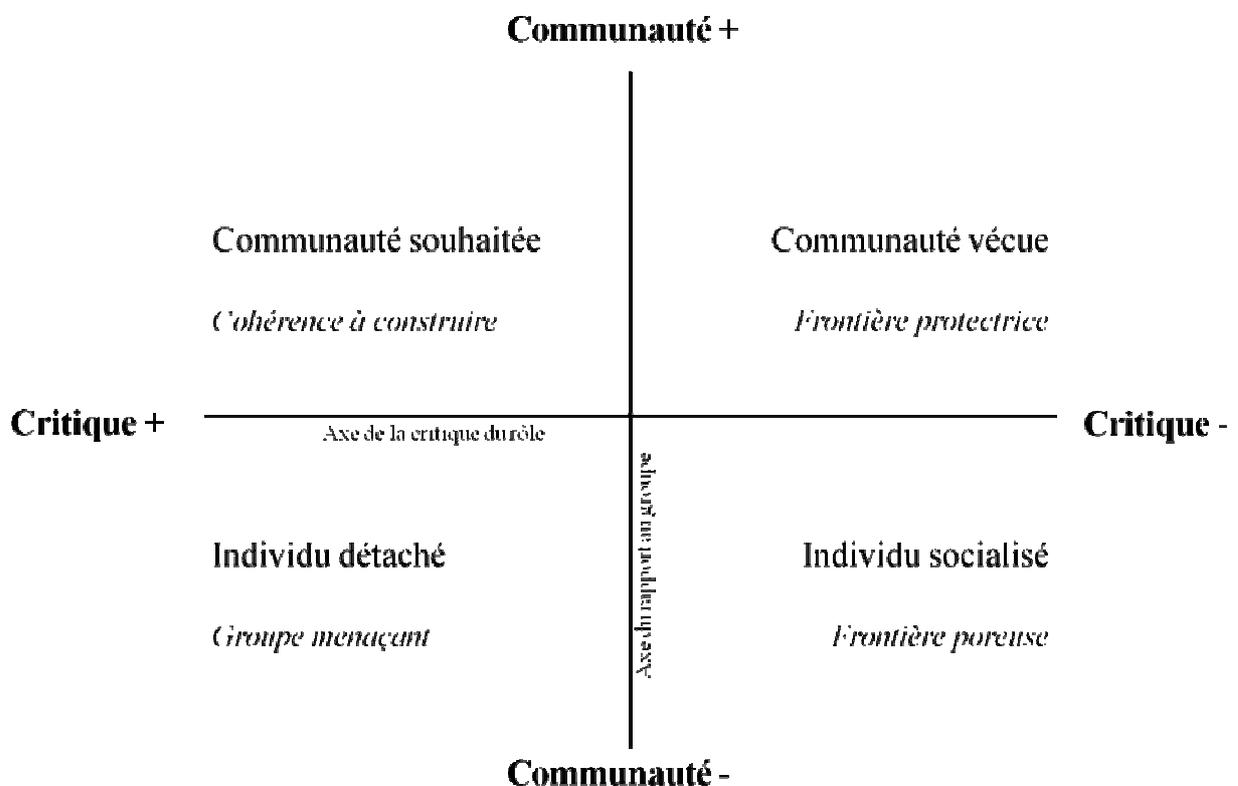
5.1.3. Sociabilités homosexuelles : partir des expériences ordinaires

Si pour les personnes interviewées l'idée de « *communauté homosexuelle* » fait sens, une diversité de positionnement se dessine au regard de cette notion. A partir des discours recueillis, je propose d'analyser le rapport à la communauté selon deux modalités, représentées sous la forme de deux axes (cf Figure 4). Inspirée de l'analyse culturelle de M. Douglas, cette typologie issue des données empiriques récoltées au cours de ce travail de thèse s'en différencie cependant à plusieurs égards. Au regard de l'échantillon, les différenciations de la typologie *grid/group* ne sont pas totalement opérantes, puisque les contextes « hiérarchiques » et « fatalistes » n'apparaissent pas dans les discours des personnes interviewées. Pour autant, il est apparu pertinent d'envisager, en les délimitant, une diversité

de manières de se sentir (ou non) appartenir à une communauté. En découle une typologie spécifique, qui fait apparaître des conceptions différentes du soi.

Le premier axe met en jeu le degré d'appartenance à un groupe social fondé sur l'expérience d'une même orientation sexuelle. Je m'appuie ici sur une différenciation issue de la sociologie des sociabilités homosexuelles (P. Adam 1997), qui dessine deux pôles : la distanciation et le sentiment d'appartenance vis-à-vis de la communauté. Du côté de la distanciation, l'accent est mis sur l'individu et son autonomie face au groupe ; pour le sentiment d'appartenance, la communauté occupe un rôle normatif et protecteur important. Le second axe souligne les registres de la critique mobilisés par les acteurs rencontrés. A l'une des extrémités, se situent les répondants dont le discours s'appuie principalement sur la critique de la communauté gaie et des rapports sociaux qui la structure. Et ce, indépendamment de leur sentiment d'appartenance (ou non) au groupe désigné. A l'autre extrémité, les propos des répondants mettent d'abord en avant les atouts et les ressources que procure la communauté. Leurs discours ne sont pas exempts de dimensions critiques, mais celles-ci ne sont pas spécifiquement adressées au monde gai.

Figure 4 : La perception de la communauté homosexuelle parmi les répondants



Ces deux axes d'analyse constituent quatre pôles différents dans la manière d'appréhender la notion de communauté homosexuelle. Ces quatre pôles, issus de l'analyse des entretiens, sont

évidemment schématiques et ne sauraient rendre compte de l'ensemble des nuances de positionnements développés précédemment. Ces pôles caractérisent des positionnements « typiques », qui reflètent des contextes de sociabilités et des parcours de vie singuliers :

La « communauté souhaitée ». Ce pôle rassemble les interviewés qui, tout en revendiquant une appartenance à la communauté gaie, expriment de nombreuses critiques sur son fonctionnement et son évolution historique. La solidarité entre les membres du groupe est considérée soit comme un objectif à atteindre, soit comme relevant d'un passé révolu et regretté.

La « communauté vécue ». Les répondants qui correspondent à ce pôle mettent en exergue les ressources (individuelles et collectives) qu'offre la participation à des réseaux de sociabilité communautaires. Le groupe est perçu comme un espace protégé du monde extérieur, hétéronormé.

« L'individu détaché ». Dans ce pôle, les personnes expriment leur rejet de l'appartenance à un groupe, qui représente selon eux une contrainte normative et un obstacle à la diversité individuelle. La communauté est analysée comme une menace pour l'épanouissement de soi.

« L'individu socialisé ». Les répondants de ce pôle, tout en se situant à distance d'une affiliation communautaire, soulignent l'importance, actuelle ou passée, de ces réseaux, perçus comme des ressources de socialisation (en terme de solidarité, de rencontre de partenaires affectifs et/ou sexuels). Cette participation ponctuelle et délimitée au monde gai ne met pas en cause l'autonomie individuelle.

Les quatre pôles ainsi constitués délimitent des contextes culturels (Calvez 2006).

Encadré 15 : La typologie à l'épreuve de la diversité sociodémographique de l'échantillon

La construction de cette typologie nécessite d'être mise en perspective avec les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Comme je l'ai expliqué précédemment, le recrutement s'est focalisé sur trois caractéristiques, dans le but d'envisager une diversité de profil : l'âge, le lieu de résidence et le statut sérologique (cf annexe 1). L'analyse des entretiens a fait apparaître une absence de corrélation entre ces caractéristiques et des types d'expérience des sociabilités gaies. La seule exception concerne le lien entre l'inscription communautaire et le lieu de résidence. Il est en effet apparu que les répondants de la « communauté souhaitée » sont en moyenne plus jeunes et très majoritairement résidants en Bretagne, alors que les répondants de la « communauté vécue », plus âgés en moyenne, sont pour la plupart habitants en région parisienne. Cela peut s'expliquer par l'existence d'un tissu communautaire (établissements commerciaux, associations) plus dense en région parisienne.

On verra également, dans les prochains chapitres, que certaines spécificités liées à la séropositivité s'affirment ponctuellement concernant la prévention.

Cette typologie des manières d'envisager la communauté homosexuelle met en lumière trois éléments. Le premier concerne les trajectoires homosexuelles. A travers les discours des personnes interviewées se dégagent de nombreuses similitudes biographiques : la découverte de l'homosexualité pour soi, le vécu secret de cette attirance, l'expérience de « *l'injure* », la « *fuite vers la ville* » (Eribon 1999), le moment du coming out auprès des proches... Comme l'a écrit M. Pollak (1993) :

« On ne naît pas homosexuel, on apprend à l'être. La carrière homosexuelle commence par la reconnaissance de désirs sexuels spécifiques et par l'apprentissage des lieux et des façons de rencontrer des partenaires. Ce coming-out se situe le plus souvent entre seize et trente ans. La plupart des homosexuels sont convaincus de leur préférence sexuelle bien avant de passer à l'acte. Le processus qui va du premier sentiment homosexuel au premier contact et au moment où l'homosexuel assume pleinement son orientation s'étale presque toujours sur plusieurs années ».

Force est de constater que les grandes étapes de « l'apprentissage » gai n'ont guère changé au cours des vingt dernières années, malgré l'évolution du regard de la société sur l'homosexualité. Ces traits communs continuent à dessiner un « *itinéraire moral* » (Goffman 1975), marqué par des étapes de socialisation spécifiques. Si le coming out marque symboliquement l'entrée dans la « *carrière* » homosexuelle (Becker 1985), il ne saurait résumer à lui seul l'expérience de l'homosexualité. D'une part car l'annonce de son identité sexuelle est (potentiellement) régulièrement répétée, en fonction des mondes sociaux dans lesquels évoluent les gais (Voegtli 2004). Mais aussi car le vécu de l'homosexualité engage un processus de socialisation durable, qui voit alterner des moments et des contextes où l'identité est « *endossée* » ou « *assignée* » (Broqua 2003). Bien que les environnements sociaux dans lesquels s'effectuent ces étapes de socialisation diffèrent, cette proximité en termes de trajectoires est notable car elle est stable malgré les différences de génération. Mais ces similarités, structurées par l'hétéronormativité dominante, ne sauraient masquer la diversité des expériences. D'une part, le milieu d'origine, la classe sociale, le lieu de résidence conditionnent plus ou moins fortement le parcours des gais. D'autre part, l'âge au moment du coming out, le statut sérologique, le fait d'avoir été victime de discriminations ou l'acceptation par l'entourage, contribuent à façonner des trajectoires singulières. Les données quantitatives sur la population homosexuelle, en particulier celles issues de l'EPG (Velter 2007), confirment la coexistence de tendances contradictoires : une meilleure acceptation sociale de l'homosexualité par l'entourage des répondants depuis les années 1980 ; mais la permanence d'expériences de violences et d'injures homophobes pour une minorité

importante de l'échantillon¹. L'enquête « Contexte de la sexualité en France » (Bajos et Bozon 2008) révèle également ces évolutions contrastées. Ainsi, l'acceptation de l'homosexualité est majoritaire, en augmentation depuis les enquêtes menées dans les années 1970. Mais elle est bien moindre si un membre de la famille est concerné. Dans ce contexte, dépression, mal-être et tentatives de suicide sont plus élevés que dans la population générale (Velter 2010).

J'ai choisi ici de me concentrer sur un troisième niveau sociologique, celui des sociabilités et de la perception de soi vis-à-vis du monde homosexuel. Ce point de vue donne accès à un autre registre d'analyse qui articule travail identitaire et affiliation sociale. Les caractéristiques sociodémographiques classiques, si elles ne sont pas absentes de cette analyse, n'en constituent donc pas l'entrée principale. A travers l'exploration du sentiment d'appartenance (ou non) à une communauté, ce sont les contextes de sociabilité qui m'ont d'abord intéressés. De plus, l'analyse présentée repose sur l'appréciation subjective de leurs contextes de vie par les répondants. Il est donc ici moins question d'appréhender des réseaux « objectivés » (en termes de taille, de densité, de caractéristiques des membres), que d'éclairer la place que ces hommes estiment occuper dans l'espace des sociabilités gaies. Autrement dit, c'est bien la perception d'une appartenance ou d'une distance avec la communauté homosexuelle qui est envisagée. Cette perception varie en fonction des contextes de vie (travail, loisir, engagement associatif ou politique...) et des temporalités biographiques. L'analyse s'attache donc à mettre ces dimensions en perspective, et les différents profils reflètent des « tendances », nécessairement réductrices.

Le troisième élément de l'analyse consiste à envisager l'existence d'une communauté homosexuelle. Je propose de la considérer sociologiquement non comme une réalité donnée et substantielle, mais à travers la diversité des représentations qu'en donnent les répondants dans leurs discours. Pour un certain nombre d'entre eux, le monde gai recouvre un ensemble de ressources psychosociales, dont ils expérimentent quotidiennement les effets positifs. Cependant, comme je l'ai montré, la notion de communauté est le plus souvent définie négativement : à travers sa critique et/ou le sentiment de distance. Mais ces lectures en creux contribuent aussi à constituer la communauté comme un point de référence partagé. Comme l'a montré F. Delor (1997), on peut prendre en compte la notion de communauté, mais

¹ Selon A. Velter, « 31% des répondants ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois (injures verbales, agressions physiques ou brimades répétées sur leur lieu de travail) ». Ces chiffres sont en augmentation par rapport à l'enquête de 1997.

« cela ne signifie pas, (et peut-être même au contraire) que cette 'communauté' existe 'réellement' au sens d'une communauté concrète ou effective. En cela, cette notion de communauté peut être essentiellement saisie dans sa fonction ou signification symbolique de protection sociale » (p.101).

Il apparaît cependant qu'elle peut, bien souvent, être envisagée comme un univers hostile et excluant. Dans les discours recueillis, la communauté prend un sens différent en fonction des personnes : il n'y a donc pas une communauté de sens, mais la notion de communauté a bien un sens dans l'expérience ordinaire des hommes rencontrés. C'est ce sens, tel qu'il est mobilisé par les acteurs pour envisager le phénomène de bareback qui va m'intéresser à présent.

5.2. Mode d'affiliation et perception du phénomène de bareback

Dans le monde associatif, le phénomène de bareback fait l'objet de controverses : il est très diversement mobilisé par les acteurs afin de décrire des situations, comportements et/ou identités « à risque » pour le VIH. A partir des expériences profanes, il s'agit également ici de rendre compte de la diversité des figures du risque que véhicule ce terme. Je m'intéresserai donc dans cette partie à la manière dont les répondants perçoivent et analysent le bareback. Cette analyse s'appuie sur les quatre profils de positionnement vis-à-vis de l'idée de communauté homosexuelle, que l'analyse des entretiens m'a permis de mettre en évidence.

Encadré 16 : Le thème du bareback dans les entretiens

Au cours des entretiens, comme je l'ai expliqué précédemment, j'ai systématiquement interrogé les répondants au sujet de leur perception de la communauté homosexuelle. Le phénomène de bareback était également abordé sous l'angle des représentations et des répondants : « avez-vous entendu parlé du bareback ? » ; « si oui, comment le définiriez-vous ? » ; « avez-vous/avez-vous eu des pratiques que vous qualifiez de bareback ? » ; « si oui, lesquelles, dans quel contexte ? ». Il s'agissait d'approcher la manière dont les répondants se représentent le monde homosexuel et cette catégorie du risque. Mais il s'agissait également d'envisager la façon dont ceux-ci mettent en relation leurs affiliations sociales, et en particulier communautaires, avec une lecture profane du bareback. En les questionnant sur le bareback, je me suis intéressé aux sources d'information (presse homosexuelle, associative, débats, sites internet, discussions dans leurs réseaux de sociabilité) à partir desquelles ils ont forgé leur définition et leur appréciation du phénomène.

5.2.1. Appartenance communautaire et perception du bareback

Parmi les répondants se sentant appartenir à une communauté ou un monde gai, deux lectures des contours du groupe se dégagent. Pour certains répondants, la frontière de la communauté délimite un espace de solidarités dont la cohérence reste à construire ou à préserver. Pour d'autres, elle constitue une protection vis-à-vis du monde hétérosexuel. Mais comment ces conceptions du lien communautaire sont-elles questionnées par la permanence de risques sanitaires touchant spécifiquement les gais, et en particulier le risque de transmission du VIH ?

Le bareback comme menace pour le groupe

Pour les répondants qui se retrouvent dans le pôle de la « communauté souhaitée », le risque VIH s'inscrit dans un ensemble de dangers menaçant le groupe d'appartenance. L'homophobie et la stigmatisation sont les principales menaces identifiées, visant particulièrement les gais les plus vulnérables. L'enjeu de protection concerne particulièrement les jeunes générations. Louis¹ met ainsi l'accent sur les risques majorés de suicide qui concerne les homosexuels de moins de 25 ans. C'est pour lui l'occasion de souligner le rôle défaillant de la communauté face au mal-être des jeunes gais, mais également face aux violences homophobes. Il cite en effet l'exemple de la faible réaction du milieu gai suite à l'agression d'un homosexuel dans le Nord de la France. Très peu de personnes s'étaient déplacées à la manifestation organisée en soutien à la victime, malgré la médiatisation de l'affaire. Cela confirme sa perception d'un « *individualisme* » de plus en plus fort, qui sape les fondements d'une solidarité effective. Cette posture critique se retrouve dans l'analyse du bareback. Pour ces répondants, le phénomène traduit une transformation des comportements de prévention au cours des années. Selon Louis, qui a connu la forte mobilisation associative contre le sida dans les années 1990, la baisse de vigilance face au risque VIH s'inscrit dans une évolution historique. Comme dans le cas de la mobilisation contre l'homophobie, il considère que le sentiment de responsabilité préventive entre gais se dégrade. Même s'il admet l'idée de libre-arbitre dans la sexualité, le choix fait par certains gais de ne pas se protéger lui apparaît difficile à entendre.

« Quand j'entends des gens qui prennent des risques ou bien qui disent qu'il n'y a pas de risques...les gens ont leur liberté d'opinion, et leur liberté d'agir, mais je veux dire, ça m'énerve et ça m'exaspère, quand je vois quelqu'un qui prend des risques. Et qui le fait en connaissance de cause. Les gens sont libres d'agir comme ils le veulent, mais c'est dommage, quoi. ». Louis

Ces constats, il les fait à travers son expérience associative. Ce savoir expérientiel est confirmé par la lecture de la presse homosexuelle et des informations épidémiologiques auxquelles il a accès. Pour Louis, l'enjeu n'est pas de savoir combien de personnes sont concernées par le bareback : l'existence même du phénomène est problématique. La revendication du risque est ici envisagée comme un révélateur de la détérioration du lien communautaire.

L'affirmation de la responsabilité collective s'incarne particulièrement dans l'idée de protéger les « *jeunes gais* », comme on l'a vu pour la question de l'homophobie. Pour Albert, 21 ans,

¹ Rennes, 48 ans, séronégatif

les « jeunes » doivent constituer une cible prioritaire pour la prévention du VIH. L'idée d'une communauté responsable nécessite ainsi la transmission intergénérationnelle d'une histoire et d'une éthique de la prévention. Ce souci s'inscrit dans une lecture historique et politique de l'épidémie. L'appartenance communautaire implique de prendre en considération les personnes décédées du sida dans les années 1980 et 1990. Refuser le sexe à risque constitue, pour lui, une question de « *respect* », vis-à-vis des morts, autant que de leurs proches. Selon lui, les personnes revendiquant des pratiques non protégées ne sauraient constituer une priorité pour la prévention : leur choix condamnable les exclut de fait des publics nécessitant une action ciblée.

« moi je suis convaincu que les personnes qui choisissent d'avoir du bareback et qui sont tout à fait conscientes d'avoir des relations non protégées, elles le choisissent en toute connaissance de cause, donc...il vaut mieux prévenir avant, c'est-à-dire éviter que les gens soient tentés par faire du bareback, plutôt qu'aller se mettre dans un groupe bareback, et leur dire que la capote c'est bien, parce qu'il savent tout à fait que la capote c'est utile, et pour moi, ces personnes là sont fichues d'avance sur les discours de prévention. Ils sont au courant, mais ils sont fichus. Donc il vaut mieux prendre, s'occuper de personnes qui savent pas encore trop, pour mieux les orienter ».

Albert

Ainsi, pour Albert, le groupe des barebackers constitue une réalité minoritaire et une exception dommageable pour la communauté. Il lui apparaît nécessaire de concentrer les efforts de prévention vers les jeunes, plus vulnérables, pour éviter qu'ils ne soient tentés par des rapports sexuels non protégés. Albert mobilise donc, dans son discours sur le bareback, une carte morale du risque. La préservation du lien communautaires nécessite d'isoler les uns (les barebackers) pour mieux prendre soin des autres (les jeunes).

Côme partage également ce point de vue sur le bareback. Homosexuel séronégatif de 33 ans, il vit à Rennes depuis quelques années, après avoir grandi et vécu en région parisienne. Il est issu d'une famille « *bourgeoise* », catholique pratiquante. La découverte de son homosexualité au début de l'adolescence, est une période très difficile pour lui. Il espère alors que son attirance pour les hommes passera avec le temps. Autour de la vingtaine, après avoir fait des rencontres occasionnelles, il connaît sa première relation amoureuse homosexuelle. Lorsque sa mère le découvre, elle réagit très mal. Aujourd'hui encore, ce sujet fait l'objet d'un non dit : c'est à cette condition qu'ils continuent de se voir. Il vit ouvertement son orientation sexuelle dans la sphère professionnelle. Son réseau amical est principalement constitué de gais et de lesbiennes, car il se sent plus à l'aise dans un environnement homosexuel. Il est militant dans une association LGBT depuis son arrivée en Bretagne.

Concernant la prévention du VIH, il déplore que les jeunes gais soient si peu informés des risques et de la gravité de la maladie. De plus, contrairement au passé, les homosexuels n'ont

plus peur du sida. Cela explique, selon lui, la recrudescence des pratiques sans préservatif. Dans ce contexte, il considère qu'il est utile de parler du phénomène de bareback. Cette « publicité » permet en effet de rendre visibles les pratiques irresponsables de certains gais et, ainsi, de mieux sensibiliser les personnes les plus vulnérables.

« D'abord le bareback, il y a quelque chose qui m'intéresse dans ce débat là : c'est le fait qu'il y en a qui disent qu'ils le font exprès, et qu'ils sont séropositifs, et qu'ils le font exprès. Enfin, qui le font exprès : qui délibérément n'utilisent pas de préservatifs, etc...quelque part, je me dis : très bien, qu'ils communiquent là-dessus, qu'ils continuent à communiquer là-dessus, parce que les mecs qui continuent à baiser à droite à gauche sans mettre de préservatif, il faut qu'ils sachent qu'il y en a qui mettent pas de préservatifs, et qui sont séropositifs. (...) Je n'ai peut-être pas assez réfléchi au sujet, mais très bien, et les mecs qui en font des bouquins, et qui les vendent, très bien ! Les mecs qui ne le disent pas et qui font ça sans le dire, sans rien dire, à la limite...Mais qu'on communique là-dessus, il le faut ! Continuons à dire que le bareback c'est une pratique très développée ! Continuons ! ». Côme

De son point de vue, la médiatisation du bareback peut contribuer à l'émergence d'une réaction communautaire face au risque VIH. Dans ce pôle, le risque du VIH est analysé comme un risque pour la cohésion du groupe. Le choix de non protection, revendiqué par certains gais, confirme la nécessité de renforcer la structuration du groupe d'appartenance.

Risques de stigmatisation

Dans l'autre pôle des répondants revendiquant leur appartenance à la communauté gaie (« la communauté vécue »), la perception du bareback diffère. Pour ces hommes, on l'a vu, le danger vient principalement de l'extérieur du groupe. En l'occurrence, l'instrumentalisation des discours sur le bareback leur apparaît comme porteur de stigmatisation pour les gais dans leur ensemble. Plusieurs éléments caractérisent leurs propos.

Le premier concerne la lecture historique de l'épidémie à VIH. Plusieurs d'entre eux soulignent l'existence de pratiques sexuelles sans préservatif bien avant l'émergence du terme « bareback ». C'est en particulier le cas de Stéphane. Cet homme de 44 ans est séropositif depuis la milieu des années 1980. Il a toujours vécu en région parisienne. Son premier compagnon, également séropositif, décède en 1992. Dans les années qui suivent, se pensant condamné par la maladie, il multiplie les rencontres sexuelles dont beaucoup, avec des partenaires séropositifs, ont lieu sans préservatif. A cette époque, il explique qu'il n'est pas difficile de rencontrer des hommes qui recherchent une sexualité non protégée.

« C'est pour ça que pour moi, quand il y a eu le débat sur le bareback, pour moi, ça ne m'a pas... Ça ne datait pas d'aujourd'hui, je l'ai toujours vécu comme ça, donc je ne trouve pas que les gens baisaient plus sans capote qu'avant. Je n'ai pas vu de différence ». Stéphane

Depuis le début des années 1990, Stéphane a régulièrement des relations sans préservatif avec des partenaires occasionnels. Pour lui, il s'agit de comportements acceptables si les partenaires sont de même statut sérologique. L'irruption du débat entre G. Dustan et D. Lestrade, à la fin de la décennie, le confronte à des sentiments contradictoires. D'une part, il accueille avec intérêt et soulagement le fait qu'un gai séropositif admette publiquement ses pratiques non protégées. Il se sent moins isolé : « *enfin quelqu'un qui ose le dire !* ». Stéphane explique que jusqu'alors il avait cherché, sans succès, à s'expliquer l'irrationalité de son comportement. Bien qu'il n'ait jamais lu ses écrits, les prises de parole de G. Dustan constituent un référent positif et salutaire. Mais d'un autre côté, Stéphane, militant dans une association de lutte contre le sida depuis le décès de son compagnon, se sent tiraillé. Il perçoit une contradiction entre les messages qu'il prône sur le terrain (concernant l'usage du préservatif) et ses propres pratiques. Comme Stéphane, d'autres répondants ont souligné l'existence de pratiques sans préservatif bien avant que la question du bareback ne soit médiatisée. Cette inscription historique, et parfois expérientielle, du risque VIH tend à relativiser, et rendre plus acceptable, le fait de ne pas se protéger systématiquement. Loin de constituer une spécificité monstrueuse, le bareback est alors situé dans une généalogie collective de comportements non protégés.

Le second point de critique tient au vocabulaire utilisé pour qualifier des situations de risque. Si pour certains des hommes rencontrés le terme bareback est problématique, d'autres se l'approprient mais en questionnent le sens. Ainsi, Stéphane est réticent à utiliser la notion de bareback pour parler de ses propres pratiques non protégées. Pour lui, le terme est trop connoté négativement, du fait du débat public qui a accompagné sa médiatisation. Il ne se reconnaît pas dans la dimension systématique de la prise de risque qu'impliquent certaines définitions du bareback. De plus, comme l'a également noté JT Le Talec dans une autre enquête (2004), la sonorité du terme renvoie pour lui à un univers non sexuel : la « barbaque », la viande.

« Et le terme bareback, est-ce que tu te le réappropries ou est-ce que tu le rejettes ?

Non, je le rejette. C'est pour ça d'ailleurs, [que] ça m'énerve d'être obligé d'aller sur [un site de rencontre dédié au bareback] pour pouvoir aller chercher des mecs qui font des plans 'no capote', parce qu'il y a toujours ce mot bareback qui m'énerve, à la rigueur le mot '*relapse*' me plaisait bien, parce que c'était de temps en temps prendre des risques...En même temps, ce n'est pas prendre des risques, c'est assumer le fait de baiser sans capote. C'est encore autre chose. Mais du coup, je me rapprochais plus de ce terme là. Bareback, pour moi, ça a un côté, ça se rapproche du mot viande, la barbaque et donc du coup, ça ne se rapproche pas de la sexualité, ça se rapproche plus de quelque chose...ouais je ne sais pas. ». Stéphane

Les termes « *relapse* » ou « *no capote* » lui paraissent plus acceptables, mais il considère qu'un nouveau terme devrait être « *inventé* » pour qualifier plus positivement les pratiques sexuelles volontairement non protégées.

Pour sa part, Guillaume¹, revendique l'utilisation du terme bareback comme s'appliquant à un certain type de sexualité, caractérisé par l'érotisation du sperme et la multiplicité des rencontres. Il estime avoir « *deux sexualités* » : l'une, avec son compagnon séronégatif, dans laquelle il utilise le préservatif pour les pénétrations anales. L'autre versant de sa sexualité est constitué de rencontres occasionnelles, parfois avec des partenaires de même statut sérologique que lui. Dans ces situations, même s'il réproouve la notion de « *sérotriage* »², il lui arrive d'avoir des rapports non protégés. La dissociation entre sexualité conjugale et sexualité occasionnelle lui sert de repère pour caractériser et définir le bareback :

« Quand on pratique le bareback, on cible autre chose qu'un 'plan love'. Et bon, puis y a tout le fantasme du sperme, y a tout le fantasme de...enfin je veux dire c'est hyper large, le bareback, c'est hyper complexe, quoi, comme truc. Ce n'est pas simplement baiser sans capote... (...) « bareback, pour moi, c'est monter à cru, bon, c'est vraiment baiser sans capote, quelle que soit ta sérologie. La sérologie n'influe pas dans le fait que tu veuilles faire du bareback ou pas, pour moi, elle est beaucoup plus large que ça. C'est juste, le bareback, à mon avis, l'expression d'un retour à une sexualité...comment dire ? A fond, qu'on peut partager jusqu'à avoir la sensation d'une bite dans un cul. Evidemment, quand tu mets la capote, on n'est pas dans la même chose, quoi. »
Guillaume

Pour lui, la médiatisation du phénomène a conduit à des simplifications, et même à un certain « *moralisme* » de la part de la presse gaie. Il considère que les personnes ayant des pratiques bareback n'ont pas assez voix au chapitre dans ces débats. Cette invisibilité des principaux concernés renforce les tendances à caricaturer le phénomène. La difficulté à identifier précisément les motivations des gais « preneurs de risque » est également mise en avant par les hommes interviewés. Pour ceux qui admettent avoir, plus ou moins régulièrement, des pratiques non protégées, les explications sont issues de leur propre expérience : la quête de plus grande intimité avec ses partenaires, la recherche de sensation, l'érotisation du sperme... Dans ce groupe de répondants, le fait d'être soi-même séropositif permet de relativiser le risque pour soi. En découle une éthique préventive caractérisée par deux traits principaux. Il s'agit d'abord d'une attitude compréhensive vis-à-vis des gais ayant des relations sexuelles sans préservatif. Pour ces hommes, le risque VIH est l'une des composantes de l'homosexualité contemporaine : devenir séropositif ne leur apparaît dès lors pas inconcevable. D'autre part, ils insistent fortement sur la responsabilité de leurs propres

¹ Paris, 28 ans, séropositif

² Le fait de sélectionner son ou ses partenaires en fonction d'un statut sérologique concordant au sien.

comportements, qui se traduit par le fait de dévoiler sa séropositivité et/ou de rechercher des partenaires séroconcordants pour les pratiques non protégées.

Les répondants non concernés personnellement par des pratiques sans préservatif évoquent eux aussi la diversité des déterminants du bareback. D'un point de vue socio-historique, ces hommes soulignent l'importance du contexte sur les pratiques individuelles : avec l'arrivée des trithérapies, les gais ont montré moins de vigilance à l'égard du VIH. Le second type d'arguments relève d'une lecture psychosociologique, qui renvoie les comportements bareback à une volonté de « *transgression* » des recommandations de prévention. Dans son discours, Marc¹ illustre ce positionnement vis-à-vis du risque. A quelques exceptions près, il s'est toujours protégé avec ses partenaires occasionnels. Il ne s'estime donc pas du tout concerné par l'étiquetage « bareback ». Il souligne la diversité des formes que prend le phénomène, notamment au regard de l'intentionnalité de la transmission du VIH. De ce fait, la connaissance (ou non) de son statut sérologique trace pour lui une limite entre les hommes qui font prendre des risques à leurs partenaires en connaissance de cause et les autres. D'autre part, il introduit la notion « *d'inconscient collectif* », qui tempère l'idée de prise de risque volontaire.

« Alors le bareback... Il y a deux sortes de bareback : ceux qui le font sans savoir qu'ils sont séropos et d'autres qui le font en sachant qu'ils sont séropos. Alors c'est très difficile parce qu'il y a plein de choses à prendre en compte...et les personnes qui le font, je ne suis pas sûr qu'elles soient elles-mêmes conscientes de leurs motivations qui relèvent plus de l'inconscient collectif à mon avis (...) C'est pas du tout la même attitude que celle du relapse ou celle qui font moins attention ou qui vont vers une attitude suicidaire. C'est très compliqué parce que... je... ça demanderait à être vu au cas par cas, de chaque motivation, de chaque personne pourquoi elle fait ça, pourquoi elle accepte de se faire sauter sans préservatif. » Marc

Le discours de Marc est, en apparence, contradictoire : il met en avant la notion de pratique « inconscientes » tout en soulignant la nécessité de prendre en compte les motivations individuelles. Mais son argumentaire s'explique par l'approche compréhensive du phénomène qu'il tente de mettre en œuvre. Sans éluder les enjeux collectifs, sa lecture de l'individualisation des motivations l'amène à ne pas émettre un jugement général sur les prises de risque et sur le bareback en particulier.

Enfin, plusieurs répondants mettent en cause les discours médiatiques sur le bareback, considérant qu'ils sont porteurs de menaces pour la communauté dans sa totalité. Leurs craintes concernent le risque d'instrumentalisation d'un phénomène, minoritaire parmi les gais, pour discréditer l'ensemble du groupe. Cette instrumentalisation concerne la presse

¹ Paris, 47 ans, séronégatif

généraliste, et les médias télévisés, avides de sensationnalisme lorsqu'il est question d'homosexualité. Le discours de Marc sur la médiatisation du bareback souligne également les dangers de la mise en exergue du phénomène. Sa critique des discours publics sur le sujet concerne aussi la presse gaie, à laquelle il reproche de prêter le flanc à la stigmatisation des gais, en condamnant les barebackers.

« Je pense que ça... les médias s'en servent pour plusieurs raisons, parce que c'est excitant de parler du danger, des risques et tout le tralala. Deuxièmement ça permet d'ostraciser un peu mieux les homos... Le fait de condamner les barebackers parce que ça peut donner une mauvaise image de l'homosexualité je ne trouve pas ça très bon (...). Attirons plutôt l'attention des médias sur les hétéros qui frappent leur conjoints et qui les tuent parce qu'il y en a peut-être plus que les barebackers ». Marc

Pour lui, la focalisation des médias sur le bareback traduit le rapport de domination entre la majorité hétérosexuelle et les minorités sexuelles. Les gais sont de ce fait pris pour cible, alors que la « communauté hétérosexuelle » est également traversée par des comportements condamnables. Mettant en parallèle les violences faites aux femmes dans le cadre des couples hétérosexuels et le bareback, Marc veut montrer que les premières constituent un phénomène quantitativement et qualitativement plus grave que les pratiques sexuelles non protégées. Il cherche ainsi à illustrer ce qui lui apparaît comme une forme d'aveuglement médiatique. A travers cet argument, Marc confirme son attachement à l'idée d'une communauté menacée, construite en réponse à l'hostilité de la société dominante.

La crainte de la stigmatisation ressort également du discours de Jean-François. Ce dernier est un gai parisien de 43 ans. Il est séropositif et travaille dans le milieu associatif de la lutte contre le VIH. Il est critique vis-à-vis de certains aspects de la communauté gaie : il cite en exemple l'uniformisation des looks et le culte de la jeunesse. Mais il se sent malgré tout appartenir à un groupe d'affinité, constitué autour du partage d'une même orientation sexuelle. Avec ses partenaires occasionnels, il utilise systématiquement le préservatif, au risque d'être rejeté. Dans ce contexte, il différencie le bareback (« *choix volontaire d'avoir une relation non protégée* ») et le *relapse* qui s'explique par la moindre peur de la maladie induite par les trithérapies. Pour lui, les comportements non protégés mettent en jeu des motivations multiples et difficiles à cerner. Il perçoit cependant une différence générationnelle entre la volonté de non protection, associée aux hommes de son âge, déjà séropositifs, et les pratiques de relâchement perceptibles chez les jeunes gais. Mais Jean-François dénonce l'image exagérée que les médias relaient de ce phénomène. Il leur reproche lui aussi l'identification qui s'opère dans certains articles entre une minorité de barebackers et l'ensemble de la population homosexuelle.

« Et pour toi le barebacking, c'est un phénomène en extension ?

Alors pour moi, c'est... alors là, je parle des médias en général, je ne parle pas de la presse gaie, les médias en général à un moment donné, ce qu'ils ont fait, ils ont mis un coup de projecteur sur ça. Et automatiquement tout les homos faisaient du barebacking.

C'est-à-dire ?

C'est à dire que, selon les médias lambda, tous les homos, en fin de compte c'étaient des barebackers en puissance...

Une généralisation ?

Ils généralisaient alors que ça concernait, je ne sais plus les pourcentages (...). Ca représentait un ou deux pour cent de la population, enfin de la population homosexuelle, qui avait des relations. »
Jean-François

La focalisation médiatique sur les comportements à risque est analysée par différents interviewés comme relevant d'une logique homophobe : une manière d'évacuer toutes les responsabilités vers l'extérieur. Plus généralement, ces hommes considèrent que les comportements sans préservatif constituent un enjeu devant être traité à l'échelle de la communauté.

Synthèse : face aux risques, réaffirmer l'appartenance au groupe

Pour les répondants qui se sentent appartenir à une communauté homosexuelle, l'analyse du bareback se caractérise par la référence au groupe comme instance de médiation face aux dangers. Ainsi, dans les discours, le bareback et le *relapse* ne sont pas dissociés d'autres risques sociaux auxquels sont confrontés les homosexuels dans leur ensemble. A travers l'individu, les prises de risques sexuels mettent donc à l'épreuve le collectif. Des différences et des nuances apparaissent cependant. Pour certains des interviewés (« la communauté souhaitée »), le phénomène confirme l'instabilité sociale et politique de la communauté. Afin d'assurer sa cohésion, il importe de délimiter une frontière morale, constituant un point de repère de la responsabilité préventive. Sur le plan argumentatif, comme lorsqu'ils évoquent l'existence de la communauté gaie, ces répondants font appel à une généralisation politique plutôt qu'à leur propre expérience du risque et/ou de la prévention. Le bareback est ainsi considéré comme une réalité tangible, en tant qu'elle est rapportée par la presse communautaire. Les « jeunes gais » font ainsi l'objet d'une attention particulière, car ils révèlent un espace de vulnérabilité au sein même du groupe d'appartenance (Girard 2010). Plus généralement, la précarité identitaire nécessite la mise en œuvre de mécanismes de protection que la communauté se doit d'assurer, en intégrant les gais les plus fragiles et en favorisant la transmission intergénérationnelle. A l'opposé, les preneurs de risque, qu'ils soient nommés barebackers ou non, incarnent une faillite de la norme sanitaire portée par les gais. Cette faillite met en jeu la viabilité du groupe, en questionnant son unité. Elle remet également en cause son histoire : le non usage volontaire du préservatif est interprété comme

un manque de respect à l'égard de la mémoire des homosexuels décédés du sida dans les années 1980 et 1990.

Cet usage de l'histoire de la mobilisation contre le VIH constitue la première différence avec les répondants de l'autre pôle de mon analyse (« la communauté vécue »). Pour ces derniers, en effet, c'est justement parce que le VIH s'inscrit dans l'histoire – individuelle et collective – des homosexuels, que les pratiques non protégées appellent une attitude compréhensive. L'approche historique mobilisée met alors l'accent sur le tournant que constitue l'arrivée des trithérapies, en 1996. La transformation de l'image de l'épidémie, après cette date, est envisagée comme un facteur explicatif des prises de risque. Cette lecture est influencée, pour certains d'entre eux, par leurs propres pratiques (ponctuelles ou régulières) de non protection, remontant parfois au début des années 1990. Aucun d'eux, cependant, ne se définit comme « barebacker », identité difficilement endossable du fait de la condamnation morale qui l'entoure. Le danger qu'ils perçoivent provient de la médiatisation des débats sur les pratiques bareback et la stigmatisation de la communauté qui peut en découler. Ces discours sont envisagés comme participant du regard dépréciatif de la société hétérosexuelle sur les gais et leur sexualité. A ce titre, c'est la frontière du groupe, enveloppe de protection vis-à-vis des jugements moraux extérieurs, qu'il convient de renforcer. Qu'ils déclarent ou non des pratiques sans préservatif, ces hommes insistent sur la complexité des déterminants de la prise de risque. La catégorisation « bareback » porte donc pour eux un double risque : réduire un ensemble de comportements à une motivation univoque (l'intention de ne pas se protéger) ; et généraliser une pratique minoritaire à l'ensemble de la communauté.

Deux lectures de la communauté confrontée aux risques se dégagent. La première souligne l'importance d'une norme sanitaire (le préservatif) ancrée dans une exigence morale historiquement fondée. La seconde lecture met en lumière le rôle protecteur des liens communautaires : une protection vis-à-vis des menaces de stigmatisation venues de l'extérieur ; mais également une solidarité compréhensive vis-à-vis des preneurs de risque. Pensé au prisme du groupe, le bareback met à l'épreuve les normes collectives et, en l'occurrence, participe au renforcement des choix d'affiliation revendiqués par les répondants.

5.2.2. Profils individualistes et bareback

Pour les répondants se situant à distance de la communauté homosexuelle, c'est l'enjeu de l'individualité qui domine les préoccupations. En découle des perceptions diverses des relations de soi avec le groupe. Si pour une part d'entre eux ce dernier apparaît menaçant pour

l'accomplissement de soi, d'autres envisagent et mettent en œuvre une participation stratégique aux espaces communautaires. Dans ces contextes, comment le bareback vient-il questionner les représentations du risque ?

Libre arbitre

Parmi les personnes interviewées, certaines revendiquent une distance à l'égard des modes d'organisation communautaires. Cette attitude influence leur manière d'envisager les débats publics sur la prévention et le risque chez les homosexuels. La notion même de bareback, catégorie issue du monde gai, est considérée comme provenant d'un univers de référence extérieur aux réalités vécues par ces répondants.

Dans ce contexte, l'appréciation du phénomène de bareback s'accompagne d'un regard critique vis-à-vis des controverses médiatiques qui l'entourent. Deux éléments principaux ressortent des propos des hommes interviewés. Le premier traduit une forte défiance vis-à-vis du milieu homosexuel. C'est ce qu'illustre le point de vue de Jérémy, un gai séronégatif de 39 ans. Il a toujours vécu à Paris et est en couple depuis 14 ans. Issu de la classe moyenne, il travaille dans une entreprise privée. Jérémy considère qu'il existe une communauté, incarnée notamment par le quartier du Marais et les gens qui le fréquentent, mais il ne ressent pas le besoin d'en faire partie. Il trouve son épanouissement dans sa relation conjugale et aspire à une forme de banalité, au même titre qu'un couple hétérosexuel : l'homosexualité n'est qu'une des caractéristiques de sa personnalité. Son réseau d'amis est presque exclusivement hétérosexuel. Concernant la prévention, Jérémy est très pessimiste vis-à-vis de ce qu'il perçoit chez les homosexuels. Pour lui, le phénomène de bareback démontre un déficit général d'information concernant le VIH : depuis l'arrivée des trithérapies, les gais n'ont plus peur et sont moins informés sur les conséquences de la maladie. Ce regard pessimiste le conduit à porter un regard distancié et très critique sur les débats associatifs concernant la prévention du sida. Le phénomène de dégradation des comportements préventifs parmi les gais confirme sa vision critique de la communauté gaie. C'est également pour lui la preuve de l'incapacité des groupes à prendre en charge la santé de leurs membres. N'ayant jamais milité dans une association, il estime ne pas pouvoir trouver sa place dans un groupe constitué et ne croit pas à la possibilité d'une action collective efficace. Il préfère de ce fait garder ses distances avec les débats publics sur le sujet, et continuer à mener sa vie indépendamment des attaches communautaires.

Ce détachement critique illustre la volonté d'agir en s'affranchissant des normes édictées par une communauté. On le retrouve également dans les propos de Nicolas¹. Pour ce dernier, les débats sur le bareback apparaissent lointain et peu en lien avec son expérience de la prévention. Au plan individuel, il considère en effet être capable de « dire non » à une personne lui proposant une relation non protégée. Il ne perçoit donc pas menacé par l'existence de comportements intentionnellement non protégés. Quand on l'interroge à propos de son point de vue sur le bareback comme phénomène collectif, il ne se considère pas capable de porter un jugement d'ordre général, bien que le mensonge au sujet du statut sérologique lui apparaisse « criminel ». Il relie ce sentiment d'extériorité à sa distance avec le monde gai : l'existence de pratiques à risque n'est pas une réalité qui le préoccupe à titre personnel.

« Et en ce moment il y a plein de débats sur le bareback, la responsabilité, etc...Est-ce que c'est quelque chose qui t'interpelle, toi ?

Je suis incapable de juger. Bien sûr, y a quelque chose de criminel, le fait qu'ils ne tiennent pas au courant...où qu'ils tiennent au courant, que les autres sachent...A la limite, je m'en fous un peu, parce que ça me concerne pas. Et je m'en fous, parce que même si ça concerne d'autres homos, ne me considérant pas comme faisant partie d'une communauté, je veux dire, ça ne touche pas les miens. C'est là encore où je me dis, tu vois, je ne suis vraiment pas dans une communauté, parce que je n'ai pas l'impression qu'on touche à mes frères, pour moi ce sont des gens qui font ce qu'ils veulent, pour moi c'est vraiment loin de moi, je suis pas du tout dans ça.» Nicolas

Ces répondants ne manifestent pas un intérêt particulier pour les débats publics sur le phénomène de bareback, car ils mettent en jeu les normes du groupe en terme de responsabilité préventive ; un groupe auquel ces hommes ne se sentent pas appartenir. Cela étant, la question de la responsabilité n'est pas absente des discours recueillis. Comme on vient de le voir, Nicolas met en avant le libre arbitre et situe l'enjeu éthique au niveau de l'individu lui-même, considérant que les gens « *font ce qu'ils veulent* ». La question du libre arbitre ressort également de l'entretien avec Sébastien, un gai séropositif de 31 ans travaillant dans l'hôtellerie. Il vit actuellement à Paris, après avoir beaucoup déménagé au cours de sa vie. Sébastien est très critique vis-à-vis de la communauté gaie, dans laquelle il perçoit beaucoup « *d'hypocrisie* » et de « *rumeurs* ». Il fréquente cependant des réseaux communautaires (sites internet) pour rencontrer des partenaires, mais beaucoup d'entre eux sont « hors milieu » gai, parfois en couple hétérosexuel. Il ne souhaite pas vivre en couple, car il ne se sent pas capable de faire assez confiance à un partenaire pour cela. Sébastien a régulièrement des pratiques non protégées avec ses partenaires occasionnels. Il est séropositif depuis moins d'un an et cela n'a pas été une surprise pour lui. Lorsqu'il aborde ces relations

¹ Rennes, 24 ans, séronégatif

sexuelles non protégées, il explique être frappé par l'inconscience et l'indifférence de ses partenaires. Pour sa part, il considère que chacun est responsable de lui-même, lui il n'impose pas le préservatif, tout en ayant du matériel de prévention à disposition avec lui.

« Bon, moi, le bareback, c'est un libre choix, les mecs... c'est tout simple, moi je mets le gel et la capote sur la table de nuit, le mec si il veut la mettre il met la capote, si il ne veut pas mettre la capote, ce n'est pas moi qui vais l'empêcher de pas mettre la capote : c'est son choix.

Mais c'est quoi pour toi le bareback ? Comment tu le définirais, en fait ?

Le bareback, c'est baiser sans capote.

Et toi, tu laisses la liberté de choix aux gens de faire du bareback ou pas ?

Voilà, le mec il est sensé savoir ce qu'il fait. Bon, après, qu'on me dise pas : « c'est dangereux, parce que t'es séropo, et tu te laisses baiser par des mecs qui sont peut-être séronégatifs ». Je le sais ! Je le sais pertinemment, je le revendique, y a pas de souci, enfin je le revendique... »

Sébastien

Considérant que chacun est responsable de sa propre protection, Sébastien ne dévoile pas son statut sérologique à ses partenaires occasionnels. Il est conscient d'enfreindre un interdit moral du point de vue des normes préventives, mais il ne situe pas son éthique préventive sur ce terrain. A partir de sa propre expérience du risque d'être contaminé, il élabore une lecture de la prévention centrée sur le choix individuel : lui-même a pris ce risque et n'est devenu séropositif qu'au bout de plusieurs années ; la transmission du VIH est donc loin d'être aussi systématique que le disent les discours de prévention. Le point de vue de Sébastien se distingue cependant fortement de ceux des autres répondants de ce pôle. En revendiquant le fait ne pas informer de son statut les partenaires avec lesquels il a des rapports sexuels non protégés, il radicalise le paradigme individualiste, au risque de s'exposer à la condamnation morale (et judiciaire), comme il le reconnaît lui-même. Les autres personnes interviewées, tout en revendiquant une éthique de prévention individualisée, mettent en avant la volonté de ne pas s'exposer, ni de transmettre le VIH.

Ainsi, pour Pierre¹, le bareback met en jeu la capacité individuelle à maintenir un comportement de prévention. Il considère le phénomène comme relevant en grande partie de rumeurs circulant sur les lieux de rencontre gais et destinées à « faire peur ». L'hésitation qu'il manifeste ouvertement quant à la prononciation du terme (« *Bareback ? Barebrique ?* ») indique une volonté de souligner son absence de familiarité avec ces questionnements. Pour sa part, il ne sent pas menacés par ce type de comportement, car il s'estime capable de refuser une proposition de rapport non protégé.

« Il y a un courant qui s'affirme « bareback », je ne sais pas si tu en as entendu parler ?

Bareback ? Barebrique ? J'en ai entendu parler de ça...il y a des bruits qui courent toujours comme ça, sur les lieux de drague, il y a toujours des bruits de personnes contaminées qui fréquenteraient

¹ Ille-et-Vilaine, 45 ans, séronégatif

les lieux, mais bon...c'est aussi pour faire peur, les gens aiment bien aussi se faire peur entre eux.... Mais à partir du moment où t'es clair avec le préservatif (...) Moi ça ne m'inquiète pas, dans le sens où s'ils le font entre eux et que ça leur plaît, moi je ne participerais pas de toutes manières...Puis, à mon avis, tu ne peux pas gruger les gens, les gens sont forcément consentants, les gens connaissent les risques du sida, connaissent comment on peut y remédier, en tout cas, la parade, c'est le préservatif, et puis dans quelles conditions, ou alors il faut vraiment être idiot, quelque part. Donc après, c'est en toute connaissance de cause que tu agis. Donc bon... » Pierre

Pour Pierre, les pratiques intentionnellement non protégées relèvent d'un choix individuel qu'il ne partage pas. Il estime par ailleurs qu'en l'état des connaissances sur les risques parmi les gais qu'il rencontre, le choix de non protection relève d'un risque consenti. Se protéger, et en particulier utiliser un préservatif, met en jeu la volonté individuelle et le recours à des connaissances rationnelles sur le risque. En filigrane des propos des différents répondants, la notion de libre arbitre est constituée comme un principe d'action valable pour la prévention.

La responsabilité partagée

Dans l'autre groupe des répondants se positionnant à distance de la communauté, la perception du bareback est en partie différente. De la fréquentation – actuelle ou passée – du monde gai découle un regard plus impliqué vis-à-vis du phénomène. Contrairement au groupe précédent, les personnes interviewées ne rejettent pas le terme « bareback », mais presque tous en discutent le sens : concerne-t-il uniquement les partenaires occasionnels ? Et seulement la volonté de transmettre le VIH ? Face aux questions du chercheur, l'élaboration des discours sur ce sujet a souvent mobilisé une volonté de dé-singulariser le phénomène. Pour beaucoup d'entre eux, il convient de souligner que le « relâchement » des pratiques de prévention concerne également les hétérosexuels. En procédant ainsi, les répondants situent leur propos au niveau d'une réflexion sur l'épidémie qui reflète leurs réseaux de sociabilité très mixtes (homos/hétéros). L'attitude et les comportements de leurs amis hétérosexuels vis-à-vis de la prévention du VIH prouvent pour eux à quel point les pratiques à risque ne sont pas l'apanage des gais. Aucun d'entre eux ne met en rapport ces comportements avec les différences de prévalence observée dans les différentes populations, confirmant que l'échelon communautaire ne constitue pas un point de référence dans leur expérience.

Les débats dans la sphère médiatique suscitent des attitudes contrastées parmi ces répondants. Mais, à travers leurs points de vue, se dégage un regard critique sur la manière dont les débats sont menés, comme l'illustrent les propos d'Eric, un jeune gai rennais séronégatif. Il est âgé de 20 ans au moment de l'entretien, et suit une formation dans la restauration. Eric découvre son attirance pour les hommes au début de l'adolescence et il vit ses premières relations affectives vers l'âge de 14 ans. Il est en relation de couple avec un garçon depuis la Terminale

(3 ans). Il ne fréquente que très peu le milieu homosexuel commercial, mais s'est progressivement constitué un réseau amical composé de gais, indépendamment des espaces de socialisation classiques (bars, boîtes de nuit...). S'il reconnaît l'existence d'une communauté, il ne ressent pas le besoin de revendiquer cette appartenance. Actuellement, Eric est militant dans une association gaie rennaise, tout en restant critique vis-à-vis de la notion de « fierté » homosexuelle. Par intérêt personnel et militant, il a suivi certains des débats sur la prévention, notamment à travers la lecture de *Têtu* et d'*Action*. De son point de vue, les positions développées par Act Up-Paris sont critiquables car elles mettent uniquement l'accent sur les barebackers considérées comme des personnes irresponsables. Dans la plupart des situations de risque, il considère que la responsabilité des deux partenaires est engagée.

« A titre personnel, j'ai beaucoup de mal avec Act Up, ou des gens comme ça, qui parfois traitent très virulemment les barebackers de... 'criminels', de 'monstres', voire de 'serial killer', et j'ai énormément de mal avec ce rapport là ! (...) Parce que j'estime qu'un barebacker, la responsabilité n'est pas que sur lui. Je veux dire : moi quand je rencontre quelqu'un et que je veux coucher avec lui, je suis au courant des risques, je ne lui demande pas d'abord son statut. (...) Mais j'estime que quand on couche avec quelqu'un, on prend ses responsabilités : soit on est préventif, soit on ne l'est pas. Soit on met des capotes pour tout, et dans ce cas, tu n'as aucun risque, soit tu n'en mets pas pour tout, et tu acceptes un risque. » Eric

Ainsi pour Eric, il existe « deux bareback » : le premier concerne les hommes séropositifs qui ont des relations sexuelles sans préservatif avec d'autres séropositifs. Dans ce cas, il s'agit d'un risque choisi, et dont les conséquences éventuelles (sur-contamination) sont assumées par les personnes concernées. Le « second » bareback désigne les situations (qui concernent « une infime minorité » de gens, selon Eric) de mensonge sur le statut sérologique, dans le but de transmettre le VIH.

« Chacun fait ce qu'il veut de sa santé, du moment qu'il ne met pas en danger celle de l'autre en le trompant. C'est là, c'est là où je mets vraiment la limite : pour moi, sa santé on en fait ce qu'on veut, mais on n'a pas, par tromperie, à mettre en danger la santé d'un autre. » Eric

Selon lui, le débat porte donc principalement sur la responsabilité préventive. Mais loin de l'envisager comme relevant d'un « libre arbitre », il en propose une lecture relationnelle impliquant les partenaires d'une interaction sexuelle. Le point de vue moral qui fonde son approche pose une limite : celle du mensonge sur le statut sérologique, qui traduit une intention de nuire. Pour d'autres personnes interviewées, la pertinence même d'un débat public sur le bareback est en question, tant le recours au préservatif comme moyen de protection efficace est une évidence. Le fait que certains individus rejettent consciemment les

normes préventives apparaît comme une aberration. C'est le cas de Léo¹. Pour lui, « *il ne devrait pas y avoir de débat, c'est catégorique* » : il considère en effet que les arguments – l'usage du préservatif pour prévenir la transmission du VIH – sont rationnellement fondés et donc difficilement contestables. Dans ce contexte, il doute qu'un débat puisse convaincre une personne qui fait le choix de ne pas se protéger, alors qu'elle connaît les risques encourus. De manière générale, ces répondants tendent à considérer les enjeux préventifs à travers une grille de lecture qui met en jeu la rationalité scientifique. Pour eux, les connaissances sur le risque sont évidentes car fondées sur une appréciation médicalement validée. On l'a vu précédemment, d'autres répondants mettent l'accent sur les disparités d'appréciation du risque parmi les gais, en fonction de caractéristiques identitaires ou générationnelles. A la différence de ces derniers, les hommes de ce groupe tendent à universaliser leur propre perception du risque. Ce processus s'appuie sur la conception d'un individu conscient du risque et des moyens de s'en prémunir dans la relation avec l'autre. La non protection est analysée comme un choix fait en connaissance de cause et mettant en jeu la responsabilité des (deux) partenaires.

La notion de responsabilité « partagée » développée ici met en jeu un contexte normatif situé au niveau de l'interaction sexuelle. L'échelon communautaire n'est jamais évoqué. Les propos de Loïc² illustrent ce regard sur le risque. L'usage du préservatif est pour lui un choix individuel, qui met en jeu la volonté de se protéger. Mais ce choix implique le partenaire, dans la mesure où celui-ci accepte (ou pas) la relation proposée. Selon Loïc, cette attitude de responsabilité caractérise un comportement « adulte », terme qui sous-entend une conscience du risque.

« Est-ce que tu trouves qu'il y a un glissement sur la prévention ?

Oui, on en parle moins. Et puis il y a le fameux phénomène du bareback. Alors après... Je ne sais pas trop quoi penser. Je trouve que finalement quand tu baisses avec quelqu'un, il faut être responsable. Moi je n'ai pas forcément envie de dire à l'autre : « T'es séropo ? ». Tu vois ? S'il ne dit rien, s'il ne prend pas de préservatif, c'est qu'il sait ce qu'il fait. Il est prêt à prendre un risque par rapport à moi.

Ou toi par rapport à lui ?

Oui. Certains disent que c'est criminel, moi je pense que... Je ne sais pas. Il faut être adulte dans la vie. Il faut arrêter de déresponsabiliser les gens. Et il n'y a pas de meurtre. » Loïc

Le fait d'être « adulte », et donc d'adopter des comportements raisonnables, constitue le marqueur de la responsabilité. La communauté gaie n'apparaît pas comme une instance de régulation des pratiques de prévention. En refusant de considérer le bareback comme acte

¹ Paris, 22 ans, séronégatif

² Paris, 37 ans, séronégatif

strictement « criminel », Loïc se réfère en effet implicitement à une instance judiciaire. Le recours à la Justice comme institution de référence normative se retrouve chez d'autres répondants. La qualification de pratique « criminelle » intervient à plusieurs reprises dans les entretiens, pour désigner la volonté explicite de transmettre le VIH (par exemple en mentant sur son statut sérologique).

Synthèse : le bareback et la responsabilité pour soi

Parmi les personnes interviewées, celles qui se positionnent à distance de la communauté homosexuelle tendent à situer la responsabilité préventive à l'échelle individuelle. La notion de responsabilité collective face aux risques (du VIH et/ou de discrimination) n'est pas opératoire pour eux. Ce point de vue sur le risque les différencie des répondants revendiquant une appartenance communautaire. D'autre part, l'histoire de l'épidémie n'apparaît pas dans ces entretiens. L'idée d'un héritage collective autour du VIH, en termes de valeur et/ou de devoir ne constitue pas une grille de lecture pertinente pour ces hommes.

Si ces derniers partagent des caractéristiques communes, ils ne constituent pas pour autant, on l'a vu, un groupe homogène. Pour une partie d'entre eux (« l'individu détaché »), la prévention du sida met d'abord à l'épreuve la capacité des individus d'agir selon leur libre-arbitre. Dans toutes leurs nuances, les manières d'envisager le phénomène de bareback s'ancrent alors dans la conception d'un soi appelé à se déterminer face à des situations de risque. De ce fait, les normes préventives du groupe sont désignées comme problématiques. Pour certains, elles menacent l'autonomie individuelle ; pour d'autres, le bareback, en révélant leur application partielle au sein même de la communauté, prouve les limites de cette forme d'organisation des relations sociales. Ces hommes mettent en avant leur propre expérience pour fonder leurs arguments. Dans ce cadre, la capacité de « dire non », de refuser la proposition d'une relation non protégée perçue à risque, illustre bien le fait que la prévention est une affaire de volonté individuelle. L'un d'entre eux pousse même cette logique plus loin en défendant son choix, en tant que séropositif, de ne pas prévenir ses partenaires occasionnels de son statut sérologique et de les laisser décider d'utiliser ou non le préservatif. Enfin, ces répondants sont peu à l'aise avec la terminologie des controverses publiques sur la prévention. Le mot « bareback » est analysé comme issu d'une culture gaie, éloignée de leurs préoccupations.

Pour l'autre sous-groupe (« l'individu socialisé »), les termes du débat sont plus largement appropriés. La fréquentation des espaces communautaires et la lecture de la presse

homosexuelle les ont, pour la plupart, familiarisé avec le terme bareback. La question des prises de risque VIH pose avant tout une question de responsabilité partagée. Il ne saurait être question de ne condamner que l'une des personnes impliquées dans un rapport sexuel non protégé. La conception du soi responsable qui en ressort met en jeu la relation entre deux individus consentants. De ce fait le mensonge ou la tromperie au sujet du statut sérologique, rompant la règle du consentement, sont analysés comme des pratiques criminelles. L'appréciation morale du risque qui en découle ne mobilise cependant pas la communauté comme instance de régulation des pratiques. De par le terme utilisé pour qualifier ces écarts à la norme (criminel), ces répondants font préférentiellement appel à la Justice comme cadre de référence. Cela traduit une volonté de généralisation au-delà de la situation des gais, autant que l'attention à des situations localisés plutôt qu'à un contexte de groupe. En découle l'affirmation d'une règle individuelle, qui met en jeu l'appropriation d'informations rationnelles sur le risque et la capacité à agir de façon raisonnable, en fonction de ce cadre de rationalité. Comme l'explique l'un des interviewés, savoir faire les « bons » choix préventifs en situation est une manière d'être « adulte ». Le terme adulte est ici porteur d'une prétention à l'universalité : ce sont des comportements responsables qui sont valorisés, indépendamment de l'orientation sexuelle.

Deux lectures de la responsabilité s'affirment donc. La première met en jeu l'autonomie et la capacité à se protéger, indépendamment des normes extérieures. Dans la seconde lecture le libre-arbitre est pensé en relation avec un ou des partenaires sexuels. Ces deux approches reflètent des rapports différents à la communauté homosexuelle ; la distanciation n'implique donc pas la même conception de la capacité d'agir des individus. *In fine*, ce sont deux lectures morales du risque qui se dessinent : l'une met en avant le libre choix de chacun ; l'autre souligne le partage des responsabilités individuelles.

Conclusion du chapitre : le bareback, révélateur social

Le fait de situer l'analyse au niveau du contexte de sociabilité donne accès à une dimension rarement explorée du « *travail identitaire* » à l'œuvre chez les gais. J'ai donc été attentif à la manière dont ces hommes perçoivent leur inscription sociale en tant qu'homosexuel. A partir de l'analyse des entretiens, j'ai élaboré une typologie qui prend en considération le positionnement subjectif vis-à-vis de la notion de communauté fondée sur la même orientation sexuelle. Le fait que, dans leur ensemble, les répondants se réfèrent à ce collectif constitue une première donnée importante. Largement soumise à la critique, cette « communauté » n'en demeure pas moins significative. A travers les arguments mobilisés pour justifier un sentiment d'appartenance, ou de distance, avec ce collectif, les hommes rencontrés donnent à voir le contexte normatif dans lequel ils se pensent comme homosexuels et ils se situent vis-à-vis des autres homosexuels. Cela étant, ce sont bien évidemment les nuances de positionnements qui retiennent l'attention. Se dessinent ainsi des univers de référence diversifiés. Loin d'être contenue dans des couples d'opposition classiques (« communauté » contre « individu », être ou pas « hors milieu », être « au placard » ou ne pas l'être...), l'expérience de l'homosexualité apparaît plurielle, mais des trajectoires typiques apparaissent. Envisager l'ancrage normatif à partir duquel ces hommes proposent un regard sur la société, permet de rester attentif à la part relationnelle des stratégies identitaires. Car les élaborations du soi portées par les répondants apparaissent modelées par les réseaux d'appartenance et de solidarité dans lesquels ils sont inscrits. De ce fait, cette perspective ne s'oppose pas aux analyses de l'individualisation de l'expérience homosexuelle (Weeks, 1998 ; Dowsett, 2009) : les profils individualistes que j'ai identifiés correspondent à ces évolutions. Mais je suggère que ces transformations ne sauraient résumer l'ensemble des contextes de sociabilités gaies. Envisager leur agencement permet d'élaborer un regard sociologique attentif à la complexité du réel.

Je me suis appuyé sur cette analyse des formes d'identification pour mieux comprendre comment les hommes interviewés perçoivent le phénomène de bareback. Sans partir d'une définition préconçue par le chercheur, l'objectif était d'accéder à leur définition de ce mot, au sens qu'ils lui donnent et à la manière dont ils le situent dans leur environnement social. Quelques traits communs apparaissent dans les discours. D'une part, les répondants ont tous connaissance du phénomène. En une dizaine d'année, la médiatisation du bareback a contribué à sa large diffusion parmi les gais, bien au-delà des sphères les plus attachées au

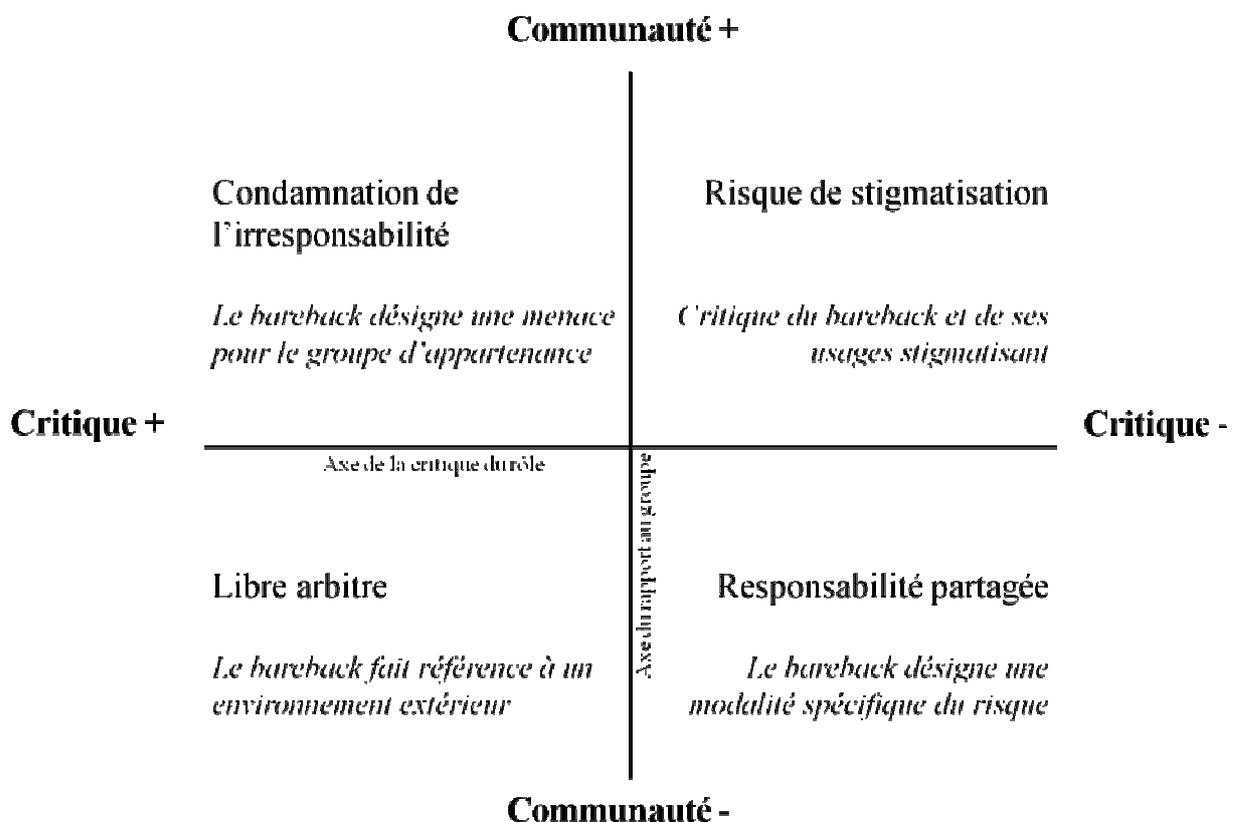
lien communautaire. D'autre part, ce phénomène fait très largement l'objet d'une réprobation morale, même parmi les personnes qui affirment des pratiques sans préservatif. Comme l'a montré M. Davis (2008), les personnes interviewées manifestent une forme de « résistance au jugement moral » véhiculée par la catégorie bareback. Enfin cette dernière agit comme un révélateur des conceptions de la responsabilité et, plus largement des conceptions de l'ordre social dans lequel évoluent les interviewés. Cependant, au-delà du caractère polysémique du terme, déjà largement démontré (J.-Y. Le Talec 2003; Berg 2009), se dessine l'existence de plusieurs usages du bareback.

Ces différents usages traduisent des manières variées d'envisager la responsabilité face au risque VIH.

- Pour un premier groupe, la catégorie bareback recouvre un ensemble de comportements et de situation à risque. Elle permet de qualifier l'identité des gais prenant des risques. Ces derniers constituent une menace pour l'organisation des relations communautaires, et mettent à l'épreuve la responsabilité du groupe face à l'épidémie.
- Dans un second pôle, on a vu que l'existence de pratiques non protégées n'est pas réduite à son expression la plus extrême. Le terme « bareback » est critiqué car il est réducteur et stigmatisant. Les pratiques à risque font l'objet d'une lecture compréhensive, car le danger principal provient des menaces de stigmatisation exercées par la société hétérosexuelle. La responsabilité communautaire nécessite de hiérarchiser les dangers et de protéger la cohésion du groupe avant tout.
- Pour les répondants du troisième pôle, le risque constitue un aléa géré par l'individu. L'existence de comportements bareback et/ou de personnes mal intentionnées qui souhaitent transmettre le VIH doit conduire à renforcer l'autonomie individuelle. Accepter (ou non) de telles pratiques relèvent d'un choix. La conception de la responsabilité portée se raccroche à une conception très libérale du libre arbitre.
- Enfin, dans un quatrième groupe, le bareback est perçue comme une mise en cause du principe de responsabilité partagée, sensé régir les comportements de prévention. Le fait que des personnes mentent sur leur statut sérologique relève d'une pratique criminelle, qui menace l'équilibre des relations. Le cadre normatif mobilisé ici n'est pas celui de la communauté, mais celui d'une conception plus large des relations sociales.

On le voit, le terme de bareback prend son sens au regard du contexte normatif dans lequel les répondants évoluent (cf Figure 5). Dans deux des pôles présentés, le terme lui-même est approprié par les répondants. Pour les uns, l'identification de gais mettant en péril les relations communautaires doit contribuer à renforcer la cohésion du groupe (« la communauté souhaitée »). Pour les autres, le bareback désigne une modalité particulière de la prise de risque, le mensonge intentionnel sur son statut sérologique positif dans le but de transmettre le VIH. Cela remet en cause le principe de responsabilité partagée (« l'individu socialisé »). Dans les deux autres pôles, l'usage du mot bareback apparaît plus problématique. Dans l'un des cas, cet usage est contesté car il réduit la complexité des pratiques sans préservatif ; de plus, il est porteur d'un risque de stigmatisation de la communauté dans son ensemble (« la communauté vécue »). Dans l'autre cas, le terme bareback est critiqué car il fait référence à un environnement culturel auquel les répondants ne se sentent pas appartenir. Pour ces répondants, les relations sexuelles à risque constituent des situations singulières, qu'il paraît difficile de catégoriser (« l'individu détaché »).

Figure 5 : Perception du bareback et contextes de sociabilité parmi les répondants



Ce faisant, la discussion du phénomène dans les entretiens met en lumière les conceptions de la solidarité qu'engagent ces contextes sociaux. Ainsi, il apparaît intéressant d'envisager le

bareback comme un mode de désignation du risque. D'autre part, la diversité des usages de ce terme traduit un mouvement circulaire de sa diffusion dans la société. Issu des sous-cultures de gais séropositifs états-uniens, sa médiatisation initiale a contribué à un processus d'appropriations expertes dès la fin des années 1990. Militants, chercheurs et journalistes ont alors tenté, sans succès, d'en établir une définition partagée. Puis, dans un second mouvement de médiatisation au début des années 2000, le terme s'est diffusé parmi les gais, faisant alors l'objet d'interprétations profanes. Au cours de ce processus, il existe (au moins) trois temps du bareback, qui correspondent à ces moments d'appropriations et de critique. Je suggère ici, en plus de l'analyse généalogique du terme, d'envisager la pluralité de ses usages et des critiques qu'il suscite : en analysant les contextes de sociabilité des gais, il s'agit d'en faire une lecture sociologique.

Du point de vue de la prévention, la banalisation de l'usage du terme bareback ne correspond pas, loin de là, à une plus grande acceptation de pratiques à risque. La réprobation morale de la transmission intentionnelle du VIH reste la principale réaction parmi les répondants. Plus généralement, selon les contextes, le bareback est diversement utilisé pour parler des risques sociaux (et pas exclusivement sanitaires) liés à l'épidémie. *In fine*, en s'attachant à caractériser l'ancrage social du jugement moral, l'analyse des contextes des classifications du risque participe d'une analyse des « *frontières de l'intolérable* » (D. Fassin et Bourdelais 2005). Après ce travail sur les représentations du bareback, je vais m'intéresser, dans le prochain chapitre, à la manière dont les personnes interviewées mettent en récit leur propre expérience du risque.

Partie 3 : Risque et réflexivité

Dans la partie précédente, l'appréhension du phénomène de bareback a été envisagée au prisme des contextes de sociabilité des gais. On s'aperçoit dès lors que la diversité des trajectoires et des positionnements des répondants vis-à-vis du monde homosexuel contribue à expliquer la multiplicité des usages du terme. Loin de qualifier un ensemble cohérent d'identités et/ou de pratiques, le bareback apparaît comme une catégorie de désignation du danger, dont la mobilisation met en lumière des ancrages relationnels divers. Comme l'a illustrée la première partie de cette thèse, les enjeux de prévention du VIH s'inscrivent profondément dans l'histoire et la structuration des sociabilités homosexuelles contemporaines. A travers ceux-ci, se sont recomposés des discours politiques sur la sexualité entre hommes, dans les espaces communautaires comme dans les sphères institutionnelles de la santé publique. La montée en puissance de ces discours sanitaires sur la population gaie n'a rien d'un processus linéaire d'objectivation des pratiques à risque. Elle reflète, on l'a vu dans les controverses sur les réponses préventives souhaitables, des options politiques différentes, et souvent divergentes, sur la place de l'homosexualité dans nos sociétés.

Mais ces discours, portent également sur les homosexuels, objets des discours et sujets de la prévention et du risque. Autrement dit, l'élaboration des recommandations de santé et leur appropriation véhiculent des conceptions de l'individu et de ses capacités d'agir. Les prises de positions associatives sur le bareback, puis sur la notion de réduction des risques sexuels, illustrent bien ce processus. La prise de risque met en jeu des conceptions du « soi » (et du « nous ») préventif et questionne la rationalité humaine face à un danger sanitaire scientifiquement identifié. D'un point de vue diachronique, l'intensification des controverses sur la prévention est cohérente avec un processus plus général, à l'échelle de la santé publique, d'individualisation de la prévention et la responsabilité (Lupton 1993; 1995). Dans ce contexte, les discussions autour du *relapse*, du bareback ou de la RdRs mettent en exergue un trait commun : l'exigence de réflexivité individuelle s'affirme comme un enjeu majeur des politiques de prévention. Emerge ainsi, non sans débats, un nouveau sujet rationnel de la gestion du risque. Les discours de santé publique apparaissent donc partie prenante d'un processus plus général d'individualisation des normes sociales et de la responsabilité. Cette troisième partie se concentrera donc sur cette question.

Au cours des dernières décennies, les processus d'individualisation sont devenus un objet sociologique, donnant lieu à des analyses très diverses (Martuccelli et Singly 2009). Je situe mon travail dans le sillage des approches relationnelles du monde social (Corcuff 2007), rejetant l'opposition individu/société et critiquant la lecture d'une montée homogène de l'individualisme dans nos sociétés. A contrario, ces travaux mettent l'accent sur la diversité et la complexité de l'agencement des relations sociales. Dans ce cadre, l'analyse de la capacité réflexive et des démarches introspectives des individus m'intéressera plus particulièrement dans les deux prochains chapitres. Mais comment définir la réflexivité ? Dans la perspective de P. Bourdieu (1980), la réflexivité occupe peu de place dans l'action ordinaire, caractérisée par un rapport pratique à la pratique. Pour F. Dubet (1994) le « *quant-à-soi* », expression de la subjectivité, participe des dimensions incontournables de l'expérience de l'individu dans nos sociétés. A. Giddens (1994) met la réflexivité au cœur des « *compétences* » développées par des acteurs, « *capables de comprendre ce qu'ils font pendant qu'ils le font* ». Selon JC Kaufmann (2004b), l'activité réflexive est envisagée comme l'un des moteurs de l'action dans les multiples situations d'incertitudes que génèrent nos sociétés complexes. Dans le contexte de cette recherche, la réflexivité vis-à-vis du risque VIH engage des rapports variés à la pratique, articulant parfois simultanément une socialisation à la prévention, des habitudes et la gestion de situations incertaines. Je m'attacherai donc à éclairer, à partir des données recueillies, le contexte dans lequel les gais pensent leur rapport au risque du VIH. A cet égard, l'entretien sociologique s'avère être un espace d'observation pertinent, bien qu'en partie artificiel, de ce travail réflexif en tant qu'il met les répondants en situation d'auto-analyse et de justification. Je reviendrai également sur les implications normatives de la position du chercheur dans ce cadre d'interaction.

Dans le Chapitre 6, je me concentrerai sur les discours experts de prévention, tels qu'ils sont appropriés et critiqués par les gais interviewés. Dans le Chapitre 7, je m'attacherai à analyser les formes de la réflexivité à l'œuvre vis-à-vis de la prévention du sida. En m'appuyant sur un modèle dynamique d'analyse des perceptions du risque (Paicheler 1997), je proposerai une analyse contextuelle des démarches introspectives rapportées par les répondants. Enfin, dans le Chapitre 8, je reviendrai sur la manière dont la médicalisation de la sexualité gaie, à travers l'usage préventif des antirétroviraux, s'est affirmé comme l'un des enjeux majeur de la décennie 2000. Cette inflexion, outre le fait qu'elle contribue à redéfinir les positions des acteurs en présence, se traduit également, on le verra, par l'émergence d'un nouveau pôle, constitué par les médecins et les chercheurs. Je m'attacherai à resituer la montée en puissance

de ces discours biomédicaux sur le risque dans le contexte des débats associatifs et scientifiques. On s'interrogera alors sur le déplacement des frontières de l'expertise dans le domaine de la prévention du VIH.

6. Elaboration d'un savoir sur la prévention

Les recommandations de prévention du sida s'appuient sur un ensemble de savoirs sur les risques de transmission du virus et les moyens de s'en prémunir. Historiquement, ces messages font l'objet de multiples controverses, tant leur sélection et leur formulation traduisent des conceptions parfois divergentes de l'ordre social (Epstein 2001a; Calvez 2004a). La première partie de cette thèse a permis de mettre en perspective un certain nombre de ces débats dans le domaine de la prévention en direction des homosexuels masculins. Au cours des dernières années, on constate que les désaccords dans ce domaine n'épargnent pas les sphères biomédicales : les débats qui accompagnent les recherches sur la circoncision ou l'usage d'antirétroviraux pour la prévention en témoignent. Mais cela n'est pas fondamentalement nouveau : l'incertitude concernant le risque lié à la fellation est ainsi, de longue date, l'objet de nombreuses questions. La difficulté à stabiliser un savoir expert sur les risques du VIH met en lumière les processus de construction sociale de ces connaissances scientifiques (Epstein 2001b). L'étude de la prévention chez les gais s'est par ailleurs largement penchée sur les perceptions du risque par les acteurs, et les circulations entre adaptations profanes et recommandations de santé publique (Susan Kippax et Race 2003). Tant les enquêtes de santé publique que des travaux socio-anthropologiques se sont attachés à expliquer les écarts constatés entre connaissance et comportement. Il ne s'agit pas de rendre compte ici de l'ensemble des approches théoriques ayant structuré ce champ de recherche, et que nous avons déjà évoqué pour partie dans les chapitres précédents. Constatons cependant la prédominance, en France, d'approches marquées par une lecture objectiviste et épidémiologique du risque (Calvez 2004a; 2010). A ce titre, un concept issu de travaux anthropologiques a fait l'objet de multiples usages scientifiques et militants, particulièrement illustratifs de cette tendance : la notion de « *protection imaginaire* » (Mendès-Leite 1996). La volonté de caractériser la part « d'irrationalité » qui conditionne le rapport des acteurs au risque est donc un axe de recherche transversal aux différentes disciplines qui se sont intéressées à la prévention du VIH. Dans le même temps, des chercheurs en sciences sociales ont exploré les dimensions contextuelles et relationnelles de la prévention, s'éloignant d'une approche strictement fondée sur la rationalité biomédicale (Bajos, Bozon, et Giami 1995; Calvez, Schiltz, et Souteyrand 1996).

Dans ce Chapitre, il sera question de la manière dont les répondants évoquent et invoquent les recommandations de santé publique au regard de leur propre expérience du risque. Pour ce faire, je mettrai en œuvre une approche de la construction sociale du risque élaborée et mise à l'épreuve dans le cadre de l'analyse culturelle (Calvez 2006). Dans cette perspective, il s'agira d'interroger la pertinence d'une frontière opposant savoir expert rationnel et savoirs profanes marqués par l'irrationalité. Ce déplacement de perspective permet de prendre des distances avec une analyse étroite des manières de penser le risque, pour mieux comprendre la diversité des rationalités préventives, en les situant dans leurs contextes d'élaboration, de maintien et/ou de remise en cause. A travers cette analyse, je m'appuierai également sur l'analyse, développée par A. Giddens (1994), des processus de « délocalisation » du savoir, au travers de « systèmes experts ». Pour cet auteur, la notion de système expert, caractéristique de la modernité, recouvre « *des domaines techniques ou de savoir-faire professionnels concernant de vastes secteurs de notre environnement matériel et social* » (p.35). Ce savoir expert est construit à partir d'une distanciation entre l'évaluation des risques associés à des pratiques sociales et le contexte dans lequel elles interviennent. Dans le domaine du VIH, la mise en avant par les acteurs de santé publique des « comportements à risque » indépendamment de la diffusion différentielle de l'épidémie participe de ce mécanisme de délocalisation. Ce travail a permis d'élaborer un savoir appropriable par tous, neutralisant la notion de « groupe à risque ». Comme le montre M. Calvez (2004b), cette approche par les « comportements », si elle présente « *tous les signes de l'évidence* » (p.94), procède cependant d'une construction sociale et historique.

Dans ce chapitre, j'envisagerai donc la manière dont les gais que j'ai interviewés interprètent les recommandations de santé publique sur la prévention du VIH. L'analyse des discours sur la socialisation préventive « initiale » met ici en lumière un processus de relocalisation du savoir sur le risque, véhiculé par les messages de prévention. Ces dernières

« relie le savoir expert sur le sida et des principes d'organisation sociale et elles les traduisent en règles de conduite qui se présentent aux destinataires de prévention sous la forme de demandes anonymes, indépendantes des contextes locaux dans lesquels ils nouent des relations » (Calvez 2004b, 100).

Cela me conduira à envisager, à la suite de M. Calvez, les processus de « *relocalisation* » du savoir. Pour cet auteur, l'analyse de la prévention comporte en effet deux grandes dimensions :

- La première concerne les processus de « *délocalisation* » des relations sociales, et met en jeu la connaissance des risques qui est élaborée et choisie comme référence. Dans

le cas du sida, dans le discours de santé publique, l'attention est portée sur les facteurs comportementaux, au détriment des probabilités de rencontre d'une personne séropositive. De ce fait, les discours élaborés délaissent la question de la diffusion différentielle du virus, pour lui substituer un espace social homogène dans lequel chaque individu est *a priori* concerné.

- La seconde dimension de cette analyse s'attache aux processus de « *relocalisation* », et prend en compte les interprétations du risque portées par les acteurs, et leurs interprétations des demandes qui leur sont adressées par le discours préventif. Cela met alors en jeu le rapport de confiance (ou non) qui existe vis-à-vis des savoirs experts (connaissances, recommandations).

Il s'agira ici d'explorer cette seconde dimension, en analysant les processus de relocalisation du savoir préventif au prisme de l'expérience des individus, ancrée dans des contextes relationnels et normatifs. Je me pencherai dans un premier temps sur la « socialisation préventive » des répondants, c'est-à-dire la manière dont ils ont été sensibilisés à la prévention du VIH. Dans une seconde partie, j'analyserai la manière dont ces hommes envisagent le savoir expert, au regard de leurs contextes de sociabilité. Enfin, j'envisagerai la dimension biographique du rapport à la prévention, en soulignant deux modalités de mise en récit identifiées dans les entretiens.

6.1. La socialisation préventive initiale

Avant d'analyser la manière dont les hommes rencontrés mettent en récit leur expérience du risque, il est nécessaire d'éclairer la diversité des modes « d'entrée » dans la prévention, au sens où l'on parle « *d'entrée dans la sexualité* » (Lagrange et Lhomond 1997). Autrement dit, comment ces répondants ont-ils eu accès aux discours sur le risque VIH ? Au cours des entretiens, je les ai donc systématiquement interrogés sur « la première fois qu'[ils] ont entendu parler du VIH ». Les réponses à cette question m'a permis de prendre en compte les contextes de socialisation initiale à la prévention. A la suite de J. Gagnon (2008), j'envisage le rapport aux recommandations de prévention du sida comme une « *prescription culturelle* ». Pour cet auteur, cette dimension des « scripts de la sexualité » est constituée par

« des directives formulées au niveau culturel et définissant comment les gens doivent et ne doivent pas se conduire sexuellement. Il ne s'agit pas simplement d'un problème de normes abstraites, de règles, de valeurs ou de croyances. Il s'agit de comprendre comment ces éléments normatifs et ces attitudes sont organisés dans ces récits sexuels que l'on appelle 'scripts' » (p.82).

Il apparaît que les répondants témoignent d'une spécificité homosexuelle de ce « script culturel », qui se traduit par une conscience aiguë du risque. Mais si l'on s'intéresse à cette socialisation préventive, indépendamment de la trajectoire ou du statut sérologique, les effets de génération sont majeurs. On peut alors diviser l'échantillon en deux grands sous-groupes : les hommes ayant connu une vie sexuelle et affective avant la survenue de l'épidémie à VIH, et ceux étant entrés dans la sexualité postérieurement.

6.1.1. L'entrée dans la sexualité avant le sida

Pour les premiers, l'apparition au début des années 1980 d'une maladie sexuellement transmissible et mortelle a marqué durablement leur parcours. Tous se remémorent, avec plus ou moins de précision sur la date et le contexte, leurs premières perceptions du sida. Passée l'incrédulité, ils évoquent la peur que cette annonce a suscitée, chez eux et dans les milieux homosexuels. Et tous évoquent le VIH en lien avec les Etats-Unis. Pour certains d'entre eux, les quartiers gais de ce pays incarnent le foyer de l'épidémie, qui a ensuite touché la France. Pour d'autres, ce souvenir est associé à un ou des séjours Outre-Atlantique, durant lesquels ils ont noué des relations avec des personnes aujourd'hui malades ou décédées. Dans les deux cas, le VIH est perçu comme une maladie venue de « l'extérieur », qui remet en question la sexualité gaie.

Dans la trajectoire de Pierre¹, l'irruption du sida est associée à un moment de forte angoisse du fait de plusieurs séjours en Amérique du Nord au tournant des années 1980, au cours desquels il a eu des relations homosexuelles. De plus, à partir de 1985, certains de ses proches tombent malades, ce qui contribue à le sensibiliser aux ravages de la maladie. Dans son parcours, il établit un lien entre l'arrivée du VIH et son choix de s'engager, après des années d'homosexualité, dans une « *voie hétérosexuelle* ».

« Ecoute, le sida, on a commencé à en parler, ... en 1982, c'est ce qu'on dit, mais moi 1982...non, j'en ai vraiment entendu parler en 1984, plutôt par là.

Et comment tu l'as perçu ça à ce moment là ?

Et bien là comme je te disais, j'ai eu peur ! J'ai eu peur parce que j'avais un petit peu cette vie... Et les voyages que j'avais faits aux Etats-Unis, où j'avais... Et en même temps, je me demande si ce n'est pas aussi ce qui a peut-être 'forcé' à suivre la voie hétérosexuelle, je ne sais pas...tu vois. Ça a vraiment été le gros démon, hein.

Tu connaissais des gens séropositifs autour de toi ?

Oui, j'ai aussi beaucoup de connaissances qui sont morts du sida (silence)...Tu vois des homosexuels, j'en connaissais aussi parce que ma meilleure amie, mon amie d'enfance, son frère était homosexuel, et forcément quand j'étais chez elle, le frère avec son copain étaient là, et puis souvent ils avaient des amis, donc je connaissais déjà pas mal d'homosexuels. Et tous ces homosexuels là, qui étaient d'une génération plus âgée, tous ceux là sont morts du sida. Mais eux, ils avaient déjà vécu un petit peu une époque 'dépravée', j'ai envie de dire au niveau de l'homosexualité...Et puis bon, ils vivaient tous sur Paris, donc...» Pierre

Pour Pierre, qui se positionne à distance de la communauté gaie, l'épidémie est d'abord associée à ce monde extérieur, qu'il soit étatsunien ou parisien. Pour d'autres répondants, l'apparition du VIH n'est pas vécue au départ comme les concernant. C'est ainsi le cas de Stéphane². Lorsqu'il prend connaissance de l'émergence du virus du sida, au début des années 1980, il se perçoit relativement protégé par son mode de vie : il fréquente peu le milieu homosexuel et n'a pas une sexualité multipartenaire. De plus en 1986, au moment où l'épidémie se répand dans le monde gai parisien, il vient de rencontrer un homme avec qui il vit une relation sexuellement exclusive. Lui qui vit à la campagne, en région parisienne, ne se sent que peu concerné par le VIH, perçu comme une épidémie urbaine et extérieure à ses cercles de sociabilité :

En 1986...1986, oui. On parlait assez peu du sida. Et puis voilà, quand on habite dans la campagne, quand on ne se tient pas forcément super bien informé, ben le sida c'est quelque chose qui se passe aux Etats-Unis, mais pas près de chez soi, quoi. Je me rappelle que le sida pour moi, à l'époque, c'était le magazine *Photo*, un magazine uniquement de photographie, qui avait montré une personne en phase terminale aux Etats-Unis. Donc pour moi, j'étais toujours resté dans cette idée, ça se passe là-bas, c'est affreux, je ne voudrais pas vivre là-bas ! Alors que dans le même temps, j'étais avec mon copain, qui lui était séropositif, mon premier copain, quoi. Qui était séropositif, qui ne le savait pas lui-même pour lui, et donc on est resté comme ça, 4 ou 5 ans, du coup sans faire de tests, ni rien parce qu'on se pensait tous les deux séronégatifs. (...)

Oui, et puis pour toi, le risque il était à l'extérieur ?

¹ Ille-et-Vilaine, 45 ans, séronégatif

² Région parisienne, 44 ans, séropositif

Oui, le danger était à l'extérieur du couple, et nous on était...on trouvait ça triste, mais du coup, on ne cherchait pas à s'informer plus que ça. Donc c'est vrai que quand mon copain est tombé malade... Moi j'ai découvert ma séropositivité en 1990, suite à un bilan sanguin que j'avais fait chez le médecin pour autre chose, des analyses classiques, et à la fin il m'avait mis un truc ça s'appelait « test Elisa », je ne savais pas ce que c'était, il ne m'avait pas expliqué, en fait. Et je suis retourné 6 mois après, pour une grippe, toujours chez mon médecin de famille, et c'est là que mon médecin m'a dit : « mais vous saviez que vous êtes séropositif ? » Voilà, j'ai appris ça comme, ça, ça m'est tombé dessus. » Stéphane

Dans la situation de Stéphane, la confrontation au VIH correspond à la découverte de sa propre séropositivité et celle de son partenaire. C'est alors tout un univers de certitudes qui est ébranlé, reconfigurant ainsi sa perception du risque et de la prévention.

A la différence des deux hommes précédents, pour Michel¹, l'irruption du VIH remet en cause une vie sexuelle et affective préalablement ancrée dans le monde gai parisien. Ce dernier, âgé de 53 ans, est séropositif depuis près de 10 ans. Au début des années 1980, il est un lecteur assidu de la presse homosexuelle, et il a milité dans le milieu associatif gai au cours de la décennie précédente. En couple ouvert, il fréquente à l'époque régulièrement des établissements de sexe, en particulier des saunas. Lorsqu'il évoque cette période, Michel mêle des éléments de sa biographie personnelle et des éléments concernant la prise en compte de l'épidémie par la communauté gaie. Ainsi, pour lui, la prise de conscience progressive du risque sanitaire est intimement liée à la lecture du journal *Gai Pied Hebdo*. Plus de vingt ans après, il se souvient des premières évocations de la maladie dans cet hebdomadaire et du scepticisme général concernant la dangerosité du sida. Son récit concorde relativement bien avec les analyses effectuées par N. Dodier (2003a) sur l'appréhension du VIH dans la presse gaie : après un premier mouvement de défiance vis-à-vis des autorités médicales et de la santé publique, les leaders d'opinion gais prennent rapidement conscience des ravages de l'épidémie. Cette conversion est facilitée par le profil des premiers médecins mobilisés qui, en désamorçant le soupçon d'homophobie et de moralisme, établissent des alliances avec le milieu gai. Pour Michel, l'alerte lancée par *Gai Pied Hebdo* est contemporaine des premiers cas de sida dans son entourage amical. Au même moment, il entend parler de la création de l'association AIDES. Dès lors, la menace se fait extrêmement concrète, entraînant une évolution des pratiques sexuelles pour lui et son partenaire, avec l'adoption du préservatif. Ils effectuent alors un test de dépistage, qui s'avère négatif pour tous les deux. Pour lui, le fait d'être « *passé au travers* », et d'être resté séronégatif à l'époque est un mystère. Enfin, Michel

¹ Paris, 53 ans, séropositif

évoque également l'impact du VIH sur le milieu commercial gai : il assiste à l'époque à la baisse de fréquentation puis à la fermeture de l'un des saunas qu'il fréquentait.

J'avais une autre question, qui reviendrait un peu plus en arrière : au moment où l'épidémie de sida commence, comment tu perçois ça, est-ce que tu te souviens ?

Ah oui, oui, très très bien. Très bien parce que...Ca fait longtemps que j'en n'ai pas parlé, mais j'en parlais pas mal à une époque. En fait, j'étais abonné au *Gai Pied* et je me souviens des premiers éditoriaux qu'il y avait à l'époque...qui parlaient de... comment ils appelaient ça ? Le cancer gai. Et les premiers articles disaient en gros, que c'était une stratégie de la « moral majority » américaine, pour empêcher les homosexuels de se libérer, de vivre...Et y avait pas que dans le *Gai Pied* que y a eu ça, ça a trainé aussi un peu dans *Libé*, et en fait, pendant un certain nombre de mois, y a pas mal de mecs qui se sont dit : « c'est de l'affabulation, on essaie de nous normer, quelque part, donc on continue à vivre comme on vivait ». Et puis y a eu un tournant, je me souviens d'un éditorial qui tranchait, et qui là, disait : « il y a un vrai danger », qui même culpabilisait quelque part, par rapport aux propos tenus antérieurement, et qui disait qu'il fallait se protéger, etc., et qui mettait l'accent sur les toutes premières réunions de AIDES, qui commençaient à se mettre en place. Mais alors ça a été la douche froide, parce que du jour au lendemain, mon couple...on avait des partenaires extérieurs, et puis pour beaucoup de garçons célibataires qu'on connaissait, ça a été très, très dur de changer les habitudes...comment passer de pratiques sans capote au tout capote ?

Et toi, comment ça s'est passé ? Le déclic a été la lecture de la presse ?

Ah oui, complètement !

Et tu connaissais des gens touchés à l'époque ?

Et bien ça a été très vite, parce qu'en fait, en très peu de temps, en l'espace de quelques mois, on a eu des proches autour de nous. Alors ça a d'abord été le copain d'un copain, d'un copain, dont on me disait qu'il était à l'hosto, et puis après ça s'est rapproché, le cercle. Et à un moment donné, ça a été les proches, les très proches, et les amants que j'avais eu, etc, avec qui j'avais eu des rapports non protégés, d'ailleurs. Du coup, on a été se faire dépister, parce qu'on s'est dit : merde, pendant une époque on a eu des rapports non protégés avec eux (...). Et donc, il a fallu passer au tout capote, ça n'a été pas facile... » Michel

A travers les récits de ces trois hommes, on mesure à quel point le VIH a profondément bouleversé les modes de vie homosexuels au cours des années 1980. Comme on le verra, pour chacun d'entre eux, les changements induits ont reconfiguré à plus ou moins long terme leur rapport à la sexualité. L'épidémie remet en cause l'univers des certitudes. Pour Stéphane et Pierre, le VIH marque un tournant en termes de sociabilités : le premier s'aperçoit que son extériorité vis-à-vis du monde gai ne l'a pas préservé du risque ; le second, en réaction à l'angoisse vécue, prend alors ses distances avec l'homosexualité. Dans la trajectoire de ces trois interviewés, c'est la perception d'une menace diffuse et peu maîtrisable qui domine : comme Pierre, Michel ne s'explique pas pourquoi il n'a pas été contaminé à l'époque. Indépendamment des modes d'affiliation, des similarités se retrouvent dans les récits que ces hommes font de l'irruption du VIH dans leur environnement social : confrontés à une incertitude majeure qui touche à la sexualité et au plaisir, les gais se voient contraints de réagir dans l'urgence et de réordonner leur rapport à la mort et au deuil. Cette expérience générationnelle fonde durablement leur rapport au risque.

6.1.2. L'entrée dans la vie sexuelle dans le contexte de l'épidémie

Les répondants dont l'entrée dans la sexualité est postérieure à l'apparition du VIH constituent le second sous-groupe générationnel de l'échantillon. Un constat partagé ressort des entretiens : le sentiment d'avoir toujours « *baigné* » dans les discours de prévention ou d'avoir été « *bassiné* » par ces recommandations. Qu'elle soit véhiculée par l'entourage familial ou amical, dans le cadre scolaire ou par des associations, tous témoignent d'une information précoce sur le préservatif comme prophylaxie anti-VIH. Cet effet de génération n'empêche cependant pas des perceptions nuancées et critiques des discours de santé publique.

Pour plusieurs de ces répondants, l'association faite dans certains cercles entre population homosexuelle et risque du sida peut être vécue comme stigmatisante. Ainsi, pour Etienne, un jeune gai séronégatif de 21 ans qui vit à Rennes, l'entourage familial joue un rôle important en tant que relais des informations de prévention. Mais l'insistance de ses parents à évoquer les risques sanitaires lui apparaît, sur la durée, comme une manière de réduire son expérience affective et sexuelle à la notion de risque sanitaire.

« Pour parler un peu du VIH... De manière assez générale, quelle est ton histoire personnelle avec le VIH ?

Alors, moi, le sida, depuis que j'ai dit à mes parents que j'étais homosexuel, ils me parlent essentiellement que de ça. C'est-à-dire que chaque fois que je leur dis que j'ai rencontré quelqu'un, c'est : "Ah Etienne, t'oublies pas de mettre un préservatif ! Parce qu'il y a le sida, il y a d'autres saloperies tout ça... (*voix affolée*)". C'est ma grand-mère aussi, qui est au courant et qui... bon c'est très mignon, très tendre... Elle me dit à chaque fois qu'il faut mettre un préservatif, mais à la longue, c'est très saoulant, c'est très pénible, parce que j'ai l'impression qu'ils résumant l'homosexualité au sida, à la capote, et ça peut être très énervant quand on te répète plusieurs fois la même chose, c'est lourd, quoi. » Etienne

L'entourage familial peut ainsi constituer, on le voit, comme un espace potentiel d'échanges sur la sexualité et la prévention, la discussion de la norme sanitaire constituant l'un des moyens, parfois le seul, pour aborder l'homosexualité. Dans le discours d'Etienne, la critique de l'association entre homosexualité et sida est doublement révélatrice. D'une part, tout en reconnaissant que les préoccupations de ses proches ne sont pas mal intentionnées, il exprime le refus d'être renvoyé systématiquement à la dangerosité de la sexualité entre hommes. D'autre part, cette résistance à l'assignation identitaire illustre l'importance maintenue du VIH dans la socialisation des gais : en creux, cela traduit le fait que l'épidémie continue à occuper une place spécifique dans l'imaginaire collectif concernant l'homosexualité.

Les discours des répondants qui ont découvert leur homosexualité après la survenue du VIH convergent sur la précocité de la socialisation préventive. Cependant, des différences

s'affirment sur le rôle joué par l'entourage familial. Ainsi, pour Albert¹, élevé dans une famille « de gauche », la prévention du VIH a fait partie intégrante de l'éducation sexuelle. De ce fait, il s'estime bien informé sur les risques et l'information délivrée dans le cadre scolaire lui est apparue peu utile :

« Alors moi, dès le Collège, en fait, j'ai eu une famille, une mère en fait, qui nous a toujours rabâché à mon frère et moi, même quand on avait 14 ans, « préservatifs, n'oubliez pas, si vous n'avez pas les moyens, je vais les acheter pour vous... ». Donc de ce côté-là, on était bien mis en garde. Ce qui a été fait à l'Ecole et au Collège ne m'a pas plus marqué que ça, on va dire... »
Albert

Cette prise en charge familiale des questions liées à la prévention est, dans son discours, mise en lien avec la pleine acceptation qui a entouré son coming out homosexuel. A l'inverse, Guillaume² qui a grandi dans le Sud-Ouest de la France dans un milieu « *plutôt bourgeois* », souligne l'absence de dialogue sur la sexualité. En découle une approche différente des enjeux de santé sexuelle. Lorsqu'il évoque sa socialisation préventive, Guillaume met d'abord en avant l'influence du contexte général, en parlant de la « *génération sida* » : il a été adolescent dans les années 1990, période à laquelle des messages de prévention en direction des jeunes étaient régulièrement relayés dans les médias grand public. Mais il estime que son environnement familial a pesé négativement dans ce processus et ne lui a pas permis d'envisager la prévention du VIH de manière adéquate. Dans son discours, il fait alors appel à la psychanalyse pour tracer un lien explicatif entre sa socialisation préventive familiale et son attrait pour les pratiques sexuelles sans préservatif.

« Alors, la capote, c'est quelque chose dont on ne m'a évidemment jamais parlé, chez mes parents... Ma mère m'en parlait, mais c'était très abstrait pour moi, la capote. Je suis né avec, toi aussi certainement : « *génération sida* », on n'a pas le choix et la sexualité d'emblée elle était avec capote, de toutes façons, quoi. Même si je n'avais pas trop compris ce que c'était et que je ne voyais pas trop à quoi ça servait, au départ. Je sais que ça me faisait chier, parce qu'apparemment c'était plus fun de faire sans, même si je n'avais pas essayé, mais bon. Donc la prévention pour moi, ça n'a jamais été évident. J'ai toujours eu des conduites à risque, dès le début, et encore plus la première fois où j'ai baisé sans capote, avec mon mec de l'époque (...). Bon, on va rentrer dans des considérations psychanalytiques, mais c'est une façon de me confronter à la vie. Qui est dans le « *border line* » et dans le danger, permanent, voilà, et qui vient de l'absence de mise de limites de la part de mes parents. Je pense qu'ils auraient été plus, plus normatifs, et qu'ils auraient pu plus expliquer les choses, là pour le coup en prévention mais pas que pour la sexualité, parce que ça se retrouve à peu près partout dans les liens avec l'autre, je n'en serai peut-être pas là. »
Guillaume

Ainsi, pour les répondants qui ont entamé une vie sexuelle dans le contexte de l'épidémie, la prévention est perçue comme concernant particulièrement les gais. Tous mettent en avant leur conscience précoce du risque, même si les informations délivrées n'ont pas toujours permis

¹ Rennes, 22 ans, séronégatif

² Paris, 28 ans, séropositif

d'en identifier la réalité. Les différences entre les personnes interviewées tiennent en grande partie aux cadres de socialisation dans lesquels ils ont entendu parler de la prévention. L'École est citée par tous comme un moment décisif, indépendamment de la qualité des séances d'éducation sexuelle (d'ailleurs très peu évoquées par les répondants). Mais le cadre familial est plus diversement évoqué. L'ouverture d'esprit des parents concernant l'homosexualité (la réaction au moment du coming out en particulier) est généralement associée à un environnement familial prenant en charge l'information sur le risque VIH. Avec la limite que cela ne devienne le seul moyen pour évoquer l'homosexualité, traduisant un souci sanitaire qui peut être mal vécu. A l'inverse, dans les familles où l'acceptation de l'homosexualité s'est avérée plus difficile, la prévention est plus souvent restée peu évoquée.

Un souci préventif marqué

Les hommes que j'ai rencontrés témoignent d'une forte préoccupation vis-à-vis de la prévention du VIH. Cette conscience du risque, qu'elle soit acquise au cours de la vie sexuelle ou qu'elle apparaisse comme un élément constitutif dès l'entrée dans la sexualité, apparaît comme un trait commun aux différents répondants. Si tous n'ont pas la même analyse des liens entre homosexualité et sida, le fait de se sentir concerné par la maladie, en tant qu'homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, contribue à façonner leur subjectivité dans un rapport spécifique à l'épidémie. Et ce, indépendamment du sentiment d'appartenance – ou non – à une communauté homosexuelle, des effets de génération ou du statut sérologique. Les propos des répondants illustrent ainsi la forte intériorisation par les gais d'une conception de la santé comme un « *bien en soi* » (Dodier 2003b) dans le cadre de la prévention. Notons cependant que l'effet de « désirabilité » vis-à-vis de l'enquêteur peut avoir joué un rôle non négligeable ; j'y reviendrai. Nous verrons également, dans le chapitre 7, comment cette préoccupation revendiquée est, dans la pratique, réévaluée à l'aune des trajectoires et des contextes du risque.

A l'issue de cette analyse, on perçoit à quel point la prévention du VIH s'inscrit dans un « script culturel » intériorisé par les homosexuels masculins. Se dessine ainsi, dans les discours, une forme de « nous réflexif » de la prévention (Davis, 2008), en partie déconnecté de l'expérience. Pour autant, cette appropriation d'une conception délocalisée de la prévention ne saurait masquer les variations culturelles du rapport des répondants au danger. Deux dimensions de l'ancrage relationnel de la perception du risque nous intéresseront dans la suite de ce chapitre. La première s'attache aux différentes manières dont ces hommes font appel au

savoir expert sur la prévention. Se posent alors deux questions. Selon quels critères une information est-elle jugée valide ? Et comment les réponses préventives apportées par les répondants mettent en jeu leur fidélité à un mode d'affiliation ? La seconde dimension concerne les formes de la mise en récit du rapport au risque VIH.

6.2. Des modalités de rapport au savoir ancrées dans l'expérience

Comme l'a souligné M. Calvez (2004b), l'élaboration d'un savoir expert sur le risque met en jeu un processus de délocalisation des connaissances. S'élabore ainsi une lecture de la prévention détachée des contextes de la sexualité. Les recommandations générales qui en découlent (usage du préservatif avec les partenaires occasionnels, dépistage et dévoilement de son statut sérologique au partenaire stable) constituent le cadre normatif de la santé publique. Dans les discours recueillis, on a vu que les gais ont intériorisé ce socle de connaissances, à travers leur socialisation initiale à la prévention. Mais les homosexuels masculins ont historiquement fait l'objet d'un travail spécifique de relocalisation du savoir préventif, soutenu par la conception d'une culture sexuelle particulière (multipartenariat, pratiques anales, contexte de forte prévalence) nécessitant des discours ciblés. Ce travail est largement, mais non exclusivement, porté par les structures associatives. Dans ce cadre, les discours de prévention, tout en prenant en compte la diversité des modes de vie gais, postulent d'une relative homogénéité de la population visée. Mais cette lecture se vérifie-t-elle lorsque l'on s'intéresse à la manière dont les répondants mobilisent le savoir expert sur la prévention ?

Je vais ici m'attacher à illustrer, à partir des données issues des entretiens, la diversité des agencements cognitifs qui s'opèrent autour des discours experts de prévention du VIH. Dans un premier temps, l'analyse se concentrera sur les réponses aux questions de la grille d'entretien qui concernent spécifiquement le savoir sur le risque :

- Sur quelles connaissances vous basez-vous pour définir une situation de risque au regard du VIH ?
- Quels sont les supports d'information que vous privilégiez au sujet de la prévention du VIH ?

Dans un second temps, je reviendrai plus longuement, dans le Chapitre 7, sur la mise en récit de la prévention et du risque dans l'expérience des répondants.

L'attention au savoir sur le risque m'a conduit à mettre en relation les arguments mobilisés par les répondants et les contextes relationnels dans lesquels ils s'inscrivent. Cette grille de lecture s'est en effet avérée pertinente pour mettre en perspective les discours analysés, en soulignant des caractéristiques partagées. Ainsi, parmi les répondants se situant à distance des sociabilités communautaires, les discours sur le savoir préventif sont caractérisés par la place de l'individu et de ses choix face aux risques sanitaires.

6.2.1. L'incertitude

La gestion de l'incertitude inhérente à la prévention caractérise les discours de certains des hommes ancrés dans le pôle individualiste de l'échantillon (« individu socialisé ») ; elle traduit l'acceptation d'un risque résiduel, avec lequel il faut composer. Pour ces hommes, la question du risque associé à la fellation sans préservatif illustre une forme spécifique d'articulation entre savoir expert et expérience. Dans le cas de Léo¹, l'appréciation du VIH est rapportée à la fois à une bonne connaissance des moyens de prévention, mais aussi à une incertitude fondamentale sur l'existence de risques résiduels. En l'occurrence, la socialisation préventive est caractérisée par un entourage familial très ouvert. Ses parents abordent très librement la sexualité et la nécessité d'utiliser un préservatif. Durant son adolescence, une boîte de préservatifs est d'ailleurs à disposition dans l'armoire à pharmacie familiale. Il en retire une vision très positive de la sexualité, mais marquée par la notion de danger potentiel. Cette perception est renforcée par le fait que le frère de sa mère, lui-même homosexuel, est décédé du sida. Au cours de l'entretien, l'incertitude apparaît dans son discours comme une donnée consubstantielle de la vie sexuelle. Il se pose de nombreuses questions sur la fellation, la seule pratique pour laquelle il n'a jamais utilisé de préservatif avec ses différents partenaires.

« [Mes relations sexuelles] ont toujours été protégées, enfin, les pénétrations oui et les fellations non. Je sais que ça ne va pas, mais en même temps, comme tout le monde... C'est un risque faible mais c'est un risque quand même.

Et toi, ça te stresse cette histoire de risque faible ?

Oui ça me stresse effectivement, parce que c'est un risque quand même. Même si je sais qu'effectivement c'est un risque faible, il y a je crois, 10 000 chances de moins, ce n'est pas « plus de chance » du tout. Même si je sais qu'il y a un petit peu du virus dans la salive, enfin, voilà, on ne sait pas... Donc oui ça me stresse, mais en même temps... Bon le risque est faible.

C'est un risque que tu acceptes de prendre ?

Oui je pense qu'on peut dire ça comme ça » Léo

En couple depuis deux ans, il a effectué deux tests de dépistage au cours de sa vie, le dernier ayant eu lieu au début de cette relation. Avec son partenaire actuel, également séronégatif, le préservatif est très rarement utilisé. Après une période d'ouverture à d'autres partenaires sexuels, leur couple est désormais exclusif. Il envisage cependant de faire des tests de dépistage réguliers afin de s'assurer de son état de santé vis-à-vis des IST. Pour Léo, le VIH demeure une maladie très inquiétante. En conséquence, il met en place un cadre de prévention fondé sur des connaissances qui lui apparaissent raisonnables : utilisation du préservatif pour la pénétration avec des partenaires occasionnels, test de dépistage et non protection dans son

¹ Paris, 22 ans, séronégatif

couple séroconcordant. Pour autant, une incertitude demeure. Au cours de l'entretien, Léo revient sur un épisode illustrant ses doutes. Quelques années auparavant, à l'occasion de l'un des tests de dépistage, il a questionné le médecin sur la possibilité d'une apparition « spontanée » du VIH entre deux partenaires séronégatifs. Même s'il sait que cette éventualité est improbable, il ne peut s'empêcher d'y penser, élaborant de ce fait une théorie profane de la transmission du virus.

« J'ai vu un médecin, je lui ai posé les questions. Je lui ai demandé si des rapports sexuels non protégés entre homos qui ne sont pas contaminés pouvaient quand même provoquer l'apparition du virus. Par ce que même si je travaille dans le domaine scientifique, je me posais quand même la question.

Ce serait quand même étonnant que « moins » par « moins » ça fasse « plus »... ?

Pourtant, en math, ça marche. Mais je me suis posé la question parce que... Je ne sais pas vraiment pourquoi mais je voulais être sûr. Je voulais l'avis d'un spécialiste.

Dans le cas où le virus d'un des partenaires n'a pas été détecté ?

Non, même pas ça. On sait qu'il n'y a pas le virus chez les deux, mais est-ce qu'un rapport sexuel entre les deux pourrait provoquer l'apparition du virus ? Parce qu'en même temps, je me suis dit qu'il fallait bien qu'il se fabrique à un moment donné. Et l'on nous a tellement bourré le mou que c'était les homos qui étaient responsables du sida que, quelque part, j'avais un doute ». Léo

Le discours de Léo est marqué par une tension entre l'appropriation de connaissances raisonnables et une inquiétude diffuse concernant le risque VIH. Ses propos traduisent une double intériorisation : d'une part, ils témoignent d'une bonne connaissance des moyens de prophylaxie ; d'autre part, sa lecture du lien entre homosexualité et sida se traduit par une incertitude sur les risques, perception dont il peine à se départir, malgré son esprit « scientifique ». A l'intersection de ces deux conceptions du risque, la fellation sans préservatif incarne un danger peu maîtrisable et de ce fait angoissant. Cette inquiétude met en jeu sa conception de l'individu rationnel : en effet, à travers les ressources informatives à sa disposition, il considère qu'un risque existe. S'il fait le choix de le prendre, il ne peut se résoudre à le minimiser totalement. Pour lui, l'information préventive met en jeu la référence à un savoir médical extérieur à son environnement social et non lié au monde homosexuel.

Au-delà de sa singularité, la manière dont Léo envisage le savoir sur le risque traduit un travail de gestion de l'incertitude que l'on retrouve chez d'autres hommes, à des degrés divers. Ainsi, pour Clément¹, la question de la fellation sans préservatif n'apparaît pas comme un risque aussi important. Ce dernier se fonde sur des critères objectivables de réduction des risques pour fonder son appréciation du risque : l'état de santé bucco-dentaire et le fait de ne pas avaler le sperme. Pour lui, la gestion de cette part d'aléa passe par la « confiance » qu'il

¹ Rennes, 21 ans, séronégatif

éprouve dans la capacité de l'enveloppe corporelle à se prémunir du risque dans ces situations d'exposition éventuelle au VIH.

« Et tu as l'impression de prendre un risque avec des fellations non protégées ?

Non. Et si je prends un risque, ce n'est pas grave.

Et sur quoi tu te bases, pour dire qu'il n'y a pas de risque ?

J'ai confiance dans le corps humain. Parce que je sais que c'est très difficile d'attraper le sida par ce moyen là, je ne machouillonne pas des rasoirs toute la journée, je veux dire, je ne prends pas de risques particuliers, je ne pense pas prendre de risque particulier en faisant ça, surtout que je n'avale pas, on va jamais jusqu'au bout, voilà, c'est encore plus que limité, c'est vraiment très très très léger ». Clément

Lorsqu'il se pose des questions plus précises sur la prévention, Clément se réfère indifféremment aux brochures associatives et à des sites internet spécialisés. C'est le mandat des émetteurs de l'information (médecins, experts) qui en fait la validité. La conception du risque avancée par Loïc¹ reflète une autre manière d'articuler une appropriation des recommandations de prévention et d'un savoir, fondée sur sa propre expérience. Concernant la fellation, il explique n'avoir jamais utilisé de préservatif ; coexiste alors dans son discours la perception d'un « risque faible » – qui s'appuie sur un savoir expert, et la mise en œuvre de techniques profanes d'évaluation du danger. Ainsi, dans le cadre de rencontres occasionnelles, il cherche à circonscrire l'éventualité du risque associé à la fellation à travers des mécanismes de protection relationnels. Il prend en compte le passé sexuel de son partenaire, ses fréquentations ou le lieu de la rencontre. Conscient de la dimension « subjective » et relative de ces critères d'évaluation, l'efficacité de ces stratégies repose pour lui, *in fine*, sur la vérification de son statut sérologique.

« Tu as utilisé la capote pour les fellations parfois ? Et, c'est-à-dire, par exemple, quels étaient tes « critères » ?

Ben je ne sais pas. Après avoir discuté avec la personne, voir ce qu'a été son passé. Où elle baisait, avec qui... Ça dépendait aussi où je la rencontrais. C'était très subjectif. Ce n'était pas du tout... J'ai eu beaucoup de chance finalement. Parce que j'ai fait des tests plusieurs fois, parce que j'ai eu des doutes quand même, et jamais rien. Donc impeccable ». Loïc

Dans le discours de Loïc, la relocalisation du savoir expert prend la forme d'un agencement entre informations objectivées et expérience. Tout en hiérarchisant les connaissances sur le risque (le test de dépistage apparaît comme une preuve irréfutable), il constitue ainsi un bricolage préventif personnel, prenant en compte la part d'incertitude que recèle la sexualité gaie au temps du sida.

¹ Paris, 37 ans, séronégatif

Face à l'incertitude perçue comme inhérente à la prévention du VIH, la notion de confiance (dans le corps humain, dans le partenaire ou dans la capacité à réduire les risques) s'avère primordiale chez ces répondants.

6.2.2. Soit comme opérateur de la prévention

Pour les hommes qui revendiquent leur distance avec les affiliations communautaires (individu détaché), l'appropriation de connaissances sur le VIH met jeu un individu rationnel et autonome. Pour Jérémie¹, la perception du risque VIH est partie prenante de sa vie sexuelle : « *j'ai l'impression d'avoir toujours vécu avec le sida* », explique-t-il. Dès les premières années de l'épidémie, au début des années 1980, il commence à s'informer par lui-même sur la maladie à partir des supports disponibles (presse, information médicale et associative). En découle pour lui, à l'époque, une vision très angoissée du risque, qui l'amène à systématiser l'usage du préservatif avec ses partenaires occasionnels, pour les pénétrations comme pour les fellations. Pour cette dernière pratique, il est conscient du caractère très minoritaire de cette exigence ; mais il s'agit pour lui d'affirmer un contrôle vis-à-vis des risques éventuels, même faibles. Ainsi, il explique qu'au début des années 1980 :

« Si j'avais pu sortir avec une combinaison de spationaute, je l'aurais peut-être fait. Je ne l'ai pas fait, mais par contre j'ai compris rapidement qu'il fallait se protéger et que le préservatif était le meilleur moyen. Donc j'ai toujours, toujours utilisé un préservatif. Pour tout. Pas pour me laver les mains mais...

Pour les fellations ?

Oui. Je devais être le seul gai sur la place de Paris à utiliser des préservatifs pour la fellation ». Jérémie

En se positionnant au regard des comportements de prévention des autres homosexuels, Jérémie affirme une posture de forte maîtrise du risque, fondée sur une application stricte des recommandations de santé publique. Cette attitude se reflète dans sa manière d'envisager la prévention sur la durée : il porte un regard très critique sur la recrudescence des rapports sexuels non protégés dans le milieu gai. L'exigence dont il fait preuve se retrouve dans les aménagements préventifs effectués au sein de son couple. Trois mois après la rencontre avec son partenaire, ils ont tous deux effectué un test de dépistage, puis ont cessé d'utiliser le préservatif. Le rapport de confiance qui s'est instauré depuis lors repose sur une responsabilité de chacun des membres du couple vis-à-vis de l'autre : en cas de rapports sexuels à l'extérieur du couple, « *il se protège pour me protéger* ».

¹ Paris, 39 ans, séronégatif

« Comment ça s'est passé la prévention dans ton couple, et comment ça se passe ?

Au départ ça a été préservatif. Ensuite on a fait un test au bout de quelques mois. On a attendu trois mois et on a refait un test pour vérifier et à partir de ce moment-là, on a arrêté le préservatif. Et l'on se fait confiance. Bien sûr, je le tuerais s'il devait m'arriver quelque chose, mais il le sait. On en a parlé, on s'est bien dit qu'il pouvait arriver que l'on puisse avoir un accident. J'imagine que ça peut arriver, je n'en sais rien. La seule chose que j'ai demandée explicitement, c'est que si jamais il y avait un tel accident, il se protège pour me protéger. Que lui se protège et que ça me protège aussi par la suite ». Jérémy

Pour Jérémy, le modèle de rationalité préventive exige une application des recommandations préventives avec des partenaires occasionnels, et un accord moral entre les partenaires du couple, lorsque les pratiques ne sont plus protégées.

La discussion du savoir expert sur le VIH, peut également s'appuyer sur une mise en question du discours associatif. Pour Jérémy, le phénomène de bareback révèle la fragilité des normes de prévention véhiculées par les acteurs de la lutte contre le sida et, partant, souligne les limites de la notion de communauté gaie. Bien que s'inspirant d'une éthique préventive très différente de celle de Jérémy, le discours de Sébastien¹ sur le savoir expert se construit lui aussi en opposition avec les messages associatifs. Lorsque ce dernier a appris sa séropositivité, un an auparavant, il n'a pas été particulièrement surpris au regard de ses nombreuses pratiques sans préservatif avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu ou différent, depuis le début de sa vie sexuelle. Sébastien est, de ce fait, très critique vis-à-vis des discours associatifs sur la prévention du VIH. Tout en considérant que les débats publics sur le phénomène de bareback ne le concernent pas, il émet un jugement négatif sur ce qu'il perçoit comme une exagération du risque de transmission dans les messages de prévention. Il prend en particulier deux exemples, le « *dipping* »² et la fellation, pour lesquelles les recommandations lui apparaissent trop exigeantes. En rapportant ces comportements à sa propre expérience, il considère que l'acquisition du VIH nécessite des pratiques sans préservatif nombreuses et régulières. Ce constat invalide, selon lui, le discours militant mettant l'accent sur le risque indépendamment de la répétition des comportements. Pour Sébastien, ce discours de « tout capote » est infantilisant, dans la mesure où il ne prend pas en compte l'expérience vécue par certains gais.

« Pour revenir sur cette question de bareback et les débats, justement. Toi, quand Act Up communique sur le sujet, par exemple, tu te sens interpellé personnellement ?

Non, absolument pas, parce que ça ne m'intéresse pas. Enfin, ça ne m'intéresse pas...disons qu'à un moment donné, il y a eu une campagne d'une association, je ne sais plus laquelle, qui disait : « c'est dangereux, si on pénètre juste le mec sans capote, même si on se retire après ». Pour moi, ça ne sert à rien...Pour avoir mis un certain nombre d'années à me faire plomber, je ne veux pas

¹ Paris, 31 ans, séropositif

² Pratique de pénétration sans préservatif, de courte durée et sans éjaculation dans l'anus.

être méchant, mais...je pense que j'ai reçu le jus de certains mecs séropos dans le cul, plus que je ne le pense, à mon avis. Et sans être plombé. Donc à mon avis, dire qu'un rapport est contaminant, il faut peut-être arrêter les conneries ! Bon, je suis sans doute pas le mieux placé pour dire ça, je suis d'accord, mais le mec...au bout d'un moment, il faut vraiment le vouloir, il faut vraiment le vouloir, quoi. Je me suis fait plomber, j'avais 31 ans, quand même ! (...) Mais bon, voilà, il faut être honnête, j'ai baisé avec des mecs depuis que j'ai 14 ans, j'ai tout le temps baisé sans capote, enfin...

Oui, tout au long de ta vie, tu as eu des rapports non protégés...

Ce n'est donc pas non plus tout de suite contaminant ! Je ne dis pas, certains mecs, ils le font une fois avec un mec sans capote, et ils se retrouvent séropos. Je ne dis pas le contraire ! (...)

Tu trouves les discours un peu exagérés ?

Oui, un peu trop de « tout capote », quoi ! C'est con, mais tu lis un petit peu les brochures de prévention, il faudrait sucer un mec avec capote ! » Sébastien

Ce regard critique et distancié vis-à-vis des messages associatifs se retrouve également au niveau de la prise en charge des personnes séropositives. Au moment de sa contamination, il a brièvement pris contact avec le milieu communautaire de la lutte contre le VIH, mais s'en est rapidement éloigné, considérant leur vision des séropositifs comme trop « *misérabiliste* ». Il exprime des critiques envers la volonté des militants de rassurer les personnes accueillies, en relativisant la gravité de la maladie (un discours qu'il résume ainsi : « *Ah, mais il faut te soigner. Ah, mais ne t'inquiètes pas, maintenant, on peut très bien vivre, avec les trithérapies, etc.* »). Pour lui, malgré les trithérapies, le sida met en péril sa santé, et il préférerait entendre un discours plus « réaliste » concernant les effets indésirables. Il considère qu'à son âge (31 ans), il n'a plus besoin d'être accompagné de cette manière, car il est conscient des risques. Ici, la revendication d'un discours de « *vérité* » accompagne logiquement l'affirmation d'un individu détaché des affiliations communautaires. Pour Sébastien, les approches associatives tendent généralement, à travers le soutien aux malades, à infantiliser les personnes séropositives.

Dans les deux discours présentés, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle face au risque VIH. Cela implique de délivrer une information valide et objective ; une objectivité qui se situe, pour Jérémy comme pour Sébastien, du côté des personnes reconnues pour leurs compétences professionnelles dans le domaine de la santé, plutôt que des associations. Le rapport au savoir préventif traduit ainsi une revendication d'autonomie vis-à-vis des affiliations communautaires.

6.2.3. La menace venue de l'extérieur

Pour les répondants revendiquant une appartenance communautaire, la référence au savoir expert met en jeu la perception d'un danger extérieur à l'environnement social. Ainsi, dans le

discours de Marc¹, les discours scientifiques sur le sida sont entourés d'une forte suspicion. Agé de 47 ans, il a connu les premières années de l'épidémie et s'est fait dépisté dès 1985. Il a, de plus, très tôt adopté les recommandations préventives concernant l'usage du préservatif pour les pénétrations anales. Cependant, il explique que ce travail de rationalisation du risque s'est progressivement accompagné d'une méfiance vis-à-vis du traitement social de l'épidémie. Pour lui, le VIH constitue un levier d'homophobie potentiel, qui met les gais dans une position de faiblesse vis-à-vis de la société : « *de toutes façons la première chose à faire était de se protéger de la société car tant qu'on pouvait se protéger de la société, après on avait le choix des armes pour se défendre* », explique-t-il.

Dès lors, il s'intéresse aux médecines alternatives et cherche à élaborer par lui-même un savoir sur la maladie, en délaissant les sources d'informations médicales officielles. Il met notamment en cause les intérêts financiers à l'œuvre dans le domaine du traitement du sida, en particulier le rôle des laboratoires pharmaceutiques. Il est intéressant de constater que sa critique porte également sur la presse communautaire, en particulier les « suppléments sida » de *Têtu*, qu'il analyse comme les relais des approches médicales dominantes. De manière générale, il reproche à ce magazine mensuel son approche des questions de prévention et la manière trop stigmatisante dont le phénomène de bareback a été traité.

« J'avais acheté des bouquins sur l'alimentation, sur le fait de mieux protéger son corps d'une manière générale, pas forcément que du Sida mais de toutes les maladies immuno-déficientes. Et puis je m'en étais arrêté là. Mais tous les suppléments que *Têtu* fait paraître sur les traitements en cours etc. c'est peut-être très intéressant mais moi ça ne m'intéresse absolument pas. D'une part je ne l'ai pas, je suis content d'apprendre qu'il y a des avancées... mais je reste toujours très sceptique par rapport à la doxa pharmaceutique. Parce que les intérêts financiers sont énormes (...) Je n'aime pas les prosélytes des labos pharmaceutiques ». Marc

Dans la suite de l'entretien, il évoque les hypothèses « dissidentes » de l'origine du sida². Comme l'a montré D. Fassin dans son travail sur l'Afrique du Sud (2006), ces références à des théories rejetées par la communauté scientifique, traduisent une posture de défiance vis-à-vis d'un savoir dominant et, partant, éclairent les rapports de domination à l'œuvre à travers le savoir « officiel ». En l'occurrence, Marc souligne le lien entre les explications courantes de la maladie et l'existence d'une homophobie et d'un racisme structurels. Il met alors en cause

¹ Paris, 47 ans, séronégatif

² Ces théories, portées par des chercheurs états-uniens, contestent le lien entre le VIH et le développement du sida. Ce que l'on nomme « sida » ne serait donc que la description de maladies déjà existantes (cancers, etc.), non provoquées par un virus, mais par des contextes de pauvreté et de malnutrition, en particulier en Afrique. Dans ces conditions, les anti-rétroviraux sont analysés comme inefficaces et toxiques. Leur diffusion signe la connivence entre les gouvernements, les médecins et les laboratoires pharmaceutiques. Si l'invalidité scientifique de ces approches ne fait aujourd'hui plus débat, elles conservent une relative popularité dans certains contextes, notamment en Afrique du Sud (D. Fassin 2006).

les lectures courantes de l'épidémiologie, qui relèvent selon lui d'une volonté de manipuler de l'opinion.

« Tu parlais même de « pseudo-virus » tout à l'heure...

Oui il y a toute la théorie sur le fait que le virus du sida est... Que personne n'en a vu la tête, qu'il a éventuellement plusieurs formes et qu'on ne sait pas exactement qui il est, on croit le détecter mais on ne le détecte jamais que par sa courte activité sur certaines choses... (...) C'est curieux quand même. Remarquons deux choses. Le sida en Afrique touche les hétéros, par contre le sida en France touche les homos et les toxicos. C'est curieux hein, que cette maladie, en France, change de nature.

Ah, toi tu vois ça comme...

Ah ben moi j'y vois un aspect culturel, social, une manipulation des médias... De la même manière qu'on est manipulé par d'autres. Mais quand on parle de sida en France on ne parle jamais de tout le monde, et alors il y a des conneries qui sont dites du genre...je ne me souviens plus des chiffres je vais dire ça grossièrement, mais 28% des cas nouveaux de Sida sont des homos. Mais alors 70% des autres cas ce sont des hétéros mais ça on n'en parle pas. Et alors ça ne fait pas 70% ça fait 62/63% il manque 9%. C'est quoi les 9%, ils ne connaissent pas leur sexualité, c'est peut être des enfants mais pourquoi ne le dit-on pas ? Donc... on renverse le chiffre. D'abord on dit : « c'est énorme les homos etc. ». Non mais attendez, 72% ne sont pas homos ! Deuxièmement, on fait une erreur logique classique, qui est 28% des cas sont des homos donc 28% des homos sont des cas. C'est évidemment le contraire ! On a la même chose pour la drogue. 98% des toxicos lourds ont commencé par le cannabis donc 98% des gens qui fument le cannabis seront des toxicos lourds. Ce n'est pas vrai ! Voilà ! ». Marc

Marc souligne le rôle de la presse grand public, dans la focalisation de l'attention sur les gais lorsque le VIH est abordé, en particulier *Libération*, dont il est un lecteur. En contestant la manière dont la presse rend compte des données sur la maladie, Marc s'inscrit dans un registre d'analyse que l'on peut rapprocher de l'épidémiologie « populaire » (Brown 1992). Celle-ci met en jeu deux types de connaissances, ancrées dans l'expérience des acteurs : un savoir lié à l'appartenance à des réseaux de sociabilité, en l'occurrence communautaires ; et un savoir acquis dans les interactions avec l'expertise officielle. A travers ce processus de hiérarchisation critique des connaissances, Marc affirme sa défiance vis-à-vis d'une société perçue comme discriminante.

Le point de vue de Martin, un gai séropositif parisien de 40 ans, est différent à bien des égards. Pour lui, la validité scientifique du savoir expert n'est pas en cause. Cependant, il considère que les recommandations de prévention actuelles restent inadaptées à une partie de la communauté gaie, et se sont « érodées ». Si les « discours injonctifs » ont pu être efficaces dans les années 1980/1990, il lui apparaît nécessaire de faire évoluer les messages. Selon lui, la santé publique et les discours associatifs peinent actuellement à prendre en considération les hommes ayant connu les années les plus sombres de l'épidémie. Pour ce segment de la population homosexuelle, auquel il se sent appartenir, les enjeux de prévention s'inscrivent dans une longue histoire de résistance à la maladie et à ses effets sociaux, faite de deuils et de souffrances. Les explications courantes du phénomène de bareback ne le satisfont pas : « pour

moi la communauté elle est en vacances, parce qu'elle a eu vingt ans de combats », explique-t-il. De ce fait, il lui paraît nécessaire d'adopter une attitude compréhensive vis-à-vis des gais de cette génération, souvent séropositifs, qui n'adoptent pas des comportements exclusivement protégés. Martin analyse ces évolutions comme un processus d'individualisation des préoccupations de santé, qui ne remet pas en cause l'existence de la communauté. Pour lui, c'est le risque de stigmatisation des comportements à risque, véhiculée dans certains discours de prévention, qui menace le groupe.

Donc pour la prévention, ça fait que les gens sont dans une gestion personnelle ?

Ils sont dans une gestion personnelle. Et puis je pense que la prévention n'a peut-être pas su, ou n'a pas voulu voir les évolutions qu'il fallait (...). Le fait d'avoir un traitement qui marche, qui soit léger, qui restaure mon immunité, ça fait que des gens qui n'étaient plus actifs, redeviennent actifs. Et à tous les niveaux : dans le monde social, dans le monde du travail, mais aussi dans la sexualité. Et que là, il n'y avait pas de mode d'emploi pour ces gens là. Je suis gai séropo, en bonne santé, on va dire, parce que je suis un « porteur sain », j'ai une libido, je fais comment, moi ? Et je fais d'autant plus comment, si, par exemple la capote, qui est le seul outil, aujourd'hui accessible, si je le supporte pas ou d'un point de vue psychologique ou physique, qu'est-ce que je fais ? Je me dis : je suis en pleine santé, j'adore le sexe, et en même temps, comme je suis pédé séropo, faut que j'annule ce qui fait partie de moi, faut que je le raye ? Et ben donc y a plein de gens qui ont créé des sous-communautés, je veux dire, je crois que le phénomène, on l'a bien vu, et il est drôlement présent, il faut le reconnaître, qu'on soit d'accord ou pas, mais ce qu'on appelle les communautés bareback, sur les sites, où les gens ont une sexualité assumée, qui n'est pas la sexualité officielle qu'on souhaiterait, celle du 100% capote ». Martin

Dans son discours, Martin élabore une réflexion critique fondée sur l'opposition entre le savoir expert, qui définit « *la sexualité officielle* », et l'expérience individuelle et collective du VIH, telle qu'elle est vécue par les gais. Pour sa part, il ne se reconnaît pas dans le bareback, mais il adopte une posture compréhensive et inclusive vis-à-vis des hommes qui fréquentent les sites de rencontre en quête de rapports sexuels sans préservatif. L'appartenance communautaire qu'il revendique implique cette solidarité, malgré la diversité des expériences.

Dans ce sous-groupe de répondants, la relocalisation du savoir préventif met à l'épreuve les solidarités communautaires. S'élabore de ce fait une posture critique vis-à-vis des messages de prévention. Pour Marc cette démarche va jusqu'à remettre en cause la validité du savoir expert ; pour Martin, c'est la pertinence des messages de prévention qui est en jeu. De manière générale, les informations de santé sont considérées comme valides si elles sont contrôlées et validées par le groupe de pairs. Mais le sentiment de défiance qui s'affirme dans les discours recueillis touche également les instances communautaires (presse, associations), parfois perçues comme le relais des discours experts.

6.2.4. Soit comme résistant à la transgression

Pour certains des hommes revendiquant leur appartenance à une communauté homosexuelle, l'appropriation d'un savoir préventif met en jeu la fidélité au groupe. Dans cette perspective, les écarts à la prévention sont perçus comme des manquements, plus ou moins excusables, à une attitude d'exemplarité. Dans ce cadre, le phénomène de bareback et la revendication du risque sont analysés comme relevant d'une transgression vis-à-vis des normes communautaires.

Pour Albert¹, la prise de conscience d'être potentiellement exposé à un risque sanitaire, du fait de son appartenance à la communauté gaie, a constitué une des étapes de sa socialisation en tant qu'homosexuel. Agé de 22 ans, il a des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes depuis près de 3 ans. Sa perception du risque met en lumière une double menace : d'une part, les homosexuels constituent un groupe très touché par le sida (prévalence de l'épidémie) ; d'autre part, nombre d'entre eux ne mettent plus en œuvre des comportements de prévention adéquats (relâchement préventif). Dans son parcours, il a pris conscience que l'attention portée au risque VIH marque une différence de vécu avec ses amies hétérosexuelles :

« La question du sida, moi j'y ai été plus confronté une fois que j'ai commencé ma vie sexuelle, parce qu'il y a eu toujours le cliché : « vous êtes homo, et homo = peut-être sida. », la question du sida « cancer gai », entre guillemets, ça c'est resté dans les mentalités, donc forcément quand on est gai on se pose peut-être plus ce genre de questions. Et dès les débuts de ma vie sexuelle, j'ai été amené à faire ça, et le premier geste ça a été, un mois après ma première relation, même si tout avait été, la relation avait été protégée, d'aller faire un test de dépistage au CDAG à [l'Hôpital], c'était ça le premier geste. Et j'en fais régulièrement, une ou deux fois par an, quoi. Même s'il n'y a aucun risque, voilà, c'est aussi un geste...

Un acte militant ?

En quelque sorte ! Et bon, j'en ai parlé avec des copines qui elles avaient une vie sexuelle depuis plusieurs années, qui sont hétéros, et je m'apercevais qu'elles ne l'avaient jamais fait, n'avaient jamais éprouvé le besoin de le faire...Donc c'était ça la première confrontation. ». Albert

Dans son expérience, la mise en œuvre des gestes préventifs, et en l'occurrence du dépistage comme outil de prévention secondaire, occupe une place importante pour sa propre construction identitaire : le souci d'exemplarité signe l'appartenance au groupe. L'adoption de la prévention illustre également le fait qu'il envisage le risque VIH comme un danger prégnant, malgré les actions individuelles : en effet, s'il a utilisé un préservatif lors de sa première expérience sexuelle, il a recours au dépistage peu après, afin de connaître son statut sérologique. Sur le plan des informations de prévention, Albert souligne la relative facilité à

¹ Rennes, 22 ans, séronégatif

trouver des réponses aux questions qu'il se pose. Il met ici en avant la dimension générationnelle de la socialisation préventive. Les ressources vers lesquelles il se tourne sont diversifiées : le personnel soignant (au CDAG), les sites internet consacrés à la prévention ou Sida info service. Cependant, il ne se tourne pas particulièrement vers les ressources du milieu associatif sida ou LGBT.

« On est une génération, je trouve, super bien informée, quand même, on a énormément de moyens à disposition : l'École, internet, les brochures...tout est fait pour. Maintenant il y a peut-être des questions plus précises sur la sexualité, qu'on peut être amené à se poser, et moi, j'ai posé les questions, tout simplement, j'ai posé des questions qui me manquaient à l'infirmière qui m'a fait mon relevé de sang, au CDAG, je suis allé voir aussi sur internet, sur la ligne Sida Info Service, ...c'est là que je vais. Pas en discutant, pas vraiment en discutant avec des associatifs, mais plus directement avec le milieu médical, et avec les sites spécialisés. » Albert

Son discours se différencie alors des répondants de l'autre pôle communautaire (« communauté vécue ») dans le sens où, pour lui, le monde gai n'assure plus suffisamment son rôle de protection vis-à-vis du VIH. Pour Albert, plus que la nature de l'émetteur des informations sur le risque VIH et la prévention, c'est le travail de mise en cohérence de l'expérience individuelle avec les valeurs attendues du groupe qui est en jeu. Dans ce pôle de répondants, la relocalisation du savoir expert met à l'épreuve les normes collectives. Pour ces hommes, ce processus souligne la dégradation de la préoccupation préventive dans la communauté, et traduit ainsi la montée d'un individualisme qui nuit à la structuration de liens sociaux entre homosexuels. Le discours de prévention est alors chargé d'une double dimension symbolique : la filiation historique avec les combats homosexuels contre le sida et le sentiment de responsabilité vis-à-vis des membres du groupe.

Des processus de relocalisation socialement situés

A l'issue de cette analyse de la relocalisation du savoir expert sur la prévention, les processus à l'œuvre éclairent des contextes variés. La Figure 6, qui s'appuie sur la typologie des manières de vivre son homosexualité (cf chapitre 5) résume les positionnements des répondants au regard des deux questions qui m'ont servies de guide pour l'analyse : 1) selon quels critères une information est-elle jugée valide ? 2) Comment les réponses préventives apportées par les répondants mettent en jeu la fidélité à un mode d'affiliation ?

Figure 6 : Principes de validité des connaissances préventives et principes de protection, selon les contextes de sociabilité

D'après (Calvez 2004b, 109)

Communauté +		
Communauté souhaitée	Communauté vécue	
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'information est jugée valide si elle prend comme référence l'exemplarité 2. Les réponses préventives exigent la mise en cohérence du groupe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'information est jugée valide si elle est contrôlée par les pairs 2. Les réponses préventives engagent la fidélité au groupe 	
Critique +		Critique -
Individu détaché	Individu socialisé	
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'information est jugée valide si elle est issue de personnes compétentes 2. Les réponses préventives dépendent de la maîtrise que l'individu a de son environnement 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'information est jugée valide si elle est issue de personnes investies d'un mandat 2. Les réponses préventives nécessitent de prendre en compte une part d'incertitude inhérente 	
Communauté -		

On le voit, la validité des connaissances sur les risques du VIH est analysée au prisme de la fidélité à un mode d'affiliation. Autrement dit, la rationalité biomédicale n'est pas considérée par les acteurs comme une ressource se suffisant à elle-même : ses recommandations sont appropriées et interprétées de diverses manières, qui traduisent autant de rationalités préventives situées. Pour autant, ces différenciations ne sauraient masquer l'existence d'un trait commun entre les répondants. En effet, dans leur majorité, les hommes interviewés situent le couple comme une instance particulièrement efficace de réduction des risques, affectifs et sanitaires. Ce constat transversal est éclairant quant à l'appropriation des messages de santé publique : le discours de prévention tend en effet, explicitement et implicitement, à délimiter des espaces et/ou des situations préservées du danger. Dans cette perspective le couple, en tant que relation unissant (au moins) deux individus, paraît offrir un certain nombre de garanties de sécurité (Courduriès 2011). La valorisation plus ou moins consciente de cet idéal relationnel s'explique pour une large part par le poids d'une idéologie dominante

hétérocentrée. Mais elle traduit également une dimension anthropologique plus fondamentale : la confiance, comme expérience relationnelle, est une donnée irréductible des rapports de couple. Malgré les formes de rationalisation véhiculées par les recommandations de prévention (la promotion du dépistage, la négociation entre partenaires ou la sécurité négociée, par exemple), cette donnée est une dimension incontournable de l'expérience amoureuse.

L'analyse du contexte de la socialisation préventive met en lumière la manière dont le VIH est initialement perçu, traduisant l'intériorisation de schèmes culturels et normatifs. On constate, à travers les discours des enquêtés, un haut niveau d'appropriation des recommandations de santé. Cependant, pour l'ensemble des répondants, la question du risque VIH a été posée comme problématique au cours de l'entretien. Les risques « résiduels » ou des risques « faibles », en particulier ceux associés à la fellation sans préservatif, constituent sur ce plan, un sujet de préoccupation, avec de nombreuses variations de degré d'incertitude.

6.3. Les conceptions de la prévention à l'épreuve des trajectoires de vie

Au cours des entretiens, en revenant sur leur trajectoire et leurs expériences sexuelles, les hommes rencontrés se sont penchés sur les moments de remise en cause de leur conception de la prévention. J'ai ainsi pu accéder à leur propre analyse des raisons pour lesquelles ils ont pu, ponctuellement ou durablement, s'exposer au risque d'acquérir ou de transmettre le VIH. Je m'intéresserai dans cette partie à la manière dont ces hommes inscrivent certaines situations de risque dans leur parcours, comme facteur explicatif d'un renforcement de leur position, ou d'une rupture biographique. Ces dernières années, la question des « *bifurcations* » et l'analyse des situations « *d'imprévisibilité* » se sont imposées comme un objet d'analyse pour les sciences sociales (Bessin, Bidart, et Grossetti 2009). Dans cette thèse, ces approches ne constituent pas l'entrée principale de l'analyse ; j'ai cependant été frappé, à travers les entretiens, d'identifier des formes de récit dans lesquelles l'évènement lié au VIH (la prise de risque, la séroconversion, le décès d'un partenaire) est utilisé pour évoquer la trajectoire et en justifier les tournant – ou la stabilité. Dans leur ouvrage, M. Bessin et al. ont identifié, schématiquement, une typologie des postures épistémologiques concernant l'imprévisible : de la plus déterministe, qui délaisse l'analyse subjective de l'évènement, à la plus compréhensive, qui s'appuie uniquement sur les significations données par les acteurs. Je m'inscris pour ma part très nettement dans une approche compréhensive, attentive à la mise en cohérence de la trajectoire par les répondants eux-mêmes. Je me suis par ailleurs attaché à prendre en considération les dimensions émotionnelles de ces récits du risque au prisme du parcours de vie (Bessin 2009).

Je m'appuierai donc ici sur deux formes de récits typiques de ces cheminements, identifiées au cours de l'analyse des entretiens. La première met en exergue un parcours marqué par une ou des ruptures dans le parcours de vie, qui réorientent et conditionnent le rapport au risque VIH. La seconde forme de mise en récit souligne la continuité, dont les éventuelles mises à l'épreuve contribuent à confirmer la cohérence. Dans les deux cas, la structuration du récit m'intéresse autant que la manière dont les répondants établissent des modes d'explication de leurs prises de risque. En d'autres termes, je m'attache aux logiques et aux raisons des acteurs. Enfin, dans un troisième temps, je me pencherai sur la manière dont l'engagement associatif (dans une structure LGBT ou de lutte contre le sida) qui ponctue l'expérience de quelques uns des répondants, met à l'épreuve des conceptions de la prévention pré-existantes.

6.3.1. Les trajectoires marquées par des ruptures

Pour certains des hommes interviewés, le retour sur la trajectoire met en exergue un, ou des évènements explicatifs de la manière d'envisager le risque VIH.

Le fait d'avoir été victime de violences sexuelles constitue l'un de ces évènements marquants. Il a été énoncé par deux des répondants comme un facteur déterminant de leurs comportements de prévention. C'est notamment le cas de Sylvain, 19 ans, originaire de Loire-Atlantique, qui effectue ses études à Rennes depuis près d'un an. Il a des relations sexuelles avec des hommes depuis l'âge de 18 ans, et avait eu auparavant plusieurs expériences hétérosexuelles. Il ne se sent pas appartenir à une communauté fondée sur l'orientation sexuelle, car il craint le risque d'enfermement inhérent selon lui à ce type de groupe. Il revendique une forme d'individualisme qui lui permet de maintenir un « *rempart de défense* » vis-à-vis du monde extérieur. Engagé syndicalement à l'Université, il fait aussi partie d'une association étudiante LGBT. Il se considère comme très informé sur le VIH : sa mère travaille dans le milieu hospitalier et il a entendu parler très jeune des risques liés à la sexualité. Cependant, lorsqu'on aborde les questions liées à ses propres pratiques de prévention, il met spontanément en avant la difficulté à mettre en pratique ces connaissances sur le risque. Plus généralement, Sylvain explique que depuis l'adolescence, il a multiplié les comportements à risque pour la santé : consommation d'alcool, de produits psychoactifs, rapports sexuels sans préservatif avec des personnes inconnues. Il déclare également avoir fait une tentative de suicide quelques années auparavant. L'arrivée dans le milieu étudiant correspond à une intensification de ces prises de risque. Il situe l'origine de cette difficulté à faire concorder ses savoirs préventifs et ses pratiques en évoquant le fait d'avoir subi un viol à l'adolescence :

« [A l'adolescence] j'ai eu une période assez... comme toujours, j'essayais de me protéger, mais j'ai eu un train de vie qui fait que je me suis pas mal mis à boire, à me droguer... j'ai fait une tentative de suicide, aussi. A l'époque, la prise de risque m'importait assez peu, en fait. J'étais conscient que je faisais une connerie, quand je le faisais, mais je passais outre... »

C'est au moment de ton arrivée à Rennes... Tu peux préciser un peu ces prises de risques... ?

Ben, en fait, à 15 ans je me suis fait violer, donc c'est un truc qui m'a...c'est des coups sur la gueule (difficilement audible), donc j'ai commencé à avoir des relations sexuelles, non pas en aussi grand nombre que maintenant, mais assez rapprochées, dans ma jeunesse. Me mettre à boire, aussi, boire et fumer, j'ai commencé quand j'étais plus jeune, à partir de 15/16 ans. Puis arrivé à Rennes, c'est là que ça a été le pire... Il y a le fait de ...J'ai réussi à en parler pour la première fois quand je suis arrivé à Rennes, de ces histoires là ... et la personne avec qui j'en ai parlé, ça ne s'est pas forcément bien passé par la suite...ma meilleure amie à l'époque à qui j'en avais parlé, on s'est éloigné, on se parlait plus, c'était des coups assez durs, donc, un ras l'bol général... J'étais perturbé aussi par une arrivée à la fac, lâché comme ça...loin de tout on va dire. En fait on ne prend pas forcément des bonnes habitudes (...)

Et comment tu gères ça ?

Je ne le gère pas justement...

C'est quelque chose qui te prenait la tête ?

En fait, pour éviter de cogiter, je continuais à boire, à me droguer, à coucher à droite, à gauche, pour me dire qu'au bout du compte ce n'était pas grave, vu que ça continuait comme avant. »
Sylvain

Pour lui, ces comportements à risque traduisent une absence de maîtrise de ce qui lui arrive, il subit les évènements plus qu'il n'en est acteur, notamment dans le domaine de la sexualité : « *pendant très longtemps, en fait, j'ai été plus un objet, entre guillemets, qu'un acteur de mes relations, j'étais là, mais mon corps ne m'appartenait plus...* ». Au moment de l'entretien, il estime avoir passé un cap, et ses engagements militants constituent pour lui un cadre structurant qui l'aident à organiser sa vie. On le voit, pour expliquer ses comportements à risque, Sylvain met en avant les éléments de discontinuité, qui désorganisent l'équilibre personnel : le viol subi à l'adolescence ; l'arrivée dans le milieu étudiant ; une rupture amicale. Le mal-être qui en découle est alors vécu comme une forme de fatalité.

Dans d'autres récits de l'expérience de la prévention, l'accent est également mis sur les ruptures biographiques. La situation de Loïc¹ illustre comment des transformations du contexte relationnel peuvent marquer une reconfiguration du rapport à la prévention. Sa confrontation avec le risque VIH est ancienne, puisqu'il a commencé sa vie sexuelle dans le contexte de l'émergence de l'épidémie, au cours des années 1980. Il a, jusqu'à récemment, beaucoup fréquenté les établissements commerciaux du quartier du Marais. C'est une vie qu'il juge révolue depuis la rencontre avec son compagnon actuel. Lorsqu'il évoque son rapport à la prévention du VIH, Loïc souligne l'influence négative de la consommation d'alcool sur sa vigilance préventive : « *ça désinhibe* », « *ça enlève de la prudence* », explique-t-il. Une consommation qu'il associe à sa fréquentation des bars et des clubs gais et à la rencontre de partenaires occasionnels. S'il estime ne pas avoir eu beaucoup de relations sexuelles « à risque », il identifie bien des contextes dans lesquels il se sentait moins attentif à la prévention. Dans le récit de sa trajectoire de vie, il met en exergue la rupture que représente sa nouvelle situation conjugale : depuis qu'il a rencontré son compagnon, il mène une vie affective plus stable caractérisée par l'exclusivité sexuelle. Procédant à un travail de justification *a posteriori*, il considère que le milieu gai, dominé par le culte du corps et de la jeunesse, ne lui correspond plus. La vie de couple lui apparaît mieux convenir aux aspirations d'un homme de 37 ans. Dès lors, les questions de prévention du VIH sont pour lui moins problématiques : après trois mois de relations, son ami et lui ont fait un test de dépistage ; étant tous deux séronégatifs, ils ont depuis des relations sexuelles sans préservatif. Dans

¹ Paris, 37 ans, séronégatif

l'expérience de Loïc, la mise en couple est analysée comme une véritable rupture avec la situation passée. Ce nouveau régime relationnel se traduit au niveau préventif. Le monde homosexuel, caractérisé par la multiplication des rencontres dans des contextes festifs, lui apparaît porteur d'incertitudes et de risques vis-à-vis du VIH. A contrario, sa situation actuelle est envisagée comme stable et protectrice. S'éloignant d'un monde dans lequel il a longtemps évolué, Loïc se perçoit plus en phase avec lui-même, détaché des normes communautaires.

Pour Stéphane¹, la rupture biographique est, à l'inverse, associée à la perte de son premier compagnon, décédé du sida en 1992, après six ans de vie commune. Ils ont découvert leur séropositivité par hasard, et Stéphane accompagne son ami jusqu'à son décès. Par la suite, alors qu'il avait jusque là peu fréquenté le monde homosexuel et peu expérimenté les rencontres occasionnelles, il s'y investi très fortement. Un tournant dans sa vie vécu avec d'autant plus d'intensité qu'il ne s' imagine pas vivre plus de « trois ou quatre ans » :

Tu as vécu la découverte de votre séropositivité dans la solitude ?

Oui, dans la solitude, on a dit [qu'on était séropositifs] à tout l'entourage, je crois 6 mois avant sa mort : à mes parents, à nos amis... Ça a vraiment été un truc assez difficile, quoi. (...) Et puis après la vie a recommencé très rapidement, parce que je me suis dit : moi j'en n'ai plus pour longtemps moi non plus (...). Moi je me voyais vivre trois ou quatre ans, pendant quatre ans, j'ai rattrapé des années de sexualité que je n'avais pas eu, donc je me suis mis à sortir sur tous les lieux de drague, les bordels, et tout ça.

Ah oui, et donc après, au niveau sexualité...

Une sexualité débridée, c'est un peu ce que j'ai vécu après. Jusqu'à ...de 1992 à 1996, à peu près à l'arrivée des trithérapies, où là j'ai commencé un peu à me calmer ». Stéphane

Au cours de l'entretien, il évoque deux moments de rupture biographique liés au VIH. Le premier correspond au décès de son compagnon, événement qui contribue à fortement transformer son rapport au monde homosexuel. A cette période, l'avenir est borné par la maladie et la mort. Sur le plan préventif, il a régulièrement des pratiques sexuelles non protégées avec d'autres hommes séropositifs. L'absence de préservatif dans les situations de séroconcordance constitue alors une manière de gérer le risque, tout en profitant d'une vie sexuelle sans contrainte lorsqu'on est déjà séropositif. Pour autant, ces pratiques ne sont pas nouvelles pour lui. A la découverte de leur séropositivité, lui et son compagnon avaient en effet choisi de maintenir une sexualité non protégée. La crainte d'une surcontamination était alors contrebalancée par la certitude d'une mort à courte échéance. Pour Stéphane, l'arrivée des trithérapies en 1996 constitue le second moment de reconfiguration relationnelle et préventive. L'efficacité des traitements lui permet d'envisager l'avenir à plus long terme. De plus, lors de ses rencontres, il prend conscience que les pratiques sexuelles sans préservatif

¹ Région parisienne, 44 ans, séropositif

concernent également des hommes séronégatifs. C'est en réaction à ce constat que se pose pour lui la question de l'engagement associatif dans la lutte contre le sida :

« [Autour de 1996], je me suis dit : il faut que je m'engage dans une association pour voir ce que je peux faire. Parce que je voyais que sur le terrain, il y avait des gens qui baisaient aussi sans capote. Moi au début j'étais persuadé que tous ceux qui baisaient sans capote étaient forcément séropositifs. Et jusqu'au jour où je me suis rendu compte, en fait, en discutant avec des gens, je me suis rendu compte qu'il y avait des mecs avec qui je baisais, qui n'étaient pas séropositifs. Et là, je me suis dit : « il faut absolument faire quelque chose ! » Parce que quand je m'en suis rendu compte, c'était généralement en banlieue, donc il n'y avait pas d'information autour de la prévention en direction des gais. ». Stéphane

Les « tournants » biographiques décrits par Stéphane mettent en lumière une double lecture de la temporalité. La première relève de l'expérience singulière : la découverte (tardive) de la séropositivité, le décès de son compagnon et les bouleversements qui s'en suivent. Sur le plan préventif, Stéphane fait alors le choix de ne pas utiliser systématiquement de préservatif dans les relations séroconcordantes. La seconde dimension temporelle inscrit sa trajectoire dans une histoire collective du monde homosexuel : la crainte de la mort à courte échéance, l'arrivée des trithérapies et les enjeux préventifs qui se posent au milieu des années 1990. La décision de s'engager dans la lutte contre le sida après 1996 apparaît alors, *a posteriori*, comme une démarche de mise en cohérence de ces deux niveaux d'expérience. Elle signe également l'affirmation d'un ancrage communautaire : c'est la volonté d'informer d'autres homosexuels qui constitue la motivation de cet engagement. On retrouve, à travers le profil de Stéphane, l'un des parcours typiques, « la discontinuité et le retournement », mis en évidence par J. Pierret dans ses travaux sur l'expérience de la séropositivité (2006). Le diagnostic de la maladie constitue un évènement marquant, qui transforme l'existence. Comme pour Stéphane, le parcours de ces personnes est caractérisé par des « *réaménagements biographiques importants et nettement marqués* » (p.94) et un engagement associatif dans la lutte contre le VIH.

En revenant sur des tournants biographiques, les répondants mettent l'accent sur des moments qui (re)configurent leur trajectoire sexuelle et préventive. Que ce moment concerne directement ou non l'épidémie à VIH, il est un point d'appui pour justifier l'évolution de leur rapport à la prévention. Ce travail auto-analytique met en jeu des éléments singuliers, liés au parcours de vie ; mais il traduit également, et plus généralement, des modes d'explication du risque socialement ancrés. Ainsi, le point de vue de Sylvain s'inscrit dans une conception individualiste du rapport à la prévention. Lorsqu'il aborde les divers contextes de risque auxquelles il est confronté, le point de référence reste situé dans sa propre trajectoire. Le fait d'avoir été victime d'un viol constitue l'élément structurant de sa perception du risque. En

découle un mal-être dont il fait le principal facteur explicatif des prises de risque pour sa santé. La volonté de maîtrise de soi s'affirme de manière transversale dans son discours. D'une part, il déplore sa propre incapacité à mettre en œuvre des pratiques de prévention : dans la relation sexuelle, il se perçoit plus « *objet* » que sujet. Le sentiment de maîtrise est alors faible. Mais d'autre part, il revendique une extériorité choisie par rapport au monde homosexuel. Ce positionnement distancié est justifié par sa crainte de l'enfermement dans un groupe et la volonté de maintenir les conditions de sa propre autonomie « *en cas de coup dur* ».

Pour Loïc, la mise en couple correspond à un tournant dans sa manière d'envisager ses sociabilités homosexuelles. Si avant cette rencontre il a beaucoup fréquenté le quartier du Marais, il porte aujourd'hui un regard critique sur les normes dominantes du milieu gai. En changeant de mode de vie, il transforme également son rapport à la prévention du VIH. S'oppose ainsi, dans son discours, une figure du risque – une sexualité multipartenaire dans des contextes festifs et alcoolisés – à une figure de la sécurité – le couple et la stabilité affective. Sans renier cette dimension de son parcours, il estime avoir atteint un équilibre relationnel qui correspond mieux à ses aspirations.

La situation de Stéphane reflète un parcours inverse. Installé dans une vie de couple relativement isolée des réalités du monde gai, c'est la confrontation au sida, et le décès de son partenaire, qui marque le premier point de rupture de sa trajectoire. C'est alors qu'il commence à fréquenter la communauté homosexuelle. La prise de conscience brutale du risque VIH ne le conduit cependant pas à modifier fondamentalement son rapport à la prévention. Etant séropositif, il a des relations sans préservatif avec d'autres séropositifs, en toute connaissance de cause. Mais en fréquentant les espaces communautaires, il prend conscience que l'information sur la prévention est loin d'être diffusée de manière homogène. Ce constat, qui touche à une dimension collective de l'épidémie, fonde alors son souhait de s'engager dans une association de lutte contre le sida. A travers ces entretiens, on perçoit comment la perception du risque VIH peut s'inscrire dans une lecture réflexive des tournants biographiques. La mise en perspective de ces récits avec les contextes de sociabilité des enquêtés s'avère, là encore, éclairante.

6.3.2. Des trajectoires linéaires

Une autre forme de mise en récit de l'évolution biographique de la perception du VIH ressort de l'analyse des entretiens. Dans ce cas, l'accent est mis sur la continuité ; l'évocation des

prises de risque (pour soi ou pour les autres) s'insère alors dans ces récits comme des mises à l'épreuve qui confirment la stabilité des options préventives.

L'expérience d'Albert¹ apporte un éclairage intéressant sur cette manière d'envisager son parcours. Il a été baigné dans le discours de prévention, sa mère lui ayant « *rabâché* » très tôt la nécessité d'utiliser un préservatif. Pour lui, l'impératif de prévention est constitutif, on l'a vu précédemment, de l'appartenance communautaire : il met en avant la nécessité de se protéger afin de protéger les autres. Cette démarche de prévention comprend l'usage du préservatif pour les relations les plus à risque (pénétration anale avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent) et un recours raisonné pour les relations moins risquées (fellation sans préservatif). Dans son histoire, il explique ainsi avoir rarement utilisé le préservatif pour des fellations, sauf lorsqu'il perçoit un risque plus élevé, en particulier en fonction de la présence d'une quantité importante de liquide pré-séminal chez son partenaire. Albert est en couple depuis deux ans. Au début de la relation, le préservatif a été utilisé systématiquement pour les pénétrations anales, et plus ponctuellement pour la fellation. Puis, trois mois après leur rencontre, son compagnon et lui ont fait ensemble un test de dépistage, qui s'est avéré négatif. Ils ont depuis lors fait le choix d'avoir des relations sexuelles sans préservatif, tout en ayant des partenaires occasionnels, du moins au début de leur relation. Cette option préventive s'est accompagnée d'un contrat moral qui suppose l'usage systématique du préservatif dans les relations hors du couple et la verbalisation d'éventuelles prises de risque. Pour Albert, ce cadre est une condition indispensable de la relation ; cela n'est pas sans rappeler la « sécurité négociée » décrite dans différentes enquêtes socio-comportementales (Susan Kippax et al. 1997; P. Adam, Hauet, et Caron 2001). C'est la mise à l'épreuve de ce contrat préventif qui constitue pour Albert la preuve de sa solidité. Ainsi, au cours de l'entretien, il revient plus particulièrement sur un épisode qui a marqué le début de sa relation de couple. L'histoire s'est déroulée durant la période d'été, alors qu'Albert et son compagnon ont tous les deux un emploi saisonnier dans une région différente. A cette période, leur couple n'est pas exclusif sexuellement, et son ami a une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel. Peu après, celui-ci présente les symptômes d'une IST et l'en informe rapidement. Il s'avère qu'il ne s'agit pas du VIH, et que la transmission a pu être liée à une fellation sans préservatif.

« Avec toute la confiance qu'on peut avoir dans son compagnon, il y a des choses qui se passent dans la vie, à tous les moments on s'est pas dit forcément la vérité, et ma santé passe avant tout,

¹ Rennes, 22 ans, séronégatif

quoi. (...) Il se trouve que mon compagnon, une fois pendant les vacances a eu une relation, logiquement protégée, mais je n'en saurai pas plus, et que deux ou trois semaines après, parce qu'on n'était pas ensemble, on était séparés parce qu'on bossait chacun dans une région différente, il a eu des signes, comme une IST, en fait. Il m'a appelé, il m'a dit, j'ai ceci, ceci, cela...J'ai pensé au pire mais puis je me suis renseigné un peu plus, Sida Info Service, notamment, et j'ai appris que ça pouvait être une IST, et il a eu un traitement en fait.

Qu'est-ce qu'il avait eu ?

C'était probablement de la chaude-pisse, en fait. Pourtant, il m'a dit que la relation était protégée, et voilà...Par contre, les fellations n'avaient pas été protégées. Est-ce que c'est ça qui a suffi à ? Je ne sais pas. Quoi qu'il en soit, c'est pour ça que je tiens à faire [des tests] régulièrement. »
Albert

Cet exemple, sur lequel Albert s'est arrêté durant l'entretien, vient confirmer et solidifier son approche de la prévention. Sans remettre en question l'équilibre préventif de leur couple, l'IST contractée par son compagnon souligne pour lui la nécessité de verbalisation sur les prises de risque potentielles hors du couple. L'éthique préventive qui en découle met donc en jeu la responsabilité des deux partenaires. De plus, cette exigence de transparence s'accompagne d'un suivi médical régulier en terme de dépistage, afin de réduire encore les risques. Car, malgré les règles de fonctionnement fixées entre les deux partenaires, Albert prend en compte l'existence d'un risque résiduel, lié à des fellations sans préservatif ou au fait que son partenaire puisse ne pas « tout lui dire ». A travers son récit, il met donc en scène la cohérence préventive dont il se réclame, notamment à l'encontre du bareback. Face au danger d'un délitement des normes communautaires il insiste, dans ses propres pratiques, sur la nécessité d'être un acteur exemplaire de la prévention.

Dans une perspective sur le risque radicalement différente, le récit de Sébastien¹ met également l'accent sur les éléments de continuité. Au moment de l'entretien, il est séropositif depuis environ un an. Il rapporte avoir eu régulièrement, au cours de sa vie sexuelle, des comportements non protégés par le préservatif. Rétrospectivement, il situe de longue date sa perception du risque VIH comme relevant du libre-arbitre : chacun se protège s'il le souhaite. Pour sa part, il ne dévoile pas systématiquement son statut sérologique et n'utilise des préservatifs que si son partenaire le demande. Sébastien ne se considère pas responsable de la prise de risque de l'autre partenaire. Il explique que cette attitude à l'égard de la prévention, si elle a toujours été présente dans son parcours, s'est particulièrement développée depuis l'arrivée des trithérapies, en 1996. Il associe ces comportements, pour lui comme pour les autres gais qu'il fréquente, à la perception d'une moindre dangerosité de la maladie. De ce fait, la découverte de sa séropositivité n'est pas une surprise : preneur de risque régulier avec

¹ Paris, 31 ans, séropositif

des partenaires de statut sérologique différent ou inconnu, il se savait potentiellement exposé au VIH.

« Comment ça s'est passé l'annonce de ta séropositivité ? Tu t'y attendais ?

J'avoue que vu mes conneries précédentes, ça devait arriver un jour ou l'autre. En sachant que de toute façon, je sais pertinemment que précédemment j'avais baisé avec des mecs qui étaient séropositifs. En gros, on va dire, il fallait juste que je trouve le bon. Je sais qu'il ne faut pas que je dise ça, mais c'est...voilà.

Dans l'ordre des possibilités ?

Oui, voilà, en sachant que je ne le cherchais pas, mais c'était toujours...

Oui, tu savais que c'était possible.

Voilà, je ne vais pas mentir, je me doutais qu'à un moment donné ou un autre, ça m'arriverait.»
Sébastien

Pour Sébastien, devenir séropositif ne constitue pas une rupture fondamentale dans sa trajectoire. Lorsqu'il apprend la nouvelle, s'il ressent « *un grand coup de massue* », il n'est pour autant pas « *effondré* ». Le week-end suivant cette annonce, il a à nouveau des rapports sexuels sans préservatif avec plusieurs hommes. La reprise rapide d'une activité sexuelle participe d'une vision plus générale de son expérience avec le VIH : continuer à vivre normalement, comme « avant ». Cependant, il considère que cela lui permet à présent de vivre une sexualité plus libre avec ses partenaires séropositifs. Notons que l'expérience de Sébastien diffère de celle des autres hommes séropositifs de l'échantillon : l'affirmation d'une lecture très individualiste de la prévention l'exonère de la responsabilité de la transmission du VIH. Pour tous les autres, le risque de contaminer un partenaire constitue une crainte majeure. Le parcours de Sébastien illustre à sa manière les effets de la transformation du contexte de l'épidémie, et la montée, au cours des années 1990, d'une plus grande acceptabilité du risque (Bozon et Doré 2007). L'expérience de Sébastien peut, là encore, être rapprochée de l'un des parcours type élaborés par J. Pierret (2006) : « la continuité sous contrainte ». Dans ces récits de vie, la référence demeure « *la vie d'avant le VIH, qu'il s'agit de poursuivre* » (p.94).

Dans le cas des mises en récit linéaires des parcours de prévention, l'étude des contextes de sociabilité constitue également un point de vue utile à l'analyse. Dans la situation d'Albert, la norme de prévention participe d'une affirmation de l'ancrage communautaire. A travers l'exemple de son couple, ce dernier propose une conception de la prévention qui ne dissocie pas les niveaux individuels et collectifs de la responsabilité. Cela étant, l'enveloppe communautaire ne saurait suffire à garantir la protection : beaucoup d'homosexuels s'affranchissent des recommandations préventives. Dans ce contexte, Albert s'appuie sur un ensemble de règles qui lui permettent d'abandonner le préservatif en engageant une relation de confiance avec un partenaire stable (séroconcordance, transparence), tout en maintenant une vigilance individuelle (dépistages réguliers).

Pour Sébastien, l'expérience du risque VIH s'inscrit dans une conception hostile à un monde homosexuel, caractérisé par « l'hypocrisie » et « l'égoïsme », notamment dans la sphère sexuelle. Dans ce cadre, se distanciant des normes de prévention, il a élaboré une lecture individualiste de la responsabilité, dans laquelle le choix de se protéger appartient à chacun. Pour sa part, il a eu de nombreuses relations sans préservatif, en connaissant le risque encouru. Actuellement séropositif, même s'il n'a pas explicitement recherché la contamination, il n'en a pas été surpris. Cette expérience ne l'amène pas à réévaluer ses choix préventifs, cela lui permet même de mieux vivre les relations sexuelles avec d'autres séropositifs.

Parcours diversifiés, contextes relationnels

Comme l'a montré l'analyse des trajectoires présentées précédemment, au-delà d'une connaissance partagée de la prévention et de ses outils, les parcours des hommes rencontrés au cours de cette recherche illustrent une diversité de perceptions du risque. Avant d'explorer plus avant ces conceptions variées dans le prochain chapitre, il m'a semblé intéressant d'analyser la manière même dont le rapport au risque est rapporté à l'expérience. Deux grands types de mises en récit se dessinent alors dans l'échantillon : dans la première, les répondants mettent l'accent sur un ou des moments de ruptures, autour desquels s'organise (ou se réorganise) la perception du risque. Dans la seconde, ils soulignent à l'inverse d'abord les éléments de stabilité de leur trajectoire. Ce partage binaire ne saurait résumer à lui seul l'hétérogénéité du corpus. En présentant, pour chacune des trajectoires, différentes illustrations, j'ai cherché à rendre compte d'une diversité d'expériences. Mais j'ai également montré que l'analyse de la structure des mises en récit gagne à être resituée dans une lecture des contextes de sociabilité dans lesquels évoluent les répondants. L'organisation des relations sociales participe en effet des conditions d'accès à des ressources psychosociales en termes de soutien et d'information sur le VIH. Dans les trajectoires marquées par des tournants, l'entrée dans un nouvel environnement relationnel est interprétée par les répondants comme un facteur de meilleure gestion du risque : en s'éloignant du monde gai (Loïc) ou en s'y investissant (Stéphane). Ces deux exemples illustrent également le caractère dynamique et non figé de l'analyse des modes d'affiliation. Pour Sylvain, sa situation d'isolement relatif, qui découle du viol dont il a été victime, le maintient éloigné des diverses ressources préventives ; mais son engagement associatif lui apparaît comme porteur d'évolutions. Dans les trajectoires envisagées sous l'angle de la continuité, le contexte relationnel modèle également les conceptions du risque. Pour Albert, l'observance des recommandations de

prévention est l'une des conditions de la participation communautaire. A l'inverse, Sébastien justifie son rapport au risque par la défiance à l'égard des normes collectives du monde gai. Au travers de ces trajectoires, ce sont également des conceptions de l'individu, du « soi » et du « nous » préventifs (Mark Davis 2008) qui sont élaborées par les répondants, mettant en lumière la part proprement sociale et culturelle de la discussion du risque.

6.3.3. Engagement associatif, savoir préventif et tensions

L'analyse des discours des répondants m'a conduit à me pencher sur une dimension de leur expérience que je n'avais pas nécessairement anticipée au départ : la manière dont l'engagement associatif influence et transforme le rapport au savoir sur la prévention. Dans l'échantillon, cette question concerne donc d'abord les personnes adhérentes (ou ayant été adhérentes) à une association LGBT ou de lutte contre le sida. Plus précisément, elle a été abordée au cours des entretiens par les hommes ayant vécu, ponctuellement ou durablement, un sentiment de décalage parfois difficilement vécu entre la parole publique de leur structure et leurs propres pratiques de prévention.

L'exemple de Nicolas¹, jeune homosexuel breton, illustre bien ces tensions. Il est devenu militant d'une association étudiante LGBT peu après son arrivée à Rennes, en 2001. Ses motivations étaient de rencontrer d'autres gais de son âge, lui qui avait jusqu'alors surtout fréquenté des hommes plus âgés, rencontrés sur les lieux de drague. C'est donc d'abord la dimension conviviale de l'association qui l'a intéressée. Il y est resté deux ans, mais s'en est éloigné progressivement car il est réticent vis-à-vis des « *effets de groupe* » induits par l'action militante. Au moment de l'entretien, il n'est plus adhérent de cette association. Cependant, c'est une période de sa vie qui a marqué son parcours de socialisation homosexuelle ; elle a également participé à sa prise de conscience des risques du VIH. En évoquant cette dernière dimension, Nicolas m'explique qu'il n'a jusqu'à présent jamais réalisé de test de dépistage du VIH. De ce fait, il ne connaît pas son statut sérologique, une situation qui l'inquiète, même s'il ne pense pas avoir pris de risques majeurs (il a toujours protégé les pénétrations anales, qu'il considère « à haut risque »). Cette période militante l'a confronté à ce dilemme intime ; en effet, la prévention du VIH fait partie des missions premières de l'association. Et lors des permanences animées par le groupe dans le hall de l'université, les membres du groupe font la promotion du dépistage des IST, en distribuant des

¹ Rennes, 24 ans, séro-interrogatif

documents d'information et/ou en engageant des discussions avec les étudiants sur le sujet. Pour Nicolas, le décalage entre sa propre expérience – la peur de se faire dépister – et le message associatif est vécu comme une tension difficile à vivre, révélatrice d'une position « *contradictoire* ». Il situe la contradiction à deux niveaux. D'une part, son attitude lui apparaît inassumable en tant que membre d'une association qui a fait de la lutte contre le sida l'un de ses objectifs. Mais d'autre part, il considère que son implication militante a paradoxalement renforcé ses appréhensions. L'accès à un savoir préventif plus objectif l'a incité à une réflexivité sur son propre rapport au risque et au dépistage ; une démarche d'introspection porteuse d'angoisses.

« On va revenir plus sur la question du sida, quelle est la place du sida, de la prévention dans ton parcours sexuel ?

En fait... j'ai toujours fait attention (...), mais je n'ai jamais franchi le pas pour faire un test. Je n'ai jamais fait de test. Ce qui est quand même contradictoire quand tu fais partie d'une asso qui milite sur ça...mais je suis rendu compte que je n'étais pas le seul dans l'asso finalement, mais ça ne veut pas dire que je m'en foutais, ça me vaut aussi des grosses crises d'angoisse (...). Maintenant, c'est évident que je dois le faire, mais je n'arrête pas de reculer, et à un moment donné, quand je me dis que je dois le faire tel jour, y a toujours quelque chose qui vient par-dessus. Et je me rends compte que c'est hyper grave.

Qu'est-ce qui t'inquiète ?

En fait, c'est la peur de savoir...

Et pourtant tu dis que t'as pas pris de risque...

Ouais, ouais (...). Mais en fait j'ai peur mais tu vois, bizarrement, l'asso, ça ne m'a pas forcément rassuré, c'est à partir de là, à partir de l'asso que j'ai commencé à m'inquiéter...

Parce qu'on y parlait beaucoup de ça, des risques ?

Ouais, on en parlait beaucoup, et...Ca m'a permis aussi de faire plus attention, mais...en fait, ça m'a tellement fait peur, d'entendre plein de trucs, de parler de beaucoup de choses, j'ai fini par stresser complètement. » Nicolas

Nicolas, malgré le fait qu'il n'est pas le seul à être dans cette situation d'ignorance de son statut sérologique, se perçoit dès lors comme illégitime pour porter un discours de prévention. Etre acteur de prévention impliquerait pour lui de mettre en adéquation son discours et ses pratiques. Confronté à ce décalage, il ne trouve pas d'espace d'expression satisfaisant parmi le groupe, et préfère rester discret sur le sujet : il n'en parle qu'à quelques proches.

L'expérience de Nicolas se rapproche de celle de Michel¹, malgré le décalage historique et contextuel de leur engagement. Ce dernier a en effet perdu son compagnon au début des années 1990, du fait du sida. Peu après, il décide de s'engager dans la lutte contre le sida, au sein de l'association AIDES. Comme il le raconte, le décès de son partenaire entraîne une longue période dépressive, marquée par l'incapacité à se projeter dans l'avenir, et durant laquelle la prévention du VIH n'est plus une priorité. De ce fait, après quelques mois de

¹ Paris, 53 ans, séropositif

militantisme, il commence à utiliser le préservatif de manière moins systématique avec ses partenaires occasionnels. Pour Michel, cette évolution de son propre rapport aux risques crée une situation moralement intenable vis-à-vis de ce qu'il perçoit de l'exemplarité militante : il parle pour sa part d'une « *incohérence* », qui le conduit à s'éloigner de l'association.

« Pour revenir en arrière, après les années 1980, est-ce que tu as continué à militer, à être engagé ?

Oui, oui, je suis passé dessus, mais j'ai été volontaire à Aides de 1993 à 1998...non 1992 à 1996, que je ne dise pas de bêtises. Et à la fin, quand j'avais commencé à me relâcher, donc au niveau de la prévention, dans ma tête je m'étais dit : « tu n'es pas en cohérence avec ce que tu défends, en tant que volontaire, donc tu n'es pas digne d'être volontaire, tu dois arrêter ».

D'accord, c'est ce qui t'as motivé à arrêter ?

Oui, je me trouvais en incohérence, je me disais : « non, tu ne peux pas défendre la prévention, si tu as commencé à te relâcher toi », je me disais ça. »

Dans le discours de Michel, il apparaît que le collectif militant ne constitue pas une ressource pour partager ce sentiment de contradiction entre intimité et militantisme. Comme dans le cas de Nicolas, la dimension morale des recommandations de prévention, son caractère normatif et contraignant, prend le pas sur la complexité de l'expérience. Si les entretiens ne permettent pas d'interroger plus avant un éventuel sentiment d'échec et/ou de culpabilité vécu par ces hommes, leurs propos traduisent le poids symbolique de la prévention du sida. Mais ce poids n'est pas envisagé de la même manière par tous. Ainsi, pour Sylvain¹, un jeune gai de 19 ans résidant à Rennes, l'expérience du risque constitue un atout lorsqu'il aborde la prévention avec d'autres homosexuels. Ce dernier est militant dans l'association étudiante LGBT dont a fait partie Nicolas quelques années auparavant. Depuis son arrivée à l'Université en 2004, l'année précédant l'entretien, il a eu de nombreuses pratiques sexuelles sans préservatif. Cela correspond également pour lui à une période de découverte de sa sexualité, durant laquelle sa propre santé lui apparaissait secondaire. Depuis qu'il est membre de l'association, il explique avoir beaucoup réfléchi à ses pratiques et avoir pris conscience des risques. Cependant, pour lui, la non concordance systématique entre les recommandations de prévention et ses pratiques ne lui paraît pas disqualifier son discours associatif. A l'inverse, il envisage l'expérience du risque comme un atout pour développer un discours de prévention auprès d'autres gais.

« Alors, maintenant, plus sur ton discours associatif, quand tu fais des tables de prévention, comment tu gères le fait d'avoir un discours préventif différent de tes pratiques ?

Ben, en fait, on a un discours pas impératif, mais presque, sur les moyens de prévention : on se bat pour qu'il y ait des distributeurs de capotes, féminines comme masculines, notamment sur la fac. On voudrait que ce soit accessible à tous, notamment qu'il y ait des digues dentaires disponibles partout. C'est un discours assez virulent sur les moyens de prévention et même si on ne les utilise

¹ Rennes, 19 ans, séronégatif

pas forcément, ça permet d'appuyer nos discours, sans parler de nos actions, mais ça permet de ne pas perdre une vision de la sexualité assez ouverte. J'ai vécu des trucs qui m'ont servis dans certains argumentaires, quand tu te retrouves en face de personnes, qui ont pu se retrouver dans telle situation identique, c'est plus facile pour établir le lien, le contact, voir dans quel état d'esprit les prises de risque ont pu être prises, ou voudraient être prises. Ce n'est pas un atout, mais quand tu t'engages dans la vie associative, tu viens avec ton bagage, donc quitte à avoir un bagage chargé, autant s'en servir pour que ça marche mieux... » Sylvain

En envisageant son expérience du risque comme une compétence potentielle, gage d'une forme d'authenticité du discours préventif, Sylvain conforte sa place dans le collectif militant. Tout du moins transforme-t-il un comportement perçu comme défaillant en atout. Il n'est cependant pas possible dans ce cadre de recherche d'évaluer l'acceptation par les autres militants de l'association de cette parole située sur le risque.

A travers ces trois regards, on perçoit les tensions créées par le fait d'être porteur d'un message de santé et soi-même concerné par des pratiques non exclusivement conformes aux recommandations préventives. Les dilemmes posés par la notion d'exemplarité militante, qu'illustrent chacun à sa manière ces hommes, occupent de longue date une place importante dans les discours sur l'homosexualité et le sida (Mendès-Leite, Proth, et Busscher 2000). Comme on l'a vu dans les chapitres consacrés aux controverses autour de la prévention, les positions des acteurs associatifs sont diverses et évolutives sur ce sujet. L'exigence de cohérence et de transparence structure les prises de position d'Act Up-Paris ; du côté d'AIDES, la prise de conscience collective des décalages entre les comportements sexuels et les messages de prévention contribue à l'émergence de l'approche de réduction des risques. Les normes de santé publique sont ainsi chargées d'un poids symbolique qui excède la simple diffusion de recommandations sanitaires (Lupton 1995). Les propos de ces répondants traduisent l'intériorisation individuelle et les stratégies de reformulation de ces contraintes militantes. Pour les uns, le décalage entre discours et pratique entraîne progressivement une mise en retrait de l'activité associative ; pour un autre, cette situation est envisagée comme un atout, offrant une compétence supplémentaire pour véhiculer un message de santé. De manière transversale, l'importance symbolique de ces questionnements met en lumière l'ancrage intime des enjeux moraux de la prévention et des processus d'appropriation du savoir sur le risque VIH.

Conclusion du chapitre : savoir profane et expérience du risque

Dans ce chapitre, j'ai montré comment les connaissances concernant la prévention du VIH font l'objet de réappropriations et d'interprétations de la part des répondants. En concentrant l'analyse sur les processus de « relocalisation » d'un savoir expert, dont la caractéristique est de proposer une lecture décontextualisée de la sexualité, je me suis attaché à mettre en lumière les modulations biographiques et contextuelles de la réception des recommandations préventives. De ce fait, l'analyse porte indissociablement sur les dimensions cognitives des discours analysés et sur les formes de la mise en récit du risque.

Il apparaît tout d'abord que tous les hommes rencontrés manifestent un fort souci préventif, indépendamment de leur âge, de leur parcours, de leur statut sérologique ou de leur rapport à la notion de communauté gaie. Aucun d'entre eux ne souhaite transmettre ou acquérir le VIH. Cette attention au risque est le produit d'une socialisation préventive qui, si elle est différente selon le moment d'entrée dans la sexualité (avant ou après le début de l'épidémie), constitue une expérience partagée. De ce fait, les recommandations de prévention s'inscrivent profondément et durablement comme un « *script culturel* » (Gagnon 2008) intériorisé chez ces homosexuels. Pour autant, dans les discours recueillis, le sentiment de proximité ou de distance avec le VIH varie fortement parmi les séronégatifs : le fait d'avoir (ou d'avoir eu) une ou des personnes séropositives dans son entourage en est un marqueur. Comme l'ont notamment montré les études anglaises de *Sigma Research* (Keogh 2008), ce rapport à l'épidémie conditionne en grande partie la perception du risque.

Le second point qui se dégage de cette analyse concerne plus directement le rapport des répondants au savoir préventif. On s'aperçoit, à travers les entretiens, que la diversité des manières de se vivre homosexuel façonne des prises de positions différenciées à l'égard des normes de la santé publique et de la légitimité de leurs émetteurs ou de leurs relais. Le sentiment d'appartenance à une communauté gaie met en jeu l'adéquation des connaissances sur le risque avec l'expérience collective. Pour les uns (« communauté souhaitée »), l'adhésion aux recommandations traduit la fidélité à l'histoire de la mobilisation contre le VIH, dans un contexte de dégradation des liens communautaires. Pour d'autres (« communauté vécue »), la prise en charge de la prévention démontre la capacité du groupe à se rassembler face aux risques sociaux et sanitaires liés à l'épidémie. Pour les répondants ne se reconnaissant pas dans une communauté homosexuelle, le savoir sur le risque fait appel à

la capacité individuelle à prendre soin de sa santé. Le discours de certains d'entre eux met en lumière une conception d'un soi capable d'évoluer dans divers espaces de sociabilité (« individu socialisé »). Pour ces derniers, les recommandations de prévention sont envisagées dans des interactions situées (couple ou relations occasionnelles) ; elles mettent en jeu un principe de responsabilité partagée. D'autres répondants de ce pôle manifestent une plus grande défiance vis-à-vis de l'affiliation à un groupe, perçue comme contraignante pour l'épanouissement individuel. Pour eux, la prévention relève d'un choix, qui engage l'individu et sa responsabilité. Les processus de relocalisation du savoir préventif expert mettent donc à l'épreuve l'attachement de ces hommes au système de valeurs auxquelles ils se rattachent et, partant, à une conception de l'ordre social.

Mais cette approche de la prévention prend également en considération la dynamique des trajectoires individuelles. Deux grands types de parcours se dessinent à travers les entretiens. Pour les uns, l'accent est mis sur la continuité et la stabilité du soi. Pour les autres, le parcours est marqué par une, ou des ruptures biographiques associées au VIH. Dans les deux cas, les divers évènements qui ponctuent le parcours de vie (mise en couple, séparation, séroconversion...) peuvent contribuer à mettre à l'épreuve la conception du danger. Mais ces évènements n'aboutissent pas nécessairement à une réorganisation de la manière de penser le risque. Ainsi, comme l'a déjà montré J. Pierret (2006), il apparaît que la séroconversion n'est pas vécue par tous les séropositifs comme une rupture majeure dans leur parcours. Plus généralement, on perçoit combien la mise en récit de l'expérience du risque est travaillée par les contextes dans lesquels évoluent les acteurs.

A l'issue de ce chapitre, il apparaît que la conscience du risque du sida constitue toujours, à des degrés variables, une dimension structurante des processus de subjectivation des homosexuels (Halperin 2007). Autrement dit, en reprenant les mots de M. Pollak (1990), il convient de considérer les récits de vie recueillis au cours de cette recherche comme un « *condensé d'histoire sociale individuelle* ». Les propos des répondants nous renseignent ainsi sur les différentes manières de se vivre homosexuel dans le contexte du sida. J'ai ici fait l'hypothèse que cette diversité peut être envisagée à partir d'une typologie des contextes relationnels de l'homosexualité. Cependant, un constat commun s'impose : pour tous les hommes que j'ai interviewés, la prévention (et en particulier l'usage du préservatif) est un élément central de l'expérience de la sexualité. De plus, la notion de « population à risque » est majoritairement rejetée et critiquée par les répondants, traduisant l'appropriation large de la conception « *moderne-libérale* » de la prévention. Pour autant, le sentiment d'être concerné

de façon spécifique par le VIH participe de la vision d'une sexualité potentiellement dangereuse, en particulier la sexualité anale. Mais cette communauté d'expérience est toute relative en termes de mise en pratique. Car si chacun connaît l'utilité du préservatif, son usage ne va pas toujours de soi, en fonction des partenaires et des contextes. Dans le chapitre suivant, je m'intéresserai plus particulièrement à la dynamique réflexive qui entoure la perception et la mise en récit du risque VIH.

7. La mise en récit du risque

Elaborée et transformée au cours de la trajectoire des répondants, la perception du risque VIH apparaît donc comme un processus mettant en relation des connaissances (expertes et/ou expérientielles) et des actions. Dans le chapitre précédent, j'ai montré comment les trajectoires de vie peuvent contribuer à modeler ces perceptions ; j'ai également resitué les rapports au savoir sur le risque dans des contextes de sociabilité, en mettant l'accent sur la socialisation préventive. Je vais à présent me pencher plus avant sur la dimension réflexive de la perception des risques. Par dimension réflexive, j'entends la manière dont les hommes, au cours de l'entretien, mettent en relation leurs savoirs sur le risque et leurs actions. Autrement dit comment ces gais expliquent les dissonances éventuelles et les ajustements entre les recommandations de santé publique (largement connues et appropriées), le risque perçu dans des situations données, et les adaptations comportementales qui découlent (ou pas) dans leur propre expérience.

Un modèle dynamique de l'analyse du risque

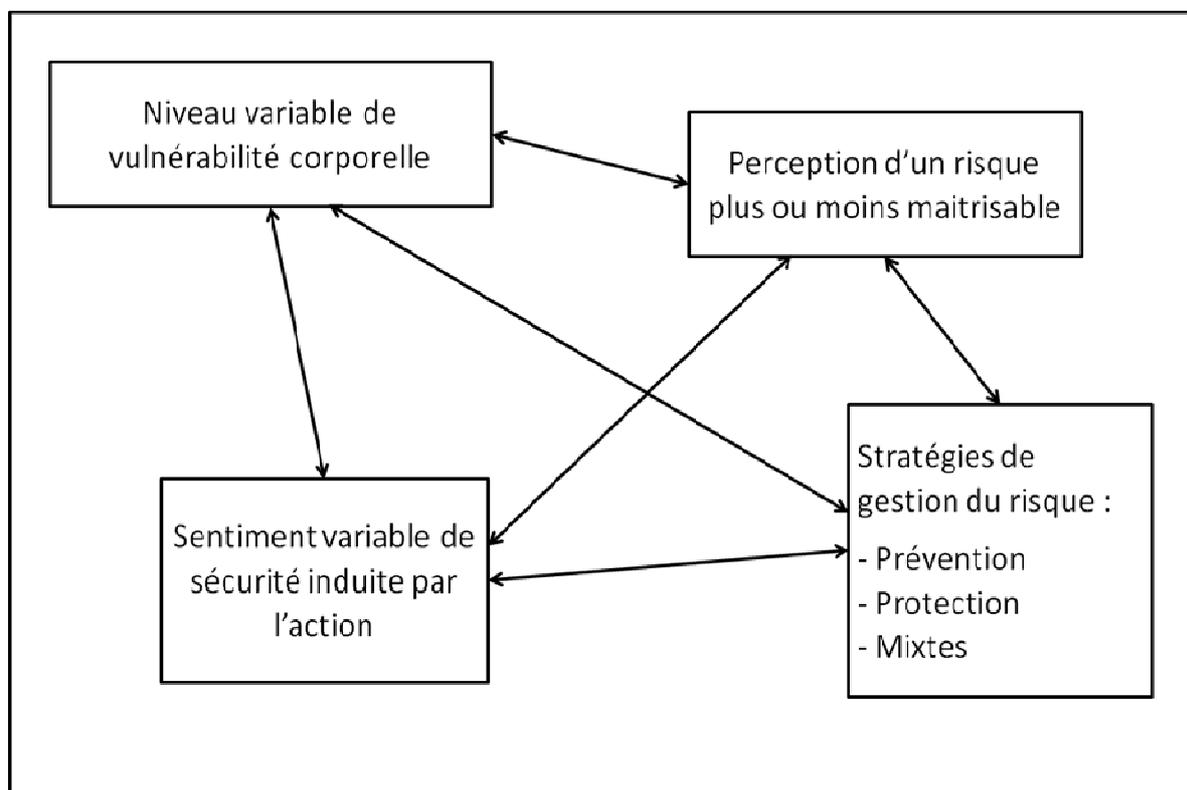
Au cours de ses recherches sur la prévention du VIH, G. Paicheler (1997; 1999) a élaboré un modèle dynamique d'analyse des modes de gestion du risque VIH, qui permet d'envisager ces différentes dimensions de la prévention. Il s'inscrit dans une approche critique des lectures individualistes du risque, dominantes dans la santé publique, qui réduisent les mécanismes de la prévention à l'adéquation entre des connaissances et des actions. Construit à partir d'entretiens qualitatifs approfondis, ce modèle permet de délimiter des registres d'expérience mettant en jeu la perception de sa propre vulnérabilité, le sentiment d'être confronté à un risque plus ou moins maîtrisable, l'utilisation de moyen de prévention et le sentiment de sécurité induit par l'action. Trois modalités se dessinent alors : la dramatisation, le risque pour l'enveloppe corporelle et le risque pour l'enveloppe sociale. G. Paicheler envisage ainsi l'ancrage contextuel de la perception du danger. Sur le plan comportemental, trois stratégies sont différenciées :

- Celles centrées principalement sur l'utilisation du préservatif, qualifiées de « prévention »
- Celles s'appuyant sur d'autres formes de gestion du risque (abstinence, sélection des partenaires, etc.), qualifiées de stratégies de « protection »

- Les stratégies « mixtes », associant usage du préservatif et stratégies de protection.

En découle un modèle d'analyse, constitué de quatre éléments interdépendants (Paicheler 1994a; 1994b).

Figure 7 : Les composantes de la gestion du risque



Selon G. Paicheler, le modèle donne accès à la compréhension d'une diversité de formes de gestion du risque, articulant le recours à des stratégies de prévention et/ou de protection et la perception de sa propre vulnérabilité sociale et corporelle. Lorsque le risque paraît « circonscrit » par les actions mises en œuvre, l'individu confirme et renforce son sentiment de sécurité. A l'inverse, si le risque persiste à apparaître diffus et menaçant, le sentiment de sécurité demeure fragile. Cette lecture offre un cadre d'analyse dynamique pour envisager le travail réflexif à l'œuvre chez les hommes que j'ai rencontrés. En décomposant ainsi les mécanismes individuels de mise en relation entre connaissance et action dans le domaine préventif, elle permet de prendre au sérieux les arguments mis en avant par les répondants pour expliquer leur perception du danger et les éventuelles dissonances entre connaissances et pratiques. Une telle approche de la réflexivité vis-à-vis du risque se prémunit ainsi contre le risque de substantialisation de la démarche introspective. Pour certains auteurs, en effet, la réflexivité tendrait à constituer une caractéristique en soi des individus de la « modernité tardive » (Giddens 1994). Le fait que la réflexivité soit devenue une ressource dans une

société de plus en plus complexe est un constat heuristique. Pour autant, le raisonnement réflexif est soumis à des variations sociales, liées à la classe, au genre et au contexte de vie. Le modèle de l'individu rationnel et libre de ses affiliations, qui sous-tend certaines des théories de la modernité, gagne dès lors à être mis à l'épreuve du terrain. En ce sens, ce chapitre s'attachera à en analyser les variations en fonction des contextes de sociabilité des gais, et des relations de confiance et de défiance qui les structurent. On verra alors comment la confrontation au risque met en jeu la fidélité au mode d'affiliation et, dans certains cas, la met à l'épreuve.

L'intérêt de l'approche de G. Paicheler est qu'elle permet, modestement, de caractériser des processus réflexifs à partir de données empiriques. D'autre part, la grille de lecture proposée met indissociablement en relation la formation des perceptions du risque avec les contextes d'expérience de la prévention. En ce sens, il s'agit d'envisager la démarche réflexive comme ancrée dans des relations sociales, et non comme un strict attribut de l'individu. Mon approche se différencie cependant de celle élaborée par G. Paicheler du fait de la population d'enquête : dans sa recherche, les répondants sont presque exclusivement hétérosexuels, issus d'une diversité de milieux sociaux¹. De ce fait, l'échantillon illustre une grande hétérogénéité de situations vis-à-vis des représentations du sida. Dans le cadre de cette thèse, le recrutement d'hommes gais, et les biais classiques qui en découlent (Velter 2007), modèlent un échantillon plus homogène d'un point de vue socioprofessionnel. De plus, malgré des degrés de proximité variables avec le VIH, l'ensemble des interviewés a bénéficié d'une socialisation spécifique vis-à-vis du risque de transmission. On l'a vu, cependant, les répondants se distinguent sur le plan identitaire : au-delà d'une identification commune (homosexuel, gai) une diversité de configurations relationnelles apparaît. La prise en compte de cette diversité, qui se reflète dans la manière dont les hommes articulent la vulnérabilité sociale et corporelle, constituera l'un de mon analyse. Dans ce cadre, je me suis attaché à mettre en relation cette grille de lecture des perceptions du risque avec la typologie des contextes de sociabilité gaie analysés dans le chapitre précédent. De plus, à la suite des travaux de M. Davis (2008), l'analyse portera une attention particulière à l'articulation, dans les discours, des différentes instances d'élaboration de la réflexivité préventive. Ainsi, en plus des perceptions individuelles du risque (« je »), je prendrai en compte la manière dont les hommes envisagent leur-s partenaire-s (« il-s »), les

¹ La population d'enquête regroupe 61 individus, 31 hommes, 30 femmes, originaire de la région parisienne et du sud de la France. Un seul des répondant se déclare homosexuel et un bisexuel. En terme de niveau socioculturel et de profession, l'échantillon est ventilé ainsi : 19 appartiennent à la classe supérieure, 20 aux classes intermédiaires, 22 aux classes populaires.

interactions entre eux (« nous ») et la référence éventuelle à un cadre normatif collectif (« la communauté »). Se dessinent alors différentes modalités d'une réflexivité « *co-opérative* » vis-à-vis du risque VIH. J'accorderai une attention particulière, dans ce cadre, aux situations de couple. Il apparaît en effet que ces configurations constituent une expérience à part pour beaucoup de gais, tant l'investissement affectif ou amoureux met en jeu la confiance en l'autre, et met de ce fait en jeu les normes de prévention (Courduriès 2011). Cependant, on le verra, la banalisation des conjugalités homosexuelles ne se traduit pas par une homogénéisation des expériences.

Encadré 17 : La mise en récit du risque, enjeux méthodologiques

Recueillir des entretiens biographiques auprès d'hommes gais sur les questions de la prévention et des risques du VIH m'exposait à deux écueils principaux. Le premier tient à la méthodologie d'enquête et à la constitution d'un échantillon. En présentant ma démarche de recherche dans l'annonce diffusée (par mail) dans des réseaux associatifs LGBT et sur des sites internet gais j'expliquais que ma thèse porterait sur « les comportements de prévention du VIH chez les homosexuels masculins ». Malgré le souci de diversification (générationnelle, géographique, sérologique) des inclusions, je savais qu'une telle démarche allait contribuer à pré-sélectionner les répondants. En d'autres termes, porter de l'attention à cette annonce et faire la démarche de contacter le sociologue qui l'avait postée nécessitait de se sentir capable de se raconter sur un sujet intime, au croisement des comportements sexuels et de la santé. Cela étant, parmi les hommes qui m'ont répondu, tous n'avaient pas mesuré le travail sur soi qu'implique la participation à un entretien. Pour certains d'entre eux, la démarche compréhensive a pu susciter une gêne qui a conduit à écourter l'entretien, faute d'envie de développer les réponses concernant l'objet de la recherche. Ainsi, un des hommes s'attendait à répondre à un questionnaire administré par le chercheur, manifestant son désarroi lorsqu'il a compris que j'attendais de lui une mise en récit plus personnelle. Cependant, dans la majorité des cas les répondants ont « joué le jeu » de l'entretien, ce qui, si cette configuration est plus confortable pour le chercheur, représente également des situations questionnantes. Ceux-ci étaient animés par des motivations diverses, parmi lesquelles l'envie de raconter son expérience à un tiers extérieur, une démarche militante de participation à une recherche sur le VIH ou le désir de faire entendre publiquement, par le biais de la recherche, une parole sur la prévention, parole considérée comme absente des débats médiatiques. Cette auto-sélection, inhérente à la démarche sociologique qualitative, vient alimenter le débat méthodologique sur la « représentativité » de l'échantillon. Sans éluder ces questionnements, notons qu'il s'agit ici d'envisager les entretiens comme étant illustratifs, et non représentatifs, d'un certain nombre d'une diversité de situations. Mais indépendamment de cette aspiration à rendre compte de la pluralité des expériences, il est également intéressant de s'interroger sur la diversité des processus de mise en récit de soi à travers l'entretien sociologique.

Mises en récit du risque

Le second écueil dans le processus de recueil de données tient à la dynamique même des entretiens. Ainsi, passée la première prise de contact avec les interviewés, j'entrais dans le détail en précisant, lors des échanges préalables à l'entretien, par mail ou *de visu*, que je cherchais à étudier des parcours d'homosexuels dans un contexte marqué par la « reprise des comportements à risque » et la multiplication des débats publics sur ce sujet. La grille d'entretien aborde une diversité de questions : outre les données socio-démographiques élémentaires, j'ai interrogé ces hommes sur leur parcours en tant qu'homosexuel, leur perception de la communauté gaie, leur analyse du phénomène de bareback et plus généralement des débats sur le risque VIH. Enfin, dans une dernière partie, j'avais intégré une série de questions/relances sur leur propre rapport à la prévention et à la perception du danger, si ces thématiques n'avaient pas déjà été abordées spontanément. Cette construction du déroulé avait été dictée par la volonté d'éviter d'aborder dès le début de l'entretien la question du risque dans l'expérience des répondants. La démarche répondait au souci de créer un climat de confiance en ayant abordé des questions potentiellement moins « exposantes » à l'anticipation d'un jugement moral du chercheur. Cela m'apparaissait alors comme une manière de mieux contrôler des biais de désirabilité qui auraient pu conduire certains répondants à me donner accès à ce qu'ils pouvaient anticiper comme un discours attendu (de « bonne conduite » préventive), plutôt qu'à un récit personnel. Si ces préventions méthodologiques m'ont servi de points d'appui dans la conduite des entretiens, leur pertinence s'avère cependant peu aisée à évaluer lors de l'analyse des données d'enquête. En effet, la conduite d'entretiens compréhensifs se situe nécessairement à l'intersection des attentes du chercheur et de celles du répondant, dans le cas d'une enquête sur la prévention du VIH. Selon D. Memmi (2003), le travail de « mise en récit » de soi est devenu constitutif des discours des acteurs sur leur propre santé ; un constat qui vaut également pour les entretiens de sciences sociales tant le chercheur peut être perçu comme se situant du côté de la norme de santé publique. D. Memmi explique que la logique disciplinaire analysée par M. Foucault se déplace à travers la mise en récit : la « *police des corps tourne à une police des récits* ». De ce fait, la mise en cohérence de l'expérience dans l'entretien reflète nécessairement une partie de ces jeux d'attentes réciproques entre chercheur et répondant. Dans ce cadre, comme l'ont montré T. Rhodes et L. Cusick (2002) la présentation de soi participe d'une entreprise morale qui n'échappe pas aux enjeux d'acceptabilité sociale : « *Accounts of oneself – to others, to doctors, to researchers – create images of self which are situated within, and reproduced by, different contexts or discourses of social acceptability* » (p.211). Le travail moral qui entoure les mises en récit de la prévention et du risque s'inscrit dans un processus plus général d'individualisation des responsabilités en matière de santé.

Je me suis attaché, en mettant en œuvre une démarche compréhensive (Kaufmann 2011), à créer un climat permettant un dialogue ouvert sur la sexualité et le risque. Finalement, contrairement à mes anticipations, j'ai rarement été confronté à des discours « convenus » sur la prévention et/ou les prises

de risque. Les entretiens ont, dans leur ensemble, constitué un espace d'explicitation des pratiques et des représentations (Blanchet et Gotman 2005; Martuccelli et Singly 2009). Sur ces thématiques, j'ai constaté à quel point les hommes rencontrés donnent à voir une démarche réflexive à l'œuvre. Ainsi, sans que les discours recueillis relèvent de réflexions figées, ils reflètent cependant des élaborations préalables, issus de questionnements personnels ou d'échanges avec des tiers. De ce fait, parallèlement aux trajectoires individuelles, la situation d'entretien m'a permis d'enregistrer un processus social collectif d'appréhension du VIH. Il apparaît que chez ces homosexuels les recommandations préventives ont forgé, à des degrés divers et selon des modalités différentes, une prise de conscience du risque. Et cette conscientisation, dont l'entretien constitue une illustration, est ancrée dans un travail spécifique d'introspection et de construction de sens. Bien entendu, comme je l'ai montré sur la question du bareback, ce processus n'homogénéise pas, loin de là, les représentations et les pratiques. Par ailleurs, les limites de ce constat reposent sur les limites d'un échantillon de personnes volontaires et motivées. Mais l'acuité particulière des répondants à livrer un discours élaboré sur le risque mérite de s'y arrêter dans l'analyse des entretiens. Je m'intéresserai en particulier aux processus d'appropriation/interprétation des discours experts sur les déterminants du risque. Dans le contexte de ma recherche, j'ai porté une attention toute particulière aux manières dont les enquêtés racontent leur rapport au risque et à la prévention. On voit alors se dessiner des différences significatives au sein d'un échantillon relativement homogène sociologiquement (hommes, blancs, homosexuels, de classe moyenne, relativement diplômés). Dans ce chapitre, je m'interrogerai sur les fondements sociaux et culturels de ces disparités, en envisageant comment l'expérience et les ressources relationnelles contribuent à façonner les récits du risque et de la prévention. Deux dimensions des discours recueillis seront donc au cœur de ce chapitre : d'une part, j'analyserai la manière dont les répondants élaborent leur mise en récit du risque ; d'autre part, je m'attacherai à rendre compte du travail réflexif à l'œuvre. Je propose ainsi de resituer sociologiquement l'expérience profane de la prévention.

Réflexivité préventive et contextes de sociabilité

Le contexte de sociabilité, et en particulier la perception de soi au regard d'une communauté homosexuelle, constitue l'un des facteurs majeurs de différenciation parmi les répondants. En effet, pour ceux d'entre eux qui revendiquent une appartenance communautaire, la gestion du risque met en jeu la référence à un « nous » désignant les autres gais et/ou les gais comme entité collective. Cependant, ce « nous » prend des sens différents selon la manière dont l'affiliation communautaire est envisagée.

- Ainsi, pour les hommes interviewés considérant que la communauté nécessite la construction d'une cohérence interne (« communauté souhaitée »), la référence au groupe met en lumière un risque diffus et faiblement maîtrisable à l'échelle

individuelle. L'attitude de certains gais vis-à-vis de la prévention est jugée peu responsable, symptôme d'une érosion des normes collectives qui met en péril l'équilibre communautaire. Confrontés à cet environnement potentiellement menaçant, les répondants de ce segment délimitent des espaces de gestion du risque à plus petite échelle ; le couple apparaît alors comme une sphère plus sécurisante, même si cela implique une vigilance préventive maintenue. De ce fait, la condamnation du phénomène de bareback s'accompagne d'une forte exigence pour soi : dans leurs mises en récit de la prévention, ces hommes affirment un « je » préventif attentif au risque. La prévention du VIH s'inscrit d'ailleurs dans une double perspective historique et collective. La posture de responsabilité préventive est donc considérée comme l'un des critères de l'affiliation au groupe, symbole d'un combat communautaire.

- Pour l'autre groupe de l'échantillon revendiquant une appartenance à la communauté homosexuelle (« communauté vécue »), le sida est resitué au sein d'un ensemble de dangers, menaçant pour soi et pour le groupe. Dans ce contexte, deux attitudes se dégagent vis-à-vis de la prévention du VIH. Pour certains de ces hommes, le fait de devenir séropositif s'inscrit dans un destin collectif de l'homosexualité. Indépendamment de l'effet de génération, cette perception pose l'acquisition du virus comme un risque inhérent et peu gérable dans un groupe à forte prévalence. Le principal enjeu préventif se situe alors au niveau de la réprobation morale liée à la transmission du sida. A cet égard, la tension entre plaisir sexuel et norme de santé met en lumière la difficulté à gérer le risque. Dans ces situations, le VIH agit comme le révélateur d'une vulnérabilité sociale. A l'inverse, pour une autre partie de ce groupe, le risque du sida apparaît maîtrisable. Dans les entretiens avec ces hommes, la résistance au jugement moral lié à la transmission du VIH constitue le moteur des modes de protection. Qu'il s'agisse de l'usage systématique du préservatif ou d'autres stratégies alternatives, les comportements sont orientés vers la minimisation des risques. Et en l'occurrence, la transmission du VIH n'est qu'un risque parmi d'autres : la sur-contamination, les autres IST ou le rejet en raison du statut sérologique constituent un ensemble de dangers, maîtrisables, auxquels sont exposés les gais séropositifs. L'attention au risque VIH est affirmée comme un enjeu collectif, dans la mesure où elle garantit une image positive de la communauté, minimisant ainsi la stigmatisation du groupe. Mais ce souci préventif ne se limite pas à l'usage du

préservatif ; il s'exprime dans la volonté affichée de ne pas transmettre le VIH. Plus généralement, le groupe d'appartenance est envisagé comme un environnement protecteur, bien que non exempt d'expériences de discrimination en fonction du statut sérologique. Dans cette logique, les connaissances préventives considérées comme pertinentes, sur la sur-contamination notamment, sont issues des supports d'information communautaires.

Pour les répondants qui ne se reconnaissent pas dans la notion de communauté homosexuelle, la réflexivité préventive met l'accent sur le niveau des interactions affectives et/ou sexuelles. Ainsi, le « nous » de la prévention implique ici au premier chef l'espace de négociation – implicite ou explicite – entre les partenaires.

- Pour le premier segment de ces répondants (individu socialisé), le corps est envisagé comme une frontière poreuse. La différenciation s'opère alors en fonction de la perception de maîtrise du risque. Dans les discours, son éventualité est en premier lieu associée à des situations et à des partenaires. De ce fait, certains d'entre eux envisagent la prévention comme la mise en œuvre d'attitudes « raisonnables » : usage du préservatif pour les pénétrations anales, évitement du contact entre sperme et muqueuses, « sécurité négociée » dans le couple (séronégatif) ou recherche de séroconcordance (entre séropositifs). Un niveau de risque « acceptable » est ainsi défini (la fellation sans préservatif, par exemple). Le niveau de confiance dans les stratégies appliquées s'appuie sur la construction d'une relation de confiance avec les partenaires. Le sentiment de sécurité qui en découle est donc éminemment relationnel, et permet de minimiser un ensemble de risques sociaux. La réassurance du « je » préventif implique donc nécessairement l'établissement d'un « nous » de l'interaction dans lequel les responsabilités sont partagées ; dans ce contexte, les partenaires sont sélectionnés en partie au regard de leur capacité de gestion du contrat préventif. Dans l'autre partie de ce groupe, la référence au contexte dans la mise en récit du risque met en jeu les limites de la capacité d'agir. Si la prévention leur apparaît comme un ensemble de recommandations appropriables, sa mise en œuvre se heurte à des situations et/ou des interactions qui mettent à l'épreuve la volonté de se protéger. En évoquant des déterminants du risque extérieurs à soi, ces répondants soulignent son caractère potentiellement peu maîtrisable. Le danger potentiel est alors situé au niveau du « nous » de la relation avec le partenaire. L'identification de ces situations de risque ne permet pas nécessairement de les éviter. Mais leur compréhension et leur

analyse, au cours de l'entretien, sert de support à l'affirmation d'une ligne de conduite préventive raisonnable.

- Enfin, parmi le dernier groupe de répondants (« individu détaché ») c'est la question de l'autonomie et du libre-arbitre qui est mise en avant. Les normes communautaires de prévention sont perçues avec distance et parfois méfiance. Pour une partie de ces hommes, l'individu est perçu comme étant à même d'opérer ses propres choix pour sa santé. Cela se traduit à deux niveaux. D'une part, l'évaluation du risque met en jeu des connaissances accumulées et considérées comme rationnelles, indépendamment des informations diffusées par les associations de lutte contre le sida. D'autre part, la question du « il » et du « nous » de l'interaction sexuelle est relativement peu présente dans les discours recueillis. L'attitude au regard du risque n'est pas d'abord dictée par une logique relationnelle, en fonction du partenaire. Le « nous » de la relation est donc d'abord vu comme un espace d'affirmation d'une responsabilité pour soi. Dans ce cadre, la maîtrise du danger illustre une attitude plus générale de maîtrise de sa propre vie. L'autre sous-groupe des hommes interviewés présente un rapport différent au risque. Dans leurs trajectoires, le VIH s'intègre à une diversité de dangers, peu hiérarchisés entre eux. Les mises en récit de la prévention qui en découlent sont caractérisées par la figure d'un Autre menaçant, qu'il s'agisse de partenaires occasionnels ou des autres homosexuels. Dans ce contexte, l'interaction sexuelle n'apparaît pas comme un cadre possible de négociation de la prévention. L'affirmation du libre-arbitre s'accompagne alors d'une forme de fatalisme vis-à-vis du risque. Les discours recueillis sont principalement centrés sur le « je », sans pour autant que les interviewés ne semblent avoir prise sur le cours des événements.

Dans les pages qui vont suivre, je m'attacherai à illustrer et explorer ces différentes manières d'envisager le risque.

7.1. Ancrage communautaire et gestion du risque

Parmi les répondants revendiquant leur appartenance à un monde gai, ceux qui déplorent le délitement des liens entre homosexuels (« communauté souhaitée ») constituent un groupe relativement homogène en termes de perception du risque. Lorsqu'ils évoquent leurs propres pratiques de prévention du VIH, ces hommes situent très nettement l'existence d'une instance normative collective, un « nous » communautaire. On a vu au chapitre 5 que le bareback est, selon eux, envisagé comme une menace pour le groupe d'appartenance, nécessitant la réaffirmation de principes de prévention et de responsabilité stricts.

7.1.1. Le lien entre VIH et homosexualité

Dans le récit de leurs trajectoires, quand la question de la prévention est abordée, ces hommes mettent plus particulièrement en lien leur expérience individuelle et l'histoire de l'épidémie ; à cet égard, un effet de génération se fait sentir. Louis¹, en effet, a vécu l'irruption du VIH dans les réseaux de sociabilité gais. Sa prise de conscience de la gravité de l'épidémie correspond à son engagement dans la lutte contre le sida, à la fin des années 1980. A partir de cette période, il met en œuvre une stratégie de prévention claire : usage du préservatif pour la pénétration anale, pas pour la fellation. Peu disert sur ses comportements actuels, il revient longuement sur sa perception de l'évolution des normes de prévention dans le milieu homosexuel, qu'il perçoit à travers les discussions avec d'autres gais. Selon lui, les jeunes gais, qui n'ont pas connu les ravages de l'épidémie et la forte mortalité des années 1990, n'ont pas une perception aussi « précise et aiguë » que les hommes de sa génération.

« Comment expliques-tu l'évolution de la perception du VIH dans le milieu ?

C'est difficile de répondre, les choses se font tellement doucement... Bon, les gens allaient mieux, les trithérapies sont là, le traitement d'urgence est arrivé...les gens ont commencé à se dire, ben oui, y a des traitements, il y a le traitement d'urgence (...) et les gens ont pris petit à petit...une croyance mal fondée, que l'épidémie de sida était derrière... Alors est-ce que c'est pour faire abstraction ? Est-ce que c'est plus chez les jeunes, qui commencent une activité sexuelle, que cette idée se répandait ? Parce que c'est vrai, j'entends souvent des gens qui disent...des gens de ma génération ou plus âgés, ou la trentaine, donc qui ont connu l'épidémie, qui ont connu la mort, qui ont connu quand les gens mouraient et des fois j'entends des phrases, "s'ils avaient été à cette époque là, peut-être qu'ils auraient un comportement moins"... je ne vais pas dire laxiste, mais plus préventif, quoi ». Louis

¹ Rennes, 48 ans, séronégatif

Louis perçoit donc le risque du VIH comme toujours très présent, mais moins bien conscientisé par les gais. En parallèle de ce nouveau contexte thérapeutique, il observe un délitement des liens de solidarités, qui se manifeste par une baisse de l'engagement associatif (contre le sida, contre l'homophobie) et une moindre solidarité entre gais.

Un risque peu maîtrisable ?

La situation de Côme¹ est différente à bien des égards, mais on retrouve chez lui la perception d'un risque proche et faiblement maîtrisable. Agé de 33 ans, il a connu la période la plus sombre de l'épidémie et cela a fortement marqué sa perception du risque. S'il estime également que la communauté homosexuelle est moins mobilisée dans le domaine de la prévention, il revient longuement au cours de l'entretien sur ses propres stratégies de prévention. Lors de ses premières rencontres, à la fin de l'adolescence, le risque demeure pour lui une réalité lointaine, car il ne pratique pas la pénétration anale avec ses partenaires occasionnels. Sa première relation plus durable, à la fin des années 1980 est pour lui l'occasion d'explorer d'autres pratiques sexuelles. Dans ce contexte, se met alors en place un mode de gestion du risque qu'il reproduit par la suite dans ses expériences de couple : la situation de confiance le conduit à l'abandon de l'usage du préservatif. Cependant, avec ce premier partenaire stable, il se dit conscient d'avoir pris des risques, car les tests de dépistage n'interviennent qu'après cette décision d'arrêter le préservatif. Pour lui, le recours à la prévention va de soi avec des partenaires occasionnels. Le couple constitue, par contraste, un espace de protection affective mais également un cadre dans lequel le risque est moins maîtrisable. Concernant ce type de relation, il procède à une hiérarchisation personnelle des risques (affectifs/sanitaires) qui souligne la valeur accordée à cette enveloppe protectrice :

« Si ce n'est que des relations d'un soir, ou de quelques soirs, ben oui, moi je me protégerais, quoi. Maintenant, si j'ai une relation affective avec la personne, qu'elle me dit qu'elle a fait un test il y a quelques temps...qu'il était séronégatif, et que moi je sais que je le suis, bon à ce moment là, oui, on n'utilisera plus de préservatifs, mais ce sera à cette condition là. Après je dis ça mais, j'ai fait des conneries, qui font que j'ai dit ce que je dis, mais je n'ai pas fait ce que je dis. Donc ...

Parfois c'est en fonction du feeling vis-à-vis de la personne ?

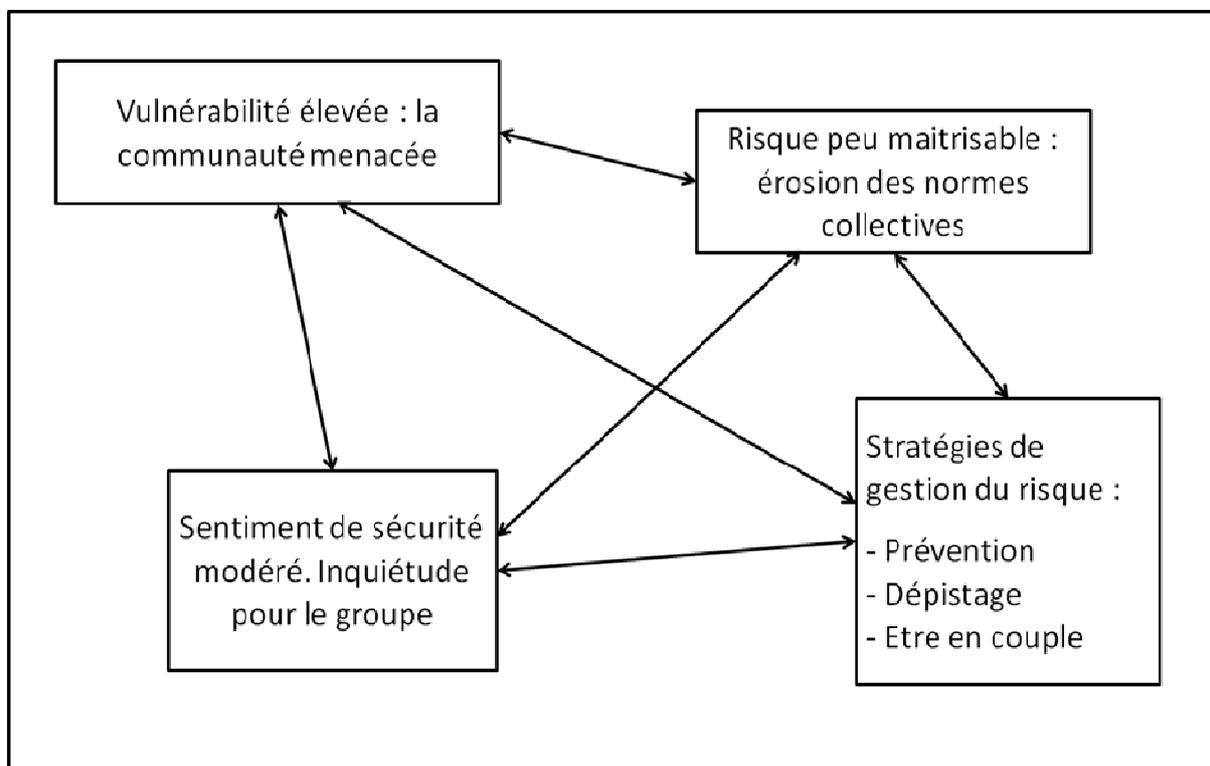
Jamais dans un plan d'un soir, quand même. Il y aura forcément une question de feeling, de l'histoire de ce garçon, de...oui, ce sera du cas par cas, vraiment du cas par cas. Pour les relations dangereuses. Mais pour la fellation, je ne mettrais un préservatif à personne. Enfin, la personne dont je pourrais, je ne sais pas pourquoi, avoir des doutes, le délit de faciès, je ne sais pas... et bien *a priori*, je ne ferais pas l'amour avec si je ne dois pas utiliser de préservatifs. Maintenant, une fellation, je pense que je serais capable de faire une fellation à quelqu'un, même si je sais qu'il est séropositif... je ne sais pas (rires) c'est quelque chose, je ne peux pas me prononcer, ça me poserait un cas de conscience au moment de le faire... » Côme

¹ Rennes, 33 ans, séronégatif

Cette hiérarchisation est également en jeu quand, durant plusieurs années, il a été en couple avec un homme séropositif. Au cours de cette relation, les deux partenaires ont mis en œuvre un ensemble de stratégies de protection : usage du préservatif pour la pénétration anale, retrait avant éjaculation pour les fellations. Par ailleurs, ils étaient attentifs à l'état de santé de son compagnon, notamment l'indéfectabilité de la charge virale. Dans ce contexte, ils ont pratiqué, ponctuellement, des relations anales non protégées, sans éjaculation. *A posteriori* (cette relation étant finie depuis plusieurs années), Côme considère qu'il était prêt à l'époque à prendre ce type de risque, dans un cadre relativement maîtrisé, car il s'agissait d'une relation amoureuse. Il estime cependant n'avoir jamais souhaité devenir séropositif.

Pour Louis comme pour Côme, le contexte de relâchement préventif menace la cohésion communautaire. Ils partagent un sentiment de menace diffuse, du fait des pratiques irresponsables de certains gais. Pour sa part, Côme perçoit le couple comme étant un espace sécurisant, malgré l'éventualité du risque sanitaire. C'est alors la confiance en l'autre qui fonde la prévention ; dans ce contexte, le risque sanitaire peut être relativisé. Dans les deux cas, confrontés à un environnement peu sûr, ces deux hommes délimitent, autour du couple, un espace de sécurité relative.

Figure 8 : L'érosion des normes collectives



7.1.2. La communauté et l'expérience du risque

L'appartenance communautaire est également revendiquée par des répondants qui s'inscrivent dans des réseaux de solidarité forts entre gais (« communauté vécue »). L'enveloppe sociale du groupe est alors au cœur des échanges sur leurs comportements de prévention. Cependant, deux modes de perception du risque se dessinent parmi ces hommes. Si tous considèrent la maladie comme partie intégrante de l'expérience collective de l'homosexualité, la séropositivité apparaît pour les uns comme un danger faiblement maîtrisable à l'échelle individuelle. Pour d'autres, l'attention à soi et aux autres dans le domaine préventif s'articule à la dénonciation de dangers venus de l'extérieur, l'homophobie et la stigmatisation de la séropositivité, qui constituent une menace.

Le VIH comme destin collectif ?

Parmi les gais rencontrés au cours de cette recherche, plusieurs d'entre eux (séropositifs ou non) ont évoqué la notion d'un « destin », ou d'une « logique » de l'infection par le VIH au cours de leur trajectoire, passée ou à venir. Cette perception prend un sens particulier dans le cas des hommes revendiquant leur appartenance à la communauté homosexuelle. L'histoire de Michel¹ illustre cette expérience et j'ai fait le choix de développer plus longuement son parcours dans cette sous-partie. Dès l'adolescence, il découvre son attirance pour les hommes ; après sa première expérience sexuelle, à l'âge de 17 ans, il fait son coming out auprès de ses parents. Son milieu familial est hostile à l'homosexualité, ce qui le conduit à prendre rapidement son autonomie financière : après l'obtention du bac, il passe un concours de la fonction publique et rentre dans le monde du travail. La période des années 1970 est marquée par une grande effervescence à l'échelle personnelle : il a de nombreux partenaires sexuels et il découvre le monde homosexuel : presse gaie, drague, militantisme... En 1976, il fait la rencontre d'un homme par le biais d'une petite annonce dans le quotidien *Libération* : « ça a été le plus grand amour de ma vie », explique-t-il ; leur relation dure quinze ans. Son ami est diagnostiqué séropositif en 1987, il a été contaminé par transfusion, suite à une opération lourde quelques années plus tôt. Il décède en 1991, mais Michel est pour sa part, à l'époque, toujours séronégatif. S'ensuit alors pour lui une période très difficile, durant laquelle il n'utilise plus systématiquement un préservatif avec des partenaires occasionnels. Il

¹ Paris, 53 ans, séropositif

considère à ce moment qu'il n'arrivera pas à reconstruire une nouvelle relation amoureuse : pour lui, c'est cette absence de projection dans l'avenir qui le conduit à négliger sa propre santé. Le choix de ne pas utiliser de préservatif lui apparaît, rétrospectivement, comme une manière de « rejoindre » l'expérience de son compagnon et de certains de ses amis décédés du sida. Après quelques années d'incertitude sur son statut, il est diagnostiqué séropositif au VIH en 1997.

« Donc, en fait, ce qui s'est passé progressivement : c'est que plus le temps passait, plus je me disais que je n'arriverais plus à retrouver de relation durable et que donc je ne reconstruirais plus quelque chose d'équivalent. Alors je dis ça parce que pour moi, c'était la chose la plus importante en fait. Et comment dire ? A un moment donné, j'étais dans un état d'esprit où je me disais : de toute façon, à quoi bon me protéger, et à quoi bon faire attention, puisque je ne trouve pas le partenaire que je cherche, la relation durable que je cherche. Et donc je suis sorti de la prévention petit à petit... (...) Parce que de toutes façons, je me disais à quoi bon ? Bon, c'était une forme de suicide lent, en fait, je l'ai analysé depuis, parce que j'avais jamais encaissé le deuil, et puis je me suis dit : c'est une façon de partir, et partir avec quelque chose que je connaissais, parce que oui, les gens que j'ai le plus aimé, tous les copains que j'ai pu avoir, ils sont tous morts du sida, les gens que j'ai aimé pendant ma vie. Pour moi, c'était une façon de les rejoindre, un peu, quelque part. De vivre des choses qu'eux avaient vécues. Et donc j'ai fini par me faire dépister, parce qu'à un moment donné je me sentais plus très bien, je commençais à avoir des troubles, etc, donc je me suis dit : « écoute, arrête de jouer à l'autruche, c'est des signes précurseurs », et donc... Et évidemment quand j'y suis allé, j'étais séropo. ». Michel

Par la suite, Michel fait la rencontre d'un nouveau compagnon en 2000, avec qui il est actuellement en relation. Mais il s'estime insatisfait d'une vie sexuelle marquée par la crainte de la transmission du VIH : son partenaire est très angoissé par ce risque. Cette situation crée une tension, qui les amène à renoncer à certaines pratiques sexuelles, telle que la fellation : sans préservatif elle leur apparaît trop dangereuse ; mais son partenaire refuse d'en utiliser. Plus généralement, dans leur couple, la sexualité s'est étiolée au cours du temps. D'un commun accord, ils ont décidé d'avoir des partenaires à l'extérieur de leur relation, afin d'assouvir certains fantasmes. Pour autant, Michel regrette l'existence de ces barrières avec l'homme qu'il aime : il considère qu'une part de « *la dynamique érotique* » est absente. Lorsqu'il évoque ses partenaires occasionnels, il raconte la tension qu'il éprouve vis-à-vis de la prévention. Dans son expérience, le dévoilement *a priori* de la séropositivité entraîne très souvent un rejet de la part de partenaires potentiels, ou du moins le refus de certaines pratiques (comme la fellation sans préservatif). Il a donc décidé de ne plus l'annoncer, tout en revendiquant une ligne de conduite préventive stricte : le préservatif est obligatoire pour la pénétration anale. Concernant la fellation, il s'autorise un « *non respect de la prévention* », en ne systématisant pas l'utilisation du préservatif. Dans son discours, le non dévoilement de son statut sérologique est envisagé comme une « *tricherie* », mais également comme le seul moyen d'avoir « *un tant soit peu de sexualité* ». Ce dilemme moral entre le plaisir sexuel et la

crainte de transmettre le VIH structure le discours de Michel. On le retrouve lorsqu'il évoque l'attrait pour une sexualité non protégée. Evoquant des moments de « *frustration* » sexuelle, le bareback (défini par lui comme « *l'envie de rapports non protégés* ») peut alors lui apparaître comme une échappatoire. La « *transgression* » des obligations morales vis-à-vis de la prévention agit comme un facteur d'excitation et une forme de soulagement des tensions intérieures. Mais si ces expériences sont marquantes sur le plan érotique, elles constituent d'abord un facteur de culpabilité très fort, car pour Michel, ces prises de risque sont associées à une potentielle « *perte de contrôle* » totale. Il craint de ne pas pouvoir maîtriser ce désir de non protection, d'éjaculer dans l'anus de l'un de ses partenaires, et d'augmenter ainsi le risque de transmission. En limitant ces situations de risque, il maintient la frontière morale, fragile mais protectrice, qui délimite la bonne conduite préventive.

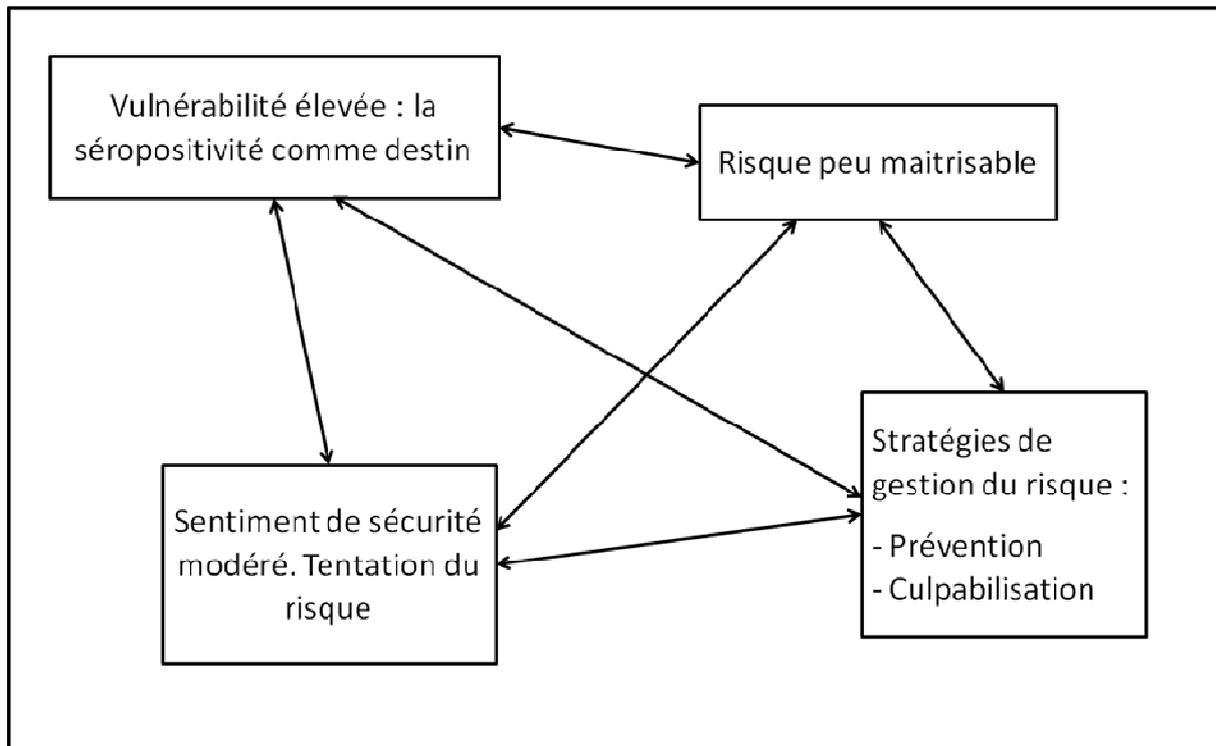
« Alors il m'est arrivé de faire quelques dérapages (...). C'était les moments où j'étais dans cet état d'esprit, qui était très particulier, et je me disais, je vais le faire « sans » [préservatif]. Donc à chaque fois que je l'ai fait « sans », c'est arrivé 4 ou 5 fois, je l'ai toujours fait de façon à ce que ça reste limité, et surtout à ne pas éjaculer, évidemment... donc à me retirer avant que ça arrive, même si les partenaires me disaient de rester. Ils me disaient clairement : « reste ! », donc voilà...Et sur le moment, au niveau sexuel, et au niveau excitation, c'était... je sais pas comment dire ça... c'était le pied, quelque part ! Comme si cette espèce de transgression que je faisais sur le moment, amenait plus de plaisir ...

Et par la suite, comment ça se passe ? Tu « regrettes » ?

Ah oui, après je tombe dans des phases de culpabilité...La dernière fois que ça m'est arrivé, j'ai été dans une phase de culpabilité qui a duré plusieurs mois, et je n'ai pas très envie de recommencer, parce que ça me met trop mal à l'aise, je le vis trop mal. Parce que je me dis, bon, peut-être qu'un jour je vais perdre le contrôle...Et puis je me dis que je n'ai pas le droit de jouer comme ça, parce que ce n'est pas parce qu'il y a des partenaires qui sont disponibles pour ça qu'il faut rentrer dans ce jeu là, parce qu'après c'est tout un enchaînement, l'appétit vient en mangeant, comme on dit. Donc non, je connais des gens qui pratiquent le bareback et qui ne se posent pas de problème, qui vont jusqu'au bout, donc...Je ne pense pas que je pourrais l'assumer. » Michel

Dans l'histoire de Michel, et à travers sa mise en récit du risque, la séropositivité est associée à une forme de destin. Cette lecture lui permet d'expliquer sa propre contamination, en la resituant dans une expérience générationnelle de l'homosexualité. Mais elle conditionne également sa crainte de transmettre le VIH : très conscient des recommandations de prévention, il doute de sa capacité à garder le contrôle de lui-même dans les interactions sexuelles. De ce fait, même s'il rapporte un usage presque systématique du préservatif pour les pénétrations anales, il considère ses stratégies comme peu sûres.

Figure 9 : La séropositivité comme destin



7.1.3. Communauté protectrice et exigence préventive

Pour d'autres répondants, l'appartenance communautaire est envisagée comme une enveloppe symbolique vis-à-vis des risques sociaux et sanitaires. Pour les hommes séropositifs, en particulier, le danger prend une diversité de formes : le risque de transmettre le VIH, de se sur-contaminer, mais aussi les discriminations homophobes et/ou sérophobes. La plupart d'entre eux ont expérimenté le rejet du fait de leur statut sérologique dans le cadre de relations avec des partenaires occasionnels. Je vais ici principalement m'arrêter sur les expériences de ces hommes. En abordant la question de leurs propres comportements sexuels, plusieurs d'entre eux ont mis en lumière les dilemmes moraux et sanitaires auxquels les confrontent les exigences de la prévention. Deux éléments ont été discutés de manière transversale aux différents entretiens : le dévoilement de la séropositivité aux partenaires, et le positionnement des répondants vis-à-vis du « serosorting », ou séroadaptation¹.

¹ Le serosorting désigne le fait de choisir des partenaires ou des pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique, dans le but d'avoir des rapports sans préservatif (Elford 2006; Snowden, Raymond, et McFarland 2009). Cette stratégie est largement controversée pour des raisons éthiques (risque de discrimination) et sanitaires (risque de surinfection entre séropositifs). En France, le terme « séroadaptation » que j'utiliserai ici, a été proposé (Jablonski et Le Talec 2008) comme alternative à « sérotriage » trop négativement connoté.

Ainsi, dans l'expérience de Jean-François¹, l'annonce de son statut sérologique est problématique lorsqu'il rencontre des partenaires désirant avoir des rapports sexuels sans préservatif. Dans ces circonstances, et pour appuyer son refus de telles pratiques, il lui arrive de révéler sa séropositivité. Mais si cette manière d'agir lui apparaît pédagogique, elle entraîne systématiquement la fin de la relation.

« J'ai pu le voir aussi de mon propre fait, enfin de relations personnelles, de relations sexuelles où la personne dit « oh ben non de toute façon je n'utilise pas de préservatif » et là tu dis « mais la séropositivité, le VIH », « oh ouais mais non, de toute façon, ça se voit ». Ça « se voit » parce qu'on va tout de suite penser à la personne amaigrie et ainsi de suite (...). Et moi, il m'est arrivé, des fois où la personne en face ne voulait pas mettre de préservatifs et là je lui dis « Non écoute, je suis séropositif, on met un préservatif ». Et là automatiquement c'est sûr qu'il n'y avait pas de relations. Et, c'est là que tu dis à un moment donné, c'est là que t'as envie de prendre la personne, non pas pour l'engueuler, quelque chose comme ça mais lui dire « attends, fais attention ». A un moment donné, je ne peux pas dire que je suis le messie ou quelque chose comme ça mais quand tu as ce type de relation, t'as quelqu'un qui te dit en face « oh mais non, de toute façon, je ne mettrais pas de préservatif », voilà c'est ça tu te dis ... T'as envie de réagir. T'as envie de lui dire « ben attends, fais pas le con parce que tu risques de le choper comme ça ». » Jean-François

Cette attitude de vigilance et d'information est pour lui logique : elle reflète son adhésion à des valeurs communautaires, que sont pour lui l'attention aux autres et le maintien d'un haut niveau de protection. Cela participe également d'une démarche, individuelle et collective, de transmission d'un savoir préventif aux gais les moins conscients du risque VIH. Ce positionnement d'exemplarité se retrouve lorsque la séroadaptation est évoquée. Selon Jean-François, qui a participé à des réunions d'information sur la prévention entre séropositifs, il est hors de question d'envisager ce type de stratégie : le risque de « sur-contamination » lui apparaît trop important. Au cours d'une situation de drague, il a déjà été confronté à cette situation. Pour sa part, il a avancé le risque de sur-contamination. Là encore, la discussion avec son partenaire s'est achevée par un refus de relations sexuelles.

« Alors j'ai eu une fois, j'ai rencontré une fois un garçon qui était séropo. Il m'a dit « ben de toute façon, on risque rien ». Je lui dis : « je suis désolé mais moi je suis plombé aussi ». Moi aussi j'avais eu des formations, mais je ne veux pas jouer le maître d'école mais tout ça, ça se joue en 20 ou 30 secondes. Je lui dis : « mais attends, si on se protège pas, tu vas me re-balancer ton virus et moi je vais te balancer le mien. Donc il y a une sur-contamination ». Automatiquement, la plupart du temps ça finissait en queue de poisson parce que la personne soit me prenait pour un prof ou voilà... ». Jean-François

Pour Jean-François, la revendication d'un haut niveau d'exigence dans le domaine préventif est également une nécessité politique pour le groupe d'appartenance. Il considère en effet que les écarts à la norme sanitaire peuvent être instrumentalisés par la presse généraliste afin de discréditer les comportements homosexuels dans leur ensemble. L'expérience de Martin

¹ Paris, 43 ans, séropositif

rejoint en partie celle de Jean-François. Gai parisien de 40 ans, il est séropositif depuis 2001. Il a été infecté par le VIH dans le cadre d'une relation de couple. De par ses engagements personnels et professionnels, il fréquente quotidiennement le monde homosexuel, et considère y appartenir pleinement. Pour lui aussi, les enjeux de la prévention engagent une réalité communautaire. D'une part car les gais sont collectivement concernés par le sida, et d'autre part car il estime que les débats sur le *relapse* et le *bareback* sont porteurs de risque de stigmatisation pour les séropositifs. Célibataire, il fréquente régulièrement les sex-clubs et les saunas pour rencontrer des partenaires sexuels occasionnels. Dans ces différents espaces, son souci de la prévention se manifeste par une démarche active de proposition du préservatif. C'est le plus souvent lui qui incite à son usage. Dans son expérience, cela n'implique pas de négociation verbale : les gestes suffisent à marquer son souhait de protection des rapports sexuels. Comme Jean-François, il lui arrive régulièrement d'essayer des refus de relation, qu'il relie directement à son insistance à utiliser le préservatif.

« [Ça m'est arrivé d'avoir] des refus de relation, du fait de présenter le préso, ça casse quelque chose. Ou bien il me perçoit comme un danger potentiel, en se disant : « s'il me propose une capote, c'est donc qu'il est porteur », ou alors au contraire : « j'en veux pas parce que moi ça me fait chier, ça me fait pas bander », je ne sais pas, parce qu'il y a pas de dialogue, je ne connais pas la raison du refus, mais ça m'est arrivé d'avoir des refus, c'est clair. » Martin

Par ailleurs, pour lui, il n'est pas non plus envisageable d'avoir une sexualité non protégée entre séropositifs : son traitement est efficace, et il craint de mettre en péril sa santé en risquant une sur-contamination. Cependant, il se montre compréhensif à l'égard des hommes qui recherchent des partenaires de même statut sérologique : cela découle des discriminations et du rejet vécus par les séropositifs au sein même de la communauté homosexuelle.

Pour ces répondants, comme l'illustrent Jean-François et Martin, l'affirmation d'une ligne de conduite préventive stricte est cohérente avec l'appartenance communautaire. Elle traduit l'adhésion à des valeurs de protection de soi et de l'autre, et s'inscrit dans une histoire collective de la lutte des gais contre le VIH. A ce titre, ils assument les conséquences de cette exigence, même s'ils les vivent parfois douloureusement : le risque d'être rejeté par des partenaires désirant une sexualité sans préservatif. Pour autant, en évoquant les écarts à la norme préventive constatés dans leur entourage, les explications qu'ils mettent en avant relèvent d'une logique compréhensive. Pour eux, le non usage du préservatif est associé à un faible accès à l'information, à l'expérience du rejet ou à l'ignorance des risques de sur-contamination ; il s'agit donc de ne pas blâmer les *barebackers*. La question de la sur-contamination illustre également un ancrage communautaire : leur refus de la séroadaptation

s'appuie sur des informations issues du milieu associatif, auxquelles ils accordent leur confiance.

Réduction des risques et stratégies de protection

Egalement animés par un souci de protection, certains des hommes de ce groupe ont pour leur part évoqué la mise en œuvre de stratégies de séroadaptation dans leurs pratiques sexuelles. La recherche de partenaires de même statut sérologique, en écartant le risque – moral et sanitaire – de transmission du VIH, s'inscrit pour eux dans une quête de plaisir sexuel. Cependant, ces récits du risque ont mis en lumière d'autres tensions, concernant la connaissance du statut du partenaire ou la possibilité « *d'assumer* » de telles pratiques.

Dans la trajectoire de Stéphane¹, le non usage du préservatif dans les situations de séroconcordance est une réalité ancienne : à la fin des années 1980, lorsqu'il a découvert sa séropositivité en même temps que son compagnon d'alors, ils ont continué à avoir des relations sexuelles non protégées. Depuis le début des années 1990, l'usage du préservatif a été variable, selon les partenaires et les contextes de sa sexualité ; il n'a cependant jamais été systématique. Actuellement en couple depuis de nombreuses années avec un homme séropositif, il évoque très peu la dimension conjugale de sa vie sexuelle au cours de l'entretien : les situations de risque dont il parle concernent avant tout des rencontres en dehors de cette relation. De ce fait, lorsqu'il évoque ses stratégies de prévention, deux cas de figure se dessinent. Le premier tient à la connaissance du statut sérologique de ses partenaires occasionnels. Dans ce cadre, il cherche le plus souvent à s'assurer de la séroconcordance, afin d'envisager, éventuellement, de ne pas utiliser le préservatif. Cela implique une explicitation du statut avec l'autre, par le dialogue ou par l'affichage de son statut sur un profil internet ; cela lui permet « *d'être à l'aise* » et d'éviter les « *mauvaises surprises* ». A travers ces deux formules, il résume la tension morale qui structure son discours sur la prévention : la recherche d'une sexualité satisfaisante (qui implique pour lui de pouvoir se passer du préservatif) et sa crainte de transmettre le VIH à l'un de ses partenaires. A l'entrecroisement de ces deux pôles de tension, Stéphane décrit l'une des facettes de cette élaboration préventive : en fonction des contextes (dans les « *bordels* » parisiens²), l'âge des personnes présentes peut lui servir de critère d'appréciation du statut sérologique de ses partenaires. Le

¹ Région parisienne, 44 ans, séropositif

² *Backroom, sex-clubs*

« seroguessing »¹ (Bourne et al. 2009) ainsi mis en œuvre participe ici d'une démarche d'évaluation et de réduction des risques en situation. Les risques sociaux – de stigmatisation, de rejet, de culpabilité – s'articulent alors directement aux risques sanitaires – de transmission du VIH.

« [Mon statut sérologique, je n'en parle] pas systématiquement, mais en tout cas, mais le fait que c'est capote / no capote, la question j'essaie de la poser systématiquement...sachant que quand je suis dans un bordel, par exemple, selon l'âge des mecs, la question ne va pas se poser, ça va plutôt être quelque chose, comment dire, dans les préliminaires qui va faire en sorte qu'il y a quelque chose qui va me dire : « on baise avec capote ou sans capote ». C'est inconscient tout ça, mais c'est généralement comme ça que ça se passe assez souvent. Après si je suis sur internet, je serai plutôt sur la tendance : chercher des mecs séropos, quoi. Pour être à l'aise et ne pas avoir de mauvaises surprises après. » Stéphane

Cette cartographie morale du risque met également en jeu les limites du dévoilement du statut sérologique. Pour Stéphane, qui évolue dans le milieu gai parisien mais fait également des rencontres en région parisienne et en province, cette stratégie est géographiquement et socialement déterminée.

« Mais après, il y a des endroits où tu ne peux pas dire comme ça [que tu es séropo]. Sur Paris, tu peux le dire, en banlieue tu peux plus difficilement le dire, quand je suis dans ma maison de campagne je ne peux même pas dire que je suis séropo, sinon...du coup, les choses vont tellement vite se savoir ! Il y en a qui le savent, il y en a qui l'ont dit à d'autres, mais je me dis bon après c'est un peu compliqué.

Et dans ces cas là, quand les gens savent ?

Ben on se protège. Ou on pose la question : tu baisses avec ou sans capote, si c'est sans capote tu sais ce que tu fais. » Stéphane

La question des contextes du dévoilement du statut éclaire donc l'élaboration d'une ligne de conduite préventive qui prend en compte la diversité des risques et leur inégale distribution sociale. Dans les propos de Stéphane sur la prévention du VIH, un second niveau de discours illustre ses craintes concernant sa propre santé. Il explique ainsi que lorsqu'il a des relations sans préservatif, il est très attentif au risque d'infection par d'autres IST ainsi qu'à l'éventualité d'une sur-contamination. Cette attention à sa propre santé passe par des formes d'auto-surveillance : examen des éventuels signes d'IST, suivi régulier de sa charge virale ou de son taux de T4. Elle implique également une sélection des espaces de rencontre qu'il fréquente. Mettant en œuvre les mécanismes d'une épidémiologie « populaire », Stéphane a développé une analyse des lieux les plus à risque en terme de transmission des IST. En parlant de « réduction des risques », il ne s'agit donc pas pour lui d'éviter le contact avec les fluides sexuels, mais plutôt de limiter les contextes à risque pour d'éventuelles expositions. Enfin,

¹ Le terme seroguessing désigne le fait de ne pas utiliser de préservatif en s'appuyant sur une présomption du statut sérologique concordant de son/ses partenaire(s).

comme Jean-François et Martin, il met en avant la crainte d'une sur-contamination pour justifier une sélection de ses partenaires en fonction de leur état de santé perçu : le fait d'être marqué par « *des signes importants de la maladie* » en constitue pour lui un critère.

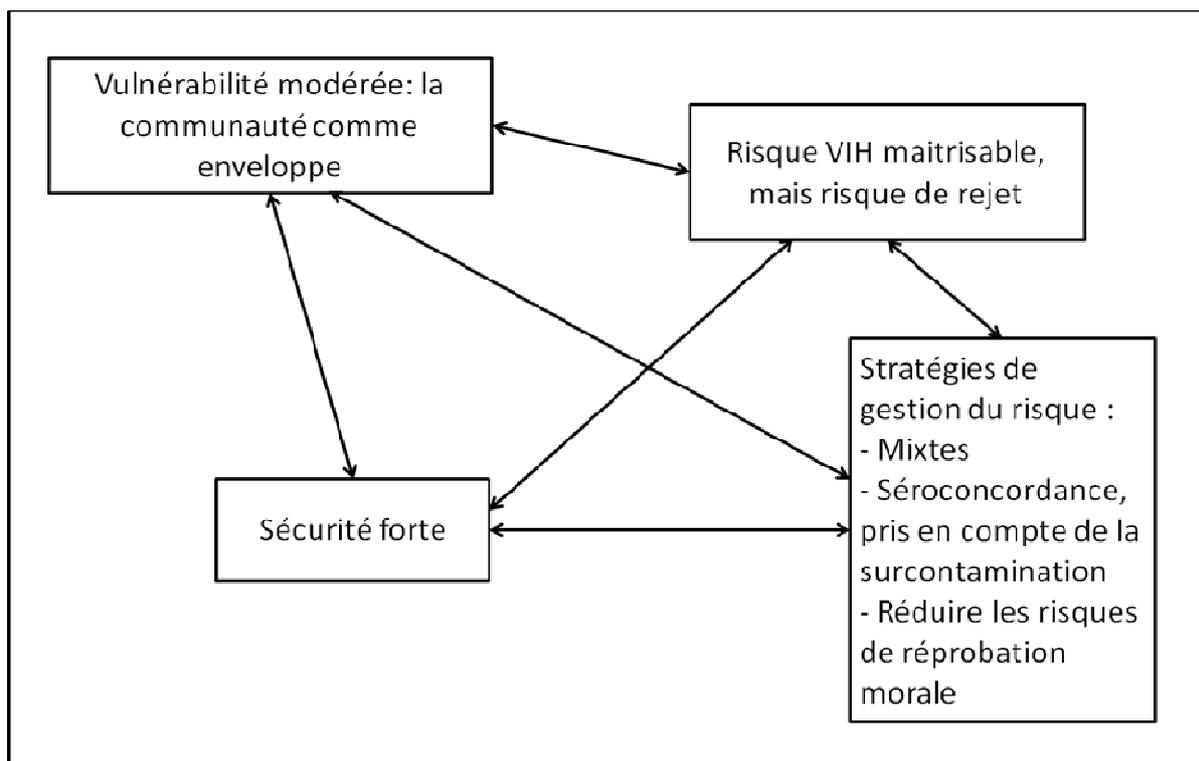
« Voila, je surveille maintenant ma charge virale, mes T4, je fais attention si je me suis chopé une merde ou un truc comme ça, j'essaye toujours de faire attention. Donc peut-être que je suis dans la réduction des risques en allant pas trop dans les bordels à Paris, c'est peut-être pour moi de la réduction des risques inconsciemment. Parce que c'est un milieu qui est très fermé, c'est quand même une minorité de gens qui vont dans les bordels, et que j'ai plus de chances de me choper une merde en fréquentant des mecs qui vont tourner comme ça, toute la nuit, parce que bon je l'ai fait aussi quelquefois, donc je vois un petit peu où ça peut mener quand tu passes toutes les nuits dans une backroom, à te taper 15 ou 30 mecs dans ta soirée. Je me dis si c'est sur ces mecs là que tu tombes, t'as plus de chance de te choper une merde que si tu vas sur un lieu de drague ou sur internet. C'est con, mais je me chope assez rarement d'IST... Tu vois, du coup, je n'ai jamais eu la syphilis (...). J'ai de la chance, ou peut-être que je fais attention (...). C'est vrai que j'aurais plus peur de coucher avec un mec qui aurait vraiment des signes importants de la maladie. Parce que j'aurais du coup peur que son virus soit résistant. ». Stéphane

A travers son discours, Stéphane décrit un ensemble cohérent de stratégies de protection, alternatives à l'usage du préservatif. A l'échelle personnelle, cela implique une attention à des déterminants biomédicaux du risque (charge virale, T4, symptômes d'IST). Dans les relations, la protection passe par une palette de stratégies qui mettent en œuvre des critères variés de minimisation des risques : dévoilement du statut sérologique, choix des lieux de rencontre, des partenaires et des pratiques. La manière dont il gère les risques (sociaux et sanitaires) peut à bien des égards apparaître aléatoire et peu fiable au regard de la rationalité de santé publique. Toutefois, cette démarche préventive articulant des savoirs experts et des savoirs expérientiels lui apporte le sentiment d'un haut niveau de protection.

A travers les différents profils présentés, on perçoit comment l'appartenance au groupe participe d'un sentiment de maîtrise du risque : les répondants accordent leur confiance dans les informations véhiculées par le milieu associatif, notamment sur la sur-contamination. De plus, la communauté de vécu de la séropositivité structure des réseaux relationnels et de soutien. Les normes collectives véhiculées au sein de ces réseaux constituent un cadre de résistance à la réprobation morale liée à l'éventualité d'exposer ses partenaires sexuels au risque du sida. Cependant, l'expérience du rejet, du fait de la séropositivité, est courante dans les espaces de rencontre et de sexualité que fréquentent ces hommes. Les risques auxquels sont confrontés des gais séropositifs sont donc de deux ordres : sociaux et sanitaires. Dans ce contexte, les attitudes à l'égard de la prévention sont contrastées, mais elles se fondent sur le présupposé moral partagé : le risque de transmettre le VIH est inacceptable. Pour Jean-François et Martin, ce souci de protection de soi et de l'autre se traduit dans une éthique de l'exemplarité : le refus des relations sans préservatif, même avec un partenaire

séroconcordant. Enfreindre cette ligne de conduite constituerait une double transgression, pour soi et pour le groupe. Dans la situation de Stéphane, les stratégies de protection sont diversifiées et sont fondées sur la possibilité d’avoir des relations sans préservatifs. Dans les discours de ces hommes, il apparaît que la revendication d’une appartenance communautaire crée les conditions d’une prévention sécurisante au plan personnel. Pour ce faire, l’usage systématique du préservatif ne constitue pas la seule option disponible. La réduction des risques passe également par des stratégies de dévoilement du statut sérologique, même si cela entraîne parfois un refus de relation sexuelle. L’exemple de Stéphane illustre le fait que le non usage du préservatif peut apparaître, à certains égards, comme une stratégie sécurisante et sécurisée. Plus généralement, ces répondants rejoignent l’analyse de K. Race sur les évolutions de l’expérience du VIH (2001). La prise en compte de la charge virale ou l’angoisse de la surcontamination les constitue bel et bien en sujets « *sexuellement et scientifiquement actifs de la prévention* » (*ibid.*).

Figure 10 : La communauté protectrice



7.2. Des individus face aux risques

Les répondants revendiquant leur distance à l'égard du monde gai constituent un groupe hétérogène. Pour certains d'entre eux, en effet, la communauté représente une réalité extérieure dont la fréquentation ponctuelle, actuelle ou passée, ne joue pas un rôle déterminant pour la définition de soi. C'est ce groupe d'interviewés qui va nous intéresser à présent. Dans leur appréhension du phénomène de bareback, on l'a vu dans le chapitre 5, ces hommes défendent une lecture de la « responsabilité partagée ». En abordant leurs propres pratiques de prévention du VIH, deux tendances apparaissent. La première met en jeu la conception d'un danger maîtrisable : les discours de ces répondants sont marqués par la volonté de circonscrire un niveau de risque socialement acceptable. Comme l'ont montré T. Rhodes et L. Cusick, ces récits de « *l'acceptabilité* »¹ (2002) correspondent à un mode de justification des comportements qui met l'accent sur la capacité d'agir et la revendication de la responsabilité des individus. La seconde lecture du danger souligne le poids de facteurs de risque indépendant de la volonté des personnes. Ces « *récits de l'agentivité* »² (*ibid.*) tendent à relativiser la responsabilité individuelle, en privilégiant la prise en compte d'éléments du contexte des relations sexuelles, défavorables à la prévention.

7.2.1. Risques et responsabilité

Au cours des entretiens, la définition des situations de risque a donc impliqué, pour certains répondants, l'identification de circonstances ne nécessitant pas le recours au préservatif. Cette distinction permet à ces hommes de souligner leur adhésion pragmatique à la norme préventive. Implicitement, deux des critères de la prévention sont particulièrement mobilisés : la connaissance du statut sérologique (le sien et celui de son partenaire) ; et l'évitement du contact entre muqueuses et liquides contaminants (sperme, sang). De ce fait, une hiérarchie des situations de risque se dessine, qui traduit la revendication d'une responsabilité préventive :

- Au premier rang des situations « à risque » se situe la pénétration anale sans préservatif avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent. Les répondants identifient cette pratique comme la plus condamnable en termes de

¹ Pour les auteurs : « *accounts of acceptability* »

² Pour les auteurs : « *accounts of agentivity* »

responsabilité. L'éviter nécessite d'utiliser un préservatif ou de rechercher la séroconcordance.

- La pratique de la fellation sans préservatif avec un partenaire occasionnel apparaît moins risquée, mais s'avère problématique dans les discours recueillis : en effet, sur quels critères fonder la perception d'un risque faible ? Le discours de responsabilité qui accompagne cette pratique mêle la prise en compte de la santé bucco-dentaire et l'évitement du contact avec muqueuse/sperme.

Cette hiérarchie du risque est modulée par un facteur majeur : la connaissance du partenaire et la nature de la relation. La notion de confiance joue un rôle important dans l'équilibre des comportements de prévention rapportés par ces hommes.

Circonscrire les situations de risque

L'exemple d'Eric¹ illustre bien cet agencement individuel d'une échelle de risques. Il est en couple depuis trois ans avec un homme et, après quelques mois de relation, son partenaire et lui ont effectué ensemble un test de dépistage du VIH afin de ne plus utiliser de préservatif. Dans cette relation, les fellations n'ont jamais été protégées. Eric est ici partagé entre la relativisation du risque lié à cette pratique et les recommandations préventives qu'il peut être amené à diffuser en tant que militant dans une association LGBT. Il explique que pratiquer la fellation sans préservatif, « *c'est à ses risques et périls* », une manière de rendre explicite un arbitrage entre incertitude sanitaire et plaisir sexuel. Pour autant, tout son discours met en lumière son attachement à une forme de responsabilité préventive, fondamentalement relationnelle : le choix d'arrêter le préservatif résulte d'une décision prise avec son compagnon. Durant l'entretien, en revenant sur son expérience de la prévention, il hiérarchise les risques, en soulignant la différence de risque entre fellation et pénétration anale. Pour cette dernière pratique, il met en avant deux critères : la connaissance mutuelle du statut sérologique (par le biais du test de dépistage) et la relation de confiance qui unit les deux partenaires.

« Pour tout ce qui était fellation, je n'ai jamais mis un préservatif. De toutes façons, c'est désagréable au possible, ce n'est pas bien de dire ça, je le sais, (rires), surtout que je promeus la prévention, surtout moi, je ne peux pas... Bon, c'est à ses risques et périls. Et non, je n'ai jamais eu de problèmes, de MST...ensuite quand il y a eu pénétration, là j'ai toujours mis des préservatifs. J'ai toujours fait très attention à ça, il n'y a qu'avec mon copain, que je ne mets plus de préservatifs, depuis 2 ans et 6 mois, à peu près. Au bout de 6 mois qu'on était ensemble, on a

¹ Rennes, 20 ans, séronégatif

fait un test, ça faisait plus de 4 mois, donc on était tranquille, on savait qu'on ne couchait pas à côté, donc on s'est fait confiance, on a eu raison...

Oui, c'est une histoire de confiance ?

Oui, de toute façon, c'est une histoire de confiance, bien sûr. Et donc ça fait 3 ans : toujours pas de préservatifs, jamais eu de problèmes de MST. » Eric

L'existence d'un contrat préventif, fondé sur la confiance dans l'autre partenaire, constitue ici un redoublement d'une stratégie de protection n'impliquant pas le préservatif.

La manière dont Clément envisage la prévention offre une autre illustration de cette manière de percevoir les risques VIH. Ce dernier a 21 ans, il est séronégatif. Il vit à Rennes depuis un peu plus d'un an et poursuit des études dans une école d'ingénieurs de la ville. Il est peu investi dans le milieu gai, car il se sent « *différent* » des autres homosexuels. Il fréquente cependant ponctuellement les bars et participe à certaines activités du Centre LGBT. Il est actuellement célibataire, après avoir eu une expérience amoureuse très marquante avant son arrivée à Rennes. Depuis, il a eu plusieurs « *petites relations* », qu'il ne définit ni comme des « *plans culs* », ni comme des relations de couple. Dans son parcours, la prévention du VIH intervient comme un élément à part entière de son entrée dans la sexualité, notamment à travers les actions de sensibilisation dans le milieu scolaire. Comme Eric, il situe le risque principal au niveau de la pénétration anale non protégée. De même, la fellation lui apparaît, au vu des informations dont il dispose, constituer un risque très faible. Il considère qu'il est « *difficile d'attraper le sida par ce moyen là* », et il a « *confiance dans le corps humain* ». Il est, de plus, vigilant au fait d'avoir des plaies dans la bouche et il évite d'ingérer du sperme lors de ces pratiques. Lorsque l'on aborde les comportements qu'il considère comme les plus « à risque », Clément évoque un évènement survenu dans le cadre de la relation amoureuse dont il a parlé au début de l'entretien. Il s'agit d'une histoire douloureuse, car cet homme était lui-même déjà en couple, et que leur relation a du être clandestine durant plusieurs semaines, avant de prendre fin. Peu avant leur rupture, ils ont eu une relation sexuelle sans préservatif, dont il me fait le récit : « *on a eu un rapport non protégé, je le confesse* ». Son discours oscille alors entre deux lectures. Il met en avant le danger pour sa santé, car s'il se savait séronégatif, il n'était pas sûr du statut sérologique de son partenaire : « *je savais que je prenais un risque* », explique-t-il. Mais il justifie aussi cette prise de risque : ils n'avaient pas de préservatifs à disposition ; de plus il met l'accent sur le rapport de confiance qui les unit. Le fait que son partenaire soit jeune et en couple depuis plusieurs années lui apparaissent comme des gages de sa séronégativité. Dans l'extrait suivant, on peut lire comment opère la démarche de justification réflexive suscitée par les questions du chercheur :

Tu n'avais pas l'impression de prendre un risque ?

Si, je savais que je prenais un risque, mais bon, on est toujours...Enfin, c'est un risque modéré, c'était un risque réfléchi, ce n'était pas comme si je faisais ça avec quelqu'un que je n'avais vu qu'une fois dans ma vie ! C'était quelqu'un pour qui j'avais déjà des sentiments forts...

Là ce qui fait que vous ne vous êtes pas protégés, c'est que c'était un risque réfléchi, ou c'était la situation ?

La situation faisait qu'on n'avait rien, on n'avait pas le matériel, on n'avait pas de préservatifs sur nous, et voilà, c'est tout. C'est vrai que c'est stupide, mais...

Vous ne vous êtes pas dit « on va faire une connerie ? », non ?

Bon, je pense qu'on l'a pensé tout les deux, pas qu'on faisait une connerie, parce que comme je te dis, le risque restait modéré, mais si, on en a discuté, mais on en a conclu que le risque restait modéré. On savait quand même qu'on jouait énormément sur la confiance, pour le coup. Je n'ai pas eu à le regretter... »

Pour Clément, l'absence de problème de santé à l'issue de cette expérience vient valider *a posteriori* son sentiment de protection. De manière plus générale, dans sa conception du risque, deux critères s'agencent pour délimiter la dangerosité : le type de pratiques (pénétrations *vs* fellation), et la connaissance du partenaire. Ainsi, par ces deux modes de réduction de l'incertitude, il dessine les contours d'une attitude responsable. Une responsabilité nécessairement relationnelle, fondée là aussi sur un rapport de confiance.

« *Vivre avec le risque* »

La notion d'attitude « *raisonnable* », présente dans les entretiens d'Eric et Clément, se retrouve également dans le discours de François. Ce dernier est un gai séropositif de 59 ans. Il vit en grande banlieue parisienne, à la campagne, mais continue à travailler dans la capitale où il conserve un studio. Il est employé dans le monde de l'édition de presse. Après une première vie hétérosexuelle, au cours de laquelle il a eu un enfant, François commence à assumer ouvertement son homosexualité au milieu des années 1980. C'est à la même période qu'il se découvre séropositif au VIH, en 1986. Il est en couple avec un homme durant 14 ans, jusqu'au début des années 2000 ; depuis lors, il est célibataire. Engagé dans un parti de la gauche parlementaire, il ne se définit pas comme membre d'une communauté homosexuelle. Selon lui, dans son raisonnement politique, sa seule communauté d'appartenance est le « *peuple français* ». Cependant, cette conception républicaine ne l'empêche pas de défendre la nécessité de mobilisations spécifiques des personnes LGBT, afin d'obtenir des droits et de lutter contre les discriminations. Sur le plan de la prévention, François explique avoir évolué à partir des années 1993/1994. A partir de cette période, il lui arrive, occasionnellement, d'avoir des relations anales sans préservatif dans des saunas qu'il fréquente. Il demeure très marqué par les questions que lui ont posées ces pratiques : ne risquait-il pas de contaminer une personne séronégative ? A l'époque, il a relativisé ce sentiment de culpabilité, en considérant que pour s'engager dans de telles pratiques, les hommes concernés devaient être eux-mêmes

séropositifs et/ou conscients du risque pris. Par la suite, grâce aux trithérapies, son état de santé s'améliore de manière spectaculaire à partir de 1996.

Dans son couple, le préservatif a très tôt été délaissé, son partenaire étant lui aussi séropositif. Après la séparation d'avec son compagnon, il continue à avoir des rapports sexuels non protégés, pour des raisons de confort et de plaisir sexuel, car il associe le préservatif à ses problèmes d'érection. Mais il s'impose rapidement une règle de fonctionnement avec ses partenaires de rencontre : il n'a de relations sans préservatif qu'avec des hommes séropositifs. Pour lui, cette élaboration personnelle concorde avec l'émergence médiatique du phénomène de bareback, à la fin des années 1990. Dans son discours, François opère une différenciation entre « *le relapse* » et « *le bareback* », qui lui sert de point de repère moral pour envisager ses propres conduites :

« *Le relapse* et le bareback c'est pas la même chose. *Le relapse*, c'est : on a envie de baiser, on baise. On baise un inconnu ? On sait qui c'est ? On s'en fout. Ce n'est pas une attitude responsable (...). *Le relapse*, c'est la contamination inconsciente ou volontaire, puisque ça faisait jouir. Moi ce n'était pas mon genre ! Le bareback, c'est le choix de ne pas se protéger entre partenaires séropos, conscients de l'être et qui savent que l'autre l'est aussi. Je suis séropo, tu l'es aussi : capote ou pas capote ? Pas capote ? D'accord. Dans ce cas là, c'est un choix, critiquable, discutable, mais après tout... C'est un choix entre deux adultes (...) » François

François définit son positionnement moral en dissociant la notion de « *contamination volontaire* » du bareback et en soulignant le choix « *responsable* » que constitue une relation non protégée entre deux partenaires séroconcordants. Sans être systématique, ces pratiques sont régulières. Il évoque le risque de sur-contamination, mais il le considère très faible entre deux partenaires bénéficiant d'un traitement efficace et d'un suivi médical. Ce risque lui apparaît réel, mais « *suffisamment gérable* », de la même manière que le risque lié à la fellation non protégée paraît gérable pour Eric et Clément. Lorsqu'on aborde sa perception du risque de transmettre le VIH, François raconte comment, lors des rencontres occasionnelles sur les sites internet, il met en place un système de filtre afin d'éviter les situations de sérodifférence. D'une part, sur les sites dédiés au sexe sans préservatif, il affiche très clairement sa séropositivité. D'autre part, lorsqu'il entre en contact avec un homme, il évoque ouvertement la question du statut sérologique, le sien comme celui de son partenaire potentiel. A travers cette stratégie, il cherche à réduire le risque de réprobation morale associée au bareback : il maintient, de fait, une attitude qu'il estime responsable tout en ayant des relations sans préservatif, gage d'un plus grand plaisir sexuel.

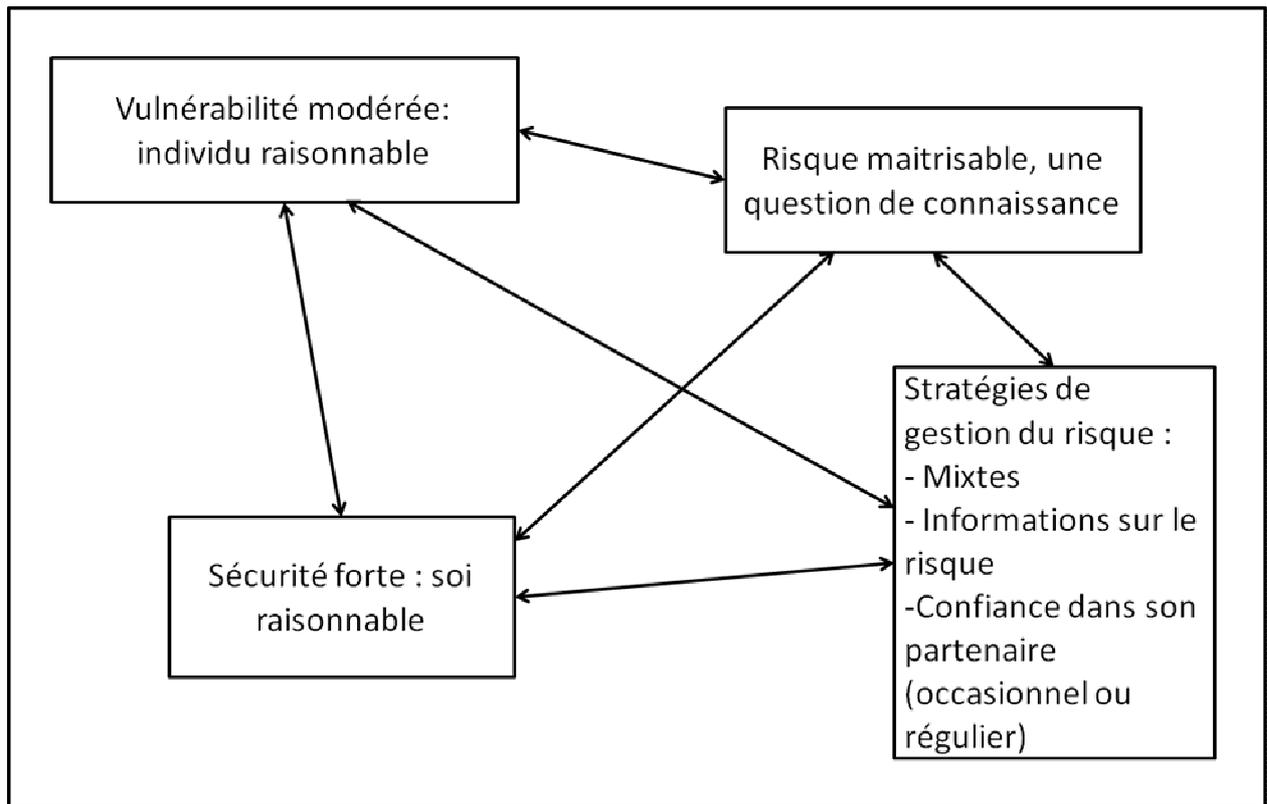
« Sur les différents réseaux, quand j'ai quelqu'un qui « mord à l'hameçon », on se téléphone après, et je lui dis que je suis séropo. [Sur mon profil], je passe un message explicite, par exemple : « cherche vide-couille à doser au jus, sans capote », quelqu'un qui me contacte sur ce message là, il sait ! Mais quand on s'appelle, je pose la question : « est-ce que tu es séropositif ? » S'il dit non,

je dis que je le suis. « Ah ! Bon, ben salut...au revoir, bonne chance ». En général c'est moi qui raccroche. Ou alors c'est l'autre qui me demande : « est-ce que t'es clean ? ». Non, je ne suis pas « clean ». Au sens où tu l'entends... ça veut dire séronégatif. Des fois c'est des jeunes gens, je ne sais pas s'ils cherchent leur père ou quoi, 22, 23, 24 ans, qui me contactent, et je pose la question : « est-ce que t'es séropositif ? » Alors c'est soit non, soit « je ne me suis pas testé, je ne sais pas, j'ai déjà baisé avec un séropo, mais il ne s'est rien passé... ». Je dis : « écoute, je te donne mon numéro de téléphone, si tu as envie qu'on se voit, tu réfléchis, tu me rappelles dans 10 minutes ». Personne ne m'a jamais rappelé ! ». François.

Ainsi, François a élaboré sur la longue durée un rapport à la prévention qui s'appuie sur une conception d'un risque maîtrisable. Dans ce cadre, la sur-contamination ou le risque de transmission du VIH lui apparaissent gérables. Sans se revendiquer « barebacker », il procède à une redéfinition du terme, centrée autour de la séroconcordance et du choix, qui lui sert de référence en matière de responsabilité préventive. En dévoilant son statut sérologique, François n'assume pas seul la suite des événements : il instaure une relation dialogique autour de la prévention. Comme il l'explique à la fin de l'entretien, il s'agit pour lui « *d'être conscient du risque, et de savoir vivre avec* ».

Chacun à leur manière, Eric, Clément et François revendiquent une perception raisonnable du risque et des incertitudes associées à la prévention. Et ce, bien qu'ils évoluent dans des contextes variés du point de vue géographique, générationnel et sérologique. On voit à travers leurs propos comment s'élabore une appréhension sécurisante de la gestion du risque VIH. Leurs mises en récit de la prévention soulignent une volonté de délimiter la possibilité d'un risque acceptable. Pour Eric et Clément, cela concerne la fellation sans préservatif, mais aussi la relation de confiance qui peut s'établir avec un partenaire. Dans la situation de François, il s'agit du risque de sur-contamination, ainsi que la recherche de séroconcordance. Ce travail d'acceptabilité opère comme une manière d'échelonner le risque pour soi et les autres. Elle opère également sur le plan moral, en maintenant le cadre d'une responsabilité partagée.

Figure 11 : L'individu raisonnable



7.2.2. Des capacités d'agir sous contrainte

Pour un second groupe de répondants, le récit de la prévention met d'abord en jeu le contexte de leurs relations sexuelles. A la différence du groupe précédent, ceux-ci soulignent d'abord les limites de leurs marges de manœuvre face au risque dans certaines circonstances. Dès lors, la capacité à se protéger peut être fragilisée, sous la contrainte d'éléments indépendants de leur volonté. L'identification de ces contextes de danger ne permet cependant pas toujours de réduire leur effet : le risque apparaît alors comme un aléa peu maîtrisable.

Dans le parcours de Romaric, 25 ans et séronégatif, la prévention a été difficile à intégrer à sa sexualité au début de sa vie gaie. Ce dernier vit actuellement à Paris depuis peu, en couple avec un homme de 27 ans. Il travaille dans une grande entreprise du secteur public. Après une longue période d'incertitude sur son orientation sexuelle, il a commencé à avoir des relations affectives et sexuelles avec des hommes à l'âge de 22 ans. S'en suit une période d'expérimentations sexuelles et relationnelles, durant laquelle il rencontre de nombreux partenaires. L'année suivante, il entame une relation avec son compagnon actuel et fait, peu après, son coming out à ses amis et auprès de sa mère. Avec son compagnon, ils ne fréquentent que rarement le milieu gai, dont ils ne se sentent pas faire partie. Concernant la

prévention, Romaric s'estime très bien informé ; il raconte avoir même été « *moralisateur* » sur le sujet auprès de ses amis, en leur rappelant régulièrement la nécessité d'utiliser le préservatif. Mais, lorsqu'il revient sur ses premières expériences homosexuelles, Romaric évoque sa difficulté à mettre en place un cadre de prévention. Il met en avant plusieurs explications. Tout d'abord, à cette période, il découvre son « pouvoir de séduction » auprès des hommes : le fait de plaire et d'être dragué l'amène à mettre la prévention au second plan. D'autre part, dans certaines interactions sexuelles, le désir de son partenaire et sa capacité de persuasion ont pu peser sur sa propre motivation. De plus, si le partenaire se montre entreprenant et prend l'ascendant, il estime ne plus être en capacité de négocier l'usage du préservatif. Enfin, dans certaines circonstances, il met en cause l'absence de matériel de prévention.

« De mon initiative personnelle, j'avais tendance entre guillemets à pousser la prévention, j'avais des capotes sur moi, j'étais quand même sensibilisé. En même temps si un mec...en l'occurrence, le premier, lui il m'a dit qu'il ne voulait pas, parce que... il m'a donné des raisons nulles : « c'est bon, qu'est-ce que tu crois ? Que j'ai le sida ? ». Et en même temps il me disait : « tu sais, statistiquement, il y a quand même peu de chances que l'un de nous soit porteur... ». Et en même temps, lui je voyais qu'il en avait envie, et moi aussi, sur le coup, j'ai relativisé. Mais après coup, le lendemain, j'en étais malade. Bon, ça m'a pas empêché de recommencer, mais c'était plutôt... ce n'était jamais ma décision de me dire : « je ne me protège pas », c'était plutôt dans un contexte où le mec voulait pas, ou alors, ça m'est déjà arrivé, parce que ni l'un, ni l'autre n'avait de quoi, n'avait de préservatif (...)

Qu'est-ce que qui te fais relativiser le risque, dans ces moments là ?

Qu'est-ce qui me fait relativiser, je n'en sais rien... en fait, c'était plutôt peser dans la balance entre me dire : voilà j'en ai envie, il est sympa, il me plaît, et puis le risque. Je mesurais les deux. Et ça m'est déjà arrivé de dire non, parce que... je ne sais pas, ça n'avait pas trop accroché, donc là je me disais, ça n'en vaut pas le coup. Par contre, si j'avais un bon feeling avec le mec, là je pesais, je me disais : allez c'est bon. En plus, j'aimais bien les garçons qui étaient un peu entreprenants. Donc si on dinait ensemble et qu'après il était cash [c'est-à-dire « direct »] avec moi, dans un sens ça me plaisait. Donc je me disais : « je n'ai pas envie de stresser ». Alors bon des fois dans ces cas là, la prévention venait naturellement, on n'abordait même pas ça. Et si je sentais que lui spontanément n'était pas sensibilisé à la prévention, ben moi j'avais vachement de mal à en parler, de dire : je casse ce qui se passe parce qu'il faudrait peut-être songer... »

On le voit, le récit de Romaric met en lumière une tension : malgré la volonté initiale de se protéger, un certain nombre d'évènements ou de circonstances freinent le recours au préservatif. Présentés de cette manière, ces comportements apparaissent relativement extérieurs à lui-même, découlant du partenaire, du contexte et/ou d'une envie du moment. Cette passivité face aux risques est relative, car comme il le raconte, il met en œuvre une balance intérieure « désir/risque », qui lui permet de déterminer s'il se « laisse aller » ou non avec un partenaire. De plus, il insiste sur l'angoisse que suscitent chez lui, *a posteriori*, ces épisodes de risque : il explique avoir systématiquement ressenti une forte angoisse en allant chercher les résultats de ses tests de dépistage du VIH. Ces situations de non protection restent cependant limitées : il en dénombre moins d'une dizaine au cours de sa vie ; au total, il

a effectué quatre tests de dépistage, dont le dernier lorsque son compagnon et lui ont décidé d'arrêter d'utiliser un préservatif. Derrière le paradoxe apparent, on perçoit la manière dont Romaric préserve une cohérence dans son discours sur la prévention : bien que conscient du danger, il s'est trouvé confronté à des situations dans lesquelles il « se laisse » perdre le contrôle. De ce fait, présentée ainsi, son attitude n'apparaît pas moralement irresponsable : elle découle d'un contexte défavorable, dans lequel ses capacités de choix et d'action sont contraintes. L'angoisse et la culpabilité qu'il déclare ressentir par la suite constituent un moyen de réaffirmer l'ordre préventif socialement acceptable, en resituant le risque VIH comme une crainte majeure.

Pour Etienne¹, la maîtrise du risque VIH est vécue comme problématique dans le cas des fellations non protégées. Agé de 21 ans, il se sent très informé sur la prévention. Récemment, par l'intermédiaire d'un ami, il a fait la connaissance d'un gai séropositif d'une cinquantaine d'année, avec qui il a pu échanger sur la réalité de l'épidémie durant les années 1980/1990. Cette rencontre a été marquante pour lui, car elle lui a permis de prendre la mesure plus concrètement des ravages causés par la maladie : cet homme a en effet perdu la plupart de ses amis proches, du fait du sida. Pour sa part, Etienne a toujours utilisé un préservatif pour les pénétrations anales avec des partenaires occasionnels. Lorsque j'évoque les épisodes de risque, il aborde spontanément la fellation non protégée. Selon lui, il s'agit d'une pratique potentiellement, mais faiblement dangereuse, qu'il ne se sent pas toujours capable de gérer. S'il parle de risque pris « *consciemment* », il considère que dans la dynamique d'une rencontre occasionnelle, sa vigilance préventive peut-être altérée. D'une part, car l'utilisation d'un préservatif lui paraît difficile : après plusieurs tentatives, il estime qu'il y perd trop de plaisir pour trop peu de bénéfices en terme de santé. D'autre part, malgré sa volonté de ne pas « *sucer n'importe qui* », l'excitation et le désir liés à la rencontre prennent le dessus sur la préoccupation préventive.

« Tu es assez vigilant en général... »

Oui, on peut dire ça. Mais il m'est arrivé de prendre des risques, c'est-à-dire des fellations sans capotes. (...) La fellation, je sais que la fellation ce n'est pas un risque fort...je sais qu'il y a un risque, qui peut être faible, mais le risque est là, parce que quand tu sucés un mec, tu peux l'exciter plus ou moins, et il y a du liquide séminal qui peut rentrer dans ta bouche. Donc le risque il est là. Et je me souviens plus d'une fois avoir pris des risques par rapport à la fellation, parce que sucér un mec avec une capote, c'est vraiment très désagréable, autant pour moi que pour lui, et... c'est vrai que c'est chiant, mais c'est un risque que je prends consciemment. (...) Donc dans ces cas là, je me dis, "OK, je lui fais une fellation, mais de manière très brève, quoi". Mais le risque est là, quoi. Y a toujours un risque, et je pense que le risque zéro, il n'existe pas. (...)

Et comment tu le gères après?

¹ Rennes, 21 ans, séronégatif

Je me dis que les risques sont très minimes (silence). (...) En même temps, je ne dis pas que je me mets à sucer n'importe qui, il faut savoir faire attention aussi à ne pas se jeter sur le premier venu...Mais en même temps c'est difficile, parce que des fois quand tu fais une soirée, tu rencontres un mec, tu lui plais, et sans que tu saches comment ça vient, tu couches avec lui, tu as un rapport non protégé, et... voilà, ça se fait hyper rapidement, ça se fait hyper facilement...».
Etienne

A travers les propos d'Etienne, on voit opérer un mécanisme de réflexivité préventive. La pratique de la fellation sans préservatif met à l'épreuve sa conception du risque : la notion de « *risque faible* » est imprécise, maintenant ainsi un sentiment de danger et de transgression vis-à-vis duquel il est ambivalent : « *C'est ambigu, c'est comme si finalement, le risque...le risque suscitait davantage d'excitation, comme si le fait que la mort soit présente dans mon esprit, je me dis "tiens je suis en train de prendre un risque" (...). Comme si tu sautais à l'élastique* ». D'autre part, le non usage du préservatif pour la fellation questionne sa capacité à faire correspondre connaissances, volonté et action. Dans le « feu de l'action », il sait d'expérience qu'il ne mettra pas en œuvre la réponse préventive maximale. Dans son discours, contrairement à Eric et Clément, Etienne ne mobilise pas une échelle de risque pour délimiter les risques entre fellation et pénétration. Il procède à l'évaluation du niveau de risque d'une pratique isolément, en la reliant à des interactions intervenues dans des contextes précis.

Pour sa part, lorsqu'il se remémore ses relations sexuelles non protégées, Loïc¹ évoque sa fréquentation d'un milieu festif homosexuel. A cette époque de sa vie, les sorties dans les bars gais et la consommation d'alcool lui ont servi de soupape, pour gérer les tensions qu'il ressentait dans le cadre professionnel et la gestion de ses « *deux* » personnalités qui cohabitent en lui : « *il y avait deux Loïc* », explique-t-il, celui qui ne dit rien de son orientation sexuelle au travail et celui qui fréquente assidument le milieu gai. De la même manière qu'Etienne, Loïc considère la fellation sans préservatif étant sa principale pratique « à risque ». Concernant ces épisodes de risque, il pointe le rôle désinhibant de l'alcool. En revenant sur les rares situations durant lesquelles il n'a pas utilisé de préservatif pour des pénétrations anales, Loïc se rappelle l'angoisse qui a suivie. Ce sentiment traduit pour lui le retour à une conscience aiguë du risque pris ; dès lors, il réagit de manière raisonnable, en effectuant un test de dépistage « *dans les délais* » nécessaire pour connaître son statut sérologique.

« Le problème c'est que j'ai souvent baisé quand j'étais saoul, et j'avais tellement envie que souvent je me suis dit : « je m'en fous. Si je dois mourir demain, je mourrai demain, mais là, je veux baiser maintenant ». C'est dingue de se dire ça !

¹ Paris, 37 ans, séronégatif

Ça t'est arrivé souvent ça ? Régulièrement ?

Oui. Pour la fellation, pas pour la pénétration.

Pour ça, tu avais quand même toujours le réflexe de toujours mettre une capote ?

Oui. Peut-être une ou deux fois, je n'en ai pas mis.

Et qu'est-ce que tu as fait ?

Après j'ai fait un test dans les délais.

C'est là que tu flippais ?

Oui, gros flip. Parce que finalement, on ne sait pas avec qui l'on baise. On rencontre quelqu'un sur un Dance-floor, on se paie un verre, on discute un petit peu et après on va chez l'un ou chez l'autre, et puis voilà.

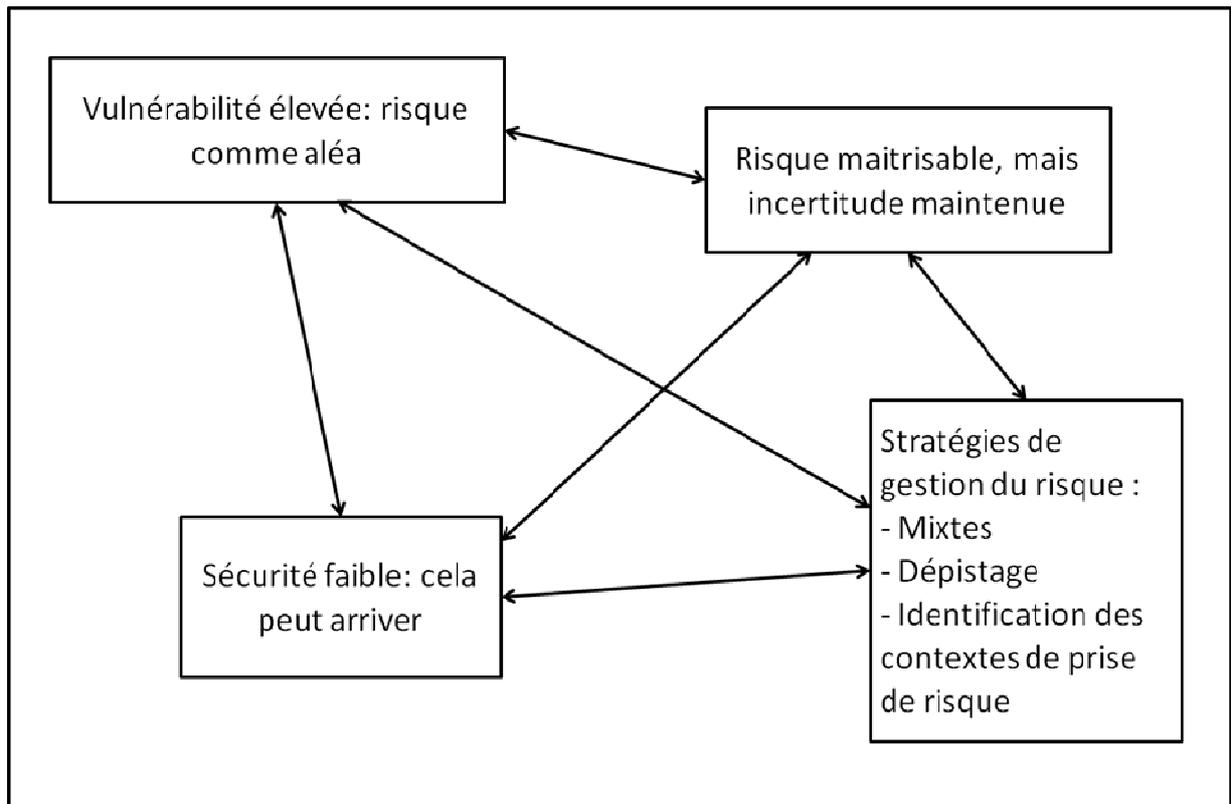
Toi tu dirais que l'alcool a eu un impact négatif sur ton comportement et ta manière de te protéger ?

Ça désinhibe et ça rend ... Oui, ça enlève de la prudence. » Loïc

Dans le récit de Loïc, les tensions intérieures interviennent fortement pour expliquer les prises de risque. Dans son milieu professionnel, Loïc garde le secret sur son orientation sexuelle ; une situation de « mensonge » qu'il vit par moments difficilement, car une part de sa personnalité est enfouie. Alors que dans le milieu gai, il sort symboliquement de ce cadre contraignant, en vivant ouvertement son homosexualité. Cet autre lui-même, favorisé par la consommation d'alcool, est aussi associé à une désinhibition sexuelle, dont fait partie la prise de risque VIH. Comme je l'ai évoqué précédemment, Loïc fait de cette période un récit *a posteriori* : actuellement en couple depuis un an, il estime avoir trouvé l'équilibre qui lui manquait pour assumer plus sereinement son orientation sexuelle, notamment dans son milieu professionnel.

Pour ce groupe de personnes interviewées, le récit des situations de risque met en lumière les contraintes qui pèsent sur l'individu. De ce fait, la volonté de se protéger du VIH, revendiquée par tous avec des partenaires occasionnels, peut être contrecarrée dans certains contextes. Cette manière de penser la prévention souligne la fragilité potentielle du sujet. Chez ces répondants, l'appréhension du risque nécessite de le considérer comme un aléa parfois inévitable et peu maîtrisable ; cependant, l'exposition éventuelle au VIH appelle des réponses raisonnables, telles que le test de dépistage. C'est cette capacité à composer avec le danger qui caractérise une attitude responsable au regard des recommandations de prévention.

Figure 12 : Le risque comme aléa de l'existence



7.2.3. Individu, autonomie et risques

Se situant également à distance du milieu gai, une partie des répondants affirme plus fortement leur défiance à son égard. La communauté est perçue comme une entité normative, qui met en péril l'individualité. Ces hommes mettent en avant la construction d'un soi autonome, détaché des appartenances collectives. A la différence des autres personnes interviewées, leur conception de la responsabilité est fondée sur les notions de libre-arbitre et de choix individuel. Cependant, des différenciations apparaissent parmi eux, au regard de leur expérience du risque VIH, selon que celui-ci leur apparaît plus ou moins maîtrisable. Durant les entretiens, ces hommes se sont donc prêtés à l'exercice de présenter leurs règles « *de conduite* » préventive. Puisant dans leur propre expérience comme dans les recommandations de la santé publique ils en retirent, pour certains d'entre eux, un fort sentiment de maîtrise du danger.

Affirmer une ligne de conduite préventive pour soi

Pour Pierre¹, la prévention du sida se pose lorsque, après une relation de couple d'une dizaine d'année avec une femme, il reprend une sexualité avec des hommes à la fin des années 1990. Il reste alors marqué par le décès de personnes proches, homosexuelles et atteintes du sida dans les années 1980. Dans le contexte actuel, le risque lui apparaît toujours fort et il perçoit l'infection à VIH comme une maladie mortelle. De ce fait, avec ses partenaires occasionnels, il met en place des stratégies de prévention centré sur l'usage strict du préservatif pour les pénétrations anales : « *c'est ma ligne de conduite, je n'ai pas du tout envie de prendre de risques, si tu veux, c'est clair : c'est avec capote ou rien du tout, quoi.* ». Parallèlement, et même lorsqu'il n'estime pas avoir pris de risque majeur, il effectue très régulièrement un test de dépistage du VIH, en moyenne tous les ans. Pour Pierre, sa perception du danger est également déterminée par le fait d'avoir une fille et de se sentir responsable vis-à-vis d'elle. Ce sentiment traduit une forme de devoir parental, et non une référence générale à la notion de responsabilité. Il explique que ce cadre normatif personnel lui permet de se ressaisir dans des situations au cours desquelles il pourrait prendre un risque.

« Et tu penses que le fait que tu n'as pas eu de « relâchement » préventif est lié au fait d'avoir connu des personnes décédées ?

Je ne sais pas... oui c'est vrai que certainement que d'avoir eu des gens de mon entourage morts par le sida, certainement... Ben, c'est vrai que j'ai aussi une fille, et que par rapport à elle, je n'ai pas du tout envie de prendre de risque, si tu veux... Moi, je dois être présent pour elle, donc ça aussi, je pense que ça joue, et puis je ne crois pas être une personne inconsciente... je pense qu'il y a des gens, au niveau sexualité, quand ils sont pris dans une frénésie sexuelle, qui oublient énormément de choses, et donc le fait d'arriver à des trucs... Enfin, je ne sais pas, il y a des fois certainement, tu t'oublies, moi je ne peux pas dire que je n'ai pas quelquefois eu envie de faire « sans », ou de faire des actes qui me mettent en danger, mais c'est vrai qu'à un moment, tu as un déclic et tu te dis : « ben non, stop ». Tu ne peux pas, quoi. ». Pierre

Lorsqu'il fait des rencontres dans des lieux de drague extérieurs (parcs, jardins publics), Pierre n'utilise pas de préservatif pour les fellations. C'est dans cette pratique que réside, selon lui, l'incertitude principale en termes de risques sanitaires dans les messages de prévention en direction des gais. Pour sa part, en évitant le contact entre les muqueuses de la bouche et le sperme, il estime prendre le moins de risque possible. En maîtrisant le risque, cela lui apparaît comme la seule manière d'avoir, en dehors d'une relation de couple, des relations sexuelles sans préservatif. Cette marge de manœuvre avec le risque est précieuse pour lui, car elle traduit une forme d'authenticité sexuelle : au cours de l'entretien, devant mes questions sur ses connaissances sur les risques, il réagit d'ailleurs avec ironie sur le sujet.

¹ Ille-et-Vilaine, 45 ans, séronégatif

Renvoyant le chercheur du côté d'une norme préventive désincarnée, il met en avant la nécessité de maintenir une forme d'autonomie.

« Et donc oui, la fellation. Et voilà, il y a aussi cette question, personne n'a vraiment encore répondu... Est-ce que vraiment tu peux attraper le sida lors d'une fellation, hors sperme ? Donc voilà...

Et dans le doute ?

Alors moi je ne suis pas dans le doute. Pour ça, moi je pense qu'on ne l'attrape pas en faisant une fellation...

Et sur quoi tu te bases ?

Ben ... Sur des choses que j'ai lues où des gens avaient l'air d'être assez convaincus que c'était donc le sang et le sperme. J'espère (rires) ! Tu veux que je n'aie plus de relations sexuelles ? J'espère qu'il y a au moins ça parce que sinon, c'est vrai qu'après, tu peux plus rien faire ! » Pierre

Pierre délimite donc un espace de sécurité vis-à-vis du VIH : pénétration protégées, fellation sans préservatif mais sans éjaculation. Dans la manière dont il pense la responsabilité préventive avec des partenaires occasionnels, Pierre met en avant une forme de contrôle de soi : ce n'est ni au regard de normes communautaires, ni d'abord en fonction de ses partenaires qu'il définit sa « *ligne de conduite* » personnelle.

Au risque du dévoilement de son statut sérologique

On retrouve l'affirmation d'une posture d'autonomie dans les choix préventifs chez Maxime, 28 ans, qui vit à Rennes. Actuellement salarié de l'Education Nationale, il est séropositif depuis l'âge de 18 ans. Depuis sa contamination, il fait en sorte que le VIH influence le moins possible ses choix de vie, sur le plan professionnel ou affectif. Son discours est caractérisé par un désir de « *continuité* » malgré la maladie, décrit précédemment (Pierret 2006). Ainsi, la question du statut sérologique de son partenaire ne lui apparaît pas comme un critère pertinent : il ne recherche pas la séroconcordance. Comme il l'explique :

« Je vais rechercher quelqu'un qui me plaît ! C'est le seul critère de choix. Pour moi, ça me semble logique comme ça. Je comprends, des gens qui trouvent ça plus simple [d'avoir un partenaire séropositif], mais comme j'avais décidé que le VIH ne changerait rien à ma vie, ça reste, ce sont mes petites règles que je me fais tout seul. C'est sur le même principe. » Maxime

Le phénomène de bareback lui apparaît comme une réalité lointaine au regard de son expérience. Ainsi, lors de ses différentes rencontres, on ne lui a jamais proposé de relations sexuelles sans préservatifs. Au cours de l'entretien, lorsqu'il évoque la prévention, Maxime aborde essentiellement ses relations stables. Pour lui, le dévoilement de son statut sérologique est une question très importante pour la suite d'une relation. Il fait le choix de l'annoncer rapidement, s'il a le sentiment que la relation peut durer « *plus que les deux heures à venir* ». D'une part, cela lui évite de le dire après une éventuelle relation sexuelle, et d'avoir à gérer la réaction de son partenaire et son éventuelle réprobation morale. D'autre part, dans le cas où la

personne le rejette, ce qui lui est déjà arrivé à plusieurs reprises, cela lui permet d'éviter les risques de déception sentimentale. Dans la majorité des situations, il considère que ce dévoilement du statut sérologique s'est bien passé. Depuis sa contamination, il n'a eu que des partenaires séronégatifs. Lors de ses relations, il met en œuvre une hiérarchie du risque : le préservatif est utilisé pour les pénétrations anales, la fellation est non protégée. Pour cette dernière, il explique laisser le choix à ses partenaires. Mais, à titre personnel, il considère que le risque est très faible : « *je prends autant de risques en traversant la rue, on prend des risques tout le temps. Donc oui, c'est une pratique à risque, mais la pénétration avec préservatif, c'est aussi une pratique à risque, si le préservatif craque. Sinon, tu ne fais plus rien...* ». Il limite encore le risque en évitant l'éjaculation dans la bouche. En se remémorant des situations de risque, Maxime raconte deux moments « *difficiles à vivre* », au cours desquels il n'a pas utilisé de préservatif avec un homme séronégatif. Ces situations mettent à l'épreuve sa conception de la responsabilité en tant que séropositif. Dans les deux cas, il a incité son partenaire à avoir recours au Traitement Post-Exposition (TPE), une recommandation restée sans effet dans l'un des cas. Ce faisant, il estime avoir rempli son rôle et de maintenir une attitude raisonnable. Agissant selon des règles qu'il s'est fixées à lui-même, il estime que le souci préventif relève, *in fine*, d'un choix individuel : ainsi, s'il revendique le fait de « *prendre en charge* » la prévention dans une relation de couple, il considère qu'il n'a pas à prendre son partenaire « *par la main* » pour l'emmener se faire prescrire un TPE aux Urgences.

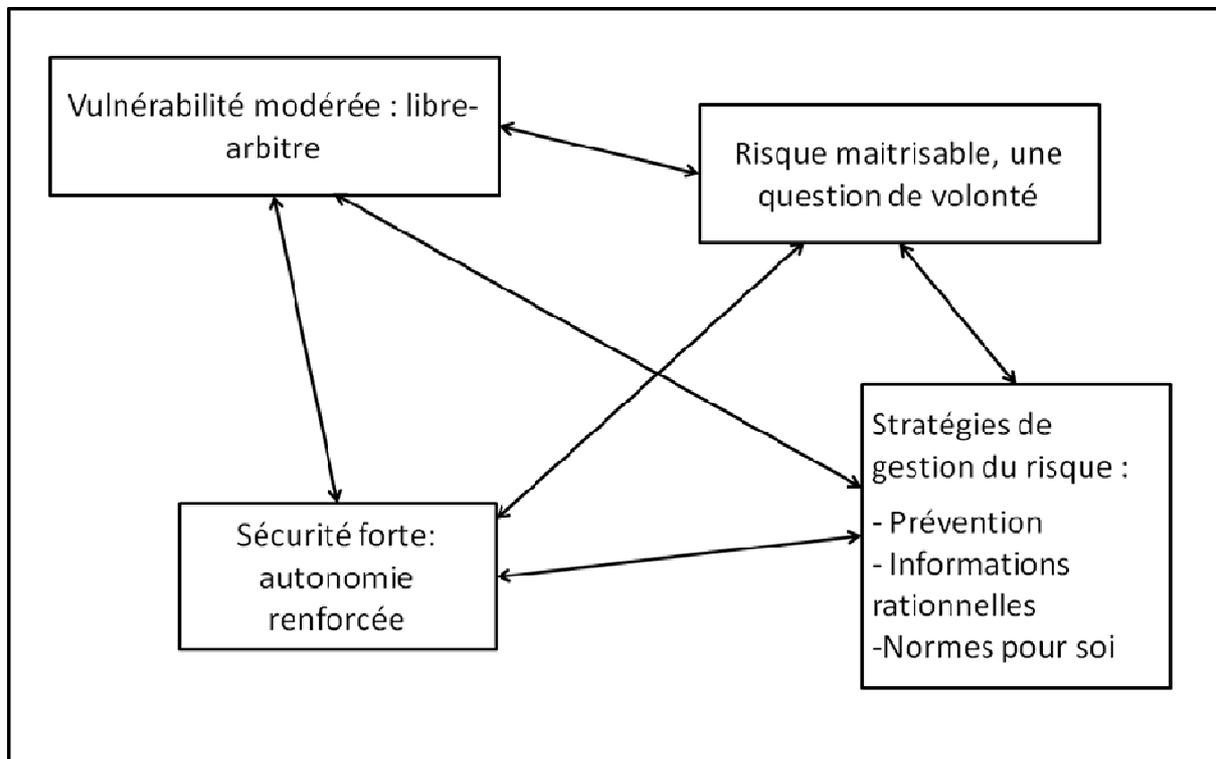
« [La prévention], c'est un truc qui se fait naturellement, mais ça m'est arrivé deux fois d'avoir un partenaire qui ne met pas de capote, alors qu'il sait que je suis séropo. Ce n'est pas facile, c'est quelque chose qui me...que j'ai trouvé difficile les deux fois. Une fois avec un mec qui était un peu paumé, avec qui je ne suis pas resté très longtemps, quelques semaines. Lui je ne sais ce que ça a donné, je sais qu'il n'y a pas eu de TPE, parce qu'il n'y a pas été, je ne vais pas non plus le prendre par la main et puis l'emmener. Ça, c'est un truc avec lequel je ne suis pas très à l'aise, et c'est arrivé avec mon ex, aussi, un soir où on était assez défoncés, et là y a eu un TPE, tout s'est bien passé, mais en général, c'est moi qui prend en charge la prévention...enfin, j'essaie. Du moins, s'il y a carence, moi je gère. C'est un peu ça. » Maxime

Comme la grande majorité des hommes séropositifs rencontrés durant cette recherche, Maxime exprime une forte attention à la prévention, et en particulier vis-à-vis du risque de transmettre le VIH à l'un de ses partenaires. Cependant, son profil se différencie des autres sur plusieurs points. Tout d'abord, il ne se positionne pas par rapport aux autres séropositifs pour expliquer ou argumenter son comportement préventif. Il est par ailleurs le seul à ne pas évoquer les risques de sur-contamination, qui ne semblent pas se poser concrètement dans sa vie sexuelle. En mettant à distance la maladie et l'idée d'une « communauté de destin », il affirme son souhait d'être perçu comme un individu autonome vis-à-vis des affiliations. De

plus, dans son discours, nulle référence n'est faite à une posture « *d'exemplarité* » en tant que séropositif. Il ressort de son positionnement une volonté de maîtrise du risque VIH afin de protéger le plus possible ses partenaires.

Parmi ce groupe de répondants, la prévention du VIH met en jeu deux éléments, qui soulignent une revendication d'autonomie. D'une part, l'affirmation de la volonté de se protéger et/ou de protéger l'autre s'appuie sur des connaissances préventives centrées sur des pratiques, et non sur l'environnement dans lequel elles ont lieu. Pour Pierre comme pour Maxime, la discussion a porté ainsi en grande partie sur la fellation, sans que ne soient évoqués les caractéristiques des partenaires, ni le contexte. D'autre part, la notion de libre-arbitre, déjà mise en lumière dans les discours concernant l'analyse du phénomène de bareback, ressort également dans ces récits du risque. Autrement dit, pour ces hommes, les standards de comportement de prévention ne se réfèrent pas à une instance morale extérieure (la communauté, les recommandations de santé publique), mais sont envisagés au regard de sa propre ligne de conduite morale. Le sentiment de maîtrise du risque, qui structure les discours recueillis, illustre une perception plus générale de maîtrise de sa propre vie et de ses choix.

Figure 13 : Prévention et autonomie individuelle



7.2.4. Fatalité du risque ?

A l'inverse, pour une partie des hommes de ce sous-groupe (« individu détaché »), la revendication d'autonomie au regard des affiliations collectives s'accompagne d'un sentiment de vulnérabilité face au risque VIH. Le danger apparaît peu maîtrisable, et ces répondants mettent en avant leur difficulté à envisager des réponses préventives adaptées. En découle une lecture fataliste des événements, dans laquelle le VIH n'est qu'un danger parmi d'autres.

Difficulté à maîtriser le contexte du risque

Cette conception du risque est illustrée par le discours de Sylvain¹. Pour ce dernier, on l'a vu précédemment, les multiples comportements à risque (produits psychoactifs, sexualité) s'inscrivent dans une trajectoire marquée par une agression sexuelle subie à l'adolescence. De ce fait, dans sa lecture du danger, le risque VIH se confond avec un environnement hostile et dangereux. L'entretien que j'ai recueilli a lieu à un moment doublement inédit pour lui. D'une part, au cours derniers mois, son implication dans une association étudiante LGBT l'a conduit à se « pencher plus sur les questions de VIH » et ses propres comportements de santé. Il estime que le fait d'être amené à diffuser des messages de prévention auprès d'autres étudiants l'a conduit à opérer une démarche réflexive. D'autre part, peu avant l'entretien, il a effectué un test de dépistage des IST au Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), qui s'avère négatif pour toutes les sérologies. Ce test intervenait après plusieurs mois d'incertitude sur son statut sérologique VIH. Quelques mois plus tôt, ayant déjà effectué un des tests au CDAG, il n'était pas allé chercher ses résultats. Ces résultats négatifs constituent donc pour lui un soulagement et une surprise, tant il avait imaginé être porteur d'au moins une IST au vue de ses comportements passés. C'est dans ce contexte que Sylvain est amené, au cours de l'entretien, à revenir sur sa perception du risque.

Au cours des derniers mois, il explique que son rapport au risque VIH a évolué, notamment du fait de son engagement associatif. Cette évolution se manifeste par une prise de conscience des implications de ses comportements pour sa propre santé. Pour autant, il continue à avoir régulièrement des rapports sexuels non protégés ; mais, s'il lui apparaît difficile de mettre en œuvre des mesures de prévention, ces relations sans préservatif ont maintenant lieu avec des partenaires qu'il connaît. Il n'est pas en couple au moment de l'entretien, et ses dernières relations sexuelles ont eu lieu avec des partenaires occasionnels rencontrés dans son

¹ Rennes, 19 ans, séronégatif

entourage. La distinction entre partenaires connus et partenaires inconnus lui apparaît comme une mesure de relative réduction des risques. Du moins lui permet-elle de réduire le sentiment d'insécurité relationnelle qui caractérise son appréciation des sociabilités gaies.

« Et au niveau des prises de risque ensuite?

J'ai eu quelques prises de risque aussi, mais c'était des gens que je connaissais, que j'aime bien, et je ne le vis plus pareil, maintenant. Maintenant je me triture beaucoup plus les méninges qu'avant, sur les prises de risque. Maintenant, je me mets à penser un petit peu plus loin, à me dire que ça engage à pas mal de choses (...). Ce n'est pas que ça me prend la tête, j'y pense tout simplement. Avant je n'y pensais pas du tout, ou je faisais tout pour ne pas y penser, autant, maintenant, j'y réfléchis : « pourquoi je l'ai fait ? Pourquoi ça s'est passé comme ça ? Pourquoi avec cette personne là ? »

Et tu trouves des explications?

Pas encore, mais au moins il y a cette démarche de me poser des questions... ». Sylvain

Dans son discours, Sylvain met donc en évidence un tournant dans sa manière d'envisager la prévention. En opposition à un passé associé à des prises de risques non maîtrisées, il décrit un présent marqué par la conscience du danger sanitaire. Mais dans son rapport à la sexualité, il souligne la permanence d'une difficulté à se positionner comme « *acteur* ». Interrogé sur la dimension du plaisir dans son non usage du préservatif, il repousse ce mode d'explication. De même il n'envisage pas ses propres comportements comme relevant d'une attitude irrationnelle :

« Et tu mets ces pratiques non protégées sur le compte de l'irrationnel?

Non, je ne pense pas, ça reste...je n'ai pas encore fini mon introspection, je ne suis pas encore guéri des dernières séquelles, les dernières cicatrices sont pas encore fermées. Et tant que je n'aurais pas fini, je n'aurais pas encore toutes les réponses.

Dans le sexe non protégé, il y a quelque chose de l'ordre du plaisir « en plus » ?

Non...la question du plaisir en général dans mes relations, c'est une question que j'ai... Pendant très longtemps, en fait, j'ai été plus un « objet » entre guillemets, qu'un « acteur » de mes relations, j'étais là, mais mon corps ne m'appartenait plus...». Sylvain

Pour lui, l'analyse de ses propres pratiques à risque est déterminée par l'agression sexuelle dont il évoque les « *séquelles* ». Son discours sur cet évènement dramatique est influencé par une approche psychologisante : il considère que le dépassement de cette expérience lui permettra de « *trouver les réponses* » à ses prises de risque. Plus généralement, le non recours à la prévention illustre chez lui une attitude plus générale vis-à-vis du monde extérieur faite de manque de confiance, en soi et dans les autres, et de fatalisme.

La séropositivité comme fatalité

Dans la trajectoire de Sébastien¹, les prises de risque vis-à-vis du VIH sont partie prenante de sa vie sexuelle depuis ses premières relations, à l'adolescence. S'il estime avoir plus de

¹ Paris, 31 ans, séropositif

pratiques non protégées depuis l'arrivée des trithérapies, il a toujours eu, plus ou moins régulièrement, des relations sans préservatif. Dans un certain nombre de cas, ces relations ont eu lieu avec des hommes infectés par le VIH. Conscient des risques, et très bien informé sur la maladie, Sébastien exprime durant l'entretien sa distance à l'égard des recommandations de prévention. Devenu séropositif un peu plus d'un an auparavant, il considère que cette contamination n'est pas surprenante. Sur ce sujet, son discours articule deux dimensions de son expérience. La première relève de son propre parcours ; la seconde met en jeu sa perception des attitudes de ses partenaires sexuelles.

Concernant son rapport au risque, le discours de Sébastien traduit, alternativement, une relativisation du danger et une posture fataliste. La relativisation du danger s'inscrit dans sa propre expérience : contaminé à l'âge de 30 ans, après de nombreuses années durant lesquelles il a eu des rapports sans préservatif, il estime que les discours de prévention exagèrent le risque de transmission (cf chapitre 6).

Parallèlement, sur le plan relationnel, il développe une lecture fataliste du danger. Dans son récit des épisodes de risque, il considère en effet que sa marge de manœuvre pour se protéger est très réduite. Ayant toujours des préservatifs et du gel sur lui, il n'insiste pas pour les utiliser si son partenaire ne le demande pas. Durant l'entretien, son discours sur la prévention met en lumière les rapports de domination qui traversent le milieu homosexuel ; des rapports dans lesquels il ne s'estime pas en position de force.

« Ce que je vais dire, c'est une phrase qu'il ne faut pas répéter au niveau de tout ce qui est prévention, etc., parce que c'est un truc à ne pas dire : de toutes façons, le mec, si je sors le gel et la capote, si le mec ne veut pas utiliser la capote, le mec il te fout une baffé, s'il veut te sauter, il te sautera quand même, de toutes façons, que tu le veuilles ou pas. Donc autant ne pas se la jouer prévention des risques, se laisser faire, et voilà. Et après, en parler.

Tu es plutôt : faire les choses, et après en discuter avec la personne ?

Voilà. Et puis après, c'est quand tu dis : « si ça se trouve je suis séropo ». Si le mec, tu le vois blanchir, le mec il est négatif, donc ça va. Si le mec il a l'air de s'en foutre un petit peu, tu peux te dire : là, j'ai peut-être mal joué...Bon après, voilà, je faisais des tests assez régulièrement, tous les 3-4 mois, de manière assez régulière. » Sébastien.

Au travers de son discours, Sébastien se montre très critique de ses partenaires et de leur insouciance au regard du risque. Pour sa part, avant sa contamination, il était sur ses gardes, en effectuant régulièrement des tests de dépistage. Mais il ne se sent pas responsable des prises de risques des autres. Plus généralement, Sébastien exprime une défiance à l'égard du monde homosexuel. Au plan relationnel, cela se manifeste dans son refus d'une relation de couple : il préfère garder sa « liberté », et estime ne pas pouvoir faire confiance à un partenaire stable. Au plan des sociabilités gaies, il insiste à plusieurs reprises sur le fait que le « milieu parisien » est un espace hostile, fait de relations hypocrites et de « ragots ». Il met en

lien cette posture d'extériorité avec sa propre expérience du risque. Pour lui, le mensonge est très présent : ainsi, certains hommes mentent sur leur statut sérologique, ou sur leur situation conjugale. De ce fait, il ne se considère pas responsable de ses partenaires sur le plan de la prévention.

« Aujourd'hui, tu te poses moins la question de la prévention ?

C'est clair. Après disons que j'ai toujours des capotes dans mon sac ! Mais après, les mecs... Avant, peut-être que certains mecs, j'insistais un peu plus, maintenant, les mecs, ils connaissent les risques qu'ils prennent, voilà. D'accord, ce n'est pas bien. Mais, entre guillemet, les mecs ils sont sensés savoir les risques qu'ils prennent...

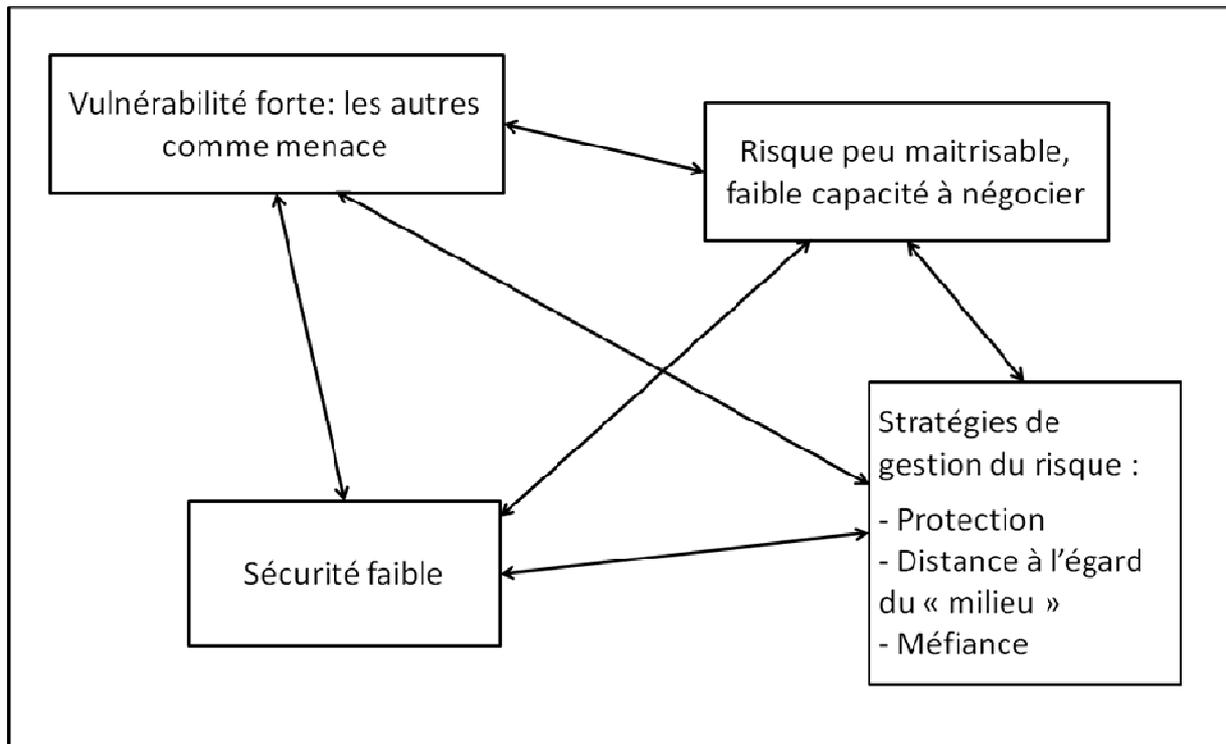
Tu vois ça comme une « responsabilité partagée » ?

Ah oui, c'est clair que c'est partagé, il n'y a pas de souci. Et de toutes façons, c'est clair que je baise peut-être avec des mecs qui sont mariés, qui vont me baiser sans capote, mais entre guillemets, je les laisse un petit peu à leur conscience, après tout... Ce n'est pas mon problème, ce n'est pas mon problème du tout, quoi. Entre guillemets, le mec il est sensé savoir les risques qu'il prend. Après qui me dit que le mec est réellement marié, après, c'est une autre histoire... ».
Sébastien

Dans cet extrait, on perçoit la manière dont Sébastien met en cohérence son discours et ses pratiques vis-à-vis du risque. La représentation d'un monde extérieur hostile structure largement ses représentations du danger. De ce fait, le VIH s'insère comme un élément peu maîtrisable, dans un univers de relations incertain et menaçant. La thématique du mensonge, qui revient à plusieurs moments de l'entretien, traduit ce rapport de défiance vis-à-vis des autres homosexuels.

Pour ces hommes, la perception du risque VIH participe de la vision d'un monde hostile et peu sûr pour soi. Dans ce contexte, la capacité individuelle à négocier l'usage du préservatif leur apparaît réduite. Les stratégies de gestion du risque sont marquées par cette lecture : la contamination apparaît comme une fatalité, un danger non maîtrisable. Cette faible confiance en soi et dans l'imperméabilité de l'enveloppe corporelle s'accompagne d'une défiance manifeste à l'égard des partenaires sexuels et plus généralement du monde gai. Cette insécurité relationnelle nourrit un sentiment de vulnérabilité élevé.

Figure 14 : Les autres comme menace



Conclusion du chapitre : face au risque, quelles formes de réflexivité ?

Au cours de ce chapitre, on a vu se dessiner une diversité de discours sur la prévention. J'ai montré que cette diversité, si elle met en jeu des trajectoires irréductiblement singulières, peut être envisagée au regard des contextes de sociabilité des répondants. Dans cette perspective, la maîtrise du risque s'articule avec la perception de sa propre vulnérabilité, sociale et corporelle. L'efficacité des « stratégies » mises en œuvre pour se protéger du VIH est évaluée à l'aune du sentiment de sécurité induit par l'action. Le terme stratégie est ici placé entre guillemets, car les hommes rencontrés conscientisent à des degrés variables leur rapport à la prévention. La dimension stratégique de leurs comportements s'en trouve donc modulée. De manière générale, les discours sur le risque mettent en lumière un « nous » réflexif, qui traduit l'affirmation d'un fort sentiment de responsabilité préventive (Mark Davis 2008). Les entretiens recueillis durant cette recherche illustrent les manières dont ce « nous » s'agence diversement à l'échelle d'interactions contextualisées : dans la gestion du risque, le « je », le « lui » du partenaire et le « nous » de l'interaction varient selon des logiques socialement situées. Rendre compte sociologiquement de ces logiques implique alors de s'intéresser à la manière dont les répondants mettent en relation leurs pratiques de prévention et leur conception morale du risque. La mise en récit est donc envisagée comme un agencement entre des connaissances disponibles, le contexte normatif de la prévention, la perception du/des partenaires rencontrés, et les leçons des expériences passées. Ces différents éléments constituent et délimitent les formes de la réflexivité préventive.

Le statut sérologique en question

L'analyse des entretiens m'a conduit, on l'a vu au cours des chapitres précédents, à privilégier le niveau des contextes de sociabilités. De ce fait, le vécu de la séropositivité n'est pas isolé en tant que tel. Cela signifie-t-il qu'il ne s'agit plus d'une expérience singulière, notamment dans le domaine de la prévention ? La réponse est négative. De manière transversale, les hommes séropositifs de l'échantillon sont travaillés par des préoccupations spécifiques en termes de sentiment de responsabilité vis-à-vis du risque de transmission. Comme l'ont montré d'autres auteurs, se savoir porteur d'un virus sexuellement transmissible et potentiellement mortel continue donc à structurer l'expérience sociale (Pierret 2006; Mendès-Leite et Banens 2006), dont la vie sexuelle (Bouhnik et al. 2006; Bouhnik et al. 2008). Ainsi, malgré la chronicisation du VIH, la découverte de la séropositivité engage une conscience du

risque plus aiguë que la plupart des séronégatifs, qui en fait des acteurs « *sexuellement et scientifiquement actifs* » (Race 2001). Ainsi la connaissance des traitements et d'un vocabulaire technique (« surcontamination », « charge virale ») est un trait commun à l'ensemble de ces répondants ; elle est largement plus contrastée à l'échelle de l'échantillon.

De plus, indépendamment de la perception de soi, le monde extérieur renvoie ces hommes à leur condition de malades : l'expérience du rejet, ponctuelle ou récurrente, en raison du statut sérologique est partagée par tous. De plus, comme l'ont montré d'autres travaux, une conception implicite fait reposer la responsabilité du dévoilement du statut sérologique sur les hommes séropositifs (Mark Davis 2002; Bourne et al. 2009). Pour autant, à travers l'analyse des discours, la séropositivité ne structure pas de manière homogène l'activité réflexive de ces hommes en matière de prévention. Si l'on pouvait relier cette diversité à une question de temporalité (depuis combien de temps ces hommes vivent-ils avec le VIH ?), il m'est apparu plus pertinent de resituer leurs conceptions de la responsabilité dans une perspective contextuelle et relationnelle. Dès lors, les proximités d'expérience se tissent avec des hommes séronégatifs, sans pour autant nier la spécificité liée au vécu de la maladie.

Apports d'une analyse de la réflexivité préventive

A l'issue de ce chapitre, on peut mettre en évidence certains des traits saillants qui ressortent de l'analyse des processus réflexifs face au risque VIH. Tout d'abord, il apparaît qu'envisager la réflexivité au prisme des contextes de sociabilité permet d'en éclairer la dimension proprement sociale et relationnelle (Corcuff 2007) : le risque vécu est un agencement complexe « *de rationalité, de savoir et de sens* » (Mark Davis 2002). Ainsi, en fonction de leur sentiment de proximité ou de distance avec l'idée de communauté homosexuelle, les répondants mobilisent des références différentes pour penser le risque. Se dessine alors une variété de conceptions morales de la responsabilité, modelées par la manière d'inscrire son comportement dans un cadre de référence (collectif, interactionnel et/ou individuel). On accède ainsi à la complexité des logiques individuelles du risque et de la prévention, au travers de la mise en récit et de l'analyse rétrospective opérés par les répondants. Le modèle d'analyse mis en œuvre permet ainsi d'envisager la formation d'une « *réflexivité co-opérative* » dans le domaine de la prévention (Mark Davis 2008), au sens où elle implique l'individu, ses partenaires et le contexte des relations. Toutefois, comme je le soulignais dans l'introduction de ce chapitre, les discours recueillis relèvent d'un exercice en partie artificiel et non dénué d'enjeux normatifs. En me donnant accès à leurs perceptions du risque, les

interviewés ont en effet également procédé à un travail de sélection et de mise en cohérence de leur expérience, que P. Bourdieu a qualifié « *d'illusion biographique* » (1986). Sans adhérer totalement à cette lecture, je me suis attaché à y rester attentif, afin d'en mesurer les implications et les limites pour les analyses développées.

D'autre part, en explicitant leurs cheminements réflexifs sur le risque VIH, les répondants mettent en jeu un rapport variable à la temporalité. Il apparaît, là encore, que le contexte des sociabilités contribue à conditionner l'inscription du risque dans leurs trajectoires. Deux manières d'envisager le temps s'affirment : les unes prennent en compte une perspective historique et collective ; les autres mettent l'accent sur une dimension plus personnelle et immédiate. Pour les hommes du pôle de la « communauté souhaitée », c'est la temporalité collective qui prime, celle de l'histoire de la lutte contre le sida. Cette référence traduit la fidélité aux personnes décédées mais aussi la dégradation des liens entre gais. Dans l'autre pôle communautaire, la référence à l'histoire permet de souligner l'utilité et la pertinence de liens de solidarité qui ont fait leurs preuves. Dans le pôle de « l'individu socialisé », l'attention à la temporalité du risque se focalise sur l'histoire des relations, et la construction d'un rapport de confiance. Pour les répondants du pôle de « l'individu détaché », la prévention implique une temporalité plus immédiate, réactualisée par les choix à effectuer en situation. Cette diversité des manières d'envisager la temporalité illustre une dimension importante du travail réflexif, dans la mesure où elles contribuent à façonner la perception du risque.

Enfin, on l'a vu dans l'analyse des entretiens, aucune des logiques identifiées n'est exempte de risque vis-à-vis du VIH, au regard de la rationalité médicale. Dans la diversité de leurs modes de gestion de la prévention, les répondants élaborent des stratégies combinées. Si elles mettent centralement en jeu l'usage du préservatif, elles intègrent également, pour la plupart, une diversité de formes de protection, dans lesquelles le risque n'est pas éliminé. Notons cependant que pour l'écrasante majorité des répondants, il ne saurait être question d'affirmer le risque volontaire de transmettre ou d'acquérir le VIH. Enfin, le travail sur la gestion du risque offre un angle de vue original sur les logiques profanes de la prévention. En s'attachant à situer la perception du danger dans les contextes de son élaboration, l'analyse se situe à distance de certains des présupposés qui structurent les débats sur la prévention. D'une part, la mise en lumière de la cohérence des logiques profanes du risque souligne les limites d'une approche strictement épidémiologique, dont le critère d'appréciation reste l'écart à la rationalité biomédicale. D'autre part, en soulignant la diversité des modes d'affiliation sociale

chez les gais, on mesure les points aveugles d'une lecture uniquement communautaire des enjeux de prévention. Ainsi, la dichotomie classique entre la communauté et ses marges ne permet pas de rendre compte finement de la pluralité des manières de se penser comme homosexuel, en relation avec d'autres homosexuels. Enfin, l'attention aux formes multiples de la réflexivité préventive souligne les limites d'un discours de « réduction des risques » qui ne ferait appel qu'à un seul modèle de rationalité préventive, là encore bien souvent biomédicale. La diversité des processus à l'œuvre, appelle à réévaluer l'injonction réflexive, en prenant en considération les conditions sociales d'une telle démarche. On le voit, les manières de penser le risque sont riches d'enjeux politiques et scientifiques. Dans un dernier chapitre, je vais maintenant me pencher sur les développements de ces débats dans le monde de la prévention du VIH.

8. Reconfiguration des débats sur le risque

Le présent chapitre s'attachera à retracer les développements des débats sur la prévention et le risque durant la période 2005-2009, marquée par un certain nombre d'évolution du contexte de l'épidémie. La première est d'ordre sociopolitique. La mise en place à partir de 2003 de la Déclaration obligatoire de séropositivité (DOS) par l'InVS a permis de disposer de données fines sur les nouveaux diagnostics. S'il apparaît, sans surprise, que l'épidémie est concentrée chez les gais et les migrants d'Afrique sub-saharienne, ces nouveaux chiffres interviennent dans un contexte où la peur de la stigmatisation des groupes touchés est bien moindre. La seconde évolution concerne le discours public sur le risque dans la population homosexuelle. A partir de l'été 2005, les données de l'EPG 2004 confirme l'augmentation des pratiques sans préservatif, sans pour autant accréditer d'une plus forte prévalence de prises de risque intentionnelle ou auto-étiquetées comme bareback. Cette réalité épidémiologique va constituer le fondement des discours publics sur la prévention du VIH. Dès lors, les enjeux du risque dépassent la sphère militante et redeviennent le sujet de débats qui mêlent les pouvoirs publics, les chercheurs, les associations et la presse. Enfin, la période qui nous intéresse voit la montée en puissance des antirétroviraux comme outil de prévention, à l'échelle internationale, ce qui marque une nouvelle étape du processus long de « *médicalisation de la sexualité* » (Foucault 1976).

Dans ce chapitre, j'analyserai donc la manière dont se reconfigure le champ des débats sur le risque, avec le retour des experts – chercheurs, cliniciens et acteurs institutionnels de la santé publique. En référence à des périodes précédentes (Paicheler 2002; 2007) j'envisagerai comment ces évolutions redessinent les frontières entre expertise et militantisme dans le domaine de la prévention du VIH. De manière transversale, ces reconfigurations sont marquées par des conflits de « *crédibilité scientifique* »¹ (Epstein 2001a). Dans une première partie, je me pencherai sur les évolutions du regard porté sur le phénomène de bareback, dans le mensuel *Têtu*. Le processus de radicalisation à l'œuvre, en épuisant l'argumentation, ouvre la voie à de nouvelles analyses sur le risque. Dans une seconde partie, j'envisagerai les nouvelles articulations entre analyses associatives et analyses scientifiques du risque. Comme

¹ Selon S. Epstein, la *crédibilité scientifique* « fait référence à la fois à la solidité des différentes affirmations mais aussi à l'autorité de ceux qui les énoncent. La *crédibilité* reflète ainsi la capacité des auteurs à enrôler des supporters pour défendre leurs arguments, à rendre légitimes ces arguments comme étant des connaissances faisant autorité et à se présenter eux-mêmes comme des gens qui disent la vérité » (2001a, 189).

en 2002, deux grandes questions sont au cœur des débats : la validité des données scientifiques sur la prévention et la référence aux expériences étrangères de RdRs. Enfin, dans un troisième temps, je reviendrai sur la médicalisation du risque et de la sexualité qui s'affirme à travers l'affirmation du rôle préventif des antirétroviraux. J'analyserai dans quelle mesure cette nouvelle donne, en bouleversant l'équilibre des débats sur la RdRs, met un terme provisoire aux controverses de la décennie écoulée. Dans ce contexte, le « Rapport Lert-Pialoux » (2009) et le projet de recherche sur le traitement en préexposition chez les gais – « ANRS-Ipergay » – fourniront des illustrations éclairantes de la transformation du paysage de la prévention.

8.1. Les débats sur le bareback, une « montée aux extrêmes » ?

L'année 2005 voit se dessiner plusieurs inflexions dans les débats sur la prévention gaie. La première est illustrée par l'évolution du registre argumentatif des acteurs qui cherchent à faire reconnaître le phénomène de bareback comme un problème public. On assiste en effet, à partir de 2005, à un processus de « montée aux extrêmes » (Gilbert 2002), perceptible à travers les articles du magazine *Têtu*.

8.1.1. Nouveaux enjeux ou vieux débats ?

Au début de l'année 2005, le débat sur la prévention chez les gais est encore polarisé par deux scènes de dispute. La première, la plus ancienne, met en jeu d'un côté G. Dustan et E. Rémès, et de l'autre D. Lestrade et Act Up-Paris. Il s'agit, on l'a vu dans le chapitre 2, d'une controverse opposant des points de vue divergents sur la responsabilité et l'exemplarité des gais, en particulier des séropositifs. La seconde scène de dispute, qui émerge autour de 2002, oppose deux approches de la prévention, autour de la notion de « réduction des risques sexuels » (RdRs). Dans ses développements initiaux, elle met aux prises les militants d'AIDES et ceux d'Act Up-Paris. Le mensuel *Têtu* joue également un rôle de premier plan dans cette controverse, en tant qu'il est constitué en tribune du point de vue défendu par Act Up-Paris et/ou des proches de D. Lestrade¹.

C'est au travers des articles publiés dans ce magazine que je me propose à présent d'analyser l'évolution du registre argumentatif des acteurs les plus impliqués dans la dénonciation du phénomène de bareback. Cette évolution est perceptible de plusieurs manières. D'une part, elle se traduit par une généralisation des controverses. Aux lignes de front initiales (vis-à-vis des écrivains auteurs revendiquant le bareback et vis-à-vis d'AIDES) s'ajoutent de nouvelles zones de débats, en particulier autour de la pénalisation de la transmission du VIH. D'autre part, la période 2005-2007 voit s'opérer une radicalisation des points de vue, qui va contribuer à l'essoufflement de la controverse sur le bareback. Un processus qui s'apparente à la « *montée aux extrêmes* » :

« si la transformation d'un problème public en risque collectif peut permettre sa prise en compte, elle peut aussi, assez paradoxalement, rendre sa gestion impossible. Un problème appréhendé en tant que risque collectif (...) peut même être considéré comme étant intraitable. La « *montée aux extrêmes* » hisse les enjeux à un niveau tel sur différents plans (type de qualification des dangers,

¹ On se rappelle que ce dernier a démissionné d'Act Up-Paris en mai 2004 (Benkimoun P, «Un fondateur d'Act Up-Paris rompt officiellement avec l'association », *Le Monde*, 12 Juin 2004). D. Lestrade continue, jusqu'à son éviction de *Têtu* à l'été 2008, à publier des articles, notamment dans les pages « *Têtu +* » consacrées au sida.

d'identification des collectivités exposées, d'attribution des responsabilités, etc) que les possibilités habituelles de traitement des problèmes se trouvent de loin dépassées » (Gilbert 2002, 15).

En me concentrant sur les transformations du discours sur le risque dans les articles de *Têtu*, je m'attacherai à en analyser les dimensions les plus saillantes.

The Gift, le miroir américain ?

Au début de l'année 2005, D. Lestrade prend une part décisive dans la promotion et la diffusion du documentaire *The Gift*, réalisé aux Etats-Unis par L. Hogarth en 2003¹. Ce documentaire aborde la question de la transmission volontaire du VIH dans le milieu gai californien, à travers la trajectoire de deux jeunes homosexuels séropositifs. En parallèle sont filmées les réunions d'un groupe de séropositifs plus âgés, décontenancés par l'évolution des normes de prévention. D. Lestrade est invité à intervenir à l'issue des projections dans de nombreuses villes, dans le milieu associatif LGBT. La programmation du documentaire sur la chaîne de télévision privée « Pink TV » donne lieu à plusieurs articles dans la presse associative, accompagnés d'interviews de la réalisatrice ; le film fait également l'objet d'un article dans *Libération*². Cette publicisation permet d'envisager deux évolutions dans les controverses sur le bareback.

La première met en jeu la position de D. Lestrade lui-même. Sa forte implication dans la diffusion de *The Gift* en France, lui permet de renouveler sa position de « lanceur d'alerte » (Chateauraynaud et Torny 1999). Alors que près de six années se sont écoulées depuis la médiatisation du bareback, D. Lestrade se repositionne ainsi comme l'un des acteurs clés de la mobilisation contre ce phénomène. De plus, les articles concernant le documentaire soulignent l'ostracisme dont a été victime L. Hogarth aux Etats-Unis. Dans l'une des interviews qu'elle donne au *JDS*³, la réalisatrice revient sur le faible soutien dont elle a bénéficié de la part des associations de lutte contre le sida :

« Avez-vous été aidée financièrement pour réaliser ce film ?

Non, en dehors de la Aids Healthcare Foundation de Los Angeles, qui m'a octroyé 10 000 dollars, je n'ai reçu aucun financement et les organisations de lutte contre le sida m'ont tenue à distance. Quelques amis m'ont donné de l'argent, parce qu'ils estimaient que ce film pouvait servir de

¹ Sur son blog, D. Lestrade évoque son implication dans la diffusion du film, en indiquant que le sous-titrage a été réalisé par l'un de ses proches, D. Persohn : <http://didierlestrade.fr/politique-sida/article/the-gift-dans-liberation>

² Favereau E, « Cadeau empoisonné », *Libération*, 10 janvier 2005

³ Hogarth L, par Darmon L, « 'On ne dit plus d'une personne séropositive qu'elle est morte du sida' », *JDS* n°172, janvier 2005, p.24

catalyseur à une prise de conscience dans le milieu gai. Au final, j'ai dû vendre ma maison pour terminer mon film, et je suis restée trois ans et demi sans salaire ».

Pour autant, dans la même interview, elle souligne à quel point le documentaire a bénéficié d'une large diffusion à travers le monde (dans près de 130 festivals, en janvier 2005), et d'un bon accueil dans la communauté homosexuelle. Un autre point est mis en avant dans les articles : il s'agit du « retard » français concernant la diffusion de *The Gift*. Cette critique est résumée ainsi par D. Lestrade, dans l'article qu'y consacre *Têtu*¹ :

« On se demande pourquoi personne n'a cherché à faire le même travail en France. Et pourquoi le festival du film gai et lesbien de Paris, qui a fêté cette année son dixième anniversaire, n'a pas cru bon de projeter ce documentaire crucial, montré dans plus de 130 festivals à travers le monde ? Même sans sous-titre, ce film peut à la fois servir de catharsis et d'outil de prévention. Mais le déni est l'allié du bareback. Et, sur ce sujet, les alliés du déni sont bien placés dans les associations et les festivals gais. »

Dans le discours de la réalisatrice et dans celui des journalistes qui évoquent le documentaire, se dessine ainsi l'image d'un film dont le message dérange les structures de la lutte contre le sida. Dans les interviews qu'elle accorde en France, L. Hogarth met explicitement en cause la responsabilité des leaders associatifs gais états-uniens dans la banalisation du risque. Un discours critique qui n'est pas sans rappeler celui développé par D. Lestrade vis-à-vis des associations françaises. En miroir, la posture de L. Hogarth, seule face aux logiques institutionnelles de la lutte contre le sida, renvoie à celle de D. Lestrade, et son combat solitaire pour faire reconnaître le bareback comme un problème public au tournant des années 2000.

La seconde inflexion tient à la manière dont le documentaire traite la question du bareback. Dès l'amorce, la réalisatrice met en effet l'accent sur deux aspects spectaculaires : le fait de faire don du virus (« gift giving ») et le fait de rechercher la contamination (« bug chasing »). Ce faisant, L. Hogarth procède à une généralisation et à une dramatisation du phénomène. L'argument avancé est que, malgré leur caractère extrêmement minoritaire, ces deux dimensions du bareback illustrent la banalisation des rapports sexuels sans préservatif. Elle explique ce procédé dans le *JDS* :

Quelle est l'ampleur du phénomène de recherche et de don du virus ?

LH : Les « bug chasers » et « gift givers » ne sont pas nombreux à se revendiquer comme tels. Leur exemple me sert à capter l'attention sur le thème qui me tient à cœur : la croissance exponentielle du nombre de personnes qui s'engagent sans protection dans des pratiques hautement risquées. Elles ne se considèrent pas comme recherchant ou donnant le virus, mais leurs comportements ont les mêmes conséquences.

¹ « Louise Hogarth au cœur du bareback », *Têtu* n°96, janvier 2005, pp.61-3

D'autre part, l'un des objectifs du documentaire est d'attirer l'attention sur un phénomène jugé en pleine expansion. On retrouve ici l'un des arguments récurrents utilisés dans la dénonciation du bareback : ces pratiques connaîtraient une augmentation exponentielle et incontrôlable. Enfin, la réalisatrice met en perspective le bareback avec la dégradation des liens communautaires entre homosexuels. Son discours fait ici directement écho à celui porté publiquement par D. Lestrade et Act Up-Paris depuis le début des années 2000 :

« LH : La base même de cette communauté s'effondre : il n'y a plus de confiance, d'amour, d'intégrité. Au début de l'épidémie, nous avons vu les gais se rassembler, comme une famille, désireux de s'entraider. Le sida a contribué à l'émergence de la famille gai, à de véritables avancées au niveau des droits civiques, dans un esprit proche des sixties, du *Flower Power*. Tout cela a disparu... »

On le voit, la promotion en France de *The Gift*, permet à D. Lestrade d'entamer une nouvelle étape de son combat et, ainsi, de continuer à poser le bareback comme un problème d'actualité. En soulignant la prise de conscience récente dans les milieux de la lutte contre le sida, ou en arguant d'une logique d'importation, inévitable et menaçante, du « gift giving » et du « bug chasing »¹, le fondateur d'Act Up-Paris entretient le climat d'urgence et déjoue les effets d'usure de sa propre argumentation.

8.1.2. « Stigmatiser ? »

Quelques semaines plus tard, *Têtu* publie un dossier consacré à la prévention chez les jeunes homosexuels : « Films X, sites internet. Sexualité : jeunes gais en danger. Enquête sur les pratiques à risque des 18-25 ans »². Le dossier est composé de plusieurs articles, appuyés par des témoignages de jeunes hommes sur leurs pratiques sans préservatif. L'éditorial, « Stigmatiser ? Pourquoi pas ? »³, signé par T. Doustaly, rédacteur en chef du magazine, est également consacré à la prévention. Ce dernier est, on l'a vu dans les débats de l'année 2000, proche de D. Lestrade. La judiciarisation de la transmission du VIH constitue le fil conducteur du texte. Il inscrit son propos dans un contexte marqué par la forte médiatisation⁴, depuis le printemps 2004, du procès d'un homme accusé d'avoir contaminé deux de ses compagnes, sans les informer de son statut sérologique⁵.

¹ Ainsi, comme je l'ai montré dans le chapitre 2, pour de nombreux acteurs, la communauté gaie française connaît les effets différés des phénomènes états-unis.

² Pénégy J, Martet C, Barbe Y, « Films X, sites internet, jeunes gays en danger », *Têtu* n°98, mars 2005, pp.75-9

³ Doustaly T, « Stigmatiser ? Pourquoi pas ? », p.3

⁴ L'émission « Envoyé Spécial », sur France 2, y consacre un reportage le 10 mars 2005

⁵ L'homme a été condamné à 6 ans de prison ferme pour « administration de substance nuisible », décision confirmée en janvier 2005 par la cour d'appel de Colmar.

Pour T. Doustaly, l'évocation de cette affaire met en jeu la responsabilité préventive collective des gais. Elle est le prétexte d'une relecture critique de la mobilisation homosexuelle contre le sida. Sur le fond de l'argumentation, les thèmes sont ceux développés par Act Up-Paris depuis plusieurs années. Pour appuyer son propos il cite la proportion importante de jeunes homosexuels (30%) qui déclarent avoir eu des relations anales sans préservatif dans l'enquête menée par P. Adam et J. De Wit (2004). Il pointe la responsabilité des acteurs associatifs et de la santé publique qui n'ont pas suffisamment soutenu la dénonciation du bareback menée par Act Up-Paris. Mais plus généralement, l'éditorial met en cause l'attitude des gais vis-à-vis de la prévention, qui traduit la dégradation des liens de solidarité communautaire forgés dans les années 1980. Il dénonce, comme l'a fait D. Lestrade dans *The End* (2004), l'évolution consumériste du monde homosexuel : « nous nous consommons les uns les autres, sans que le souci de soi ne s'encombre jamais du souci de l'autre, sauf pour connaître ses mensurations ». En conclusion, T. Doustaly souligne le fait qu'en l'absence d'une réaction collective vis-à-vis du bareback, les homosexuels s'estimant victimes d'une contamination auront recours à la justice :

« Stigmatiser les séropos irresponsables, c'est d'abord reconnaître l'extraordinaire combat de dizaines de milliers de gais infectés par le virus du sida qui ont lutté et qui luttent encore pour protéger leurs partenaires d'une infection mortelle qui met leur vie en balance. Pourquoi refuser de dire que le safe sex est l'honneur des homosexuels qui le pratiquent entre eux et pour les autres, sinon pour protéger les barebackers et les inconscients de l'opprobre à laquelle ils ne peuvent échapper ? Le sexe, même pratiqué avec toutes les précautions, comporte un risque. Personne ne songe à le nier. C'est la raison pour laquelle on ne peut pas ajouter à cette part de risque incompressible des comportements dégueulasses. Nous devons nous reprendre, collectivement, pour enrayer la reprise de l'épidémie de sida. Car si nous ne le faisons pas, les tribunaux nous y contraindront » T. Doustaly, mars 2005.

En introduisant l'idée de « stigmatiser » les séropositifs ayant des pratiques sans préservatif, le rédacteur en chef de *Têtu* franchit un pas argumentatif : en appelant à une dénonciation communautaire des « barebackers et des inconscients », il radicalise le point de vue défendue par Act Up-Paris. Jusqu'alors, les controverses avec G. Dustan ou E. Rémès relevaient d'un débat autour de prises de position publiques. Avec le texte de T. Doustaly, le projet est d'envisager une action à l'échelle des relations intimes.

Cette prise de position est appuyée, dans le même numéro, par l'article de D. Lestrade consacré à la pénalisation de la transmission¹. Pour ce dernier, « l'affaire Morat » (du nom de l'accusé) « met dans l'embarras » la communauté homosexuelle et les militants de la lutte contre le sida, car elle ébranle la notion de responsabilité partagée. Constatant que les alertes

¹ Lestrade D, « Pénalisation de la transmission : le point de vue de Didier Lestrade », pp.168-9

lancées sur la reprise des contaminations chez les gais restent de peu d'effet, il avance que la pénalisation de la transmission en est une conséquence logique : à défaut de mobilisation collective, les personnes se tourneront vers la justice. Mais plus largement, D. Lestrade considère que le « *procès est à l'image du blocage de la prévention gaye* ». En soulignant le sentiment de trahison vécue par les deux femmes contaminées, l'auteur met en avant une revendication de transparence et d'authenticité dans la sphère intime qui vaut, selon lui, pour l'homosexualité :

« Mentir et se cacher pour prendre des multithérapies, ça ne sert à rien. C'est le lien entre la séropositivité et le coming out gai. Parce que si une personne est incapable de vous aimer tel que vous êtes, alors elle ne vous aime pas, tout simplement. Et vous méritez mieux qu'un mensonge. C'est la vraie signification du procès de Colmar. »

Pour T. Doustaly comme pour D. Lestrade, ce procès est doublement révélateur. D'une part, il met en lumière les limites du consensus politique autour de la responsabilité partagée. D'autre part il illustre, par analogie, la dégradation annoncée de la prévention chez les homosexuels. De ce fait, en se plaçant du point de vue des « victimes » dépourvues de soutien associatif, les deux auteurs prédisent la multiplication des procès et leur extension au milieu gai. *In fine*, cette affaire est l'occasion de radicaliser la position défendue au cours des années précédentes sur le bareback. De plus, elle leur permet de mettre en scène une posture d'isolement et de résistance, en rupture avec les logiques institutionnelles de la lutte contre le sida. Un positionnement somme toute relatif, car leur point de vue est notamment soutenu par Antonio Ugidos, alors directeur du CRIPS et, dans une moindre mesure, par l'association *Warning*¹.

8.1.3. Politiser un fait divers

Cette radicalisation du discours connaît un troisième temps, à la fin de l'année 2007 : *Têtu* consacre de nombreuses pages à la question du sida dans le milieu gai². Je me concentrerai ici sur l'article concernant un cas de transmission intentionnelle du VIH, intitulé « *Les ogres d'Amsterdam* ». Il s'agit une nouvelle fois d'une affaire judiciaire, survenue aux Pays-Bas, un « *fait divers* » fortement médiatisé au cours des mois précédents. Les autorités sanitaires de la

¹ Telles que sont exprimées les positions de ces acteurs au cours de la 58^{ème} rencontre du CRIPS, le 15/03/2005, « La sexualité des personnes atteintes », Paris, septembre 2005 : <http://www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre75/lettre75.pdf>

² Le dossier sida est composé d'une interview de Roselyne Bachelot, la ministre de la Santé (pp.144-6) et de deux articles : l'un est consacré à une affaire de transmission volontaire du VIH (Chambon L, « Faits divers. Les ogres d'Amsterdam », pp.148-50), l'autre s'appuie sur le témoignage d'un jeune séropositif (Rouzières S, « Le sida aujourd'hui », p.165). L'éditorial de T. Doustaly concerne également la question du sida (« Luttons-nous toujours contre le sida ? », p.6) ; de plus, P. Adam et J. de Wit, deux chercheurs en sciences sociales, signent une tribune libre intitulée « Safer sex ou réduction des risques : des pistes pour renouveler les connaissances et redistribuer les cartes », pp.166-7.

province de Groningue sont alertées courant 2006, de plusieurs cas de contamination par le VIH dans le cadre de fêtes privées. En mai 2007, un dépôt de plainte entraîne l'arrestation de plusieurs gais séropositifs, soupçonnés d'être les auteurs des faits. Ils organisaient des soirées privées, durant lesquelles, après avoir drogué les participants et les avoir violés, ils leur injectaient du sang contaminé. La médiatisation de l'affaire est alors rapide et spectaculaire, créant un scandale sans précédent aux Pays-Bas, relayé dans la presse française. Au total, 14 personnes ont porté plainte. L'auteur de l'article retranscrit les propos du chef de la police de Groningue pour expliquer les motivations des organisateurs des soirées :

« ils ont donné comme motif que cela les excitait, et aussi que plus le cercle de personnes infectées par le VIH était grand, plus il y aurait de possibilités de rapports sexuels non protégés. (...) Ils considèrent en outre que les rapports non protégés sont purs et ont expliqué s'être aussi injectés l'un à l'autre leur sang contaminé » *Têtu*, décembre 2007.

L'auteur de l'article rend ensuite compte des réactions scandalisées de responsables politiques néerlandais (Ministère de la santé et différents partis politiques) et de militants associatifs LGBT. Il indique en conclusion que la médiatisation de ces faits n'a heureusement pas suscité de réactions homophobes dans l'opinion ; il souligne cependant le silence de la communauté gaie sur cette affaire : « *le business gai, surtout, qui fait comme si de rien n'était* ». Le traitement de ce fait divers dramatique est ambivalent. D'un côté, L. Chambon s'attache à démontrer l'exceptionnalité des comportements criminels dénoncés. Mais de l'autre, dans sa conclusion, il sous-entend une forme de connivence implicite, à travers la faible condamnation des faits par le « business gai ». De plus, l'auteur met en exergue la proximité entre l'argumentation des hommes jugés et les discours publics de certains barebackers. En filigrane, l'affaire hollandaise est resituée dans un contexte général de la prévention qui crée les conditions de possibilité de tels agissements. Il est d'ailleurs significatif que cet article trouve place dans le numéro de *Têtu* disponible le 1^{er} décembre, pour la journée mondiale contre le sida. Cet évènement spectaculaire réveille de fait des peurs sociétales autour de l'épidémie, qui s'expriment dans la presse depuis le début de l'épidémie (Herzlich et Pierret 1988).

L'article est suivi d'une mise en perspective par quatre « spécialistes français du sida », interviewés par D. Lestrade : Pierre-Marie Girard, Gilles Pialoux, Patrick Yéni (tous les trois chefs de services de maladies infectieuses à Paris¹) et Serge Hefez (psychothérapeute). Le procédé, s'il permet de prendre de la distance avec l'affaire en elle-même, contribue à en

¹ PM Girard à l'Hôpital Saint Antoine, G. Pialoux à l'Hôpital Tenon, P. Yéni à l'Hôpital Bichat.

crédibiliser la dimension exemplaire, ou tout du moins révélatrice d'une tendance. Dès la première question, les quatre spécialistes minimisent cette « affaire » : PM Girard la qualifie de « cas complètement à part » et « rarissime », « comme l'anthropophagie ». Pour G. Pialoux, il s'agit d'une « histoire incroyable qui nourrit la rumeur ». P. Yéni considère pour sa part que « le lien entre ce fait divers et la prévention en général n'est pas évident ». Enfin, pour S. Hefez, il s'agit d'un « épiphénomène », « loin de la réalité et des prises de risques habituellement connues ». Tous s'attachent à regretter les amalgames et les glissements possibles, dans l'opinion publique, entre ces actes singuliers et les comportements de prévention des gais. Interrogés ensuite sur les répercussions éventuelles de ce fait divers sur « la notion commune de protection face au risque VIH », PM Girard et G Pialoux mettent en avant leur expérience de cliniciens : le premier souligne l'enjeu de la réduction de la charge virale pour limiter le risque de transmission. Le second évoque les transformations et la technicisation du dialogue entre médecin et patient, depuis l'arrivée des trithérapies. Pour S. Hefez, la médiatisation de ces faits peut entraîner une banalisation du danger : comparée à des images monstrueuses de la contamination, la prise de risque « ordinaire » est minimisée.

Tout en se distanciant du caractère odieux et criminel du fait divers, l'article de *Têtu* est construit à partir de celui-ci. Le récit de cette affaire met en jeu la dégradation des solidarités communautaires, déjà évoquée autour des témoignages du documentaire *The Gift*, et qui ressort à travers les actes criminels de ces gais séropositifs. D'autre part, la perception d'une banalisation du phénomène de bareback constitue la toile de fond implicite de ces différents articles : le bareback se propage et a des effets délétères. Enfin, la pénalisation de la transmission du VIH est perçue comme une réalité nouvelle et menaçante. Cette judiciarisation, et l'individualisme qu'elle sous entend, est la conséquence directe de la démobilisation des gais sur le terrain de la prévention. Ces trois éléments, mis en exergue sur la période étudiée, traduisent à la fois un renouvellement des arguments utilisés mais aussi une radicalisation des points de vue. Il s'agit d'une « montée aux extrêmes » dans le sens où les lanceurs d'alerte n'arrivent pas à alarmer les principaux acteurs de la lutte contre le sida. En effet, *The Gift* a été diffusé dans de nombreuses villes de France, mais il n'a pas contribué à modifier la position des associations. Par ailleurs, les différentes affaires de transmission du VIH – procès de Strasbourg ou des Pays-Bas – si elles sont largement évoquées dans la presse généraliste, demeurent majoritairement traitées sous l'angle judiciaire et légal, et non reliées aux débats sur la prévention dans le milieu homosexuel. De ce fait, alors que le travail effectué par D. Lestrade et certains de ses proches a permis la mise sur agenda de la question

du bareback au début des années 2000, la dramatisation des constats ne parvient pas à convaincre plus largement dans la période 2004/2005.

On peut émettre une hypothèse sur cet échec relatif : la gestion du problème soulevé est impossible. En effet, la radicalisation opérée s'avère limitée sur un aspect majeur. En remettant en cause la responsabilité partagée et en évoquant la stigmatisation éventuelle des preneurs de risque, les arguments s'opposent à un consensus politique solide, élaboré au cours des années 1980 autour d'une conception moderne-libérale de la gestion de l'épidémie. De plus, bien que le discours de D. Lestrade soit écouté dans le monde de la lutte contre le sida, ses critiques contre l'institutionnalisation des associations n'offrent que peu d'alternatives, dans un contexte de faible mobilisation militante. En réalité, l'Etat soutient AIDES : aucune structure n'est capable de la remplacer en termes d'actions et d'implantation territoriale. Les arguments utilisés dans ces discours de dénonciation relèvent de registres émotionnels et singuliers : ni les témoignages de *The Gift*, ni les cas de transmission intentionnelle du VIH ne permettent d'élaborer une politique publique. Les positions défendues butent sur un paradoxe : en cherchant à radicaliser la lutte contre le bareback, ses principaux pourfendeurs se sont – relativement – marginalisés dans le champ de la lutte contre le sida.

Cependant, le dossier de *Têtu* de décembre 2007 porte déjà les traces des déplacements argumentatifs à l'œuvre. Ainsi, à la fin de l'interview des quatre spécialistes du sida, D. Lestrade pose une question sur la place des experts dans la prévention : « *pensez vous que le corps médical devrait se prononcer plus clairement contre cette reprise de l'épidémie avec la banalisation des prises de risque ?* ». Les réponses illustrent les transformations en cours de l'économie des débats : PM Girard souligne que si les médecins ont pu être « *traités de donneurs de leçons* », ils ont une « *parfaite légitimité* » à s'exprimer sur la prévention. G. Pialoux constate pour sa part que, jusqu'à présent, les médecins ont été « *au-dessus du débat, ou plutôt à côté* ». Pour S. Hefez, il apparaît nécessaire que des médecins « *charismatiques* » mettent en garde les gais face à la reprise des contaminations. Ces différentes positions traduisent l'émergence d'une nouvelle légitimité – et de nouvelles manières de penser le risque – dans l'espace des débats. Les cliniciens, les chercheurs et les acteurs institutionnels de la santé publique retrouvent voix au chapitre¹.

¹ C'est également dans cette perspective que l'on peut envisager l'appel « *pour une nouvelle politique de prévention* » signé par D. Lestrade et PM Girard, publié simultanément dans *Libération* et dans *Transcriptase* : Lestrade D, Girard PM, « Un appel pour une nouvelle politique de prévention », *Libération*, 1/12/2007 ; *Transcriptase* n°135, hiver 2007-2008

8.2. Discours scientifiques, discours militants : une nouvelle articulation

Dès l'année 2002, les débats entre Act Up-Paris et AIDES sur la prévention et le risque avaient intégré des arguments épidémiologiques, jusqu'alors peu usités dans les discours associatifs. L'année 2005 voit s'accroître cette tendance. Si la dimension émotionnelle propre à la mobilisation associative n'est jamais totalement supplantée, elle tend à s'effacer au profit de considérations épidémiologiques, psychosociologiques et/ou biomédicales. Le recours à l'expertise scientifique n'est pas, en soi, une nouveauté dans le champ de la lutte contre le VIH. Sur les enjeux thérapeutiques, à travers le TRT5, les associations ont développé des espaces de contre-expertise depuis le début des années 1990 (Barbot 2002). Dans le domaine de la prévention, associations et experts (notamment en sciences sociales) proposent des analyses parfois concurrentes, qui obligent les pouvoirs publics à arbitrer (Paicheler 2002). Avec l'émergence des débats sur le bareback, la presse devient dans un premier temps l'arène principale des affrontements intra-communautaires, laissant les experts et l'Etat dans une posture de retrait. Les débats associatifs sont dominés, au départ, par deux types de références pour justifier les arguments employés : les expériences étrangères ; les données scientifiques issues d'enquête socio-comportementales, principalement anglo-saxonnes. Très tôt, la référence aux antirétroviraux s'affirme. De ce fait, les pouvoirs publics vont à nouveau faire appel aux experts. Dans cette partie, j'analyserai comment l'élaboration de registres argumentatifs scientifiques, et la recherche d'un consensus improbable, accompagnent une transformation plus globale des relations entre expertise et militantisme dans le domaine de la prévention. On s'intéressera à la manière dont le recours aux discours experts fait évoluer les discours militants sur le risque et participe d'une banalisation du concept de RdRs. On reviendra également sur les modes d'appropriation des enjeux scientifiques par les militants, et les conflits de crédibilité qui en découlent (Epstein 2001b).

8.2.1. L'accent mis sur les discours experts

Les questions scientifiques, souvent peu explicites dans les débats sur le bareback, déjà esquissés dans les premières controverses sur la RdRs autour de 2002, réémergent au cours de l'année 2005, dans un contexte scientifique international marqué par la montée en puissance du débat sur l'usage du traitement comme prévention. Et c'est autour de la notion de « consensus » que va d'abord se poser le débat. Il semble alors envisageable, pour les différents protagonistes, de dépasser leurs désaccords en s'entendant sur une définition

partagée – et scientifiquement établie – du niveau de risque socialement acceptable. Pour tous, le modèle du TRT5 (dont les prises de position impliquent un consensus interassociatif, scientifiquement fondé) prouve que ce type de travail est possible. Pour autant, on va le voir, deux grandes conceptions du risque continuent à s'affronter, ce qui fragilise la démarche de consensus.

L'éphémère Plateforme Interassociative de Prévention (PIP)

C'est dans cet esprit qu'est mise en place à Paris, en septembre 2005, un groupe de travail qui prend le nom de Plate-forme Interassociative de Prévention (PIP) qui fait suite à une collaboration interassociative (Act Up-Paris, AIDES, Sida Info Service et le SNEG) réussie autour d'un projet mettant en scène des acteurs pornographiques – « Les Génies du porno »¹ – qui a abouti à la publication d'une brochure en mai 2005². L'objectif principal est explicité dans l'article³ du *JDS* qui rend compte de la création du groupe :

« Élaborer une réflexion commune sur la prévention, développer des partenariats avec des organismes de recherches et être un interlocuteur des pouvoirs publics et des diverses institutions qui participent à l'élaboration des politiques de prévention et de santé' ».

L'enjeu du consensus sur la prévention, en lien avec les acteurs de la recherche, est affirmé comme l'un des fondements de cette initiative. La PIP réunit Act Up-Paris, AIDES Ile-de-France, le CRIPS Ile de France, le SNEG, Sida Info Service et Warning. Sa création est officiellement, et symboliquement, annoncée le 1er décembre 2005. Son existence est cependant éphémère. Dès les premières réunions, à l'automne 2005, AIDES (en tant que structure nationale) se retire du groupe⁴, souhaitant que la PIP se cantonne à élaborer une contre-expertise sur les données scientifiques, et qu'elle n'intervienne pas sur le terrain des recommandations de prévention. Puis, en décembre 2005, l'association Warning fait

¹ La brochure est disponible sur internet : <http://www.sneg.org/documents/PREVENTION/2005-genies-du-porno.pdf>

² Tel que le raconte dans *Têtu* A. Alexandre, responsable de la prévention au Syndicat National des Entreprises Gay (SNEG) : « Nous avons décidé de poursuivre ce travail, pour réfléchir en commun sur les messages de prévention, pour trouver un consensus, et éviter que les messages de prévention ne soient brouillés ». Pour E. Château, membre de la commission prévention d'Act Up-Paris, qui siège au nom de l'association dans le groupe : « il s'agit de créer un espace de réflexion et de consensus entre les associations sur l'ensemble des sujets liés à la prévention. Depuis cinq ans, il y a eu beaucoup de polémiques entre les associations sur les questions de prévention homo ». Martet C, « Tout sur la PIP », *Têtu* n°112, juin 2006, p.168

³ Destombes C, « 79 pages pour agir », *JDS* n°183, mars 2006, pp.21-2

⁴ A l'époque, et jusqu'en janvier 2007, AIDES et AIDES Ile-de-France constituent deux structures juridiquement indépendantes, le groupe francilien ayant refusé la « fusion » des comités en 2001, qui a donné naissance à une association unique. Les désaccords entre les deux entités, s'ils sont d'abord structurels, se retranscrivent également au niveau des prises de position politiques ; la promotion de la RdRs fait partie des sujets de désaccord. Cela explique que, malgré le retrait d'AIDES, AIDES IdF reste membre de la PIP.

également le choix de se retirer de la plate-forme dans un contexte de conflit ouvert avec Act Up-Paris¹. Une convention est signée par les associations restantes, à la Mairie de Paris, en avril 2006². Cependant, la volonté initiale de consensus s'essouffle : si la principale association nationale est absente, la démarche apparaît vaine. La décision d'AIDES traduit son refus de se plier à un mode de décision dans lequel le poids relatif des structures – en termes d'action et d'implantation nationale – n'est pas reconnu. Ses militants redoutent d'avoir à affronter un front anti-RdRs influencé par Act Up-Paris, alors que ses actions locales constituent sa principale source de légitimité. Après la publication d'un texte à l'occasion de la marche des fiertés LGBT parisienne³, en juin 2006, la PIP cesse progressivement ses activités et disparaît.

Le rapport du Conseil National du Sida (novembre 2005)

La création de la PIP s'inscrit plus largement dans un contexte de déplacement des débats sur la prévention : au début de l'année 2004, le Conseil National du Sida effectue en effet un travail d'évaluation de « *la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France* ». Le rapport, publié le 17 novembre 2005, s'appuie sur l'audition d'une quarantaine d'acteurs de la politique de prévention, ainsi que l'étude des publications scientifiques et de la « littérature grise »⁴. Les auditions se sont déroulées de mai 2004 à mai 2005. La première partie du rapport est consacrée à l'analyse des « *insuffisances de la puissance publique* » ; la seconde partie pointe « *les difficultés du travail commun de l'Etat et des associations* ». C'est dans ce cadre que le CNS souligne la nécessité d'une élaboration plus consensuelle des recommandations de prévention. Le rapport pointe en particulier l'absence d'une « *prise de parole institutionnelle* » au moment des débats sur le bareback. Dans ce contexte, la dynamique des controverses interassociatives a, selon les auteurs « *rendu difficile la concertation pour définir un socle commun de préférences collectives en matière de prévention* » (p.25).

Retraçant à grands traits l'historique des débats récents sur la prévention chez les gais, le rapport évoque les flyers de RdRs élaborés par AIDES, et met en exergue les réticences du

¹ « Warning se retire de la PIP », 12/12/05 : <http://www.thewarning.info/spip.php?article144> ; Lestrade D, « Prévention : le groupe interassociatif capote », *Têtu* n°108, février 2006, p.142

² « Officialisation d'une plate-forme interassociative de prévention », 13/04/06 : <http://www.sida-info-service.org/?Officialisation-d-une-Plate-forme>

³ « Tous unis contre la reprise des contaminations », 23/06/06 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article2458>

⁴ « Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France », CNS, 17/11/2005 : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article247>

monde associatif sur le passage à l'écrit de ces messages. Ne souhaitant pas prendre position dans ces débats, le CNS indique cependant que la RdRs s'appuie sur des « *notions dont les usages [sont] imprécis et décrivant des pratiques mal identifiées, notamment le bareback* ». De fait, les messages d'AIDES sont qualifiés d'« *imprudents* » et pouvant « *légitimer un discours faisant l'apologie des pratiques sexuelles non protégées* » (p.26). La sortie de ce conflit implique une meilleure objectivation des comportements à risque, par le biais de recherches en sciences sociales :

« Cet affrontement entre associations a durablement rendu difficile les échanges sur la prévention chez les gais et les discussions sur la prévention en général. (...) Face à cela, un ensemble de travaux permet de sortir des représentations des pratiques du bareback pour aller vers une connaissance de leur diversité, ce qui permet une atténuation des conflits d'analyse et d'interprétation entre associations » (p.26)

Pour le CNS, le recours à l'expertise scientifique apparaît comme une nécessité pour dépasser les tensions qui structurent le champ de la prévention. A l'issue du rapport, plusieurs recommandations concernent les relations entre les associations et l'Etat. L'une d'elle préconise notamment l'organisation « *d'assises annuelles de la prévention* », destinées au partage d'expériences entre acteurs. La dernière, « *dégager une base associative de concertation* », cible spécifiquement l'établissement d'un consensus sur les enjeux de risque :

« Il est souhaitable que les associations de lutte contre le VIH se donnent les moyens de créer des espaces d'échanges et de proposer des solutions innovantes aux problèmes émergents en matière de prévention » (p.41)

Le rapport du CNS ne suscite que peu de réactions dans la presse généraliste. Le *JDS* relève la convergence entre les recommandations et la demande formulée par « *certaines associations quant à l'organisation d'une conférence de consensus ou d'une audition publique pour faire le point sur les risques* »¹. L'article évoque ensuite les réactions associatives, et en particulier celle d'Act Up-Paris, pour laquelle le rapport, en renvoyant les associations « *dos-à-dos* » sur la RdRs, ne permet pas d'avancer vers un consensus sur le risque. Par la voix d'E. Château, de la commission prévention, l'association réclame « *la constitution d'un groupe d'experts, qui pourrait être confié à l'ANRS* » (p.22). Dans les colonnes de *Têtu*, D. Lestrade regrette son faible écho médiatique². Il se fait pour sa part plus critique, considérant que le rapport est trop clément avec le monde associatif sida, afin de « *ne pas stigmatiser les homos* ». Finalement, le texte lui apparaît trop peu politique au regard des enjeux de la prévention.

¹ Destombes C, « 79 pages pour agir », *JDS* n°183, mars 2006, pp.21-2

² Selon D. Lestrade : « un article court dans *Le Monde*, une dizaine de lignes dans *Libération* (...) », Lestrade D, « Prévention : le Conseil National du Sida inaudible », *Têtu* n°108, février 2006, pp.138-9

Cependant, à travers ce rapport, le CNS donne une assise institutionnelle forte au projet d'une possible élaboration consensuelle autour du risque VIH. De plus, en soulignant l'importance de la recherche en sciences sociales, le Conseil suggère que les scientifiques ont un rôle à jouer pour sortir des controverses. Dès lors, la prise de parole des experts apparaît plus légitime aux yeux des acteurs associatifs.

Les experts prennent la parole

De 2000 à 2005, mis à part les chercheurs travaillant sur le sujet¹ qui s'expriment dans la presse généraliste et associative, la parole des experts de la santé publique est rare sur les enjeux de prévention. La virulence des controverses interassociatives est un élément explicatif de ce silence relatif : dans une arène de débat très clivée, il est difficile d'avancer un point de vue non partisan. Au moment de « l'AG des pédés », Act Up-Paris avait dénoncé la position – analysée comme trop timorée – des chercheurs en sciences sociales (cf chapitre 2). Mais l'histoire de la prévention permet également d'expliquer ces réticences : au cours des années 1980 et 1990, la parole sur le risque dans la communauté gaie a principalement été portée par des acteurs, experts ou profanes, eux-mêmes homosexuels. Or, un certain nombre de cliniciens et de chercheurs ne sont pas (ou ne souhaitent pas être) identifiés en tant que tels. Se pose de ce fait une question de légitimité. Au cours d'un entretien A. Velter², responsable de l'Enquête Presse Gay à l'InVS a évoqué cette difficulté de positionnement lorsqu'elle a pris son poste en 2002. Succédant à un homme ouvertement gai, elle a anticipé des réactions négatives et des interrogations sur sa légitimité de femme hétérosexuelle. Pour sa part S. Delaunay, le chargé de communication sida de l'INPES de 2003 à 2007, constate la difficulté à établir sa légitimité à ce poste car il n'est pas issu du monde associatif, contrairement à ses prédécesseurs. Plus généralement, la crainte du reproche d'homophobie et/ou de moralisme a pu conduire certains experts à restreindre leur expression publique sur la prévention chez les gais³. Dans ce contexte, les prises de position répétées de F. Lert⁴, directrice de recherche à l'INSERM fait figure d'exception sur ce sujet. Elle s'est notamment impliquée dans

¹ JY Le Talec, A. Léobon, P. Adam, S. Hefez

² A. Velter, entretien octobre 2007

³ Dans l'article de *Têtu* de décembre 2007, PM Girard explicite ce sentiment ambivalent, qui traduit sa conscience des enjeux de la prise de parole des médecins : « nous avons une position double car on a peur d'intervenir. Depuis 20 ans, les médecins ont été traités de donneurs de leçon, certains pensent que nous n'avons pas la parole en termes de sexualité. On va nous dire que mettons nous la responsabilité, encore une fois, sur les homosexuels », Chambon L, « Faits divers. Les ogres d'Amsterdam », pp.148-50

⁴ F. Lert, économiste de formation, chercheure en santé publique, est née en 1949. Elle est investie depuis la fin des années 1980 dans les enquêtes sur le VIH et auprès de l'ANRS.

l'évaluation des « flyers » d'AIDES en 2002¹. Mais sa proximité avec les discours critiques de la santé publique contribuent à expliquer la singularité de son positionnement, et constituent les fondements de ses appels au monde associatif gai et à la société civile².

Il est donc intéressant d'observer, au cours de l'année 2005, le déploiement d'un discours d'expertise sur le sujet. La publication de données sur les comportements de prévention des gais fournit l'un des fondements de ces prises de positions. Deux grands dispositifs d'enquête auprès des gais, pilotés par l'InVS, sont en effet au cœur de l'actualité :

- l'Enquête Presse Gay, menée en 2004, dont les premiers résultats sont publiés dans le numéro de *Têtu* de Juillet-Août 2005³.
- Le Baromètre Gay, enquête menée sur les lieux de rencontre et dans les établissements commerciaux en 2002, dont les données sont publiées en novembre 2005⁴.

Dès le printemps, plusieurs responsables de la santé publique s'expriment dans les colonnes de *Têtu*. En avril 2005, P. Lamoureux, directeur de l'INPES, est interviewé sur les enjeux de prévention chez les gais, dans le contexte du jugement rendu en Alsace pour la transmission volontaire du VIH dans le cadre de relations hétérosexuelles⁵. Selon lui, la puissance publique tente d'éviter de se positionner en fonction des lignes de partage associatives. Sur les questions de « relâchement » préventif, P. Lamoureux souligne les enjeux d'échelle en termes de communication sur la santé :

« La difficulté, aujourd'hui, c'est d'arriver à individualiser les parcours de prévention. Nous avons atteint les limites des modes de communication collectifs. Le travail sur une population globale est toujours nécessaire, mais plus suffisant ».

De ce fait, sans prendre position dans les débats sur la RdRs, il définit une autre manière d'envisager les réponses préventives, à l'articulation de l'individuel et du collectif. Concernant la pénalisation de la transmission, P. Lamoureux met en avant la notion de responsabilité :

« On nous reproche parfois d'avoir une approche normalisatrice et de vouloir créer un être humain sans défaut, qui ne boit pas, ne fume pas, qui a des relations protégées et qui fait trente minutes de

¹ Spire B, Lert F, « L'initiative de l'association AIDES en matière de 'réduction des risques' sexuels », *Transcriptase* n°103, septembre 2002, pp.4-5

² Notamment en 2001 : Lert F, Souteyrand Y, Broqua C, « Editorial », *Transcriptase* n°89, janvier 2001, p.1 ; et en 2005 : Lert F, Pialoux G, « Editorial », *Transcriptase* n°122, mai-juin 2005, p.1

³ *Têtu* n°102, juillet-août 2005

⁴ « Rapport Baromètre gay 2002 » : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/barometre_gay_2002/index.html

⁵ Interview : « Philippe Lamoureux : 'Nous avons atteint les limites des modes de communication collectifs' », par Roncier C, *Têtu* n°99, avril 2005, p.158.

sport par jour. Mais le discours de l'INPES est plutôt un discours de responsabilisation. Nous essayons de donner aux gens les moyens de gérer au mieux leur santé et la santé des autres ».

Rappelant les principes d'action de l'INPES, son directeur délimite une approche non coercitive de la gestion du risque. En réalité, l'individualisation des recommandations et de la responsabilité sont, depuis plusieurs décennies, au cœur des politiques de santé publique (Berlivet 2004). La principale nouveauté réside, en réalité, dans le fait de prendre la parole en ce sens dans la presse homosexuelle. Dans les numéros de *Têtu* des mois de Mai et de Juillet-août¹, c'est Gilles Brücker, le directeur de l'InVS, qui est appelé à commenter l'évolution des comportements à risque. Ce dernier met également en avant la norme préventive promue par l'Etat :

« La prévention ne peut pas passer par une réglementation contraignante. Elle doit passer par une conviction, une appropriation des messages, une responsabilisation » (mai 2005).

Puis, en marge des articles consacrés aux résultats de l'EPG, il réaffirme l'importance de renforcer la responsabilité parmi les gais.

« Ne peut-on aller vers une revendication de chacun pour une responsabilisation vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis de l'autre. Ne donnons pas des arguments aux modèles répressifs ; ne faisons pas de l'expression du désir, difficile à contrôler soi-même, un sujet de répression judiciaire. Mais il ne peut y avoir de relation à l'autre sans règle. Cette règle, c'est le respect de l'avenir de l'autre ; c'est affirmer que les pratiques sexuelles sont une liberté intouchable parce qu'elles savent se fonder sur le respect de l'autre, sur celui du partenaire, unique ou multiple » (juillet-août 2005).

On le voit, les responsables de la santé publique sont porteurs d'un discours associant étroitement le refus de la coercition et la notion de responsabilité, dans une neutralité relative par rapport aux débats associatifs. JF Delfraissy, nouveau directeur de l'ANRS, interviewé dans le numéro de septembre², met en avant une double posture : en tant que clinicien, chef de service VIH au Kremlin-Bicêtre, il partage le constat d'une recrudescence des contaminations ; en tant que directeur de l'Agence, il évoque la mise en place un « *groupe de réflexion* » sur les stratégies de prévention³. La nature des prises de position des acteurs institutionnels de la santé publique n'est pas, en soi, surprenante. La prudence de leurs propos, au regard des controverses associatives, traduit la difficulté pour l'Etat de se positionner dans le champ de la prévention chez les gais. Ce qui change, dans l'arène des débats telle qu'elle

¹ Martet C, « Trois questions au Pr Gilles Brücker », *Têtu* n°100, mai 2005 ; « Pr Gilles Brücker : 'il n'y a aucune raison d'accepter une quelconque fatalité vis-à-vis de la transmission du VIH' », *Têtu* n°102, juillet-août 2005, p.118.

² Interview : « Jean-François Delfraissy », par Martet C, *Têtu* n°103, septembre 2005, p.176.

³ JF Delfraissy s'interroge : « Doit-on promouvoir des programmes de réduction des risques, ou réaffirmer fortement l'usage du préservatif ? L'ANRS a mis en place un groupe de réflexion sur ces questions qui devrait aboutir à de nouveaux programmes de recherche ». Je n'ai pas retrouvé la trace de ce groupe dans le matériau analysé, avant la création à l'ANRS du groupe « stratégies alternatives de prévention », début 2008.

s'est constituée depuis la fin des années 1990, c'est la place faite à ces discours dans la presse associative et communautaire. Fait notable, dans le numéro « anniversaire » de *Têtu* – pour sa centième livraison (mai 2005) – alors que le sida est évoqué dans plusieurs articles, aucun des acteurs interrogés, à l'exception du président du SNEG, n'a été impliqué dans les controverses des années précédentes¹. L'heure n'est plus à la confrontation publique, mais bien à la recherche de nouvelles alliances. Au travers des articles de *Têtu* s'opère un rapprochement entre des militants (ou d'anciens militants) d'Act Up-Paris et le monde de la santé publique. Ce rapprochement, qui pourrait surprendre au vue de relations conflictuelles passées (Paicheler 2002) se scelle autour de la notion de responsabilité préventive. Il traduit le changement de posture d'une partie des acteurs de la lutte contre le sida : la critique des politiques publiques s'est progressivement effacée au profit de la réaffirmation des normes de prévention. Dans ce contexte, les débats se situent plutôt au sein de la communauté homosexuelle que vis-à-vis de l'Etat.

Les discours experts occupent à nouveau une place centrale dans les pages « Têtu + », consacrées au sida, au tournant de l'année 2008. A cette période, une rubrique « *Tribune libre* » est confiée presque chaque mois, d'octobre 2007 à juillet 2008, à des observateurs experts de la prévention (associatifs, chercheurs ou acteurs de la santé publique). Au total, sept tribunes seront publiées :

- Octobre 2007 : « *Quelle prévention en direction des gays ?* », S. Delaunay, chargé de communication pour les programmes sida, INPES
- Novembre 2007 : « *En revenir à l'audace* », A. Ugidos, directeur du CRIPS
- Décembre 2007 : « *Safer sex ou réduction des risques. Des pistes pour renouveler les connaissances et redistribuer les cartes de la prévention* », P. Adam, directeur de l'Institute for prevention and social research d'Amsterdam et J. de Wit, professeur en psychologie sociale à l'université d'Utrecht
- Janvier 2008 : « *Ce petit théâtre d'ombre* », M. Endeweld, journaliste et doctorant à l'EHESS
- Février 2008 : « *Le risque consenti* », S. Hefez, psychanalyste

¹ Deux articles sont cependant écrits par C. Martet et E Cosse (tous les deux membres d'Act Up-Paris). S'y ajoute les interventions de : L. Kramer (fondateur d'Act Up New York), JL Roméro (président d'ELCS), JF Chassagne (SNEG), M Kirstetter (médecin), M Kazatchkine (directeur de l'ANRS) et G. Brücker (directeur InVS).

- Juin 2008 : « *La non prévention* », C. Breton, psychiatre et psychanalyste
- Juillet-août 2008 : « *Prévention : les stratégies multiples* », F. Lert, directrice de recherche à l'INSERM

Je reviendrai plus en détail, au cours de ce chapitre, sur certains des points de vue défendus dans ces textes. Là encore, à l'exception d'A. Ugidos – dont la structure, le CRIPS, est restée relativement extérieure aux débats sur le bareback – les intervenants ne sont pas issus du milieu associatif. Mais surtout, les approches psychologiques du risque occupent une place non négligeable dans ces tribunes, malgré leur relative marginalité dans le monde de la recherche sur le sida.

8.2.2. Transformations associatives

Le développement des discours sur le risque chez les gais n'est pas cantonné à un dialogue entre journalistes et experts de santé publique. L'analyse des évolutions d'Act Up-Paris et AIDES, les deux principaux protagonistes des controverses sur la RdRs, illustre à quel point ce processus est transversal au monde de la lutte contre le sida. Dans le champ associatif, on assiste en effet, à la montée en puissance d'analyses du risque ancrées dans des paradigmes biomédicaux et épidémiologiques. Entre 2005 et 2008, si les associations poursuivent leurs confrontations publiques, les registres argumentatifs se transforment progressivement. Symboliquement, les deux conférences internationales sur le sida, à Toronto en août 2006 et à Mexico en août 2008, scandent cette période : les enjeux de prévention et de RdRs, en particulier chez les gais, sont en effet au cœur de ces grands rendez-vous militants et scientifiques. Elles sont l'occasion pour les militants français de renforcer la crédibilité scientifique de leurs options préventives, notamment en nouant des alliances avec certains des acteurs internationaux des débats sur la transmission sexuelle du VIH. Signe de l'importance stratégique de ces conférences, les publications des deux associations (*Action* et *Remaides*) rendent compte de manière détaillée des enjeux de prévention débattus¹. Sur le plan organisationnel cette période correspond également à l'arrivée aux responsabilités, dans chacune des associations, d'acteurs rodés aux raisonnements épidémiologiques. Une

¹ Pour 2006 : « Toronto. Du rififi dans la prévention », *Action*, n°104, novembre 2006 ; « 16^{ème} Conférence sur le sida à Toronto. La cavale au Canada », *Remaides*, n°61, automne 2006. Pour 2008 : « Genève-Mexico, le chemin parcouru par les suisses », *Action*, n°114, septembre 2008 ; « Mexico, comme si vous y étiez », *Remaides* n°69, Automne 2008.

proximité intellectuelle qui ne se traduit cependant pas par un rapprochement des points de vue.

L'épidémiologie critique d'Act Up-Paris

En mars 2006, E. Château¹ est élu co-président d'Act Up-Paris, en binôme avec H. Fischer². Sur le site internet de l'association, l'article qui rend compte de cette élection met en exergue son caractère symbolique. Les deux co-présidents sont en effet des gais séropositifs³. Réélu en 2007, les deux hommes resteront à la tête d'Act Up-Paris jusqu'en mars 2008. Dans la tradition actupienne, la séropositivité d'E. Château fait l'objet de discours publics. C'est en particulier le cas dans la rubrique « *Envie d'en être* » d'*Action*, dans laquelle il évoque sa contamination et sa vie avec le VIH⁴. L'implication d'E. Château à la tête de la commission prévention, puis à la co-présidence de l'association, participe d'une évolution dans la manière d'appréhender la question du risque. Ainsi, au cours des années 2005-2008, de nombreux articles d'*Action* sont consacrés à ce sujet ; ils diffèrent sensiblement des textes élaborés précédemment par l'association, notamment dans l'usage presque systématique des références scientifiques. L'article publié suite à la Conférence de Toronto, consacré aux enjeux de prévention, illustre bien cette nouvelle approche⁵.

Tout en maintenant la ligne politique élaborée au début des années 2000 sur l'exemplarité préventive, l'association mobilise des données issues des recherches en cours au niveau international, autour de la Prophylaxie Pré-Exposition, des microbicides ou de la circoncision. Ainsi, ces approches peuvent avoir une pertinence à l'échelle populationnelle, mais ne sauraient être appliquées comme des recommandations individuelles :

« L'explosive situation du sida dans le monde exige impérieusement des moyens qui nous permettent de renforcer notre capacité à réduire le flot des nouvelles contaminations. De nouvelles approches, dites épidémiologiques parce qu'elles s'intéressent à la réduction de la transmission du virus à l'échelle d'une population et non pas du point de vue seulement individuel, explorent ainsi de nouvelles pistes en matière de prévention » (p.6).

¹ Militant d'Act Up-Paris, homosexuel, Emmanuel Château est né en 1975 et découvre sa séropositivité en 1999. Il s'investit fortement à Act Up-Paris à partir de 2004. Il est alors membre de la commission prévention, et devient co-président de l'association avec Hughes Fischer, entre mars 2006 et mars 2008. Dans le cadre de son mandat de représentation de l'association, il participe à de nombreux groupes d'experts entre 2004 et 2010, à l'ANRS (notamment l'AC18, et le groupe « stratégies alternatives de prévention ») et à l'INPES (comité d'experts homosexuels).

² H. Fischer est militant à Act Up-Paris depuis la fin des années 1980. Lui aussi gai et séropositif, il est âgé de 50 ans.

³ Une nouvelle équipe à la tête d'Act Up-Paris : générationS sida : <http://www.actupparis.org/spip.php?article2369>

⁴ Les informations sont en partie issues du portrait publié dans la rubrique « envie d'en être », *Action* n°115, novembre 2008 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3597>

⁵ « Toronto. Du rififi dans la prévention », *Action*, n°104, novembre 2006

Dans ce cadre, si la promotion de l'usage du préservatif reste l'axe principal de la position d'Act Up-Paris, les dimensions populationnelles de la RdRs sont prises en compte.

Pour l'association, une nouvelle cohérence du discours s'élabore donc qui se distingue des positions défendues par AIDES. Les militants d'Act Up-Paris mettent notamment en avant leur lecture plus rigoureuse et prudente des données scientifiques. Ainsi, ces derniers font évoluer leur position sur la prévention, tout en réaffirmant une posture critique. Elle apparaît dans le dossier consacré à la conférence de Toronto. Dans un encadré intitulé « *la mise en cause des méthodes de prévention classiques* », l'article attaque les analyses de « l'échec » des stratégies centrées sur le préservatif : selon lui, la non disponibilité universelle de cet outil s'avère être un frein majeur, trop peu pris en compte. Lors de leur réélection au printemps 2007, E. Château et H. Fischer sont interviewés dans *Têtu*¹. Ce dernier explicite les projets d'Act Up-Paris, en soulignant la place de la recherche dans l'engagement de l'association :

« L'objectif est de s'axer sur un certain nombre de questions prioritaires, dont la prévention. (...) Le but est d'occuper un terrain de rassemblement, de réflexion et de communication, sur les questions des nouvelles approches de prévention ou les recherches en sciences sociales, par exemple ».

Le dossier « prévention » publié à l'occasion de la marche des fiertés LGBT parisienne, en juin 2007, illustre également l'évolution du discours d'Act Up-Paris². L'article concernant le « sérotriage » est en effet principalement construit à partir d'une contestation de la lecture des données scientifiques dans le milieu associatif sida qui s'accompagne d'une forte dénonciation, des conséquences potentielles de la promotion de messages considérés comme erronés, diffusés par d'autres structures³. En contrepoint, l'article met en lumière les débats complexes de terminologie et de traduction de la notion anglo-saxonne de « serosorting ». Act Up-Paris met ici en scène une double posture éthique. C'est d'abord une éthique scientifique, qui valorise la prudence vis-à-vis des données d'enquête ; mais c'est également une éthique préventive, plus classique pour l'association, qui souligne les risques de « ségrégation » sexuelle induits par le sérotriage. La manière dont Act Up-Paris élabore sa posture de crédibilité scientifique la situe dans une position relativement nouvelle au regard de son histoire. Au plan des stratégies d'intervention dans les réunions ou l'espace public, la mise en avant de la séropositivité des militants, des modes de leur contamination ou de leurs pratiques

¹ « Hughes Fischer et Emmanuel Château remplissent à la tête d'Act Up-Paris », par Héraud X, *Têtu* n°122, mai 2007, p.174

² « Sérotriage, what's up ? », *Action* n°108, juin 2006

³ Elles ne sont ici pas nommées, mais il s'agit en particulier d'AIDES et de *Warning*

sexuelles continuent à agir comme un facteur de légitimité. Mais sur le fond, en revendiquant toujours plus de preuves scientifiques, le raidissement idéologique de l'association la place du côté des chercheurs les plus conservateurs dans le domaine de la prévention. Les alliances tacites qui en découlent ne permettent donc pas de former une opposition structurée à la RdRs. Mais surtout, alors que l'ANRS s'engage dans la compétition internationale concernant les projets de recherche de grande ampleur sur la prévention (circoncision, TasP, Prep), la posture d'Act Up-Paris est marginalisée.

L'épidémiologie ancrée d'AIDES

Pour sa part, B. Spire¹ est élu président d'AIDES en juin 2007. Volontaire à Marseille et ancien président d'AIDES Rhône Alpes Méditerranée, il est très engagé dans les débats sur la RdRs durant les années précédentes. Il est également porteur d'une expertise scientifique liée à son parcours professionnel : médecin (1985) et virologue (1990), il devient chargé de recherche à l'INSERM en 1990. Après une reconversion professionnelle, il intègre en 1999 l'unité INSERM 912 dirigée par JP Moatti, en tant que chercheur en santé publique.

Lorsqu'il est élu président d'AIDES, B. Spire hérite d'une situation complexe concernant les débats autour de la prévention. Vis-à-vis des autres associations, en particulier Act Up-Paris, et des pouvoirs publics, l'initiative des « flyers » de RdRs édités en 2002 continue à constituer un enjeu de désaccord majeur, bien qu'ils n'aient été que peu diffusés sur le terrain². L'isolement relatif qui en découle est analysé comme préjudiciable pour l'association, d'autant qu'il s'accompagne d'une faible compréhension des enjeux au-delà des cercles restreints du monde associatif sida. Parallèlement, des discussions émergent pour envisager de trouver une nouvelle appellation à cette approche, le terme « RdRs » étant jugé trop négativement connoté³. En interne, AIDES reste traversée de débats sur la mise en œuvre d'une approche de RdRs. Si la philosophie générale de ces actions est à présent partagée dans l'association, de nombreuses questions demeurent. Au cours de l'année 2005, plusieurs discussions ont lieu sur le sujet au Conseil d'Administration. Ainsi, en septembre 2005, le CA

¹ Médecin, virologue et chercheur en sciences sociales, il est né en 1960. Il découvre sa séropositivité en 1997. Militant à AIDES depuis 1988, il est notamment impliqué dès l'origine dans l'élaboration des « flyers » de RdRs édités en 2001 à Marseille. Président d'AIDES Rhône-Alpes Méditerranée de 2002 à 2007, membre du Conseil d'Administration national, il devient président de l'association en juin 2007. Son domaine de recherche, la vie avec le VIH (observance, discrimination, qualité de vie, sexualité), le conduit à être très actif dans les comités scientifiques de l'ANRS : CSS5, AC18, groupe « stratégies alternatives de prévention ».

² Entretien avec David Monvoisin, février 2007.

³ Procès Verbal de CA du 25/02/2007, document interne consulté en décembre 2010.

demande au « Groupe national Hommes Entre Eux »¹ de fournir des éléments de réflexion sur « l'attitude à adopter avec les commerces qui ne jouent pas le jeu de la prévention ; sur le fait d'intervenir lors de soirées bareback ; sur l'attitude à avoir avec le sérotriage ; sur l'utilisation du traitement prophylactique comme outil de prévention »². Les administrateurs d'AIDES souhaitent également mieux documenter les bases scientifiques de l'approche de RdRs³.

Pour Bruno Spire, la prévention constitue donc l'un des axes majeurs de sa présidence, qu'il affirme dès son élection dans une interview publiée en septembre 2007 dans *Têtu*⁴. Se posant en défenseur d'une approche « non moraliste », dans une allusion à peine voilée aux controverses qui ont opposées Act Up-Paris et AIDES, il souligne la nécessité d'envisager la RdRs comme l'une des facettes de la prévention :

« BS : Il faut avoir une approche non moraliste. La morale et la prévention sont incompatibles. Dire aux gens qu'ils sont des imbéciles quand ils ne mettent pas de préservatif ou prôner l'abstinence sont deux attitudes que je renvoie dos à dos. Les données scientifiques montrent que lorsqu'on est dans le jugement ou la morale, ce n'est pas productif. Et il faut avoir une approche scientifique. Si on perçoit la prévention comme le fait d'utiliser des préservatifs tout le temps, avec tous ses partenaires, toute sa vie, ça va marcher pour certains groupes de gens mais pas pour d'autres. (...) On a reproché aux militants d'AIDES d'être les premiers à se poser la question de la réduction des risques. Je pense qu'il n'y a pas à avoir de dogme là-dessus. La prévention ne s'oppose pas à la RdR » (*Têtu*).

On le voit, la posture de B. Spire mêle une approche politique et une lecture scientifique de la prévention. Ce double ancrage structure d'ailleurs ses propos lors de l'entretien croisé avec F. Barré-Sinoussi qu'il accorde à *Têtu*⁵, à la fin de l'année 2008. Dans ce cadre, comme E. Château, il met en jeu sa propre trajectoire en tant que gai séropositif⁶. Par ailleurs, avec son arrivée à la présidence de l'association, les enjeux de recherche prennent progressivement une place importante dans les programmes de l'association comme dans son orientation politique. C'est particulièrement le cas sur les projets de dépistages rapides auprès des homosexuels. Cela se traduit, au plan structurel, par la création début 2008 d'une « Mission Innovation,

¹ Composé d'une quinzaine de membres, volontaires et de salariés impliqués dans la prévention gaie et issus des différentes régions, le GN HHE se réunit deux fois par an.

² Procès Verbal de CA du 10/09/2005, document interne consulté en décembre 2010

³ Procès Verbal de CA des 10 et 11/12/2005, document interne consulté en décembre 2010

⁴ « Bruno Spire. 'Il faut avoir une approche non moraliste' », par Héraud X, *Têtu* n°125, septembre 2007, p.166

⁵ « Françoise Barré-Sinoussi, Bruno Spire. Une vie contre le sida », par E. Cosse, *Têtu* n°139, décembre 2008, pp.136-41

⁶ Dans l'interview de septembre 2007, B. Spire se positionne en effet comme militant séropositif, en expliquant : « ayant été contaminé en 1997, je remarque que le jugement était encore même pire. A la limite, cela aurait été mieux si j'avais été contaminé avant. Plus on est contaminé tard, plus on est jugé. Il y a un vrai danger car on a l'impression que les premiers contaminés sont des héros, et les derniers des imbéciles ».

Recherche, Evaluation » (MIRE) au sein d'AIDES¹, pilotée par JM Le Gall, un militant nantais, salarié au siège national de l'association. Ce dernier acquiert progressivement une place clé de passeur entre AIDES et l'ANRS au sein des projets sur la prévention en direction des gais. Il devient en juin 2010 le co-responsable d'un groupe de travail « Recherche communautaire » créé par l'Agence. Avec l'arrivée de B. Spire, une nouvelle approche militante s'affirme au sein de l'association. Historiquement, celle-ci a toujours compté dans ses rangs des chercheurs et des médecins. Mais la stratégie d'alliance avec l'ANRS la met dans la position inédite de prise en charge conjointe de projets de recherche. Même si cette position est susceptible de créer des tensions avec le monde de la recherche, notamment en sciences sociales, l'ANRS soutient fortement ce rapprochement. De plus, quand les militants d'Act Up-Paris réaffirment une démarche critique, AIDES porte une approche souple et pragmatique du risque, que la référence au « terrain » crédibilise. Ainsi, alors que la position des experts issus du monde associatif était difficile dans les années 1990 (Paicheler 2002), la multi-positionnalité des acteurs d'AIDES apparaît comme un gage de compétence.

Intégration dans le monde de la recherche ?

On le voit à travers les discours publics de leurs dirigeants, Act Up-Paris et AIDES situent progressivement leur analyse du risque dans le cadre d'une rationalité épidémiologique et biomédicale. Ce processus n'est pas sans rappeler celui décrit par S. Epstein au sujet de l'intégration des acteurs associatifs dans le monde de la recherche sur les essais cliniques, dans les années 1980 et 1990 (Epstein 2001a; 2001b). Pour autant, chacune des structures conserve sa spécificité dans la manière de traduire les données issues de la recherche en recommandations préventives. Pour Act Up-Paris, la rigueur d'analyse revendiquée conduit le plus souvent à la prudence et à la circonspection ; pour AIDES, l'ancrage scientifique doit permettre de se départir des approches moralistes. Dès lors, si les désaccords persistent, ils s'expriment sur d'autres registres. Ce renouvellement des discours et des équipes rend possible l'organisation d'un cortège commun des deux associations pour la marche des fiertés LGBT en juin 2008, avec comme mot d'ordre : « *Sortons le sida du placard* »². A cette occasion, les deux associations partagent un discours commun qui traduit les évolutions engagées plus globalement dans le champ de la prévention. L'enjeu est de faire entendre les

¹ Procès Verbal de CA de février et avril 2008, documents internes consultés en décembre 2010

² Une tribune est publiée par les deux associations : « Sortir le sida du placard », Act Up-Paris- AIDES, L'Humanité, 27/06/2008 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3408>

besoins des personnes concernées. Car malgré de nombreux désaccords, les deux associations se rejoignent alors sur un discours de résistance aux identités assignées par la biomédecine :

« Alors que le développement de nouvelles approches biomédicales pourraient offrir de véritables opportunités pour réduire l'épidémie chez les gais, nous refusons de laisser la place au renforcement d'approches de santé publique qui ne se confrontent pas aux envies et aux besoins des personnes concernées. Tirer parti de ces nouvelles pistes pour la prévention implique une discussion large dont on ne sait pas encore sur quoi elle débouchera, mais qui vaut le coup d'être menée pour réduire l'épidémie » Act Up, AIDES, Tribune dans *L'Humanité*, juin 2008.

En outre, sur la période 2005-2009, on voit émerger un nouvel enjeu scientifique et militant, qui va durablement structurer les débats : l'usage des antirétroviraux en prévention. Ce sera l'objet de la troisième partie de ce chapitre.

8.3. La reformulation du discours scientifique sur le risque

L'émergence de la parole des experts de santé publique s'accompagne d'une montée en puissance des enjeux biomédicaux dans les discours de prévention, en particulier autour de l'usage des antirétroviraux. La question du risque VIH s'en trouve significativement déplacée. Dans le même temps, de nouveaux acteurs – et de nouvelles problématisations du risque – s'affirment. Je m'intéresserai tout d'abord à l'élaboration des discours scientifiques sur la réduction des risques sexuels, en revenant sur les principales orientations de recherche menées en France. Je reviendrai ensuite, à travers l'étude des positionnements d'Act Up-Paris, sur l'affaiblissement de son discours critique. L'analyse menée s'étend sur une période de cinq années qui s'achève, en décembre 2009, avec la présentation publique du Rapport de la mission « Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST » (Lert, Pialoux, 2009).

8.3.1. La réduction des risques sexuels comme enjeu de recherche

Dans un premier temps, j'analyserai la manière dont les recherches en santé publique se retrouvent, progressivement, en première ligne des débats sur la prévention au cours de la période 2005-2010. Je m'intéresserai autant aux dimensions structurelles de ce processus qu'à ses implications sur la manière de penser le risque VIH, dans un contexte où les sciences sociales sont progressivement marginalisées.

Quelles orientations de recherche en France ?

Au niveau international, la littérature scientifique sur la prévention du VIH chez les gais a, au cours de la décennie 2000-2010, exploré deux grandes orientations de recherche. La première concerne le phénomène de bareback et les questions liées à la prise de risque, en particulier chez les séropositifs (Berg 2009). La seconde explore les formes de réduction des risques mises en œuvre par les gais, quel que soit leur statut sérologique ; dans ce cadre, une diversité de stratégies comportementales (sérochoix, positionnement stratégique, retrait) et/ou biomédicales (charge virale indétectable, traitement en pré et post exposition) sont analysées (Elford 2006; G. J. Hart et Elford 2010). Dans le contexte français, les recherches de sciences sociales sur la prévention regroupent, d'une part, des enquêtes quantitatives, menées auprès des gais, socio-comportementales : « Enquête Presse Gay » (Velter 2007), « Baromètre Gay » (Velter, Michel, et Semaille 2005), « Net Gay Baromètre » (Léobon et Frigault 2008) ; ou psychosociologiques : « Enquête sex drive » (P. Adam, Teva, et de Wit 2008). D'autres

recherches sont menées auprès des personnes séropositives, telle l'enquête « VESPA » (Spire et Peretti-Watel 2008). Et, d'autre part, des travaux qualitatifs, qui portent sur l'expérience de la séropositivité et la sexualité des séropositifs (Pierret 2006; Mendès-Leite et Banens 2006), le militantisme homosexuel contre le sida (Broqua 2006), le phénomène de bareback (J.-Y. Le Talec 2003; 2007), l'usage de produits psychoactifs (Fournier 2010) ou la conjugalité gaie (Courduriès 2007; Lerch 2007). Malgré ces nombreux travaux, le point de vue des sciences sociales est, jusqu'en 2005, relativement peu audible dans les controverses sur la prévention. A quelques exceptions près – JY Le Talec, F Lert, P. Adam, A Léobon – peu de chercheurs prennent publiquement position sur les questions du bareback et de la RdRs.

Au sein de l'ANRS, les travaux sur la prévention et les comportements sexuels sont suivis par « l'Action Coordonnée 18 »¹, présidée par F. Lert de 1998 à 2004, puis par G. Paicheler, de 2004 à 2011. Leur visibilité est assurée à travers les publications de la collection « Sciences sociales et sida » (Calvez, Schiltz, et Souteyrand 1996; Broqua, Lert, et Souteyrand 2003; Bozon et Doré 2007). Si le champ de la recherche sur le sida est historiquement structuré par des organismes de financement dédiés (l'ANRS, Sidaction), ceux-ci demeurent, jusqu'en 2005, en retrait des controverses sur la prévention. Plus généralement, dans le livre *Homosexualités au temps du sida* publié en 2003, les coordinateurs inscrivent leur démarche dans une situation préventive décrite comme « *préoccupante* ». L'ouvrage se propose alors de :

« Mobiliser et rendre disponible des connaissances afin de permettre à la réflexion comme à l'action de progresser sur les bases de ce qui a déjà été pensé, analysé, décrit ou accompli » (Broqua, Lert, et Souteyrand 2003, XVII).

L'objectif est donc d'abord d'éclairer le contexte des débats sur la prévention chez les homosexuels. En 2005, avec la journée d'animation de la recherche organisée le 6 octobre à Paris, l'ambition est différente². Plusieurs des recherches financées sont arrivées à leur terme, et en les présentant, il s'agit de questionner et de mieux comprendre le « *nouveau rapport au risque* » qui s'est développé dans le monde gai. Un ouvrage de la collection « sciences sociales et sida », publié en mai 2007, reflète les interventions de la journée (Bozon et Doré 2007). Le livre met en avant la nécessité de mieux renseigner « *le nouveau contexte social et épidémiologique* » marqué par l'avènement d'internet et par l'évolution des normes de

¹ Groupe pluridisciplinaire, l'AC18 rassemble, depuis la création de l'ANRS, les chercheurs en sciences sociales et santé publique travaillant sur les comportements sexuels et la prévention.

² La journée d'animation de la recherche de l'AC18 de l'ANRS s'intitule : « Sexualité, relations et prévention du sida chez les homosexuels masculins. Nouveaux enjeux, nouvelles recherches, nouvelles actions ».

prévention parmi les gais (Bozon 2007). La première partie de l'ouvrage, « *Y a-t-il une reprise des risques chez les homosexuels masculins* » est constitué à partir de données épidémiologiques (InVS) et d'enquêtes quantitatives sur les comportements sexuels des gais (EPG) et des séropositifs (VESPA). La seconde partie met l'accent sur les « *couples et les relations stables* », à partir de deux recherches doctorales financées par l'Agence. Enfin, la dernière partie, intitulée « *Bareback, une notion écran* », vise à mieux comprendre les usages du terme. L'ANRS, au travers de cette journée, se positionne donc comme l'un des acteurs clés du paysage de la prévention. De plus dans un contexte marqué par de nombreuses incertitudes et par une aspiration au consensus sur les risques, l'initiative de l'AC18 est considérée comme importante par les acteurs associatifs.

Dans le paysage de la recherche sur la prévention, l'approche développée en France par P. Adam et J. de Wit à partir de 2004, sous l'égide de l'Institute for Psycho Social Research (IPSR)¹, se distingue par son ambition théorique et pratique. D'une part, elle relève de la psychologie sociale et s'appuie sur un dispositif d'enquête par questionnaire. D'autre part, ces travaux, principalement financés par la DGS, intègrent dès le départ une perspective liée à l'action (Adam, de Wit, 2004) qui se traduit par une collaboration avec le Syndicat National des Entreprises Gay (SNEG). Enfin, les chercheurs sont porteurs d'une volonté de renouveler, sur des bases scientifiques et objectivables, les interventions de prévention en direction des homosexuels masculins. Leurs analyses, si elles constituent la structure des documents de prévention du SNEG, restent marginales dans le monde de la lutte contre le sida français. A cela, plusieurs explications possibles : des facteurs institutionnels : leurs travaux sont principalement financés par la DGS et non par l'ANRS ; des facteurs géographiques : P. Adam et J de Wit vivent à l'étranger et ne participent que ponctuellement aux réunions en France ; et des facteurs politiques, internes au monde associatif : l'alliance avec le SNEG conduit les autres groupes à considérer avec circonspection le travail mené. Mais plus fondamentalement, dans le monde du VIH, les recherches psychosociologiques se heurtent à l'émergence du paradigme biomédical de prévention.

¹ Basé aux Pays-Bas, cet Institut est dirigé par P. Adam. Ce dernier, docteur en sociologie (1997), a dirigé l'Enquête Presse Gay de 1993 à 2001. J. de Wit, est professeur de psychologie sociale de la santé et de la sexualité à l'Université d'Utrecht (Pays-Bas). Depuis 2008 il est directeur du National Center in HIV Research, à Sydney, Australie.

La structuration d'une nouvelle politique de recherche

Dès 2006, l'évolution du contexte international de la recherche marque profondément les orientations de l'ANRS, et mettent en question la place des sciences sociales. Les conférences internationales de Toronto¹ (2006) et Mexico² (2008) signent l'avènement d'un nouveau paradigme de prévention, structuré par des problématiques biomédicales (Jayle, Delfraissy, 2008). De nouveaux enjeux de recherche s'imposent en effet à l'agenda : la circoncision, le dépistage rapide (à partir de 2007), le traitement comme outil de prévention (TasP) et la Prophylaxie pré-exposition (à partir de 2008). Ces réflexions concernent, pour la plupart d'entre elles, la population gaie. En parallèle, l'Agence finance et copilote les enquêtes de l'InVS auprès des gais : l'enquête Prévagay³ (2009) et l'EPG (retardée par la grippe H1N1, elle est menée au premier semestre 2011). Ainsi, progressivement, la politique de recherche de l'ANRS sur la prévention se transforme et se structure autour de questions transversales aux sciences sociales et à la biomédecine. Un processus qui trouve sa traduction institutionnelle avec la création, en mars 2008, d'un groupe de travail interdisciplinaire sur « *les stratégies alternatives de prévention* »⁴ sous l'égide de l'AC18. Son objectif est explicité dans le Rapport d'activité de l'ANRS (2008) :

« Le groupe « stratégies alternatives de prévention » a, lui, pour objectif de mettre sur pieds des projets de recherches, à la fois biomédicales et sociales, sur de nouvelles approches susceptibles d'améliorer l'acceptabilité et l'adoption des pratiques de prévention de la transmission du VIH. L'une des missions du groupe est d'étayer le débat autour de la réduction de la transmissibilité du VIH chez les patients sous traitement antirétroviral présentant une charge virale indétectable, et sur les conséquences à en tirer en matière de prévention individuelle, dans les pays du Nord comme dans ceux du Sud » (Rapport d'activité 2008).

Parallèlement, dès 2007, l'Agence s'engage sur les projets de dépistage rapide en direction des gais, en créant un groupe de travail *ad hoc*⁵. Cette thématique est l'une des premières pistes de travail de la nouvelle Mission Innovation, Recherche, Evaluation (MIRE) d'AIDES⁶. Cette dernière développe et met en œuvre une approche de « recherche communautaire »,

¹ « Conférence de Toronto », *Transcriptase* n°129, automne 2006

² « Conférence de Mexico », *Transcriptase* n°138, automne 2008

³ Enquête de prévalence menée dans des établissements homosexuels du quartier du Marais, en lien avec le SNEG (Velter et al. 2010).

⁴ Le groupe rassemble une trentaine de chercheurs, cliniciens et associatifs. Il est piloté par G. Paicheler, présidente de l'AC18, directrice de recherche en sociologie au CNRS, et B. Spire. Ce double ancrage institutionnel et disciplinaire marque la volonté de l'Agence de mêler différentes approches des sciences sociales avec la recherche biomédicale et les cliniciens. Le groupe se réunit à sept reprises entre le printemps 2008 et le printemps 2010 autour de plusieurs thématiques touchant à la prévention, et initie notamment un projet de recherche sur la transmissibilité chez les gais ayant une charge virale indétectable (projet « Corist »).

⁵ ANRS, *Rapport d'activité 2008*, « Recherches en santé publique, SHS. Dépistage et prévention », pp.52-5

⁶ Champenois, Le Gall, Yazdanpanah, « Evaluation d'un dépistage communautaire auprès des HSH », *Transcriptase* n°141/vih.org, septembre 2009

notamment inspirée d'expériences nord-américaines¹. Dès 2004, l'ANRS s'était attachée à inviter les grandes associations de lutte contre le sida dans les Actions Coordonnées, en tant qu'interlocutrices. Mais l'implication de l'association au sein de projets financés par l'ANRS constitue l'une des inflexions importantes du paysage scientifique de la lutte contre le sida². Ce nouveau positionnement se traduit par la participation d'AIDES en tant que « co-chercheur » dans le projet de prophylaxie pré-exposition en direction des homosexuels masculins séronégatifs (« Ipergay », piloté par JM Molina), votée par le CA de l'association en septembre 2009³. On retrouve ici les logiques d'institutionnalisation et d'étatisation des mouvements de santé des gais décrites par S. Epstein aux Etats-Unis (2003) : ce rapprochement avec le monde de la recherche est rendu possible par l'évolution des analyses associatives et leur appropriation des paradigmes scientifiques décrits précédemment.

Par ailleurs, avec la création d'une « mission sciences sociales » en octobre 2006, Sidaction s'affirme progressivement comme un acteur à part entière dans le champ des recherches sur la prévention. L'association finance en effet des travaux de sciences sociales sur ces thématiques⁴. V. Nosedà et V. Douris, salariés de Sidaction, prennent dès lors part aux réunions et aux conférences scientifiques. Ils organisent, en juin 2010, une journée « C'est un monstre qu'il nous faut regarder. Sciences sociales, homosexualité et sida »⁵, qui rassemble des spécialistes internationaux (B. Adam, D. Halperin, K. Race), des universitaires français et des chercheurs financés par Sidaction⁶.

Le renouvellement des recherches sur la prévention se situe dans un cadre intellectuel et méthodologique largement dominé par des grandes enquêtes de santé publique à dimension biomédicale, ne laissant qu'une marge de manœuvre étroite aux sciences sociales⁷. De plus, si l'ANRS et Sidaction financent de nombreux travaux pré-doctoraux en sciences sociales, ces approches peinent à trouver leur place et leur légitimité dans les projets de recherche de

¹ Spire, Henry, « La recherche communautaire, une approche innovante à développer sans modération », *Transcriptase* n°144/vih.org, décembre 2010

² Positionnement qui n'est pas sans susciter de nombreux débats au sein des groupes de travail de l'ANRS et plus généralement dans le milieu associatif.

³ Procès Verbal de CA des 5 et 6/09/2009, document interne consulté en décembre 2010

⁴ En 2010, les recherches en sciences sociales représentent 36 projets (doctorat, post-doctorat), soit 21% des crédits attribués à la recherche par Sidaction (Sidaction, Rapport d'activité 2010, p.15).

⁵ Conférence organisée par la mission sciences sociales de Sidaction, les 24 et 25 juin 2010, à Paris : http://www.sidaction.org/e_upload/pdf/journees_sciences%20sociales_homosexualite_24-25juin2010.pdf

⁶ P. Bonny, J. Courduriès, L. Gaissad, G. Girard, JY Le Talec, V. Rubio, S. Fournier

⁷ Dans son « Rapport d'activité 2007 », l'ANRS souligne l'avancée des réflexions sur « l'intégration des sciences sociales dans les essais cliniques », menées par un groupe ad hoc visant à mieux prendre en compte les facteurs socio-comportementaux (pp.48-9). Cette évolution s'amplifie dans les recherches sur la circoncision et sur le traitement comme outil de prévention

grande ampleur mis en œuvre autour des enjeux de prévention. Le développement des recherches sur le traitement comme prévention accentue cette tendance.

8.3.2. L'affirmation du rôle des antirétroviraux dans la prévention

Le 1^{er} décembre 2007, le Professeur suisse B. Hirschel publie un communiqué qui met en émoi le milieu de la lutte contre le sida : avec une charge virale indétectable depuis au moins six mois, un traitement efficace et en l'absence d'autres IST, un séropositif ne peut plus transmettre le VIH dans le cadre de relations hétérosexuelles¹. La nouvelle, relayée médiatiquement, fait l'effet d'une bombe dans le monde français de la lutte contre le VIH. Non pas tant que cette information soit une surprise : sur le plan médical, l'indétectabilité était déjà envisagée comme un enjeu de réduction de la transmission (Castilla et al. 2005; Paul Van de Ven et al. 2005). De plus, l'annonce ne concerne *a priori* que les couples hétérosexuels stables. Mais c'est sa publication, sous forme de recommandation, dans « le Bulletin des médecins suisses » (2008), qui va susciter le plus de débats.

Dans un premier temps, les associations et les pouvoirs publics réagissent avec circonspection, afin d'éviter un emballement médiatique². Par la voie d'un communiqué de presse, le Ministère de la Santé se range à une position prudente en rappelant que, « *sous réserve* » de la position des experts internationaux et nationaux, le préservatif demeure le « *seul moyen* » de prévention³. Pour Act Up-Paris, qui s'exprime sur le sujet dans un article d'*Action*⁴, l'annonce suisse relève de la « *prise de position* » et ne saurait être envisagée comme une recommandation fondée sur des preuves scientifiques suffisantes. L'association craint d'éventuels effets délétères en termes de relâchement préventif. En septembre 2008, Act Up-Paris réitère cette critique, suite à la Conférence de Mexico, en estimant : « *B. Hirschel est peut-être un bon médecin hospitalier, mais il n'est pas chercheur...* »⁵. Cette stratégie de disqualification scientifique, s'inscrit dans l'approche développée par

¹ Vernazza et al, 2008. Selon les termes de l'article : « Une personne séropositive suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée ne transmet pas le VIH par le biais de contacts sexuels. Cette affirmation reste valable à condition que : la personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant ; la charge virale se situe en dessous du taux de détection depuis au moins six mois ; la personne séropositive ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible (...) » (2008).

² N'Sondé V, « Charge virale indétectable : risque minimale sous conditions ? », *Transversal* n°42, mai-juin 2008, pp.16-21 ;

³ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, « Traitement efficace par les antirétroviraux et risque de transmission du VIH », Communiqué de presse, 14/02/2008

⁴ « Avis de la CFS : un miroir aux alouettes », *Action* n°111, pp.26-7

⁵ « Genève-Mexico : le chemin parcouru par les suisses », *Action* n°114, septembre 2008

l'association depuis 2005. De son côté, AIDES, tout en se positionnant avec prudence, et en rappelant que la recommandation ne concerne pas les couples homosexuels, souligne l'effet psychologique bénéfique de la nouvelle pour les séropositifs inquiets du risque de transmettre. Dans *Remaides* de l'été 2008¹, un dossier est consacré à la question, accompagné d'une interview de B. Hirschel. Les rédacteurs des articles s'attachent à délivrer une information vulgarisée, en soulevant des questions : comment passer d'une réalité populationnelle à une application individuelle, alors qu'on ne connaît pas les variations entre la charge virale dans le sang et dans le sperme ? Et, reprenant la notion de « risque négligeable » de la recommandation suisse, comment aider les personnes concernées à évaluer la balance bénéfice/risque d'une décision de non protection ?²

Le débat prend de l'ampleur, et met les pouvoirs publics dans l'embarras. En effet, après des années de débats autour de la prévention, le positionnement de la DGS, en retrait, accrédite une forme de paralysie des politiques publiques. Au cours de l'année 2008, le CNS auditionne les principaux acteurs de la lutte contre le sida pour élaborer « un avis suivi de recommandations » sur le sujet³. Celui-ci est rendu public le 9 avril 2009, et va également susciter de nombreuses réactions dans le monde de la lutte contre le sida. Dans la foulée, le Directeur général de la santé, X. Houssin, commande à F. Lert et G. Pialoux la présidence d'un groupe de travail chargé d'envisager la place des « nouvelles » approches de prévention du VIH dans les politiques publiques de santé :

« Comme vous le savez, les 'nouvelles méthodes de prévention' sont sources de controverses. C'est le cas notamment avec la polémique concernant l'intérêt potentiel, individuel, du traitement antirétroviral comme outil de prévention ». Lettre de mission du DGS, 21/04/2009

Dès lors, au cours du second semestre 2009, la rédaction du rapport et les débats qui l'accompagnent, vont occuper le haut de l'affiche. *In fine*, l'annonce suisse, qui pouvait apparaître au départ comme un nouveau rebondissement des controverses récurrentes sur la prévention participe d'une évolution en profondeur du champ de la prévention, en contribuant à une forme de reconnaissance institutionnelle des approches de RdRs.

¹ « Recommandations suisses sur la charge virale. Indéfectable = intransmissible ? », *Remaides* n°68, été 2008, pp.28-46

² Sordet F, « Risque 'négligeable'. Une décision de couple... », *Remaides* n°68, été 2008, p.32

³ CNS, « Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH », Paris, 9/04/2009

L'introuvable consensus (2009)

Alors que les années 2005-2006 sont marquées par la recherche – du moins revendiquée – d'un consensus sur les risques et la prévention, les prises de position sont bien différentes à partir de l'automne 2008. Les désaccords apparaissent en effet trop nombreux sur l'analyse des données concernant la prévention ; mais, plus encore, ils redeviennent l'objet de controverses publiques. En suivant les prises de position d'Act Up-Paris sur la période qui va de la fin 2008 à la fin 2009, on peut envisager la manière dont les différents espaces de controverses se reconfigurent. Je m'attacherai, dans un premier temps à les décrire ; j'analyserai ensuite comment l'association a traduit son point de vue sur le plan opérationnel. Je propose donc d'analyser la politique d'Act Up-Paris au regard de trois fronts de controverses.

Le premier est le **front associatif**. Dès l'automne 2008, peu après le cortège commun Act Up-Paris-AIDES lors de la marche des fiertés LGBT à Paris, les relations entre les deux associations se crispent. Début octobre, les militants d'Act Up-Paris procèdent à un « zap » contre un établissement commercial gai, signataire de la Charte de responsabilité¹ qui a voulu organisé une « soirée Total bareback »². Suite à cette action, l'association demande la radiation de l'établissement du cadre de la Charte et signe un communiqué commun avec le SNEG et Sida Info Service³. Pour sa part, AIDES ne s'associe pas à la demande de radiation, privilégiant un dialogue avec l'établissement. Ces désaccords sont source de tensions entre les associations signataires de la Charte. Peu après, en novembre 2008, AIDES Paris accepte d'accueillir dans ses locaux un atelier « santé sexualité barebackers », auquel certains de ses militants sont associés ; une première réunion est annoncée publiquement pour le début du mois de décembre. Act Up-Paris dénonce cette décision et somme l'association de s'expliquer ; dans une lettre ouverte, la position d'AIDES est jugée « *complaisante, voire prosélyte à l'égard du sexe à risque* »⁴. Convoquée par le ministère de la Santé pour justifier cet hébergement, AIDES défend cette approche, et envoie un courrier de réponse à Act Up-Paris, arguant de son refus d'une « *approche moralisatrice* » et s'inscrivant dans la logique

¹ Charte élaborée en 2002 par les associations de lutte contre le sida (Act Up-Paris, AIDES, Sida Info Service, SNEG) qui engage les établissements signataires sur différents aspects de la prévention.

² « Le Banque club réserve ses soirées au bareback ! », article en ligne, 5/10/2008 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3538>

³ « Appel à vigilance vis-à-vis du bareback », article en ligne, 11/12/2008 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3605>

⁴ « Demande de positionnement de AIDES par rapport aux ateliers 'santé bareback' organisés dans ses locaux, par un de ses salariés », article en ligne, 10/12/2008 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3604>

des évolutions internationales du paradigme de prévention¹. La controverse se poursuit dans le numéro d'*Action* d'avril 2009 : un article met nommément en cause l'un des salariés d'AIDES impliqué dans les ateliers et critique le « *pragmatisme* » revendiqué par cette dernière². A travers ces deux exemples, il apparaît que les éléments qui ont alimentés les controverses sur la prévention continuent à diviser les associations. Comme je l'ai souligné précédemment, les prises de position d'Act Up-Paris et d'AIDES traduisent deux approches divergentes des « *intérêts* » de la communauté. Malgré des périodes d'accalmie dont témoigne la marche des fiertés LGBT, le débat perdure, aucun des acteurs ne se percevant comme défait. Le nouveau contexte scientifique de la prévention, mobilisé par les deux groupes pour appuyer leurs arguments, ne modifie pas fondamentalement le désaccord politique qui structure les discours.

Les controverses se reconfigurent également sur le **front institutionnel**. L'année 2009 est en effet marquée par une série d'actions et de déclarations d'Act Up-Paris vis-à-vis du Ministère de la Santé et de l'INPES. Loin d'être nouvelle, cette dénonciation de l'action des pouvoirs publics est une constante de la politique de l'association (Barbot 2002). Dès le printemps, l'association dénonce l'inaction de l'Etat sur la politique de lutte contre le sida³. Au cours de l'été, l'angle d'attaque concerne plus particulièrement l'INPES : fin juin 2009, dans une lettre ouverte⁴, Act Up-Paris reproche l'absence de campagne ciblée en direction des homosexuels au cours des deux années précédentes. L'association dénonce par ailleurs l'interruption des réunions du « groupe d'experts homosexuels » durant la même période. Le 9 juillet, Act Up-Paris et le SNEG envoient une lettre ouverte à R. Bachelot, Ministre de la Santé, déplorant l'absence de campagne d'été de prévention en direction des gais⁵. Le 10 juillet, les militants d'Act Up-Paris procèdent à un « zap » contre l'INPES, dénonçant les « *deux ans de*

¹ « Courrier de réponse à Act Up-Paris », Document interne, non daté. Dans le courrier, l'association explique : « AIDES est une maison ouverte à toutes les personnes séroconcernées. Nous accueillons des personnes qui injectent leur substitution, nous accueillons des personnes qui ne prennent pas leur traitement, nous accueillons des personnes qui ne se protègent pas. Car c'est bel et bien en travaillant avec les personnes qui présentent des difficultés avec la gestion de leur santé que l'on pourra avancer en matière de prévention. La communauté internationale a bien compris que c'est en diversifiant les approches de prévention, en les articulant que l'on pourrait avancer. (...) Il ne s'agit pas de remettre en cause la norme préventive que nous avons toujours défendue, mais d'accepter le fait que la seule injonction à cette norme est insuffisante ».

² « Le bareback prosélyte fait son come back », *Action* n°117

³ « La France n'a plus de politique de lutte contre le sida », *Action* n°117, avril 2009

⁴ « Lettre ouverte à T. Le Luong, directrice de l'INPES », 25/06/2009 : <http://www.actupparis.org/IMG/pdf/LettreOuverte-TLL-INPES-240609.pdf>

⁵ « Lettre ouverte à R. Bachelot-Narquin : quid de la prévention gay ? », article en ligne sur le site d'Act Up-Paris, 9/07/2009 <http://www.actupparis.org/spip.php?article3758>

vacances » de l'Etat¹. L'INPES réagit en convoquant une réunion du « groupe d'experts » pour la fin du mois de juillet². Sur le fond, cependant, les pouvoirs publics se retranchent derrière l'attente des recommandations de la « mission Lert-Pialoux », il n'y aura pas de nouvelles campagnes avant leur publication. Une réponse qui est loin de satisfaire l'association, qui continue au cours de l'été à dénoncer l'inaction de l'INPES, et à réclamer la mise en œuvre de campagnes « *dès septembre* »³. A travers cette mobilisation, Act Up-Paris réactive un front de conflit avec l'Etat et ses institutions de santé. L'argumentaire est habituel dans les relations entre l'association et les pouvoirs publics : « *En deux ans d'inaction de l'État sur la prévention gaie, près de 4 500 homosexuels se sont contaminés par le virus du sida* »⁴. Cependant, cette forte mobilisation de l'association contre l'INPES au cours de l'été 2009 n'est pas sans visée stratégique. La radicalisation du discours traduit une volonté de peser dans les débats à venir à propos du rapport sur la prévention (Lert, Pialoux, 2009).

Enfin, le dernier front de controverse concerne les **enjeux scientifiques**. Symboliquement la tension se noue dans l'arène médiatique, en mars 2009, dans les colonnes d'un quotidien d'ordinaire plus favorable aux positions d'Act Up-Paris. Réagissant aux propos anti-préservatif du pape Benoît XVI, E. Favereau, journaliste de *Libération* spécialiste du VIH, met en cause « *le dogme de la capote* »⁵. L'auteur constate « *la pauvreté des débats autour de la prévention en France* », et souligne la nécessité de repenser la prévention au regard des évolutions comportementales (« *sérotriage* ») et des avancées scientifiques (microbicides, Prep). D'autre part, il met explicitement en cause l'attitude d'Act Up-Paris, lui reprochant d'avoir retardé la mise en place d'une expertise sur le sujet⁶. L'association, dans sa riposte (publiée dans sa version longue dans *Action*)⁷, dénonce les propos du journaliste : « *faire croire qu'il existe des alternatives au préservatif est criminel et dangereux* ». De plus, l'article reproche l'absence de rigueur scientifique d'E. Favereau, et son approche de la

¹ « INPES : déjà deux ans de vacances », article en ligne sur le site d'Act Up-Paris, 10/07/2009 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3759>

² Parant P, « Prévention gay : l'INPES se défend », article en ligne sur le site de *Têtu*, 18/07/2009 : <http://www.tetu.com/actualites/sante/prevention-gay-linpes-se-defend-15114>

³ « Prévention gay : pour l'INPES, il est urgent de ne rien faire », article en ligne sur le site d'Act Up-Paris, 7/08/2009 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3788>

⁴ « Prévention gay : entre mensonge et langue de bois », article en ligne sur le site d'Act Up-Paris, 28/07/2009 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3784>

⁵ Favereau E, « Le dogme de la capote », *Libération*, 30/03/2009

⁶ Il s'agit des prémisses de la « mission Lert-Pialoux », dont le préambule du Rapport rend compte brièvement (2009, pp.19-20)

⁷ « Du dogme au comptoir », *Libération*, 22/04/2009 ; « La prévention faussée de Libération », *Action* n°117, avril 2009, pp.8-9

prévention qualifiée « *d'à peu près* ». Act Up-Paris réaffirme son opposition à la RdRs en l'absence de preuves scientifiques suffisantes et qualifie les messages existants de « *fausses croyances* ». Sur un autre volet, l'association accueille avec une relative satisfaction l'avis du CNS sur l'intérêt du traitement comme outil de prévention¹ (9/04/2009). Elle le considère « *mesuré* » et souligne la nécessité d'envisager avec prudence le passage des recommandations d'un niveau populationnel à un niveau individuel. De plus, l'article rappelle que :

« Pour nous séropositifVES, l'espoir de ne plus présenter un jour un risque potentiel pour nos partenaires est immense. Mais n'oublions pas que ce risque est pour autrui et qu'il reste encore impossible de l'écartier sans préservatif, même avec une charge virale indétectable » (p.7).

Ce conflit est révélateur des limites de la stratégie de l'association dans le conflit de crédibilité sur la prévention : la capacité des acteurs à convaincre et faire valoir leur point de vue se mesure en effet aux alliances qu'ils nouent, en particulier avec le monde de la presse (Epstein, 1996).

D'autre part, dans le monde de la recherche, la posture d'Act Up-Paris sur les questions de RdRs est perçue par une partie des acteurs comme peu propice à l'avancée des débats. C'est notamment le cas lors des discussions sur l'annonce suisse, car l'exigence d'un niveau de preuves scientifiques toujours plus élevé se heurte à la faisabilité des études. Cette ligne de tension est particulièrement perceptible lors des réunions de l'ANRS sur ces enjeux (AC18, groupe « stratégies alternatives de prévention »). Elle s'exprime à propos d'un article publié par F. Jin et ses collègues australiens dans *AIDS* (2009) sur la RdRs. Cet article, paru en janvier, fait l'objet de dissensions dans le milieu associatif français quant à l'interprétation des données : si pour AIDES les résultats accréditent les effets non nuisibles de la RdRs, pour Act Up-Paris les biais méthodologiques de l'enquête en limitent la portée. L'article fait l'objet de nombreuses discussions entre experts et militants : il est présenté et débattu au sein du groupe « stratégies alternatives » de l'ANRS, puis sur le site d'information « vih.org »² et enfin lors de la journée interassociative organisée par le TRT5 en mars 2009 sur les questions de transmission du VIH³. Dans ces différentes arènes, E. Château, qui porte la position de

¹ « L'avis mesuré du CNS », Action n°117, avril 2009, pp.6-7

² Girard G, Pialoux G, « La réduction des risques chez les gays australiens », 27/02/2009 ; Château E, « Les gays ne le méritent-ils pas ? », 28/02/2009, vih.org, <http://www.vih.org/20090227/reduction-risques-sexuels-chez-gays-australiens-2426>

³ « 1^{er} Forum interassociatif sur la transmission sexuelle du VIH », Paris, 27 et 28 mars 2009, TRT5 ; Château E, Girard G, « Présentation critique d'une publication sur l'évaluation du risque » (en ligne sur le site du TRT5 : <http://www.trt-5.org/article234.html>).

l'association, conteste les interprétations « trop optimistes » des données. Ce faisant, il cherche à délégitimer les autres points de vue, en soulignant leur manque de rigueur scientifique. Ce positionnement s'affirme à nouveau au cours de la mission « Lert-Pialoux », lorsque l'association est auditionnée, lors des réunions du comité de pilotage de la mission, mais également quand le travail de la mission est mis en cause¹. Enfin, l'intervention d'E. Château au nom d'Act Up-Paris, le 14 décembre 2009 jour de la présentation publique du rapport aux acteurs de la lutte contre le sida, reprend et systématise ces positions². A cette occasion, l'association explicite ses principales critiques sur la RdRs, telles que l'absence de données spécifiques sur la place du traitement dans la prévention chez les gais et la prédominance d'une approche « *probabiliste* » du risque, qui n'a pas prouvé son efficacité à l'échelle individuelle. *In fine*, Act Up-Paris insiste sur le fait que le niveau de preuve scientifique n'est pas suffisant pour promouvoir des stratégies de RdRs chez les gais.

Cette exigence de rigueur traduit un double processus. D'une part, sur le plan politique, Act Up-Paris continue d'affirmer une posture d'exemplarité communautaire en termes de prévention ; dans cette logique, les informations qui lui paraissent pouvoir encourager le relâchement préventif sont dénoncées. D'autre part, stratégiquement, grâce à ce travail de contre-expertise l'association tente d'établir sa crédibilité dans le champ de l'expertise, alors qu'elle est confrontée à une forte érosion militante. En découle un discours fondé sur l'exigence de preuves scientifiques, au nom de l'intérêt communautaire, et de la volonté de diffuser une information sûre. Cette manière d'envisager la prévention conduit l'association à élaborer « Reactup », un « *site d'information et d'empowerment des gais sur la prévention et la recherche préventive* ». Soutenu financièrement par l'INPES, le site est mis en ligne en juin 2010³. Auparavant, la campagne d'affiches lancée par Act Up-Paris au moment de la marche des fiertés LGBT 2009 constitue une illustration de ce registre de discours. Déclinée en deux visuels, elle évoque les débats sur le traitement comme outil de prévention, et met en garde contre le risque de relâchement préventif (cf annexe 2). Le sous-titre « *Seule la capote protège du sida. Le reste c'est de la science-fiction* », reflète bien la position de l'association.

¹ Act Up-Paris, « Note en réponse à celle adressée le 22 novembre au Copil de la mission Lert-Pialoux concernant l'audition d'Act Up-Paris », 25/11/2009, Annexes du Rapport Lert-Pialoux, 2009

² « Intervention d'Act Up-Paris lors de la journée INPES du 14 décembre 2009 sur le rapport « Réduction des risques sexuels », texte en ligne, 14/12/2009 : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3907>

³ « Reactup : un site web d'information et d'empowerment des gais sur la prévention », Dossier de presse, juin 2010. « Reactup, le site à fréquenter avant de baiser » : <http://www.reactup.fr/>

Cependant, si Act Up-Paris peut apparaître isolée dans le nouveau paysage des débats scientifiques sur la prévention, la situation reste plus contrastée au plan associatif : sur ces questions, la sphère associative est divisée. Alors que l'arène des débats sur la prévention s'est déplacée vers le champ de l'expertise, les prises de position d'Act Up-Paris ne lui permettent pas d' enrôler des soutiens de poids dans le monde de la recherche. Les cliniciens, en particulier, lui opposent leur expérience quotidienne avec des personnes séropositives désireuses d'une sexualité moins soumise à la crainte de transmettre le VIH. Cette posture de l'association, qui apparaît coupée du « terrain » par rapport à AIDES, tend à l'isoler.

Le rapport Lert-Pialoux : la RdRs institutionnalisée ?

La mission confiée à F. Lert et G. Pialoux par le DGS D. Houssin sur « la prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST » est menée d'avril à novembre 2009. Le choix de ces deux acteurs du monde de la recherche est lié à leur bonne connaissance du milieu associatif ; ils sont également complémentaires quant à leurs domaines de compétences (santé publique et médecine). Les deux rapporteurs sont issus de courants critiques de la santé publique : F. Lert mène de longue date des recherches marquées par un engagement citoyen ; G. Pialoux chef de service des maladies infectieuses à l'Hôpital Tenon (Paris), a été journaliste à *Libération*, et s'est investi très tôt dans la lutte contre le sida. De par leurs parcours, tous deux sont attentifs à des logiques compréhensives et ancrées dans l'expérience de terrain. Ce double pilotage disciplinaire illustre par ailleurs les évolutions intervenues depuis 2005, et la légitimité accrue des experts scientifiques sur les questions de prévention. D'emblée, les deux coordinateurs décident de mettre en œuvre une méthodologie qui leur permettra de limiter les effets des controverses associatives sur le déroulement de la mission, et de proposer une expertise dans un délai bref. La rédaction du Rapport est confiée à un groupe restreint – deux assistants, en plus de F. Lert et G. Pialoux – auquel est adjoint un comité de pilotage, qui se réunit à deux reprises (septembre et novembre)¹. Dans l'esprit de la lettre de mission, la réflexion se structure donc autour de cinq axes de travail :

- L'analyse de la littérature scientifique et militante sur la prévention
- L'analyse des politiques de prévention

¹ Le comité de pilotage regroupe, sur le plan institutionnel : la DGS, l'INPES, l'InVS, la SFLS ; et sur le plan associatif : Act Up-Paris, AIDES, Arcat sida, le CRIPS, le Kiosque info Sida, MDM, le MFPPF, le RAAC sida et le TRT5.

- L'audition de « grands témoins » de la lutte contre le sida
- L'audition d'associations
- L'audition de groupes de travail thématiques : « charge virale, HAART et prévention », « sécrétions et pharmacologie génitale », « homosexuels » ; et de groupes de travail ad hoc : INPES, SFLS, presse généraliste.

Le Rapport¹ remis à la Ministre de la Santé est présenté par R. Bachelot lors d'une conférence de presse le 27 novembre 2009. Une large part du document concerne les gais. Il est introduit par 13 « grandes priorités » qui avancent une approche combinée de la prévention et soulignent la nécessité de repenser la gouvernance de la lutte contre le VIH. Le Rapport se compose de 98 recommandations qui touchent à la recherche et à l'action, dans différents domaines (approches biomédicales et socio-comportementales) et à différentes échelles (populationnelles/communautaires, individuelles, institutionnelles). La « gouvernance » par l'Etat des politiques de prévention du VIH est particulièrement sous le feu de la critique.

Pour F. Lert et G. Pialoux, il convient, tout en réaffirmant la place centrale du préservatif, de reconnaître le rôle du traitement comme outil de prévention ; de poursuivre des recherches sur cette question ; de mettre en place des actions de prévention ciblées vers les personnes séropositives, et de remettre les médecins au cœur du dispositif de prévention. Concernant les homosexuels, le Rapport définit la prévention dans ce groupe comme une « priorité absolue et urgente », imposant que tous les moyens soient mis en œuvre « *dans une approche combinée : traitement, PEP, dépistages VIH&IST, promotion du préservatif, actions visant à réduire le nombre de rapports anaux non protégés, ainsi que toutes les autres méthodes de réduction des risques disponibles* » (p11). Il préconise également la création de « *Centre de santé sexuelle LGBT* », ainsi que le recrutement d'un « *responsable de la santé LGBT* » à l'INPES. Enfin, au regard des controverses sur la RdRs, et afin d'envisager les conditions d'une expertise partagée, le Rapport préconise l'actualisation annuelle des recommandations sur la prévention, l'élargissement des missions du TRT5 à la prévention ainsi que leur suivi par la DGS.

Soulignons cependant un point : dans son intitulé (« mission RdRs »), le document s'approprie – et légitime – une notion qui a été au cœur des controverses de la décennie

¹ Lert F, Pialoux G, « Rapport mission RdRS. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST », Paris, 2009

écoulée. De plus, dès l'ouverture, la RdRs est posée comme l'un des principes du Rapport : dans leur définition, les auteurs développent une conception « combinée » de la prévention. Ainsi, près de dix ans après l'émergence des controverses sur le phénomène de bareback, l'approche de RdRs est-elle institutionnellement reconnue comme pouvant constituer un concept utile à la prévention. Dans le même mouvement, la médicalisation de la gestion du risque, à travers l'usage des antirétroviraux, est affirmée comme une donnée incontournable de la lutte contre le sida, consacrant un nouveau paradigme. Quelques mois plus tard, le « Rapport d'experts sur la prise en charge du VIH », (Yéni, 2010) consacre le rôle du traitement dans la prévention.

Conclusion du chapitre : reconfiguration de l'analyse du risque

Au cours de ce chapitre, je suis revenu sur les débats concernant la prévention du sida entre 2005 et 2009. Au début de cette période, les positions d'AIDES et d'Act Up-Paris sont figées dans l'opposition : l'incertitude sur le niveau de risque est tout à la fois la cause et la conséquence des controverses (Epstein 2001b). Pour leur part, les pouvoirs publics et les experts sont demeurés relativement en retrait. Mais, progressivement, les experts de la santé publique réémergent et prennent une place de premier plan dans les arènes de débat. Dans ce contexte, un mouvement de médicalisation de la gestion du risque s'affirme, amplifié par les discussions sur les usages préventifs des antirétroviraux. Plusieurs éléments contribuent à la reconfiguration des frontières entre expertise et militantisme :

- La « *montée aux extrêmes* » sur le phénomène de bareback caractérise les articles de *Têtu* sur la prévention entre 2005 et 2007. Elle traduit le désarroi des dénonciateurs de ce phénomène, après plusieurs années de conflit. L'approche du risque fondée sur la conception d'une communauté menacée de l'intérieur s'épuise et n'apparaît plus en mesure de convaincre au-delà des cercles qui s'y reconnaissent.
- Parallèlement, les experts (chercheurs, cliniciens) prennent la parole plus régulièrement dans l'espace public, dans un contexte où la concentration de l'épidémie dans des groupes spécifiques (gais, migrants) est admise par tous. Les acteurs dominants privilégient la recherche de réponses « pragmatiques », à l'inverse des conflits idéologiques qui ont marqué la période précédente. Mettant en scène la figure d'un individu réflexif, ces approches promeuvent la combinaison du préservatif, des stratégies comportementales et des traitements. Ce retour des experts se traduit par la publication de deux rapports qui signent la reconnaissance institutionnelle des approches de RdRs (Lert, Pialoux, 2009 ; Yéni, 2010).
- Dans ce contexte, et malgré les soubresauts des controverses associatives, AIDES apparaît comme un acteur clé. Porteuse de la RdRs depuis le début de la décennie, son implantation de terrain et son approche souple de la science correspondent au pragmatisme revendiqué par les experts. L'épidémiologie « ancrée » d'AIDES est en phase avec les approches des cliniciens qui suivent les patients séropositifs. Mais elle permet également des alliances avec l'ANRS qui pilotent de grandes enquêtes sur la prévention au Nord comme au Sud. L'association, qui devient partie prenante des

recherches, occupe progressivement une place incontournable et prédominante dans le champ associatif, à cheval entre expertise et militantisme.

- Enfin, Act Up-Paris apparaît relativement marginalisée. Son épidémiologie « critique » traduit une appropriation des manières de penser du monde scientifique par ses militants. Pour autant, son discours est marqué par une tension fondamentale : si l'association ne s'oppose pas à la RdRs au niveau populationnelle – et dans les essais – elle demeure totalement hostile à sa déclinaison en recommandation de prévention individuelle. L'approche probabiliste du risque est violemment dénoncée, au nom de l'intérêt des membres de la communauté. Son discours est de ce fait neutralisé par l'exigence d'un niveau de preuve scientifique excessif, considéré comme inatteignable par les experts.

Au fil de ce chapitre, on voit se reconfigurer les territoires de l'expertise et du militantisme sur les enjeux de prévention du VIH. A une période historique marquée par les conflits et la concurrence des discours (Paicheler 2002), puis par un silence relatif des experts sur le phénomène de bareback, succèdent de nouveaux positionnements. Dans ce contexte, la multi-positionnalité, la présence dans de nombreuses instances de responsabilité, devient un atout majeur. Chacun à leur manière, F. Lert et B. Spire en sont représentatifs. Ces passeurs d'expérience et de manière de penser sont au cœur des transformations du paradigme de la prévention du sida. Au cours de cette période, le positionnement stratégique d'AIDES et son intégration au sein de l'ANRS, lui assure une place dominante. Comme l'a montré G. Paicheler (2002), si dans la période 1987-1996 les relations entre le monde associatif et celui de la recherche ont été marquées par des conflits de légitimité, c'est une proximité de vue qui prévaut entre 2005 et 2009.

Enfin, la période analysée voit la montée en puissance des débats sur la place des antirétroviraux dans la gestion du risque. Au cœur des discussions scientifiques à l'échelle internationale, ce processus traduit une prise de pouvoir de la biomédecine dans un domaine où elle était restée relativement en retrait. Dès lors, les enjeux d'observance, la surveillance des marqueurs biologiques (charge virale, IST) prennent leur place au rang de technologie préventive (Race 2001). Dans le contexte français, caractérisé par la politisation très forte des débats sur la prévention, cette médicalisation est facilitée par les alliances entre différents acteurs, experts et militants. Evoqué à la fin de ce chapitre, le projet d'essai de prophylaxie préexposition pour des gais séronégatifs « preneurs de risque », porté par JM Molina, l'ANRS et AIDES, illustre bien cette nouvelle donne. Car comme l'a montrée S. Epstein (2001),

l'élaboration d'une recherche procède toujours d'une issue négociée entre les acteurs ; son acceptabilité rend compte de l'évolution des rapports de force sur la notion de « risque relatif ». Dans cet essai, l'objectif est d'inciter les participants à mieux anticiper et gérer leurs épisodes de non protection. Cette médicalisation de la prévention s'inscrit plus largement dans le mouvement long de rationalisation et de discipline de la sexualité décrit par M. Foucault (Foucault 1976).

Conclusion générale

De la *Gay Pride* parisienne de juin 1999 à la réunion de présentation du projet « Ipergay » à l'Hôtel de Ville de Paris en mars 2011, les deux scènes décrites en introduction constituent deux moments illustratifs des reconfigurations du paysage de la prévention. Pour autant, on ne saurait les réduire à un processus linéaire. L'objectif de cette conclusion est de retracer les points saillants de l'argumentation, et de situer la thèse dans une approche plus générale d'anthropologie du risque et de la santé.

Retour sur l'argumentation

Au premier abord, les enjeux de la prévention du sida chez les gais peuvent apparaître inaccessible à l'analyse, tant ils sont saturés par les tensions politiques. Ce travail s'est attaché à les rendre intelligibles en apportant un ensemble d'éclairages sur les logiques qui président à ces évolutions complexes.

Le contexte moral de la prévention du sida

Cette thèse s'ouvre avec l'irruption du phénomène de bareback dans l'espace public français, en juin 1999. Pour autant, tant la lecture de la presse gaie et associative que celle des recherches en sciences sociales menées au cours des années 1990 mettent en lumière une évidence : le bareback ne marque pas le début des controverses au sujet de la prévention. Sa médiatisation participe d'un redéploiement plus large de l'analyse des prises de risque. Ainsi, une généalogie des problématisations du risque se dessine qui permet de désingulariser ce phénomène spectaculaire, sans nier sa spécificité. Dès la fin des années 1980, plusieurs options se sont affrontées dans la définition des politiques de prévention en direction des homosexuels masculins. Ces enjeux ont vu s'affirmer une option centrée sur la mobilisation de la communauté gaie. Puis, confrontés aux difficultés d'une gestion du risque sur la longue durée, les principaux modes d'analyse ont privilégié une lecture en termes de « relâchement » occasionnel de la prévention et/ou de pratiques irrationnelles liées à des situations de marginalité sociale. Le bareback procède de l'analyse d'un risque intentionnel. Malgré son caractère marginal, la revendication de non protection par certains gais séropositifs est comprise comme une remise en cause de la figure de l'homosexuel héroïque. En le dénonçant, les militants d'Act Up-Paris proposent leur définition du problème de la prévention. Dès lors,

relapse et *bareback* sont articulés dans les discours associatifs pour qualifier une diversité de situations et de comportements sexuels à risque pour le VIH. Les chercheurs en sciences sociales s'attèlent à expliciter les évolutions à l'œuvre, mais leurs analyses occupent une place marginale dans le champ étudié.

L'implication d'Act Up-Paris, et en particulier de l'un de ses fondateurs D. Lestrade, joue un rôle déterminant dans les débats. Ce dernier avait effectué, dès 1995, une critique de la dégradation des comportements de prévention. L'année 2000 constitue une date clé dans le travail de mobilisation et de définition d'un nouveau problème de prévention, qui reconfigure la compréhension du risque. Si le terme *bareback* est issu des débats étatsuniens au sujet de la prévention, sa diffusion en France est conditionnée par des caractéristiques nationales. Dans la continuité des critiques associatives de la décennie 1990, les pouvoirs publics restent au cœur des revendications : l'exigence d'un plus fort engagement de l'Etat dans la prévention constitue un élément de continuité sur toute la période étudiée. De même, la politique d'Act Up-Paris reconduit des lignes de fracture associatives anciennes, notamment avec AIDES. La reconnaissance publique du *bareback* s'accompagne cependant d'une forte instabilité de ses définitions et de ses appropriations. Le terme recouvre tout autant la volonté criminelle de transmettre le VIH que des rapports sexuels non protégés entre partenaires séroconcordants et consentants. De plus, dans le champ de la lutte contre le sida, tous les acteurs n'accréditent pas la lecture actupienne du phénomène. Si chacun s'accorde pour constater une transformation des normes de prévention, aucun consensus n'existe sur les réponses les plus adéquates à y apporter.

J'ai montré que ces controverses mettent en jeu deux univers moraux distincts. Pour AIDES, en particulier, les difficultés préventives nécessitent une approche souple et compréhensive de la gestion des risques, guidée par un souci de non stigmatisation des séropositifs et/ou des preneurs de risque. En développant, dès 2001, une approche de réduction des risques sexuels, l'association s'engage dans une voie nouvelle qui vise à élargir la palette de la prévention. L'initiative des « flyers » de RdRs, élaborés à partir de constats de terrain et de connaissances scientifiques, rencontre une violente opposition dans le monde associatif sida. Pour les militants d'Act Up-Paris, ces messages contreviennent à l'exigence d'une réaction collective contre l'épidémie. L'association déplore l'individualisation des recommandations, tout autant que la dimension probabiliste et populationnelle de l'approche. Selon elle, la RdRs accrédite la possibilité du risque et s'avère contre-productive. Cela traduit un désaccord sur la définition d'un niveau de risque acceptable parmi les gais. La question du risque rend explicite deux

types de discours sur la sexualité gaie. Plus largement, les débats sur la prévention engagent des conceptions différentes de la mobilisation communautaire face au sida : à la communauté politique d'Act Up-Paris s'oppose la communauté d'expérience d'AIDES.

Sociabilités homosexuelles et risque

Je me suis attaché à démontrer que les enjeux de responsabilité préventive véhiculent des conceptions de l'ordre social. Dès lors, les désaccords sur le bareback et la RdRs sont l'expression de l'instabilité de la notion de communauté homosexuelle, dans un contexte politique caractérisée par la défiance vis-à-vis de cette conception des liens sociaux. Il convient donc de penser les perceptions du risque en lien avec les modes d'affiliation des homosexuels. En France, de nombreux travaux sociologiques ont posé ces problèmes dans une perspective socio-historique, inscrivant la transformation des normes de prévention dans un mouvement plus général de normalisation de l'homosexualité et de montée de l'individualisme. Dans la littérature anglo-saxonne sur la prévention du sida, ces évolutions sont analysées en lien avec les contextes de la prévention. A partir de l'analyse culturelle (Douglas et Calvez 1990), j'ai élaboré une approche qui permet d'envisager la cohabitation d'une diversité de formes d'organisation des relations sociales, non strictement limitée à l'opposition individu/communauté.

Cette approche permet d'envisager des rationalités préventives situées. Ainsi, pour les hommes interviewés, il apparaît que la notion de communauté constitue un point de repère – positif ou négatif – partagé. Dans ce cadre, l'analyse des expériences ordinaires de la prévention souligne à quel point la catégorie bareback opère comme un révélateur social de différentes conceptions du monde. Le terme est envisagé très diversement selon les segments de l'échantillon. Parmi les hommes les plus attachés à la notion de communauté gaie, le bareback fait l'objet d'appréciation diverses : pour certains, il permet de qualifier des comportements menaçant la cohésion du groupe ; pour d'autres, il s'agit d'un terme réducteur et stigmatisant, quand l'homophobie représente le principal danger. Pour une partie des répondants se situant à distance des affiliations communautaires, les comportements non protégés mettent en jeu la capacité individuelle à se protéger. Pour les autres, le bareback menace la responsabilité partagée et la relation de confiance nécessaire entre deux individus responsables. La diversité des conceptions du risque qui se dessine lorsqu'on interroge ces hommes sur le phénomène de bareback traduit la coexistence de contextes de sociabilité divers chez les homosexuels.

On perçoit donc tout l'intérêt d'une analyse historique et sociologique du bareback. La première, en mettant le phénomène en perspective, éclaire ses processus d'élaboration et explique sa profonde instabilité de ses usages politiques. La seconde, en soulignant la diversité de ses appropriations ordinaires, permet de mieux comprendre les contextes culturels de la prévention.

Situer les rationalités préventives

Les années 2000 sont caractérisées par la mise en cause des conceptions de la prévention du sida élaborées précédemment. Les homosexuels ne sont en effet pas tous – et pas toujours – les gestionnaires héroïques de l'épidémie. Et les prises de risque ne relèvent pas nécessairement d'un manque d'information ou d'un dérapage irrationnel. Dans ce contexte, comment envisager les processus d'appropriation des recommandations de prévention ? Si le savoir expert est porteur d'une conception objectivée du risque, il n'est pas exempt de biais culturels. Les conceptions dominantes de la santé publique traduisent également des conceptions de la rationalité. Pour leur part, les récepteurs des messages de prévention interprètent les informations préventives au prisme de leur expérience. L'enjeu n'est donc pas de mesurer l'écart entre une définition objective du risque et ses conceptions profanes, mais bien plutôt de contextualiser l'appropriation du savoir préventif. Il apparaît tout d'abord que la prévention constitue un cadre de référence : quel que soit l'âge, la conscience du risque est une réalité partagée par les homosexuels interviewés. Ce constat général appelle cependant une lecture nuancée. La séropositivité continue en effet à modeler de manière spécifique le rapport à la prévention. Plus généralement, au plan biographique, le risque peut également servir à ordonner le récit de sa propre trajectoire, en mettant en avant la continuité ou les ruptures. Ainsi, les processus d'appropriation des recommandations gagnent à être resitués dans les contextes de vie des répondants. L'affiliation communautaire met en jeu des principes de fidélité à l'histoire du groupe et à l'exemplarité préventive ; elle exige par ailleurs une autogestion de l'information. Les perspectives plus individualistes valorisent l'autonomie et la capacité à prendre soin de sa propre santé. Pour certains, cette revendication traduit même une garantie de protection individuelle face aux désordres du groupe.

Les diverses formes d'appropriation des recommandations de prévention soulignent l'attachement des hommes à des systèmes de valeur différents : pour chacun, les conceptions du danger et de la prévention mises en œuvre font sens. Dans ce cadre, les biais culturels qui apparaissent traduisent l'existence de rationalités situées vis-à-vis du risque sida.

Le rapport au risque et à la prévention engage donc un travail réflexif, au sens où les conceptions du risque sont potentiellement réévaluées en fonction du contexte, des pratiques et/ou des partenaires. La réflexivité est ici envisagée d'un point de vue relationnel et non comme un attribut donné. Les discours de la prévention pour soi agencent le « je », le « nous » de la relation sexuelle et le « il » du partenaire (et, pour certains répondants, le « eux » des autres gais). Les récits recueillis permettent d'accéder aux univers moraux qui structurent le rapport au risque et à la responsabilité. Dans ce cadre, les hommes séropositifs se distinguent par l'identification de contraintes spécifiques, largement liées à l'expérience du rejet et de la sérophobie. L'utilisation d'un modèle dynamique d'analyse de la réflexivité préventive permet d'envisager le travail à l'œuvre de mise en cohérence de l'expérience. Méthodologiquement, le cadre de l'entretien sociologique crée cependant un cadre d'introspection particulier. Dans chacun des segments de l'échantillon, les processus réflexifs font appel à des logiques différentes : l'exemplarité collective et la solidarité entre gais priment dans les appréhensions communautaires : le « je » n'est alors jamais dissocié du « eux ». Dans les expériences distanciées vis-à-vis du monde gai, des configurations variées se dessinent. Pour les uns, l'articulation du « je » et du « nous » de la relation constituent un cadre de confiance indispensable pour les arbitrages préventifs. Pour les autres, la prévention met en jeu des choix individuels, effectués en situation.

Si ces différentes formes de gestion de la prévention ne sont pas exemptes de risque au regard de l'épidémiologie, il s'agit d'éclairer comment ces différentes pratiques font sens dans l'expérience des hommes rencontrés. Les envisager nécessite de se distancier d'une lecture opposant la raison de la santé publique aux logiques des acteurs. Les agencements normatifs à l'œuvre relèvent de stratégies combinées et acceptables pour les gais. Dès lors, la lecture de l'intentionnalité du risque, connoté négativement – le bareback – ou positivement – la RdRs – véhiculent une lecture limitée de la rationalité humaine.

Après les controverses associatives virulentes, les débats sur la prévention évoluent significativement au cours de la période 2005-2009. Avec la mise en évidence du rôle préventif des antirétroviraux, une nouvelle phase de la médicalisation de la prévention et de la sexualité se dessine. Dans ce contexte, alors que l'option la plus radicale de dénonciation du bareback s'épuise, les discours experts portés par les chercheurs, les cliniciens et les responsables de la santé publique retrouvent une audience et une légitimité. Dans le même temps, le rapprochement entre les associations et le monde de la recherche prend une nouvelle tournure. AIDES, principal opérateur de la prévention, fait valoir son expertise ancrée dans un

rapprochement avec l'ANRS ; l'association devient un acteur de recherche. Du côté d'Act Up-Paris, le rapprochement intellectuel avec les logiques scientifiques est différent, et met en jeu l'exigence de toujours plus de preuve sur les approches de RdRs. Malgré sa participation active aux espaces d'élaboration de la recherche, l'association est marginalisée par sa posture dogmatique. De manière transversale, les territoires de l'expertise et du militantisme se reconfigurent.

In fine, la décennie 2000 est caractérisée par l'affirmation d'un nouveau paradigme de prévention dans le monde de la lutte contre le sida. Chacun à leur manière, la dénonciation du bareback, la promotion de la RdRs et l'affirmation d'une prévention médicalisée mettent en exergue la conception d'un risque intentionnel et maîtrisable par l'individu. Le sujet défaillant de la prévention, qui a caractérisé l'analyse du risque dans les années 1990, laisse la place à une lecture articulant le maintien de la norme du préservatif et la proposition d'alternatives biomédicales à son usage. Dans ce cadre la compréhension des logiques profanes de la prévention reste, sur la durée, trop négligée par les discours experts sur le risque VIH.

Contributions à une anthropologie réflexive du risque et de la santé

A partir de l'exemple de la prévention du sida, la présente thèse contribue au projet d'une anthropologie réflexive du risque dans les sociétés contemporaines. Ce faisant, ce travail participe à une meilleure compréhension des transformations de « *l'espace politique de la santé* » (D. Fassin 1996).

Les transformations de l'expérience du sida chez les gais

Au fil des différents chapitres, des évolutions profondes de l'expérience de l'épidémie chez les gais se dessinent. Pour autant, je me suis tenu à distance des analyses qui ramènent ces transformations à des tendances macrosociologiques. Se donnent alors à voir un agencement de processus sociaux et politiques pluriels. Ainsi, plutôt qu'une normalisation de l'homosexualité, l'analyse de la diversification des contextes relationnels permet d'envisager la coexistence de modes d'affiliation sociale variés. De même, le processus de médicalisation de la sexualité met en jeu des jeux d'acteurs complexes : associations, chercheurs et cliniciens débattent et élaborent des propositions préventives qui articulent les logiques comportementales et les logiques biomédicales. Dans le même temps, les récepteurs de la prévention s'approprient des informations et bricolent des stratégies cohérentes avec leur

perception du danger. Rendre compte de cette complexité permet d'éclairer des dimensions de la réalité trop souvent invisibilisées par les discours de la santé publique.

Dans ce cadre, la séropositivité continue à structurer un rapport singulier au risque et à la prévention, en particulier la peur de transmettre le VIH et l'expérience de la stigmatisation en raison du statut sérologique. Pour autant, devenir séropositif n'a pas le même sens en 2005 qu'en 1985. Et tous les gais séropositifs n'interprètent pas la contamination de la même manière au regard de leur trajectoire. Là encore, les logiques de diversification à l'œuvre invitent à se garder de lectures homogénéisantes. Pour les hommes séronégatifs ou séro-interrogatifs, la crainte du VIH est modulée par la proximité avec des personnes séropositives, qui reste un facteur de conscience plus aiguë du risque et de relativisation des effets de la maladie. Plus largement, sur la période étudiée, la connaissance s'affirme comme l'un des éléments clés des nouveaux dispositifs de prévention. Pour les séronégatifs, la mise en œuvre de stratégies de RdRs ou l'usage préventif d'une ARV nécessitent un dépistage régulier. Pour les séropositifs, la surveillance de la charge virale et l'injonction au dévoilement de son statut sérologique aux partenaires sexuels sont au cœur des discours de santé publique.

Les enjeux de la prévention

Ce travail illustre les usages sociaux et politiques d'un risque sanitaire. Dans les sphères associatives, la délimitation du danger engage des conceptions normatives divergentes de la communauté homosexuelle. Pour nombre d'experts de la prévention, la virulence de ces controverses renvoie les homosexuels à une altérité irréductible, en termes de mode de vie, de comportements sexuels ou de psychisme. Ce culturalisme implicite participe à brouiller la compréhension des rationalités préventives à l'œuvre chez les gais. Or, comme je l'ai montré, il n'existe pas d'appréhension homogène de la prévention parmi les gais. A l'inverse, coexistent des formes différentes de sociabilité, qui induisent des perceptions variées du risque VIH. La démarche de recherche permet d'en éclairer les logiques diverses.

Au plan académique, les controverses sur le bareback ont bouleversé les logiques de la recherche. M. Calvez (2004a) a en effet montré comment ces dernières se sont appuyées depuis les années 1980 sur un double mouvement de « *naturalisation* » et de « *neutralisation* », au sens où la définition épidémiologique décontextualise le risque pour en faire un enjeu d'adaptation individuelle. Dans ce contexte, les sciences sociales peinent à élaborer des problématiques audibles par les acteurs de la lutte contre sida. La forte politisation des débats a contribué à une forme « d'éclipse » des analyses expertes du risque,

sans sortir les sciences sociales de leur relative marginalité. Dès lors, la médicalisation de la prévention crée les conditions d'une nouvelle objectivation du risque. Un processus dont la limite principale serait de remiser les dimensions fondamentalement politiques de la prévention du sida, appauvrissant du même coup la compréhension des logiques du risque.

On s'aperçoit de certaines limites des discours experts sur la prévention. Ces derniers mobilisent en effet une approche centrée sur l'intention et la prévision du risque, qui articule verbalisation, conscience du risque, et autocontrôle de soi. Dans l'expérience ordinaire, l'analyse des formes de réflexivité à l'œuvre engage une lecture plus complexe de la rationalité, qui prenne en compte les contextes relationnels et normatifs de la sexualité. Ainsi, la compréhension des conduites de prévention nécessitent un déplacement épistémologique. Loin de se résumer à une opposition entre une conception épidémiologique et des appropriations subjectives, l'analyse sociologique du risque met en lumière la production de savoirs hybrides (Callon, Lascoumes, et Barthe 2001).

Ainsi, suivant les propositions théoriques de R. Massé (2007), je me suis attaché à envisager les expériences ordinaires, expertes et profanes, du risque VIH et de la responsabilité. Cette approche transversale et sociohistorique illustre la nécessité d'envisager les contextes de la prévention. Elle s'inscrit également dans une lecture compréhensive des sociabilités homosexuelles contemporaines. Comme l'ont suggéré d'autres chercheurs (Gary Dowsett 2009; B. D. Adam 2011), appréhender ces dimensions est une condition indispensable pour envisager des politiques de prévention attentives aux déterminants sociaux et politiques du risque.

Bibliographie

- Act Up-Paris. 1994. *Le sida : combien de divisions ?* Dagorno. Paris.
- Adam, Barry D. 1985. « Structural foundations of the gay world ». *Comparative Studies in Society and History* 27 (4): 658-670.
- . 2005. « Constructing the neoliberal sexual actor: responsibility and care of the self in the discourse of barebackers ». *Culture, Health & Sexuality* 7 (4): 333-346.
- . 2011. « Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention ». *Journal of the International AIDS Society* 14 (Suppl 2): S2.
- Adam, Philippe. 1997. *Expérience intime et action collective. Sexualité, maladie et lutte contre le sida*. Thèse de sociologie, Paris: EHESS.
- . 1999. « Bonheur dans le ghetto ou bonheur domestique ? » *Actes de la recherche en sciences sociales* 128 (1): 56-67.
- Adam, Philippe, et Marie-Ange Schiltz. 1996. *Relapse et cantonnement du risque aux marges de la « communauté »*: deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête presse gaie. Dans *Les homosexuels face au sida - Rationalités et gestions des risques*. Calvez et al. (dir.). Paris: ANRS.
- Adam, Philippe, Eric Hauet, et Caroline Caron. 2001. *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays*: résultats préliminaires de l'Enquête presse gay 2000. Rapport InVS, ANRS, DGS. Paris: InVS, mars.
- Adam, Philippe, I. Teva, et J B F de Wit. 2008. « Balancing risk and pleasure: sexual self-control as a moderator of the influence of sexual desires on sexual risk-taking in men who have sex with men ». *Sex Transm Infect* 84 (6): 463-467.
- Adam, Philippe, John De Wit, et Antonio Alexandre. 2004. *Résultats de l'enquête en ligne sur le désir masculin*: un nouveau regard sur la prise de risque parmi les gays et ses déterminants psychologiques. Paris: Rapport I-PSR, SNEG, décembre.
- Agier, Michel. 2005. Ce qui rend les terrains sensibles... et l'anthropologie inquiète. Dans *Terrains sensibles, expériences actuelles de l'anthropologie*, 175-184. Bouillon F. (dir.). Paris: Editions EHESS-CEAf.
- AIDES. 2007. *AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie de sida*. Paris: AIDES.
- Arnal, Frank. 1993. *Résister ou disparaître ? : les homosexuels face au sida : la prévention de 1982 à 1992*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Bajos, Nathalie, Michel Bozon, et Alain Giami, éd. 1995. *Sexualité et sida, recherches en sciences sociales*. Paris: ANRS.
- Bajos, Nathalie, et Michel Bozon, éd. 2008. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: Editions La Découverte.
- Barbot, Janine. 1999. « L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida ». *Réseaux* 17 (95): 155-196.
- . 2002. *Les malades en mouvements: la médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris: Balland.

- Barker, Meg, Gareth Hagger-Johnson, Peter Hegarty, Craig Hutchison, et Damien Riggs. 2007. « Responses from the Lesbian & Gay Psychology Section to Crossley's "Making sense of « barebacking »" ». *The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society* 46 (Pt 3): 667-677; discussion 691-695.
- Beck, Ulrich. 2001. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*. Editions Aubier.
- Becker, Howard Saul. 1985. *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris: Editions AM Métailié.
- Berg, Rigmor C. 2009. « Barebacking: a review of the literature ». *Archives of Sexual Behavior* 38 (5): 754-764.
- Berger, Peter Ludwig, et Thomas Luckmann. 2006. *La construction sociale de la réalité*. Editions Armand Colin.
- Berlivet, Luc. 2004. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. Dans *Le gouvernement des corps*, 37-75. Fassin, Memmi (dir.). Paris: Editions EHESS.
- Bessin, Marc. 2009. Le trouble de l'événement : la place des émotions dans les bifurcations. Dans *Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, 306-328. Bessin et al. (dir.). Paris: Editions La Découverte.
- Bessin, Marc, Claire Bidart, et Michel Grossetti, éd. 2009. *Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris: Editions La Découverte.
- Le Bitoux, Jean, Hervé Chevaux, et Bruno-Marcel Proth. 2003. *Citoyen de seconde zone: trente ans de lutte pour la reconnaissance de l'homosexualité en France (1971-2002)*. Paris: Hachette littératures.
- Blanchet, Alain, et Anne Gotman. 2005. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Editions Armand Colin.
- Bochow, Michael. 1991. Le safer sex : une discussion sans fin. Dans *Homosexualités et sida. Actes du colloque international, 12 et 13 avril 1991*. Pollak et al. (dir.). Lille: GKC.
- Bochow, Michael, Marie Jauffret-Roustide, Alice Michel, et Marie-Ange Schiltz. 2003. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). Dans *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Broqua et al. (dir.). Paris: ANRS.
- Boltanski, Luc. 1990. « Sociologie critique et sociologie de la critique ». *Politix* 3 (10): 124-134.
- Borrillo, Daniel, et Pierre Lascoumes. 2002. *Amours égales: le PACS, les homosexuels et la gauche*. Paris: La Découverte.
- Bouhnik, Anne-Déborah, Marie Préau, Marie-Ange Schiltz, Yolande Obadia, Bruno Spire, et the VESPA study group. 2008. « Sexual Difficulties in People Living with HIV in France—Results from a Large Representative Sample of Outpatients Attending French Hospitals (ANRS-EN12-VESPA) ». *AIDS and Behavior* 12 (4): 670-676.
- Bouhnik, Anne-Déborah, Marie Préau, Marie-Ange Schiltz, Patrick Peretti-Watel, Yolande Obadia, France Lert, et Bruno Spire. 2006. « Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA) ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 42 (5): 597-603.

- Bouillon, Florence, éd. 2005. *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. Editions EHESS-CEAf. Paris.
- Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Paris: Editions de Minuit.
- . 1986. « L'illusion biographique ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 62 (1): 69-72.
- Bourne, Adam, Catherine Dodds, Peter Keogh, Peter Weatherburn, et Gary Hammond. 2009. *Relative safety II. Risk and unprotected anal intercourse among gay men with diagnosed HIV*. Londres: Sigma Research.
- Bozon, Michel. 2007. Un nouveau rapport des homosexuels masculins au risque sexuel et à la prévention. Dans *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*. Bozon, Doré (dir.). Paris: ANRS.
- Bozon, Michel, et Véronique Doré, éd. 2007. *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*. Coll. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Broqua, Christophe. 2000. « Enjeux des méthodes ethnographiques dans l'étude des sexualités entre hommes ». Éd par. Françoise Bourdarias. *Journal des anthropologues* (82-83): 129-155.
- . 2003. Engagements homosexuels et lutte contre le sida au sein de l'association Act Up-Paris. Thèse d'anthropologie sociale, Paris: EHESS.
- . 2006. *Agir pour ne pas mourir!: Act Up, les homosexuels et le sida*. Paris: Presses de Sciences Po.
- . 2009. « L'ethnographie comme engagement : enquêter en terrain militant ». *Genèses* n° 75 (2): 109-124.
- Broqua, Christophe, France Lert, et Yves Souteyrand, éd. 2003. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Coll. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Brown, Phil. 1992. « Popular Epidemiology and Toxic Waste Contamination: Lay and Professional Ways of Knowing ». *Journal of Health and Social Behavior* 33 (3): 267-281.
- De Busscher, Pierre-Olivier. 1996. L'association Santé et Plaisir Gai et la construction du safer sex en France (1988-1994). Dans *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*. Calvez et al. (dir.). Paris: ANRS.
- . 2003. Saisir l'insaisissable : les stratégies de prévention du sida auprès des homosexuels et bisexuels masculins en France (1984-2002). Dans *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Broqua et al. (dir.). Paris: ANRS.
- De Busscher, Pierre-Olivier, et Christophe Broqua. 2003. La crise de la normalisation□: expériences et conditons sociales de l'homosexualité en France. Dans *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Broqua et al. (dir.). Paris: ANRS.
- Butler, Judith. 2005. *Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion*. Paris: Éditions La Découverte.
- Callon, Michel, Pierre Lascoumes, et Yannick Barthe. 2001. *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*. Éditions du Seuil.
- Calvez, Marcel. 1992. *La sélection culturelle des risques du sida*. Rapport de recherche ANRS. Rennes: IRTS.

- . 1996. La rationalité des conduites de prévention et l'expérience sociale. Dans *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*, 55-64. Calvez et al. (dir.). Paris: ANRS.
- . 2001. Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida,. Dans *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, 127-144. Dozon JP, Fassin D (dir.). Paris: Balland.
- . 2004a. *La prévention du sida: les sciences sociales et la définition des risques*. Rennes: PUR.
- . 2004b. *Incertitude, risque et handicap. Jalons d'analyse culturelle*. Mémoire d'HDR. Rennes: Université Rennes 2. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00005903/en/>.
- . 2006. « L'analyse culturelle de Mary Douglas : une contribution à la sociologie des institutions ». *SociologieS. Théories et recherches*. <http://sociologies.revues.org/index522.html>.
- . 2009. « Les signalements profanes de clusters : épidémiologie populaire et expertise en santé environnementale ». *Sciences sociales et santé* 27 (2): 79-106.
- . 2010. Pour une approche constructiviste des risques de santé. De quelques leçons des recherches sur la prévention du sida. Dans *Risques et pratiques médicales*, 215-226. Carricaburu, Castra, Cohen (dir.). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Calvez, Marcel, Marie-Ange Schiltz, et Yves Souteyrand, éd. 1996. *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*. Coll. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Carballo-Diéguez, A., A. Ventuneac, J. Bauermeister, G W Dowsett, C. Dolezal, R H Remien, I. Balan, et M. Rowe. 2009. « Is “bareback” a useful construct in primary HIV-prevention? Definitions, identity and research ». *Culture, Health & Sexuality* 11 (1): 51-65.
- Carballo-Diéguez, Alex, et José Bauermeister. 2004. « “Barebacking”: intentional condomless anal sex in HIV-risk contexts. Reasons for and against it ». *Journal of Homosexuality* 47 (1): 1-16.
- Castilla, Jesús, Jorge Del Romero, Victoria Hernando, Beatriz Marincovich, Soledad García, et Carmen Rodríguez. 2005. « Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 40 (1): 96-101.
- Cazein, Françoise, Yann Le Strat, Stéphane Le Vu, et Caroline Semaille. 2011. « Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010 ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (43-44) (novembre 29).
- Chabrol, Fanny, et Gabriel Girard, éd. 2010. *VIH-sida, se confronter aux terrains: expériences et postures de recherche*. Coll. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Chateauraynaud, Francis, et Didier Torny. 1999. *Les sombres précurseurs: une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*. Paris: Editions de l'EHESS.
- Chauncey, George. 2003. *Gay New York. 1890-1940*. Paris: Editions Fayard.
- Chauvin, Sébastien. 2005. « Les aventures d'une “alliance objective”. Quelques moments de la relation entre mouvements homosexuels et mouvements féministes au XXe siècle ». *L'Homme et la société* 158 (4): 111.

- Chetcuti, Natacha. 2010. *Se dire lesbienne: vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Paris: Editions Payot.
- Corcuff, Philippe. 2007. *Les Nouvelles sociologies: constructions de la réalité sociale*. Paris: Editions Nathan.
- Courduriès, Jérôme. 2007. Conjugalité et prévention du sida chez les gays. Dans *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*. Bozon, Doré (dir.). Paris: ANRS.
- . 2011. *Etre en couple (gay). Conjugalité et homosexualité masculine en France*. Lyon: PUL.
- Crossley, Michele L. 2002. « The Perils of Health Promotion and the “Barebacking” Backlash ». *Health* 6 (1): 47-68.
- . 2004. « Making sense of “barebacking”: gay men’s narratives, unsafe sex and the “resistance habitus” ». *The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society* 43 (Pt 2): 225-244.
- D’Emilio, John. 1998. *Sexual politics, sexual communities: the making of a homosexual minority in the United States, 1940-1970*. University of Chicago Press.
- Davies, Peter, Peter Aggleton, et Graham Hart, éd. 1992. *AIDS : rights, risk, and reason / edited by Peter Aggleton, Peter Davies, and Graham Hart*. Social aspects of AIDS. London: Falmer Press.
- Davis, Mark. 2002. « HIV Prevention Rationalities and Serostatus in the Risk Narratives of Gay Men ». *Sexualities* 5 (3): 281-299.
- . 2008. « The “loss of community” and other problems for sexual citizenship in recent HIV prevention ». *Sociology of Health & Illness* 30 (2): 182-196.
- Dean, Tim. 2009. *Unlimited intimacy: reflections on the subculture of barebacking*. University of Chicago Press.
- Delor, François. 1997. *Séropositifs: trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Paris: Editions L’Harmattan.
- Dhume-Sonzogni, Fabrice. 2007. *Liberté, égalité, communauté: l’Etat français contre le communautarisme*. Paris: Editions Homnisphères.
- Dodds, Catherine. 2002. « Messages of Responsibility: HIV/AIDS Prevention Materials in England ». *Health* 6 (2): 139-171.
- Dodier, Nicolas. 2003a. Les premières années de l’épidémie et la conversion politique du mouvement homosexuel. Dans *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Broqua et al. (dir.). Paris: ANRS.
- . 2003b. *Leçons politiques de l’épidémie de sida*. Paris: Éditions de l’EHESS.
- Dodier, Nicolas, et Isabelle Baszanger. 1997. « Totalisation et altérité dans l’enquête ethnographique ». *Revue française de sociologie* 38 (1): 37-66.
- Douglas, Mary. 1992. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London: Routledge.
- . 2004. *Comment pensent les institutions: suivi de La connaissance de soi*. Paris: Editions La Découverte.
- . 2005. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris: Editions La Découverte.

- Douglas, Mary, et Marcel Calvez. 1990. « The self as risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS ». *The Sociological Review* 38 (3): 445-464.
- Dowsett, Gary. 2009. « Dangerous desires and post-queer HIV prevention: Rethinking community, incitement and intervention ». *Social Theory & Health* 7 (3): 218-240.
- Dowsett, Gary, David McInnes, et International Conference on AIDS. 1996. *Post AIDS: assessing the long-term social impact of HIV/AIDS in gay communities*. (poster), XIe Aids Conference, Vancouver, Canada.
- Dozon, Jean-Pierre, et Didier Fassin, éd. 2001. *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*. Editions Balland.
- Drucker, Peter. 2011. « The Fracturing of LGBT Identities under Neoliberal Capitalism ». *Historical Materialism* 19 (4): 3-32.
- Dubar, Claude. 1991. *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Editions Armand Colin.
- . 2001. *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF.
- Dubet, François. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dustan, Guillaume. 1996. *Dans ma chambre*. Paris: P.O.L.
- . 1997. *Je sors ce soir*. Paris: P.O.L.
- . 1998. *Plus fort que moi*. Paris: P.O.L.
- . 1999. *Nicolas Pages*. Paris: Editions Balland.
- . 2002. *Génie divin*. Paris: Éd. J'ai lu.
- Elford, Jonathan. 2006. « Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy ». *Current Opinion in Infectious Diseases* 19 (1): 26-32.
- Elford, Jonathan, Graham Bolding, Lorraine Sherr, et Graham Hart. 2007. « No evidence of an increase in serosorting with casual partners among HIV-negative gay men in London, 1998-2005 ». *AIDS (London, England)* 21 (2): 243-245.
- Elias, Norbert. 2003. *Qu'est-ce que la sociologie*? Paris: Pocket.
- Epstein, Steven. 2001a. *Histoire du sida 1 : La virus est-il bien la cause du sida?* Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- . 2001b. *Histoire du sida 2 : La grande révolte des malades*. Paris: les Empêcheurs de penser en rond.
- . 2003. « Sexualizing Governance and Medicalizing Identities: The Emergence of 'State-Centered' LGBT Health Politics in the United States ». *Sexualities* 6 (2): 131-171.
- Eribon, Didier. 1999. *Réflexions sur la question gay*. Paris: Fayard.
- . 2001. *Une morale du minoritaire*. Paris: Fayard.
- Eribon, Didier, éd. 1998. *Les études gay et lesbiennes*. Paris: Centre Georges Pompidou.
- . 2003. *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*. Paris: Editions Larousse.
- Fainzang, Sylvie. 1989. *Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste*. Paris: Éditions de l'EHESS.

- . 2001. « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques ». *Sciences sociales et santé* 19 (2): 5-28.
- Fassin, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: PUF.
- . 2006. *Quand les corps se souviennent: expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris: Editions La Découverte.
- . 2009. « Les économies morales revisitées ». *Les Annales. Histoire, Sciences Sociales* 64e année (6): 1237-1266.
- Fassin, Didier, et Alban Bensa, éd. 2008. *Les politiques de l'enquête: épreuves ethnographiques*. Paris: Editions La Découverte.
- Fassin, Didier, et Patrice Bourdelais, éd. 2005. *Les constructions de l'intolérable: études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris: Editions La Découverte.
- Fassin, Didier, et Dominique Memmi, éd. 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Fassin, Éric. 2005. *L'inversion de la question homosexuelle*. Paris: Éditions Amsterdam.
- Favereau, Eric. 2006. *Nos années sida. 25 ans de guerres intimes*. Paris: Editions La Découverte.
- Fillieule, Olivier. 1998. Mobilisation gay en temps de sida. Dans *Les études gay et lesbiennes*, 81-96. Eribon (dir.) Paris: Centre Georges Pompidou.
- Fillion, Emmanuelle. 2009. *À l'épreuve du sang contaminé: Pour une sociologie des affaires médicales*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Flowers, Paul. 2001. « Gay Men and HIV/AIDS Risk Management ». *Health (London)* 5 (1): 50-75.
- Flowers, Paul, et Darren Langdrige. 2007. « Offending the other: Deconstructing narratives of deviance and pathology ». *British Journal of Social Psychology* 46 (3): 679-690.
- Fortin, Jacques. 2010. *L'homosexualité est-elle soluble dans le conformisme*? Paris: Textuel, juin 2.
- Foucault, Michel. 1976. *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- . 1984. *Histoire de la sexualité 2 : L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard.
- . 2001a. Le souci de vérité. Dans *Dits et écrits II, 1976-1988*, 1487-1497. Paris: Gallimard.
- . 2001b. Michel Foucault, une interview : sexe, pouvoir et la politique de l'identité. Dans *Dits et écrits II, 1976-1988*, 1554-1565. Paris: Gallimard.
- Fournier, Sandrine. 2010. *Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008*. Paris: Rapport TREND - OFDT, septembre.
- Gagnon, John. 2008. *Les scripts de la sexualité: essais sur les origines culturelles du désir*. Paris: Payot.
- Gaissad, Laurent. 2006. Une forme notoire de sexualité secrète : chronique territoriale du désir entre hommes dans le sud de la France. Thèse de sociologie, Toulouse: Université Toulouse Le Mirail.

- Giddens, Anthony. 1994. *Les conséquences de la modernité*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Gilbert, Claude. 2002. *Risques collectifs et situations de crise: apports de la recherche en sciences humaines et sociales*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Gilbert, Claude, et Emmanuel Henry, éd. 2009. *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris: Editions La Découverte.
- Girard, Gabriel. 2010a. Relations d'enquête, tensions identitaires et implication du chercheur dans une enquête sur les homosexuels en France. Dans *VIH/sida, se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*. Chabrol, Girard (dir.). Paris: ANRS.
- . 2010b. France. Les jeunes gais des années 2000 : une « population vulnérable » ? Dans *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIXe-XXIe siècle)*, 339-351. Blanchard, Yvarel, Révenin (dir.). Paris: Autrement.
- Glaser, Barney G., et A L. Strauss. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Transaction Publishers.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit.
- Gusfield, Joseph R. 2009. *La culture des problèmes publics: L'alcool au volant □: la production d'un ordre symbolique*. Paris: Economica.
- Halkitis, Perry N, Leo Wilton, Richard J Wolitski, Jeffrey T Parsons, Colleen C Hoff, et David S Bimbi. 2005. « Barebacking identity among HIV-positive gay and bisexual men: demographic, psychological, and behavioral correlates ». *AIDS (London, England)* 19 Suppl 1: S27-35.
- Halperin, David M. 2000. *Saint Foucault*. Paris: Editions EPEL.
- . 2007. *What do gay men want?: an essay on sex, risk, and subjectivity*. University of Michigan Press.
- Hart, Graham J, et Jonathan Elford. 2010. « Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges ». *Current Opinion in Infectious Diseases* 23 (1): 39-44.
- Hartsock, Nancy C. M. 1999. *The feminist standpoint revisited and other essays*. Westview Press.
- Héroult, Laurence. 2007. Faire de l'anthropologie en « terrain transsexuel ». Dans *L'anthropologie face à ses objets : nouveaux contextes ethnographiques*, 97-108. Leservoisier, Vidal (dir.). Paris: Editions des archives contemporaines.
- Herzlich, Claudine, et Janine Pierret. 1988. « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 43 (5): 1109-1134.
- Hilgartner, Stephen, et Charles L. Bosk. 1988. « The Rise and Fall of Social Problems: A Public Arenas Model ». *American Journal of Sociology* 94 (1): 53-78.
- Hirsch, Emmanuel, éd. 1991. *Aides, solidaires*. Paris: Cerf.
- Hurley, Michael. 2010. VIH, santé sexuelle et cultures gaies contemporaines. Dans *Santé gaie*, 117-142. Sidéris, Jablonski, Le Talec (dir.). Paris: Editions L'Harmattan.
- Jablonski, Olivier, et Jean-Yves Le Talec. 2008. *Seroadaptation instead of serosorting □: a broader concept and a more precise process model*. (poster), XVIIe Aids Conference, Mexico, Mexique.

- Jackson, Julian. 2009. *Arcadie: la vie homosexuelle en France, de l'après-guerre à la dépénalisation*. Paris: Autrement.
- Jin, Fengyi, June Crawford, Garrett P Prestage, Iryna Zablotska, John Imrie, Susan C Kippax, John M Kaldor, et Andrew E Grulich. 2009. « Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men ». *AIDS* 23 (2): 243-252.
- Katz, Mitchell H, Sandra K Schwarcz, Timothy A Kellogg, Jeffrey D Klausner, James W Dilley, Steven Gibson, et William McFarland. 2002. « Impact of Highly Active Antiretroviral Treatment on HIV Seroincidence Among Men Who Have Sex With Men: San Francisco ». *Am J Public Health* 92 (3): 388-394.
- Kaufmann, Jean-Claude. 2004a. *L'invention de soi: Une théorie de l'identité*. Paris: Hachette littératures.
- . 2004b. *Ego: pour une sociologie de l'individu*. Paris: Hachette littératures.
- . 2011. *L'entretien compréhensif*. Paris: Editions Armand Colin.
- Keogh, Peter. 2008. « Morality, responsibility and risk: negative gay men's perceived proximity to HIV ». *AIDS Care* 20 (5): 576-581.
- Kippax, Susan, J. Crawford, M. Davis, P. Rodden, et G. Dowsett. 1993. « Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men ». *AIDS* 7 (2): 257-263.
- Kippax, Susan, et Kane Race. 2003. « Sustaining safe practice: twenty years on ». *Social Science & Medicine* 57 (1): 1-12.
- Kippax, Susan, J. Noble, G. Prestage, J M Crawford, D. Campbell, D. Baxter, et D. Cooper. 1997. « Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited ». *AIDS* 11 (2): 191-197.
- Lagrange, Hugues, et Brigitte Lhomond. 1997. *L'entrée dans la sexualité: les comportements des jeunes dans le contexte du SIDA*. Paris: Editions La Découverte.
- Léobon, Alain. 2007. La sexualité bareback : d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque. Dans *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*. Bozon, Doré (dir.). Paris: ANRS.
- Léobon, Alain, et Louis-Robert Frigault. 2008. « Frequent and systematic unprotected anal intercourse among men using the Internet to meet other men for sexual purposes in France: results from the "Gay Net Barometer 2006" survey ». *AIDS Care* 20 (4): 478-484.
- Lerch, Arnaud. 2007. Transparence, verbalisation, silence : la gestion de l'information quant aux prises de risque dans les couples gay multipartenaires. Dans *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*. Bozon, Doré (dir.). Paris: ANRS.
- Lestrade, Didier. 2000. *Act up: une histoire*. Paris: Editions Denoël.
- . 2004. *The end*. Paris: Editions Denoël.
- Le Talec, Jean-Yves. 2000. *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*. Paris: DASS de Paris, Saint Denis, SOS Habitat et soins.

- . 2003. Le bareback : affirmation identitaire et transgression. Dans *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Broqua et al. (dir.). Paris: ANRS.
- . 2004. *Bareback et prises de risques sexuels chez les hommes gais*. Toulouse: ANRS - Université Toulouse Le Mirail.
- . 2007. Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Dans *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*. Bozon, Doré (dir.). Paris: ANRS.
- . 2008. *Folles de France: repenser l'homosexualité masculine*. Paris: Editions La Découverte.
- Le Talec, Jean-Yves, Emmanuel Cook, et Marie-Laure Martinet. 2008. *La réduction des risques sexuels chez les hommes gais : représentations et réalités*. Toulouse: Université Toulouse Le Mirail - AIDES.
- Lisandre, Hubert. 1994. *Les homosexuels et le safer sex. Contribution psychanalytique à la prévention du sida*. Paris: Laboratoire de Psychologie Clinique, Université Paris 7.
- . 1996. Les facteurs inconscients de la contamination par voie sexuelle. Dans *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*, 77-88. Calvez et al. (dir.). Coll. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Lupton, Deborah. 1993. « Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health ». *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 23 (3): 425-435.
- . 1995. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: SAGE.
- Macé-Scaron, Joseph. 2001. *La tentation communautaire*. Paris: Plon.
- Mangeot, Philippe. 2003. Communautarisme. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris: PUF.
- Mansergh, Gordon, Gary Marks, Grant N Colfax, Robert Guzman, Melissa Rader, et Susan Buchbinder. 2002. « "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men ». *AIDS* 16 (4): 653-659.
- Martel, Frédéric. 2000. *Le rose et le noir: les homosexuels en France depuis 1968*. Paris: Editions du Seuil.
- Martuccelli, Danilo, et François de Singly. 2009. *Les sociologies de l'individu*. Paris: Editions Armand Colin.
- Massé, Raymond. 2002. « Culture et dépression à la Martinique: itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique ». *Innovations et sociétés* (2): 17-36.
- . 2007. « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale ». *Sociologie et sociétés* 39 (1): 13-28.
- McIntosh, Mary. 1968. « The Homosexual Role ». *Social Problems* 16 (2): 182-192.
- Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris: Éditions La Découverte.
- Mendès-Leite, Rommel. 1996. Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique. Dans *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*, 65-76. Calvez et al. (dir.). Paris: ANRS.

- Mendès-Leite, Rommel, et Maks Banens. 2006. *Vivre avec le VIH*. Paris: Editions Calmann-Lévy.
- Mendès-Leite, Rommel, Bruno-Marcel Proth, et Pierre-Olivier de Busscher. 2000. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du SIDA: trois essais sur les (homo)sexualités masculines*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Michel, Alice, Caroline Semaille, et Anne Gallay. 2011. « La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans, 2000-2009 ». *BEH* (26-27-28) (juillet 5).
- Musso, Sandrine. 2009. « A propos du “malaise éthique” du chercheur : les leçons d’un terrain sur les objets «sida» et «immigration» en France ». <http://ethnographiques.org> (Numéro 17 - novembre 2008).
- Musso, Sandrine, et Gwenola Le Naour. 2009. Malades, victimes ou coupables ? Les dilemmes des luttes contre le sida. Dans *Mobilisation de victimes*, 165-182. Lefranc, Mathieu (dir.). Rennes: PUR.
- Le Naour, Gwenola. 2010. *Drogues, sida et action publique: une très discrète politique de réduction des risques*. Rennes: PUR.
- Nisbet, Robert A. 1984. *La tradition sociologique*. Paris: PUL.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2000. « Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l’enquête de terrain ». *Revue française de sociologie* 41 (3): 417-445.
- Paicheler, Geneviève. 1994a. *Le public face à la menace du sida I. Interprétation des connaissances et prise de conscience du risque*. Paris: Rapport CERMES - ANRS.
- . 1994b. *Le public face à la menace du sida II. Gérer le risque*. Paris: Rapport CERMES - ANRS.
- . 1997. « Modèles pour l’analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions ». *Sciences sociales et santé* 15 (4).
- . 1999. « Perception of HIV Risk and Preventive Strategies: A Dynamic Analysis ». *Health* 3 (1): 47-70.
- . 2002. *Prévention du sida et agenda politique: les campagnes en direction du grand public, 1987-1996*. CNRS.
- . 2007. « La gestion d’un risque insaisissable entre expertise scientifique et vécu intime □: La prophylaxie des accidents d’exposition sexuelle au VIH ». *Sociologie et sociétés* 39 (1): 197-213.
- Paillard, Bernard. 1994. *L’Epidémie: carnets d’un sociologue*. Paris: Stock.
- Parsons, Jeffrey T, et David S Bimbi. 2007. « Intentional unprotected anal intercourse among sex who have sex with men: barebacking - from behavior to identity ». *AIDS and Behavior* 11 (2) (mars): 277-287.
- Peacock, Ben, Stephen L Eyre, Sandra Crouse Quinn, et Susan Kegeles. 2001. « Delineating Differences: Sub-Communities in the San Francisco Gay Community ». *Culture, Health & Sexuality* 3 (2): 183-201.
- Pierret, Janine. 2006. *Vivre avec le VIH: enquête de longue durée auprès des personnes infectées*. Paris: PUF.
- Pinell, Patrice, éd. 2002. *Une épidémie politique: la lutte contre le SIDA en France, 1981-1996*. Paris: PUF.

- Pollak, Michael. 1982. L'Homosexualité masculine : le bonheur dans le ghetto ? Dans *Sexualités occidentales*. Béjin et al. (dir.). Paris: Editions du Seuil.
- . 1988. *Les homosexuels et le sida: sociologie d'une épidémie*. Paris: Editions AM Métailié.
- . 1990. *L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale*. Paris: Editions AM Métailié.
- . 1993. *Une identité blessée: études de sociologie et d'histoire*. Paris: Editions AM Métailié.
- Pollak, Michael, Rommel Mendès-Leite, Fondation Mémoire des sexualités, et Jacques Van Dem Borghe. 1991. *Homosexualités et SIDA: actes du colloque international, 12 et 13 avril 1991*. Lille: Editions GKC.
- Prestage, Garrett, Limin Mao, Susan Kippax, Fengyi Jin, Michael Hurley, Andrew Grulich, John Imrie, John Kaldor, et Iryna Zablotska. 2009. « Use of Viral Load to Negotiate Condom Use Among Gay Men in Sydney, Australia ». *AIDS and Behavior* 13 (4): 645-651.
- Proth, Bruno-Marcel. 2002. *Lieux de drague: scènes et coulisses d'une sexualité masculine*. Toulouse: Octarès.
- Race, Kane. 2001. « The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk ». *Sexualities* 4 (2): 167-189.
- Rémès, Érik. 2003. *Serial fucker: journal d'un barebacker*. Paris: Editions Blanche.
- Rhodes, Tim, et Linda Cusick. 2002. « Accounting for unprotected sex: stories of agency and acceptability ». *Social Science & Medicine* (1982) 55 (2): 211-226.
- Richters, J., S. Knox, J. Crawford, et S. Kippax. 2000. « Condom use and “withdrawal”: exploring gay men's practice of anal intercourse ». *International Journal of STD & AIDS* 11 (2): 96-104.
- Rofes, Eric E. 1996. *Reviving the tribe: regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic*. New York: Harrington Park Press.
- . 1998. *Dry bones breathe: gay men creating post-AIDS identities and cultures*. New York: Harrington Park Press.
- Rowe, Matthew S., et Gary W. Dowsett. 2008. « Sex, love, friendship, belonging and place: Is there a role for 'Gay Community' in HIV prevention today? ». *Culture, Health & Sexuality* 10 (4): 329-344.
- Rubin, Gayle. 2010. *Surveiller et jouir: Anthropologie politique du sexe*. Paris: Editions EPEL.
- Sainsaulieu, Ivan. 2010. Entre histoire et historicisme : esquisse d'une typologie de la communauté en France. Dans *Faire communauté en société - Dynamique des appartenances collectives*. Sainsaulieu, Salzbrunn (dir.). Rennes: PUR.
- Sainsaulieu, Ivan, et Monika Salzbrunn, éd. 2010. *Faire communauté en société: dynamique des appartenances collectives*. Rennes: PUR.
- Schiltz, Marie-Ange. 1993. *Les homosexuels masculins face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Paris: Rapport CAMS - ANRS.

- Schiltz, Marie-Ange, et Janine Pierret. 2008. Du regard sociologique à l'action : la création d'un système d'observation en milieu homosexuel. Dans *Michael Pollak : De l'identité blessée à une sociologie des possibles*, 227-247. Israël, Voldman (dir.). Paris: Editions Complexes.
- Sedgwick, Eve Kosofsky. 2008. *Épistémologie du placard*. Paris: Editions Amsterdam.
- Setbon, Michel. 2000. « La normalisation paradoxale du sida ». *Revue française de sociologie* 41 (1): 61-78.
- Sidéris, Georges, Olivier Jablonski, et Jean-Yves Le Talec. 2010. *Santé gaie*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Snowden, J M, H F Raymond, et W. McFarland. 2009. « Prevalence of seroadaptive behaviours of men who have sex with men, San Francisco, 2004 ». *Sex Transm Infect* 85 (6): 469-476.
- Spire, Bruno, et Patrick Peretti-Watel, éd. 2008. *SIDA: une maladie chronique passée au crible*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Stall, Ron, Luis Duran, Stephen Wisniewski, Mark Friedman, Michael Marshal, Willi McFarland, Thomas Guadamuz, et Thomas Mills. 2009. « Running in Place: Implications of HIV Incidence Estimates among Urban Men Who Have Sex with Men in the United States and Other Industrialized Countries ». *AIDS and Behavior* 13 (4): 615-629.
- Strauss, Anselm. 1992. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Stychin, Carl F. 2001. « Civil Solidarity or Fragmented Identities? The Politics of Sexuality and Citizenship in France ». *Social & Legal Studies* 10 (3): 347 -375.
- Sullivan, Patrick S, Osamah Hamouda, Valerie Delpech, Jennifer E Geduld, Joseph Prejean, Caroline Semaille, John Kaldor, et al. 2009. « Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005 ». *Annals of Epidemiology* 19 (6): 423-431.
- Tin, Louis-Georges, éd. 2003. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris: PUF.
- Tomso, Gregory. 2009. « Risky Subjects: Public Health, Personal Narrative, and the Stakes of Qualitative Research ». *Sexualities* 12 (1): 61-78.
- Velter, Annie. 2007. *Rapport Enquête Presse Gay 2004*. Saint-Maurice: ANRS, InVS.
- . 2010. Tentatives de suicide à travers l'enquête Presse Gay ANRS : enjeu de santé publique dans une société hétéronormée. Dans *Santé gaie*, 213-228. Sidéris, Jablonski, Le Talec (dir.). Paris: Editions L'Harmattan.
- Velter, Annie, Francis Barin, Alice Bouyssou, Stéphane Le Vu, et Caroline Semaille. 2010. « Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009 ». *BEH* (45-46) (novembre 30).
- Velter, Annie, Alice Michel, et Caroline Semaille. 2005. *Rapport Baromètre gay 2002*. Saint-Maurice: InVS.
- Van de Ven, P., S. Kippax, J. Crawford, P. Rawstorne, G. Prestage, A. Grulich, et D. Murphy. 2002. « In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex ». *AIDS Care* 14 (4) (août): 471-480.

- Van de Ven, Paul, Limin Mao, Andrea Fogarty, Patrick Rawstorne, June Crawford, Garrett Prestage, Andrew Grulich, John Kaldor, et Susan Kippax. 2005. « Undetectable viral load is associated with sexual risk taking in HIV serodiscordant gay couples in Sydney ». *AIDS* 19 (2) (janvier 28): 179-184.
- Verdrager, Pierre. 2007. *L'homosexualité dans tous ses états*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Voegtli, Michaël. 2004. « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence ». *Lien social et Politiques* (51): 145-158.
- Le Vu, Stéphane, Yann Le Strat, Francis Barin, Françoise Cazein, Caroline Semaille, et Jean-Claude Desenclos. 2010. « Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 ». *BEH* (45-46) (novembre 30).
- Weeks, Jeffrey. 1998. « The Sexual Citizen ». *Theory, Culture & Society* 15 (3): 35 -52.
- Welzer-Lang, Daniel, Jean-Yves Le Talec, et Sylvie Tomolillo. 2000. *Un mouvement gai dans la lutte contre le SIDA: les Soeurs de la Perpétuelle Indulgence*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Wolitski, Richard J, Cynthia A Gómez, et Jeffrey T Parsons. 2005. « Effects of a peer-led behavioral intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men ». *AIDS* 19 Suppl 1: S99-109.
- Yep, Gust A, Karen E Lovaas, et Alex V Pagonis. 2002. « The case of “riding bareback”: sexual practices and the paradoxes of identity in the era of AIDS ». *Journal of Homosexuality* 42 (4): 1-14.

Table des figures

Figure 1 : Formes d'engagement des associations de lutte contre le sida, au regard des enjeux de la prévention gaie (1989).....	58
Figure 2 : Cartographie des situations à risque dans les discours d'Act Up-Paris au cours de l'année 2000.....	126
Figure 3 : Les positions d'AIDES et d'Act Up-Paris vis-à-vis des enjeux de prévention chez les gais (2002)	193
Figure 4 : La perception de la communauté homosexuelle parmi les répondants	266
Figure 5 : Perception du bareback et contextes de sociabilité parmi les répondants	291
Figure 6 : Principes de validité des connaissances préventives et principes de protection, selon les contextes de sociabilité	320
Figure 7 : Les composantes de la gestion du risque	340
Figure 8 : L'érosion des normes collectives	350
Figure 9 : La séropositivité comme destin	354
Figure 10 : La communauté protectrice	360
Figure 11 : L'individu raisonnable	367
Figure 12 : Le risque comme aléa de l'existence.....	372
Figure 13 : Prévention et autonomie individuelle	376
Figure 14 : Les autres comme menace	381

Table des encadrés

Encadré 1 : Daniel Defert et l'homosexualisation du sida	70
Encadré 2 : Homosexualité et risque VIH dans les recherches en sciences sociales (1996) ...	94
Encadré 3 : Didier Lestrade, éléments biographiques	109
Encadré 4 : Guillaume Dustan, éléments biographiques.....	111
Encadré 5 : Chronologie des débats sur le bareback, année 2000.....	112
Encadré 6 : « Le risque du sexe, entre rumeur et réalité » (J.-Y. Le Talec 2000).....	122
Encadré 7 : A Marseille, des actions de prévention « en difficulté ».....	162
Encadré 8 : A Nancy, un « décalage » entre le discours officiel et le terrain	164
Encadré 9 : Chronologie des débats internes à AIDES sur la RdRs (2000-2002)	171
Encadré 10 : Chronologie des débats publics sur la RdRs (2002)	177
Encadré 11 : L'approche de RdRs d'AIDES, objet d'enquête ?.....	186
Encadré 12 : Une période « post-sida » ?.....	223
Encadré 13 : Extraits de la fiche analytique de l'entretien de Guillaume.....	242
Encadré 14 : Extraits de la fiche analytique de l'entretien de Clément	243
Encadré 15 : La typologie à l'épreuve de la diversité sociodémographique de l'échantillon .	267
Encadré 16 : Le thème du bareback dans les entretiens	271
Encadré 17 : La mise en récit du risque, enjeux méthodologiques	342

Sources

PRESSE GENERALISTE

Le Monde

Le Monde, «Les homosexuels américains délaissent le *safe-sex* », Nau JY, 7 Mai 1995

Le Monde, «Une recrudescence du sida est observée chez les homosexuels », Follea L, 14 Mai 1995

Le Monde, «L'épidémie de sida demeure active en France, malgré un recul de la mortalité », Bursaux E, 2 Décembre 1999

Le Monde, «Sida en France : l'inquiétude est de retour », 21 Novembre 2000

Le Monde, «Je ne sais pas pourquoi j'accepte parfois le *no capote* », Blanchard S, 21 Novembre 2000

Le Monde, « *Têtu* organise la résistance contre les comportements à risques », Delberghe M, 5 Décembre 2000

Le Monde, « L'Institut de veille sanitaire dénonce un relâchement de la vigilance contre le VIH », Benkimoun P, 17 Mars 2001

Le Monde, « 20 ans de sida, ça suffit », Tribune, 24 Juin 2001

Le Monde, « L'Institut de veille sanitaire note une recrudescence de la syphilis », Benkimoun P, 1 Septembre 2001

Le Monde, « Act-Up au cœur d'une polémique sur les pratiques à risques », Benkimoun P, 21 Novembre 2001

Le Monde, « L'épidémie de sida ne régresse plus que faiblement en France », Benkimoun P, 21 Novembre 2001

Le Monde, « Une enquête souligne le relâchement des comportements sexuels », Blanchard S, 29 Novembre 2001

Le Monde, « Les autorités lancent une alerte au retour de la syphilis à Paris », Nau JY, 17 Mai 2002

Le Monde, « Une réapparition qui laisse craindre un rebond du sida », Benkimoun P, 17 Mai 2002

Le Monde, « Un fondateur d'Act Up rompt officiellement avec l'association », Benkimoun P, 12 Juin 2004

Le Monde, « Quinze ans de lutte pour Act Up, qui se mobilise contre la reprise du sida », Benkimoun P, 27 Juin 2004

Le Monde, « Le sida progresse en France, avec 6000 nouveaux séropositifs en 2003 », Benkimoun P, 28 Novembre 2004

Le Monde Télévision, « The Gift », Deyle H, 9 Janvier 2005

Le Monde, « Les relations sexuels non protégées ont augmenté de 70% depuis 1997 chez les homosexuels », Benkimoun P, 19 Juin 2005

Le Monde, « La marche des fiertés homosexuelles, entre danses festives et inquiétudes », Chemin A, 28 Juin 2005

Le Monde, « Sida : la prévention parmi les homosexuels 'priorité absolue' », Benkimoun P, 27 novembre 2009

Le Monde, « Sida : un rapport préconise de 'nouvelles méthodes de prévention' », Benkimoun P, 28 novembre 2009

Libération

Libération, « L'épidémie de sida n'est pas arrêté en France », Favereau E, 24 Juin 1995

Libération, « Au risque du sida », Bignand T, 27 Janvier 1996

Libération, « Spécial Europride, Agaycédaire », Lebovici E, Lefort G, Peron D, Prigent L, 28 Juin 1997

Libération, « Homos la capote n'a plus la cote », Grosjean B, 11 octobre 2000

Libération, « Eros et Thanatos », Dupuy G, 11 Octobre 2000

Libération, « L'hédonisme est de retour », Favereau E, 11 Octobre 2000

Libération, « Paris, capitale des backrooms », Grosjean B, 11 Octobre 2000

Libération, « Sida, un relâchement qui fait peur », Favereau E, 11 Octobre 2000

Libération, « Suite au dossier consacré au relâchement du safer sex chez les homosexuels, paru dans Libération du 11 Octobre », Grosjean B, 21 Octobre 2001

Libération, « La capote n'a jamais existé », Dustan G, 21 Octobre 2000

Libération, « Oui, le relapse est une menace », Lestrade D, 21 Octobre 2000

Libération, « Les voix sourdes des gays », Martet C, Broqua C, Clouzeau F, 6 Novembre 2000

Libération, « Act-Up martèle le dogme de la capote envers et contre tous », Grosjean B, 9 Novembre 2000

Libération, « Plus d'un millier de personnes défilent contre les labos », Holtz M, 2 Décembre 2000

Libération, « Sida : le risque zéro de Lionel Jospin », Cosse E, Doustaly T, 13 Décembre 2000

Libération, « Relapse », 20 Décembre 2000

Libération, « Sida, alerte au relâchement », Favereau E, 8 Février 2001

Libération, « Les gays lassés du *tout-capote* », Grosjean B, Favereau E, 15 Mars 2001

Libération, « La syphilis profite du relâchement antisida », Cabut S, 31 Août 2001

Libération, « Pour zapper le sida », 26 Janvier 2002

Libération, « Repenser la prévention du sida », Saout C, 30 août 2002

Libération, « La capote, rien que la capote », Devemy J, 6 septembre 2002

Libération, « La fin d'un idéal homosexuel », Grosjean B, 17 Février 2004

Libération, « Cadeau empoisonné », Favereau E, 10 Janvier 2005

Libération, « Les chiffres alarmants du *no capote* », Grosjean B, 22 Juin 2005

Libération, « Une communauté en mal d'amour », Grosjean B, 25 et 26 juin 2005

Libération, « Dustan qui passe », Loret E, 11 Octobre 2005

Libération, « Sans Relâche », Ecoiffier M, 2 Novembre 2005

Libération, « Séropositifs recherchent séropositifs », Favereau E, 5 juillet 2007

Libération, « Sida : il faut revoir les politiques de prévention en France », Lestrade D, Girard PM, 30 novembre 2011

Libération, « Le dogme de la capote », Favereau E, 30 mars 2009

Libération, « Du dogme au comptoir », Act up-Paris, 22 avril 2009

Libération, « Sida : l'heure d'arrêter l'épidémie », Favereau E, 27 novembre 2009

Libération, « VIHvacité », Favereau E, 30 novembre 2009

RAPPORTS

AFLS, « Hommes entre eux », Colloque de Saintes de juin 1992, *Entre Gens*, Paris, 1993

CNS, « Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France », Paris, 17/11/2005

CNS, « Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH », Paris, 9/04/2009

Cour des comptes, « La politique de lutte contre le sida », in *Rapport annuel*, Paris, février 2010

Cour des comptes, « La prévention sanitaire », Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, Paris, octobre 2011

Lert F, Pialoux G, « Rapport mission RdRs. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST », Paris, 2009

Yéni P (dir.), « Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts », Paris, 2010

SITES INTERNET

Act Up-Paris : www.actupparis.org

AIDES : www.aides.org

Vih.org : www.vih.org

Warning : www.thewarning.info

DOCUMENTS AIDES

Act Up-Paris, Courrier adressé à C. Saout le 10 juin 2002, signé par X. Héraud (responsable de la commission prévention) et A. Bessaha (vice-président)

AIDES, *Dix ans d'existence, dix ans de résistance*, 7ème assises nationales d'AIDES, document édité par avril 1995

AIDES, « Lettre de mission du comité de pilotage sur la prévention en direction des 'hommes entre eux' », votée par le CN du 15 avril 2000.

AIDES, « Rapport du comité de pilotage HEE », présenté et voté par le Conseil National de AIDES des 13 et 14 janvier 2001

AIDES, Courrier adressé à X. Héraud et A. Bessaha le 29 juin 2002, signé par C. Saout, président d'AIDES

AIDES, « La prévention du sida chez les homosexuels : quelle place pour la réduction des risques sexuels ? Analyse et perspectives d'action », AIDES, document interne, voté par le CA du 17 novembre 2002

AIDES, « Proposition de résolution du conseil d'administration de AIDES sur la réduction des risques sexuels », Document interne, présenté et voté au CA du 17 novembre 2002,

AIDES, Procès Verbal de CA du 10/09/2005

AIDES, Procès Verbal de CA des 10 et 11/12/2005

AIDES, Procès Verbal de CA du 25/02/2007

AIDES, Procès Verbal de CA de février et avril 2008

AIDES, Procès Verbal de CA des 5 et 6/09/2009

Lascoumes P, « Espace social et santé publique », in *Dix ans d'existence, dix ans de résistance*, 7ème assises nationales d'AIDES, document édité par AIDES, avril 1995, p76-9

Maguet O, « La réduction des risques sexuels chez les gays : genèse et cadre d'un questionnaire sur la prévention du VIH chez les gays », Discours lors de la Convention des cadres de AIDES, Lille, 2002

Rossert H, « La réduction des risques liés au VIH : un essai d'analyse de santé publique de l'action de AIDES », Texte du discours prononcé aux assises de AIDES, Lyon, 2000

Saout C., « Réduction des risques sexuels : des positions divergentes entre AIDES et Act Up-Paris », *Le Bulletin des volontaires* n°1, été 2002

PRESSE ASSOCIATIVE

Action (Act up-Paris)

Act Up édite Action, pas d'auteurs pour les articles

1993-1995

Action, n°17, Juin 1993

- « Gay pride »
- « C'est la vie ! Protégez-vous du sida »

Action, n°25, juin 1994

- « Gay and lesbian pride »
- « le milieu gay a besoin d'un centre », interview de P. Labbey

Action, n°32, mai 1995

- « dossier conférence au Cap : cap sur la prévention ? »
- « Etats généraux homosexualité et sida à Paris »

Action, n°33, juin 1995

- « Le sida concernerait les gais »

1996-1998

Action, n°37, février 1996

- « Le casse/tête de la prévention »

Action, n°38, avril 1996

- « La prévention imaginaire »

Action, n°40, juin 1996

- « Dossier Gay pride »

Action, n°41, octobre 1996

- « Hard and safe »
- « A quoi joue Têtu ? »

Action, n°43, décembre 1996

- « 6000 personnes infectées chaque année en France, tout va bien »

Action, n°48, juin 1997, « Power to the tapiole »

1999

Action, n°58, Janvier 1999

- « Epidémie cachée »

Action, n°61, juin 1999

- « Anniversaire : 10 ans de trop ! »

Action, n°62, juillet 1999

- « Baiser sans capote, ça vous fait jouir ? »

Action, n°63, octobre 1999

- « Pour en finir ...avec Erik Rémès »

2000

Action, n°68, juin 2000

- « FièrEs d'en mettre »
- « Vous n'êtes pas au courant ? »
- « Prévention »

Action, n°69, octobre 2000

- « AG des pédés, il est temps de parler »
- « Rage »

Action, n°70, décembre 2000

- « AG des pédés »

2001

Action, n°71, janvier 2001

- « AGDPD, les suites »

Action, n°73, mai 2001

- « Illico, la cata qu'on attendait »,
- « Irresponsables »
- « Responsables »
- « Irresponsables et amnésiques »

Action, n°74, juin 2001,

- « Relapse, welcome »,
- « Le sida a 20 ans, nous aussi »

Action, n°76, octobre 2001

- « Alerte à la syphilis »

Action, n°77, décembre 2001

- « En finir avec Dustan »,
- « Répondre à Dustan » DL
- « Ce qu'il dit »
- « C'était mon père »
- « L'arbre qui cache la forêt »

2002

Action, n°81, juillet 2002

- « Sexe : de la prévention, pas de la réduction des risques »

Action, n°82, septembre 2002

- « C'est officiel, AIDES ne fait plus de la prévention mais de la réduction des risques »

Action, n°84, décembre 2002

- « AG de la prévention, mission accomplie »

2003

Action, n°85, janvier 2003

- « Quelle prévention pour 2003 ? »

Action, n°86, mars 2003

- « Bareback »

Action, n°89, juin 2003

- « Bareback, criminalisation : know your enemy »

Action, n°92, décembre 2003

- « Contre-exposé prévention »

2004

Action, n°93, mars 2004

- « Contre-argumentaire prévention »

Action, n°94, juin 2004

- « La communauté que nous voulons »

Action, n°94, juin 2004

- « Les pédés sont toujours en première ligne ! »

Action, n°95, octobre 2004

- « No capote = no way »

2005

Action, n°98, avril 2005

- « Surcontaminations »

Action, n°99, juin 2005

- « Sida : cause toujours »

Action, n°100, septembre 2005

- « Un pas devant l'autre et recommencer »

Action, n°101, décembre 2005

- « Bareback business »,
- « Guillaume Dustan est mort »

2006-2007

Action, n°102, mai 2006

- « Le nouveau révisionnisme du sida »
- « Un interassociatif pour la prévention »
- « Un rapport pour rien ? »

Action n°103, juin 2006

- « J'irai danser quand même »

Dossier « porno et sida »

- « L'industrie de la pornographie doit prendre ses responsabilités » (tribune d'acteurs/actrices)
- « Des studios Replay à Pink TV un relapse qui n'en finit pas de se généraliser »
- « Le marketing bareback ou comment rendre acceptable l'inacceptable »
- « La question de la fellation »
- « La trop longue liste des acteurs et actrices porno mortEs du sida »

Action n°104, octobre 2006

- « Toronto, du rififi dans la prévention »

Action n°108, mars 2007

- « Sérotriage, what's up ? »
- « Le poids des primo-infections dans l'épidémie chez les gays »
- « Nouvelle recrudescence des IST »
- « Circoncision : l'enthousiasme contre la prévention »

2008-2010

Action n°111, février 2008

- « Avis de la CFS : le miroir aux alouettes »

Action n°113, juin 2008

- « Prévention. Ne rien dire, ne rien voir, ne rien entendre »

Action n°114, septembre 2008

- « Genève-Mexico : le chemin parcouru par les suisses »

Action n°117, avril 2009

- « L'avis mesuré du CNS »
- « La prévention faussée par Libération »
- « Réduction des risques »
- « Le bareback prosélyte fait son come-back »

Action n°120, mars 2010

- « Prévention gay : méthode ogino »

Le journal du sida

1989

Sida 89, n°6, juillet-août 1989

- « Homosexualité et sida : le désir d'appropriation », Edelman, Ph., p.13/15

Sida 89, n°8, Octobre 1989

- « Illustration », lettre d'Arnal F, p.33/34 + commentaire de la rédaction
- « Digression militante », Fontenay F, p.25

Sida 89, n°9, novembre 1989

- « Sida, préservatif et homosexualité. Trois campagnes de l'AFLS d'ici la fin de l'année », Fontenay F, p.3/6

1990

Sida 90, n°12, janvier 1990

- « Les homosexuels face au sida : les résultats de l'enquête GPH. Au-delà du safer-sex », Fontenay F, p.33/35
- « Polémique sur un article », Mettetal JF, Edelman F, Fontenay F, p.42/44 (Deux courriers : Act Up-Paris et le MIEL + réponse de *Sida 90*)

Sida 90, n°15, avril 1989

- « San Fransisco, ville symbole », Dumay C, p.6
- « Un document de prévention destiné aux homosexuels. Une définition du safer-sex. », non signé, p.16

Sida 90, n°19, Août 1990

- « Homosexuels et sida. A propos de la Gay Pride. », Thirard JS, p.33/34

Sida 90, n°20, septembre 1990

- « A propos du outing. Un engrenage pernicieux », Meyssan T, p.34/35

Le journal du sida, n°21, Octobre 1990

- « Voyages en approximation », Le Bitoux J, p.22/24

Le journal du sida, n°22, novembre 1990

- « Le projet de centre gai à Paris. Homosexuels et prévention », Meyssan T, p.29/30

Courriers :

- « Comptes et mécomptes d'une enquête », p.34

- « Cher camarades du journal ... », Brunet JB, p.34
- « Des chiffres et des lettres », Edelman F, Mettetal JF, p.34

1991

Le journal du sida, n°26, mars 1991

- « Gais et safer sex. Enquête de proximité », Le Bitoux J, p.11
- « Le centre gai de New York. Homosexuels et solidarité », Martet C, p.15/16
- « Sciences sociales et épidémiologie. Champs de la recherche », Giami A, p.41/44

Le journal du sida, n°27, avril 1991

- Editorial : « Risques », Edelmann F, Mettetal JF, p.3
- « Infection et fellation. Sexe sans risque ou sexe à moindre risque », de Vincenzi I, Brunet JB
- « Homosexuels et pratiques à risque », p.23
- Encart de l'AFLS, « Hommes entre eux », Charvet D, Anguenot-Franchequin M, p.27/30

Le journal du sida, n°28, mai 1991

- « Mauvaises pensées », Cressole M, p.2
- « Morale et épidémie », un entretien avec le directeur de l'AFLS [Charvet D], par Le Bitoux J, p.28/30
- « Voyage en colloque », Edelmann F, encadré, p.29/30

Le journal du sida, n°30, juillet-août 1991

- Courrier : réponse Franck Arnal aux propos d'Edelmann, p.46

1992

Le journal du sida, n°38/39, Spécial Grande-Bretagne, mai 1992

- « Succès et limites du safer sex », Davies P, p.12/13

Le journal du sida, n°40, juin 1992

- « Perception et fonction sociale du risque », Calvez M, p.24-6
- « La prévention sourde à l'inconscient », Lisandre H, p.20-1
- « L'obscur tentation du risque », Lisandre H, p.21-4

Le journal du sida, n°41, juillet 1992

- « Une accusation mal prévenue », Giami A, Spira A, p. 6

Le journal du sida, n°42, août-septembre 1992

Spécial Amsterdam, conférence mondiale

- « Pratiques à risque : des fictions dangereuses », Mendès-Leite R, p.44/45

Le journal du sida, n°spécial 43/44, octobre-novembre 1992

- « Les nouveaux paradigmes de l'épidémie », Giami A, p.38/40
- « Les variables du risque », Mendès-Leite R, p.73/77

Le journal du sida, supplément au n°43/44, octobre-novembre 1992

- « Rencontres Hommes entre eux », encart AFLS, p.7/10

Le journal du sida, n°45, décembre 1992

- « Prévenir dans les lieux gais », Souyris A, p.34
- « Les clients acceptent les messages de prévention », Leroux J, par Souyris A, p.35

1993

Le journal du sida, n°52/53, juillet-août 1993

- « Où va la prévention ? », Slama AG, Got C, recueilli par Montaucieux C, p.30/32

Le journal du sida, n°54/55, septembre-octobre 1993

- « L'apprentissage du réalisme », Schiltz MA, Bochow M, Pelé G, p.65/66
- « La recherche tente de s'émanciper de ses préjugés », Giami A, Bajos N, p.70/72
- « Vertus dormitives du risque », Lisandre H, p.74
- « Quelle prévention pour les jeunes homosexuels ? », Schiltz MA, Bochow M, Pelé G, p.75

Le journal du sida, n°57, décembre 1993

- « Transmission volontaire : un procès à haut risque », Molla A, p.7/8
- « La maladie de la culpabilité », Edelmann F, p.16

1994

Le journal du sida, n°59, février 1994

- « Une page du mensuel Action », Edelmann F, De Villepin L, p.43

Le journal du sida, n°60, mars 1994

- « Le syndrome de l'autodiscrimination chez les jeunes gays », Joffe H, p.24/25
- « Le fantasme, ou comment s'en débarrasser ? », Lisandre H, p.26

Le journal du sida, n°62, mai 1994

- « La prévention au fil de la vie », Edelmann F, pp.3 et 51

Le journal du sida, n°63, juin-juillet 1994

- « Les facteurs de risque liés à la sexualité des séropositifs : des révisions surprenantes », Souyris A, p.9

1995

Le journal du sida, n°72, avril 1995

Dossier : « Homosexualité. Les ratés de la prévention » p.18/29

- « L'autre outing », Verboud M, Destombes C
- « Pourquoi les homosexuels prennent-ils des risques ? », Warner M
- « 'Je crois beaucoup à la notion de sécurité négociée' », Bochow M
- « 'Nous devons élaborer l'amour-propre des gays' », Schernoff M
- « 'Il faut parler pour désobéir au fantasme' », Lisandre H
- « 'L'important n'est pas de dire aux gays ce qu'ils doivent faire' », Elovitch R
- « 'Reconnaître l'unsafe sex ? Un premier pas' », Cordero C
- Interview Finkielkraut par Martel F : « Alain Finkielkraut : 'Il faut résister au discours de la dénonciation' », p.30/31
- « Apartheid au soleil...et dans le noir des sex-clubs », Lestrade D, p.38

Le journal du sida, n°75-76, juillet-août 1995

- « Homosexuels : vers un repli identitaire ? », Martel F, p.58

Le journal du sida, n°78, octobre 1995

- « Evolution du paysage associatif dans le monde », Altman D, p.26/29

1996

Le journal du sida, n°82, février 1996

- « Un dilemme pour la prévention », AIDS' Alert, p.26/27
- « Petit guide à l'usage des 'counsellors' », AIDS' Alert, p.28
- « Safe ? Moi non plus... », Lisandre H, p.29/30
- « De l'estimation à l'analyse du risque », Brunet JB, De Vincenzi I, p.31/32
- « Communication grand public : un silence frustrant », Doustaly T, p.34
- « Une bande dessinée à lire entre les cases », Lisandre H, p.35
- « Extraits de brochures », p.36
- « Les voix de l'inconscient après le passage à l'acte », Adam R, Corde T, p.42

Le journal du sida, n°spécial Vancouver, automne 1996

- « Gais et prévention : nouvelles donnes », Schiltz MA, Adam P, Bochow M, p.13/14

Le journal du sida, n°91, novembre 1996

- « Alain Molla, l'avocat provençal de Aides », p.34/38

1997

Le journal du sida, n°100, novembre 1997

- « Antoine ou l'air du temps », Hefez S p.16/17

1998

Le journal du sida, n°104, mai 1998

- « L'impact du contexte thérapeutique sur les comportements de prévention », Faure J., p.14/16
- « Terreur », La chronique de Didier Lestrade, p.39

Le journal du sida, n°109/110, spécial conférence de Genève, automne 1998

- « Nouvelles thérapies et comportements préventifs des homosexuels masculins », Laporte A, p.14/15
- « A propos des lieux de rencontre homosexuels », Broqua C, Mendès-Leite R, p.16/19
- « Comment étudier les sexualités masculines ? », Welzer-Lang D, p.20/21

1999

Le journal du sida, n°112/113, numéro spécial, janvier 1999

- « Jeunes homosexuels et prévention », Delmotte H, p.13/14

Le journal du sida, n°115, avril 1999

- « Prévention du sida et homosexualité – la région Nord-Pas-de-Calais », Nory-Guillou F, Pons E, Guillou M, p.21/24

Le journal du sida, n°117, juillet-août 1999

- « La vulnérabilité des jeunes gays », Delor F, p.23/26

Le journal du sida, n°118, septembre 1999

- « Le déluge », Lestrade D, p.38

Le journal du sida, n°119, octobre/novembre 1999

- « Roman-photo, nouveau support de prévention », Sousa A, p.24/25
- « Je bande donc je suis », par Delmotte H, p.37

2000

Le journal du sida, n°122, janvier/février 2000

- « Rencontre avec Erik Rémès. A propos de *Je bande donc je suis* », par Delmotte H, p.32/33

Le journal du sida, n°125, juin/juillet 2000

- « Grave », Lestrade D, p.38

Le journal du sida, n°132, spécial Durban, automne 2000

- « Enjeux de la prévention chez les homosexuels et bisexuels masculins au Sud et au nord », Bochow M, p.59/62

Le journal du sida, n°131, décembre 2000

- « Des chiffres qui parlent d'eux-mêmes », Horwitz M, p.23

2001

Le journal du sida, n°134, avril 2001

- « Pour beaucoup d'homosexuels, la prévention n'est plus de mise », Horwitz M, p.23
- « A quoi bon... », Lestrade D, p.38

Le journal du sida, n°135, mai 2001

- « Vive le bareback », Lestrade D, p.38

Le journal du sida, n°139, octobre 2001

- « Vingt ans d'histoire du VIH à reconstruire, mais avec quels enjeux psychologiques ? », Abelhauser A, p.23/27

2002

Le journal de la démocratie sanitaire, n°142, janvier/février 2002

- « Sida, vingtième année », Lestrade D, p.38

Le journal de la démocratie sanitaire, n°144/145, avril/mai 2002

- « Le retard », Lestrade D, p.42

Le journal de la démocratie sanitaire, supplément du n°146

- « Revenir à des pratiques sexuelles plus safe. Il est grand temps ! », Faucher JM (directeur Arcat), p.1

Le journal de la démocratie sanitaire, n°149, novembre 2002

- « Eros triomphe de Thanatos », interview du Dr Troussier, Taéron C, p.23/24

Le journal de la démocratie sanitaire, n°150/151, décembre 2002

- « Prévention gay : 'vous avez un nouveau message' », Taéron C, p.12/14

2003

Le journal de la démocratie sanitaire, n°152, janvier 2003

- « Hymne à la contamination », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n° 155, mai 2003

Dossier bareback :

- « Bareback, en quête de raisons et de sens », Taéron C, p.12/14
- « 'Ne pas créer de sous-groupe dans le groupe' », interview de Léobon A et Charbonneau D, p.15/17
- « Fantasme de la 'rencontre absolue' », interview de Hefez S, p.18
- « Bribe d'histoires personnelles », p.19
- « Prévention cherche inspiration », Taéron C, p.20/22
- « Bareback et loi », p.23
- « Le doute », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n°156, juin 2003

- « La folie », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n°157, juillet/août 2003

- « L'orage », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n°159/160, octobre/novembre 2003

- « La première nuit d'amour d'un couple gay. Quand la confiance s'instaure dans la relation... », Couduriès J, p.14/16

2004

Le journal de la démocratie sanitaire, n° 162, janvier 2004

- « Les brèches grandissantes de la prévention et du dépistage », Taéron C, p.6

Le journal de la démocratie sanitaire, n°163, février-mars 2004

- « Relâche de la prévention en milieu gay », Donnars O, p.4

Le journal de la démocratie sanitaire, n°164, avril 2004

- « Entretien avec Didier Lestrade. 'Les gays ont signé leur arrêt de mort' »

Le journal de la démocratie sanitaire, n°166, juin 2004

- « No sex », Lestrade D, p.26

Le journal de la démocratie sanitaire, n°167, juillet-août 2004

- « Une effroyable banalité », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n°168, septembre 2004

- « Alerte sur le web, un aiguillon dans la lutte contre le sida », Destombes C, p.18/19

- « Tour de France », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n°171, décembre 2004

- Edito : « Responsabilités en faillite », p.3

Dossier pénalisation :

- « Pénalisation de la contamination. Quels enjeux ? », Darmon L, p.10/16
- « Le bareback bouleverse la signification de la contamination », Lestrade D, par Darmon L, p.13/15
- « 1460 jours », Lestrade D, p.34

2005

Le journal de la démocratie sanitaire, n°172, janvier 2005

- « Le sida en cadeau », Darmon L, p.23
- « 'On ne dit plus d'une personne séropositive qu'elle est morte du sida' », Hogarth L, par Darmon L, p.24
- « Méfiance », Lestrade D, p.34

Le journal de la démocratie sanitaire, n°173, février 2005

- « Le diable », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°174, mars 2005

- « Une prévention ciblée vers les sites de rencontre », Michelon V, p.27/28

Le journal du sida, n°175, avril 2005

- « GHB et prises de risques », Darmon L, p.23/24
- « L'argument », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°176, mai 2005

- « Compte à rebours », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°177, juillet 2005

- « Dans les profondeurs de la prévention », Darmon L, p.27/28

Le journal du sida, n°178, août 2005

- « La belle province », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°179, septembre-octobre 2005

Couverture : « Gays, les défis de la prévention »

- Edito : « Prévention auprès des gays : la panne ? », p.3

Dossier spécial inséré p18/19 : « Gays, les défis de la prévention »

- « Le constat », Destombes C, p.III/IV
- « Pourquoi les homosexuels baissent la garde ? », Bonnin O, p.V
- « ‘Aider la personne à construire l’estime de soi’ », entretien avec Hefez S, par Michelon V, p.VI
- « ‘Il faut un wake-up call’ », entretien avec Lestrade D, par Destombes C, p.VII
- « Internet, la solution miracle ? », Michelon V, p.VIII/IX
- « ‘Trouver un discours plus spécifique aux jeunes gays’ », entretien avec Bourgeois P, par Michelon V, p.X
- « Le traitement post-exposition, une prévention d’exception », Bonnin O, p.XI
- « Réinventer les normes », Destombes C, p.XII/XIII
- « Et sur la planète gay ? », Bonnin O, p.XIV/XV
- Encart : « Quelle place pour la réduction des risques ? » Michelon V, p.XV
- « Down that road », Lestrade D, p.34

2006

Le journal du sida, n°182, janvier février 2006

- « Colloque VIH et santé gaie ». Un nouvel outil à disposition », Destombes C, p.19-22
- « Chris Bartlett, le regard américain sur la santé gaie », par Destombes C, p.21

Le journal du sida, n°183, mars 2006

- « 79 pages pour agir », Destombes C, p.21-2
- « Vivement 2007 », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°186, juillet 2006

- « En aucune manière », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°187, août 2006

- « Le guerrier », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°188, septembre 2006

- « Le mensonge », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°189, octobre 2006

- « Le baobab », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°190, novembre 2006

- « La porcha », Lestrade D, p.34

2007

Le journal du sida, n°193, février 2007

- « Homosexuels. La prévention se tourne vers les séropositifs », Bonnin O, p.27-9

Le journal du sida, n°195, avril 2007

- « Prévention gay sur internet. Du nouveau sur la toile », Destombes C, p.28-9

Le journal du sida, n°197, juillet 2007

- « Entretien avec Didier Lestrade. Journal d'un moine soldat », Destombes C, p.28-9

Le journal du sida, n°198, août 2007

- « Fait-divers », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°199, septembre-octobre 2007

- « Pratiques à risque. Une étude questionne la prévention », Langlet M, p.20-1

Le journal du sida, n°200, novembre 2007

- « Les gays de nouveau en première ligne », Destombes C, p.38-9
- « Rétrospective », Lestrade, D, p.34

2008

Le journal du sida, n°202, janvier 2008

- « L'heure sombre », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°203 Février-Mars 2008

- « Interview de Bruno Spire : AIDES veut pacifier les relations interassociatives », par Bonnin O, p.17-8
- « Momentum », Lestrade D, p.34

Le journal du sida, n°207 Juillet 2008

- « Jeunes gays et séropositifs. Quelle place dans les associations LGBT ? », Darmon L, p.15-20

2009

Le journal du sida, n°211, mai-juin 2009

- « Voyager », Lestrade D, p.50

Le journal du sida, n°212, juillet-août-septembre 2009

- « Séropo, version light », Lestrade D, p.50

Remaides

Remaides, n°36, Juin 2000

- « Pourquoi faut-il continuer à se protéger ? »

Remaides, n°37, Septembre 2000

- « Chez les gays la prévention aurait-elle disparu ? »

Remaides, n°40, Juin 2001

- « Comment évolue l'épidémie en France ? »

Remaides, n°44, dossier prévention, juin 2002

- « Le sexe, le risque et nous (et moi ?) »
- « Entre séropos »
- « Sexe : comment réduire les risques ? »
- « Réduire les risques chez les gays »

Remaides, n°45, septembre 2002

- « Réduire tous les risques », Saout C

Remaides, n°46, décembre 2002

- « Sexualité : pourquoi est-ce que je prends des risques ? »

Remaides, n°56, dossier prévention, juin 2005

- « Pratiques barbares ou liberté sexuelle », Thiéry D
- « Le sens du barebacking varie selon qui en parle », interview Le Talec
- « Fiche sa vie en l'air pour plus de plaisir ? », interview Lestrade D

Remaides, n°57, septembre 2005

- « La surcontamination, mythes et réalité ? »

Remaides, n°44, dossier prévention, juin 2002

- « Entre séropos »

Remaides, n°46, décembre 2002

- « Sexualité : pourquoi est-ce que je prends des risques »

Remaides, n°56, dossier prévention, juin 2005

- « Pratiques barbares ou liberté sexuelle », Thiéry D
- « Le sens du barebacking varie selon qui en parle », interview Le Talec JY
- « Fiche sa vie en l'air pour plus de plaisir ? », interview Lestrade D

Remaides, n°57, septembre 2005

- « La surcontamination, mythes et réalité »

Remaides, n°64, juin 2007

- « Patrick : je ne veux pas d'une sexualité moralisatrice »
- « Pascal et Michel : nous sommes devenus plus militants »
- « JB : homo et séropo, cela fait deux coming out »

Remaides n°67, mars 2008

- « Alexandre : j'ai décidé de devenir sérocombattant »

Remaides n°68, été 2008

- « Olivier : grâce à Mr Hirschel, mon estime personnelle s'est grandement améliorée »
- « Vincent : est-ce que cela nous permettra à nouveau d'avoir des rapports ? »

PRESSE GAIE

Gai Pied Hebdo

1990

Gai Pied Hebdo, n°411, 16 mars 1990

- « Séropos et séronégas. Cocktails d'amours », Surzur R, pp.57-61

Gai Pied Hebdo, n° 412, 23 mars 1990

- « Lutte contre le sida. Risques d'exclusion », Rouy P, p.60
- « Rester vigilant », Joseph M, p.61

Gai Pied Hebdo, n°442, 1 Novembre 1990

- Sida : « Safer sex (1) », p.17
- « Safer-sex (2) »
- « Safer-sex (3) »
- Courrier, « Le ciel m'est tombé sur la tête », Claude, p.68

Gai Pied Hebdo, n°443, 8 novembre 1990

- « Prévention. CFES : bilan peu glorieux », Arnal F, pp.53-6

Gai Pied Hebdo, n°444, 15 novembre 1990

- « Pipes », p.15
- « Prévention. AFLS rattraper le temps perdu », Arnal F, pp.56-60

Gai Pied Hebdo, n°445, 22 novembre 1990

Couverture : « Prévention. Trouver un second souffle »

- « Prévention. Trouver un second souffle », Charfe Y, Cauchy JC, Le Talec JY, pp.53-5
- « Experts. Un autre regard », Le Talec, Cauchy, p.56

Gai Pied Hebdo, n°446, 29 novembre 1990

Couverture : « Enquête exclusive. Gais et sida »

- Edito : « Temps de parole », Charfe Y, p.7
- « Journée mondiale de lutte contre le sida. Une journée particulière. », Lamien E, Rouy P, pp.10-2
- « Enquête exclusive. Les gais et le sida », Pollak M, pp.52-5
- « Pour la transparence », Pollak M, pp.56-9
- « L'enjeu des gais. L'homosexualisation du sida », Defert D, pp.60-3

- « Les homosexuels et la prévention du sida », Charvet D, p.64
- « Une exposition organisée par Aides. Prévention à l'affiche. », Vanier L, pp.65-7

Gai Pied Hebdo, n°447, 6 décembre 1990

Couverture : « Entretien exclusif. Michèle Barzach »

- « Entretien avec M Barzach. Un immense retard à combler », Charfe Y, Le Talec JY, Cuachy JC, pp.52-4

Gai Pied Hebdo, n°448, 13 décembre 1990

« Prévention en milieu gai. Dura lex sneg latex », Rouy P, p.15

1991

Gai Pied Hebdo, n°451, 3 janvier 1991

- « Associations de lutte contre le sida. Actions en milieu gai », Rouy P, p.15

Gai Pied Hebdo, n°453, 17 janvier 1991

- « Enquête en milieu latex. Ca glisse au pays des merveilles », Lamien E, p.10

Gai Pied Hebdo, n°458, 21 février 1991

- « Enquête à Paris. Le sexe et le risque », Rouy P, p.13

Gai Pied Hebdo, n°459, 28 février 1991

- « Collectif. Repenser la prévention », Rouy P, p.14

Gai Pied Hebdo, n°461, 14 mars 1991

- « Polémiques. Le front du refus », Cauchy JC, Le Talec JY, pp.14-5

Gai Pied Hebdo, n°462, 21 mars 1991

- « Bilan AFLS. L'agence se donne de bonnes notes », Cauchy JC, Le Talec JY, pp.10-12

Gai Pied Hebdo, n°464, 4 avril 1991

- « Colloque homosexualité et sida. Message politique », Cauchy JC, Le Talec JY pp.10-11
- Interview D. Lestrade, p.52

Gai Pied Hebdo, n°465, 11 avril 1991

- « Edito. Droit de cité », Charfe Y, p.7
- « Mise au point. 'Préoccupation commune' », Debeaupuis J, responsable de la division sida à la DGS, p.13
- « Délit d'initié. Le nouveau sexe », Le Goff Y, p.19

- « Gais pour les libertés. L'illusion communautaire », Cauchy JC, Le Talec JY, pp.63-5 (H Maurel, J Javanni, A Royer)

Gai Pied Hebdo, n° 467, 25 avril 1991

- « Prévention : action ! », p.8
- « Bonne visibilité sur la Côte d'Azur », Le Quang Huy E, p.10-11

Gai Pied Hebdo, n° 468/469, 2 mai 1991

- « Act up/AFLS : réactions. Non à la violence », Le Talec JY, Cauchy JC, p.13

Gai Pied Hebdo, n° 474, 13 juin 1991

Couverture : « 10 ans de sida »

- « Du défi au déni », Le Talec, Cauchy, pp.53-6
- « Homos français : les chiffres », Arnal F, pp.58-62
- « Marseille. Associations en attaque », Le Quang Huy E, pp.64-5

Gai Pied Hebdo, n°475, 20 juin 1991

- « L'info à vif », Le Talec, Cauchy, pp.52-5

Gai Pied Hebdo, n°488, 3 octobre 1991

- « Signe des temps », Le Talec, Cauchy, pp.10-11

Gai Pied Hebdo, n°490, 17 octobre 1991

- « Solidarité », Rouy P, pp.12-3

Gai Pied Hebdo, n°496, 28 novembre 1991

Couverture : « Enquête exclusive. Gais et sida »

- « Gais et sida : restons vigilants », Charfe Y, M. J, Pollak M, pp.52-60
- « Signal d'alarme », interview de JB Brunet, centre européen d'épidémiologie-surveillance, par Charfe Y, pp.61-2

1992

Gai Pied Hebdo, n°503, 16 janvier 1992

Couverture : « Adolescents homo et prévention du sida. Briser la loi du silence. »

- « Adolescents homos : briser la loi du silence », Arnal F, pp.58-63

Gai Pied Hebdo, n°505, 30 janvier 1992

- « Société, sida et homosexualité. A livres ouverts », Arnal F, pp.59-63

Gai Pied Hebdo, n°508, 20 février 1992

- « A bon entendeur ... », interview de Patrick Matet, directeur de l'AFLS, par Cauchy JC et Lamien E, pp.10-1

Gai Pied Hebdo, n°510, 6 mars 1992

- « Dominik nous a quittés », Rouy P, p.11

Gai Pied Hebdo, n°511, 12 mars 1992

- « Qui a peur du sexe ? », Rémès E, pp.16-7

Gai Pied Hebdo, n°513, 26 mars 1992

- « Prévention : une victoire ! », Rouy P, p.7
- « Capote et amour », Rémès E, pp.16-7

Gai Pied Hebdo, n° 523, 4 juin 1992

- « Les respectables homos et les 'joies' du puritanisme », Mendès-Leite R, De Busscher PO, p.2

Gai Pied Hebdo, n°525, 18 juin 1992

- « Hommage à Michael Pollak », p .2/13
- « L'héroïsme de la raison », Bourdieu P
- « Un chercheur dans l'action », Souteyrand Y
- « Une source d'inspiration », Rosman S
- « Un humaniste au service de la recherche », Schiltz MA

Gai Pied Hebdo, n°527, 2 juillet 1992

- « Lettre ouverte à une obsédée du lobby homosexuel », Arnal F, p.2
- « Congrès AFLS. Hommes entre eux », Rouy P, p.12
- « La langue de bois, elle ne passera pas par moi ! », interview de C Got, par Durand C, p.26

Gai Pied Hebdo, n°528, 9 juillet 1992

- « Si le ridicule tuait... », Brunet JB, p.2

Gai Pied Hebdo, n°529, 16 juillet 1992

- « Les gais, la sexualité et le sida. Historique d'une prévention occultée », Rouy P, p.10

Gai Pied Hebdo, n°541, 29 octobre 1992

- « Stabilisation apparente du safer sex », Schiltz MA, Charfe Y, pp.26-8
- « Les séropos : plus de partenaires avec plus de protection », Charfe Y, p.28

Têtu

1995

Têtu n°1, Juillet-Août 1995

- Encart associatif : « Mon copain est séropositif et je l'aime », pp.36-7

Têtu n°2, Septembre 1995

- Encart associatif : « La maladie est moins dure à supporter avec mes amis à mes côtés », pp.48-9
- Interview : Larry Kramer, par Lestrade D, p.76

Têtu n°3, Octobre 1995

- Article : « Les couples sérodiscordants », pp.27-31, Lestrade D

1996

Têtu n°4, Juin 1996

- « Zone rouge », Lestrade D, pp.26-9 et 68

Têtu n°6, Septembre 1996

- « Zone rouge », Arbona L, Duez P, pp.26-31 et 68-9
- Courrier témoignage : Jean-Christophe, 27 ans, p.54

Têtu n°7, Octobre 1996

- Interview : Arnaud Marty-Lavauzelle, par Doustaly T, pp.20-2
- Courrier témoignage : Philippe, 31 ans, p.45

Têtu n°9, Décembre 1996

- Brève : « Le relapse », Ménard E, p.67
- Courrier témoignage : Simon et Noël, p.74

1997

Têtu n°14, Mai 1997

- « Les dix ans d'Act-Up », Lestrade D, pp.76-7

Têtu n°18, Octobre 1997

- Courrier témoignage : Cédric, 25 ans, p.74

Têtu n°20, Décembre 1997

- Dossier : « Safe-sex : une table ronde et un virus », pp.50-3

1998

Têtu n°24, Mai 1998

- « Groupe à risque ? », Lestrade D, pp.76-7

Têtu n°26 Juillet-Août 1998

- Interview : « Gérard Pelé, gay à la DGS », par Lestrade D

1999

Têtu n°31, Janvier-Février 1999

- Interview : « Rodrigue Ducourant, nouveau séropo », par Lestrade D, p.96

Têtu n°33, Avril 1999

- « Bareback, la fin du safe-sex ? », Martet C, pp.54-7

Têtu n°36, Juillet-Août 1999

- « Quelles stratégies de prévention ? », pp.140-1

Têtu n°39, Novembre 1999

- Interview : « Emmanuelle Cosse, nouvelle présidente d'Act-Up », par Lestrade D, p.96

2000

Têtu n°48, septembre 2000

- « Gays : l'épidémie à loupe... sauf en France », p.112

Têtu n°49, octobre 2000

- « Sida, le retour ? », pp.108-9

Têtu n°51, décembre 2000

- Edito, Doustaly T, p.3
- Dossier « Sida : la guerre n'est pas gagnée » pp.62-3
- « L'AG des pédés », Héraud X, pp.64-8

2001

Têtu n°55, avril 2001

- « Les chiffres du relapse », pp.106-10, Martet C,
- « Interview : Philippe Dhotte », p.112

Têtu n°57, juin 2001,

- Dossier « Sida, 20 ans de crise », Martet C, Le Goff Y, Métreau J, pp.74-85

Têtu n°59, septembre 2001

- « Interview : Christian Saout », p.134

Têtu n°60, octobre 2001

- « Interview : Peter Keogh », p.126

Têtu n°61, novembre 2001

- « Surcontamination, réalité ou fiction », pp.130-1,
- « Interview : Victoire Patouillard » p.134

2002

Têtu n°63, janvier 2002

- « Vers une remobilisation ? », pp.122-3

Têtu n°64, février 2002

- « Interview : Yves Ferrarini », p.126

Têtu n°66, avril 2002

- Dossier « Les nouveaux séropos », Martet C, pp.80-6
- « New-deal dans le plus grand sex-club de France », Lestrade D, pp.124-5

Têtu n°69, juillet-août 2002

- « Le mensonge de l'été : je suis actif donc je ne risque rien », Praï F, Héraud X, p.32

Têtu n°71, octobre 2002

- Prévention, l'été de tous les dangers », pp.144-5

2003

Têtu n°77, avril 2003

- « Relapse : des chiffres inquiétants », Martet C, p.124

Têtu n°78, mai 2003

- « Prévention : dérapage à Reims », pp.150-2

Têtu n°79, juin 2003

- « Barebak, Act-Up riposte », p.140

Têtu n°82, octobre 2003

- « La culture de la maladie, par Harvey Fierstein », pp.138-9

Têtu n°83, novembre 2003

- « Interview : Jérôme Martin », p.126

2004

Têtu n°85, janvier 2004

- « Nouveaux cas de séropositivité : le buvard manquant », pp.130-1
- « Interview : Willy Rozenbaum », p.136

Têtu n°86, février 2004

- « Interview : Antonio Alexandre », p.128

Têtu n°87, mars 2004

- « Didier Lestrade et Guillaume Dustan sont dans un bateau... » pp.34-6

Têtu n°90, juin 2004

- « Le SNEG entre en guerre contre le no capote et la syphilis », p.154

Têtu n°92, septembre 2004,

- « Sida : le nouveau défi anglais », pp.168-9
- « Interview : Alain Molla contre la tentation totalitaire de la pénalisation », p.174

2005

Têtu n°96, janvier 2005

- « Louise Hogarth au cœur du bareback », pp.61-3
- « Sex-drive : des pistes pour la prévention », p.140

Têtu n°98, mars 2005

- Edito « Stigmatiser ? Pourquoi pas ? », Doustaly T, p.3
- Dossier « Films X, sites Internet, jeunes gays en danger », Pénégy J, Martet C, Barbe Y, pp.75-9
- « Pénalisation de la transmission, le point de vue de Didier Lestrade », pp.168-72
- Interview : « Christophe Bass, avocat : transmission volontaire : les associations ébranlées », pp.168-72

Têtu n°100, mai 2005

- « Sida : la prévention en panne », Martet C, pp.234-36

Têtu n°102, juillet-août 2005

- « Le relapse en question, résultats de l'Enquête presse gay 2004 », pp.110-18

2006

Têtu n°107, Janvier 2006

- « Ca vous dit le bareback ? Vraiment ? », Gilles, Courrier, p.12
- « La santé gaie, nouvelle panacée ? », Destombes C, pp.42-3

Têtu n°108, Février 2006

- « Prévention : le Conseil National du Sida inaudible », Lestrade D, pp.138-9
- « Prévention : le groupe interassociatif capote », Lestrade D, p.142

Têtu n°112, Juin 2006

- « L'enfer du bareback », Eribon D, p.68
- « Prévention : tout sur la PIP », Martet C, p.168

Têtu n°114, Septembre 2006

- « 21 ans, revenu du bareback », Tipoun33, p.152

Têtu n°116, Novembre 2006

- Campagne INPES insérée : « Protégez vous des conneries » : « Rumeur numéro 1 : je peux me passer de préservatif lors des pénétrations anales »

Têtu n°117, Décembre 2006

- Campagne INPES insérée : « protégez vous des conneries » : « Rumeur numéro 5 : lorsqu'on est séropositif on ne risque rien en ayant des rapports non protégés »
- « Sida : l'antifatalisme de Xavier Bertrand », Cosse E, Martet C, pp.162-3
- Interview : « David Monvoisin, au service des gays séropos », Héraud X, p.168

2007

Têtu n°118, Janvier 2007

- Campagne INPES insérée : « Protégez vous des conneries » : « Rumeur numéro 7 : sucer sans préservatif n'est pas risqué »
- « Le sérotriage en question », Biecq L, p.140

Têtu n°120, Mars 2007

- « Abus sexuels et prises de risques, un problème sous-estimé ? », Héraud X, pp.186-7

Têtu n°122, Mai 2007

- « Hughes Fischer et Emmanuel Château rempilent à la tête d'Act Up », p.174

Têtu n°124, Juillet-Aout 2007

- « Le mal-être des homos », Velter A, pp.162-3

Têtu n°125, Septembre 2007

- « Bruno Spire. 'Il faut avoir une approche non moraliste' », par Héraud X, p.166

Têtu n°126, Octobre 2007

- « Quelle prévention en direction des gays ? », Delaunay S, pp.162-3

Têtu n°127, Novembre 2007

- « En revenir à l'audace », Ugidos A, pp.164-5

Têtu n°128, Décembre 2007

- « Luttons-nous toujours contre le sida », Doustaly T, p.6
- « Roselyne Bachelot », par Lestrade D, pp.144-6
- « Faits divers. Les ogres d'Amsterdam », Chambon L, p.148 + réactions de quatre spécialiste du sida : PM Girard, G Pialoux, P Yéni, S Hefez, pp.149-50
- « Le sida aujourd'hui », Rouzières S, p.165
- « Safer sex ou réduction des risques : des pistes pour renouveler les connaissances et redistribuer les cartes préventives », Adam P, De Wit J, pp.166-7

2008

Têtu n°129, Janvier 2008

- « Ce petit théâtre d'ombres », Endeweld M, pp.138-9

Têtu n°130, Février 2008

- « Le risque consenti », Hefez S, pp.138-9

Têtu n°131, Mars 2008

- « Mort en 2008 », Lestrade D, pp.163-4

Têtu n°132, Avril 2008

- « Sexualité des séropositifs. La fin du 100% capote ? », Lestrade D, pp.164

Têtu n°133, Mai 2008

- « Sida, le prix à payer », Rouzières S, pp.162-3

Têtu n°134, Juin 2008

- « La non prévention », Breton C, pp.162-3

Têtu n°135, Juillet 2008

- « Prévention : les stratégies multiples », Lert F, pp.210-1

Têtu n°139, Décembre 2008

- « Françoise Barré-Sinoussi ; Bruno Spire. Une vie contre le sida », pp.136-41
- « Act Up et le SNEG disent non au bareback », Biecq L, p.143

2009

Têtu n°142, Mars 2009

- « Pourquoi la capote reste indispensable » interview de Mas S, par Biecq L, *Têtu news*, pp.36-38

Annexe 1 : Méthodologie

Le terrain de recherche

Il s'agit d'une enquête de sociologie, mobilisant une démarche qualitative. Le terrain d'enquête comporte deux dimensions : l'analyse des controverses associatives sur la prévention du sida et l'étude des expériences ordinaires du risque dans un échantillon de gais.

L'analyse des controverses : la presse et les acteurs

La sociohistoire des controverses sur la prévention s'est principalement appuyée sur l'analyse d'articles de presse consacrés au sujet. La période étudiée est bornée par deux dates : la première, 1989, correspond à la publication du premier article de presse concernant le « relâchement préventif » au sein de la population homosexuelle, dans *Sida 89* – qui devient peu après le *Journal du Sida*. La seconde, 2009, correspond à la publication fin novembre du « Rapport de la mission RdRs » (Lert, Pialoux, 2009), qui marque une reconnaissance institutionnelle de cette approche de la prévention. Dans ce cadre temporel, trois arènes ont été étudiées (cf. sources pour le détail), en sélectionnant les articles concernant la prévention en direction des gais. Plusieurs mots clés ont été retenus : prévention, bareback, *relapse*, relâchement préventif, risque VIH.

- La presse associative sida : *Action*, la lettre d'Act Up, première parution en 1991 ; le *Journal du Sida*, édité par Arcat-sida, première parution en 1989 ; et *Remaides*, le trimestriel d'AIDES, qui paraît depuis 1991. Les articles de ces publications reflètent l'état des débats et des prises de positions des principaux acteurs.
- La presse homosexuelle : *Gai Pied Hebdo*, de janvier 1990 à novembre 1992 ; *Têtu*, publié à partir de juin 1995. Les articles sélectionnés permettent d'accéder à la manière dont les positions des protagonistes des débats sont explicitées à un public non spécialiste du VIH.
- La presse généraliste : *Le Monde*, à partir de 1989 ; *Libération*, à partir de 1994. Les articles sélectionnés illustrent des moments de publicisation des controverses au-delà du monde homosexuel. Ils permettent d'identifier la capacité des acteurs à rendre leur point de vue audible à une plus large échelle.

Tous les protagonistes n'ont pas le même accès et/ou ne s'empare pas de la même manière des tribunes offertes par la presse gaie et associative ; en l'occurrence, le point de vue d'AIDES est largement absent dans les arènes étudiées. Dès lors, les positions d'AIDES sont lisibles au travers des discours des autres acteurs, en particulier sur les enjeux de RdRs. Il semblait pourtant indispensable d'accéder aux discussions internes de l'association, pour mieux comprendre ses orientations en termes de prévention. J'ai donc mené un travail complémentaire d'analyse de documents internes d'AIDES : rapports de comité de pilotage, compte-rendu de Conseil d'Administration (2000-2009), discours sur la prévention lors des conventions et des congrès (1994-2009). La faible présence des discours d'AIDES dans les arènes de débat est révélateur des jeux d'acteurs, et de la stratégie de l'association.

Plus généralement, l'analyse de ces articles m'a permis d'accéder aux problématisations du risque à l'œuvre dans les discours associatifs et institutionnels sur la prévention (cf. tableau récapitulatif). Au cours de ce travail, il est apparu nécessaire de compléter ces données par des entretiens avec des acteurs clés des débats. Il s'agissait d'éclairer l'analyse de la presse à partir de témoignages rétrospectifs ; ces derniers permettent de mieux envisager la dimension dynamique et relationnelle des analyses proposées publiquement. Ces entretiens m'ont aidé à valider certaines des hypothèses formulées à partir des articles de presse. Les rencontres ont le plus souvent pris la forme d'un échange, enregistré pour la plupart, dans lequel les acteurs ont joué un rôle d'informateurs. Le choix des personnes interviewées reflète la volonté de compléter les données existantes en termes d'articles de presse et de textes publics. J'ai ainsi fait le choix de mener un plus grand nombre d'entretiens avec des militants (ou anciens militants) d'AIDES, afin de mettre en perspective les documents internes analysés, et de palier la faible expression publique de l'association. A l'inverse, dans le cas d'Act Up-Paris, peu d'entretiens ont été menés, tant la multiplicité des textes publics et l'existence d'autres travaux sur les débats internes de l'association (Broqua 2003; Le Talec 2004) constituent des sources d'informations majeures.

Des entretiens semi-directifs ont donc été menés de janvier 2007 à mars 2009 auprès de responsables d'association de lutte contre le sida, de journalistes et de responsables de la Santé Publique :

- Des militants ou ex-militants d'AIDES
- Des militants ou ex-militants d'Act Up
- Des militants d'autres associations : CRIPS, Sida Info Service

- Des acteurs de la santé Publique : INPES, DGS, InVS

S'agissant de personnalités connues du monde de la lutte contre le sida, il m'a semblé difficile d'anonymiser les discours qui reflètent des prises de positions publiques. J'ai donc fait le choix d'indiquer leurs noms dans la thèse. Enfin, ces analyses ont bénéficié de l'éclairage induit par ma participation à des conférences et des réunions de travail sur la prévention du sida, en particulier au sein du groupe « stratégies alternatives de prévention » de l'ANRS (2008-2010) et au sein de la mission « Lert-Pialoux ». Ces observations et mes prises de note n'ont cependant pas fait l'objet d'une analyse systématique. Elles ont plutôt servi d'élément supplémentaire pour mieux comprendre la dynamique des prises de position associatives, et ne constituent donc pas une source majeure de cette thèse.

Enfin, j'ai mené une analyse des travaux de sciences sociales sur la prévention en France, en les envisageant comme des données à part entière du contexte des débats. Plusieurs sources ont été prises en compte :

- L'Enquête presse gay et les publications qui l'ont accompagnées : dans la presse gaie, associative et généraliste, depuis 1990.
- Les publications de l'ANRS, en particulier dans la collection « Sciences sociales et sida », depuis la création de l'Agence (1989).
- Les publications issues d'enquêtes financées par l'ANRS sur les prises de risque parmi les gais (1989-2009).

Cette analyse a permis d'éclairer l'évolution des discours experts sur le risque et la prévention.

Tableau des informateurs rencontrés

Nom	Prénom	Association/institution	Date de l'entretien
Château	Emmanuel	Act Up-Paris	9/05/2008
Lestrade	Didier	Ex Act Up-Paris	17/04/2007
Andréo	Christian	AIDES	15/03/2007
Faver	Patrick	AIDES	15/03/2007
Maguet	Olivier	Ex AIDES	1/03/2007
Merlet	Eric	AIDES	28/04/2007
Monvoisin	David	AIDES	20/02/2007
Perot	André	AIDES	22/02/2007
Ruiz	Thierry	Ex AIDES	16/03/2007
Simon	Michel	AIDES	23/03/2007
Spire	Bruno	AIDES - INSERM	5/03/2007
Ugidos	Antonio	CRIPS	19/03/2008
Le Raton	René-Paul	SIS	22/02/2007
Sidéris	Georges	Warning	24/02/2007
Jablonski	Olivier	Warning	24/02/2007
Laforgerie	Jean-François	Illico	18/10/2007
Pelé	Gérard	DGS	27/03/2007
Troussier	Thierry	DGS	1/04/2007
Delaunay	Stéphane	INPES	12/09/2007
Velter	Annie	InVS	22/10/2007

Prévention, perception du risque et biographie

L'étude des expériences ordinaires du risque chez les gais a été menée à partir d'entretiens biographiques semi-directifs. Trente cinq entretiens ont été menés auprès d'un échantillon d'homosexuels masculins, ont été menés entre mars 2005 et juillet 2008 ; j'ai finalement mené une analyse approfondie de trente d'entre eux (cf. tableau récapitulatif).

Le recrutement

Les répondants ont été recrutés par le biais d'une annonce diffusée par différents supports : sur un blog internet d'actualité culturelle homosexuelle (www.gaycliv.com), sur un site d'information générale sur l'homosexualité (www.illico.com), et diffusée par des associations homosexuelles et de lutte contre le sida (AIDES à Paris et à Rennes, Le Centre Gay et Lesbien à Rennes). Les entretiens ont duré entre 1h et 2h30. Une première vague d'entretiens a permis de contacter d'autres personnes par l'intermédiaire des premiers interviewés. Certains d'entre eux se connaissent, mais la thèse ne repose pas sur l'analyse d'un réseau de sociabilité. L'objectif du recrutement étant d'observer les différentes manières de se vivre homosexuel, une diversité de critères ont été pris en compte : l'âge, le statut sérologique et le lieu de résidence. En termes de contexte socio-économique, le panel connaît les mêmes limites que de nombreuses enquêtes sur l'homosexualité : les hommes issus des classes les plus éduquées restent sur-représentés. Notons cependant la présence, parmi les plus jeunes, de personnes issues de milieux sociaux moins favorisés. Ces entretiens biographiques semi-directifs n'ont pas de prétention représentative, mais illustrative d'une diversité de situations.

Le choix de la région parisienne et de l'Ille-et-Vilaine illustre cette recherche de diversité, notamment au regard du contexte épidémiologique et de la vie gaie. L'Ile-de-France fait partie des régions les plus touchées par le VIH et l'Ille-et-Vilaine reste plus faiblement concernée. Cet état de fait se reflète dans le recrutement : sur les 10 répondants bretons, seul un est séropositif et un autre séro-interrogatif, alors que plus de la moitié des répondants parisiens le sont (10/18). Sur le plan des sociabilités homosexuelles, le contraste entre Paris et Rennes en termes de nombre d'associations LGBT et d'établissements commerciaux gais, a permis de caractériser deux contextes singuliers.

Enfin, la moyenne d'âge varie entre les deux sites, traduisant la disparité des réseaux de recrutement (les réseaux étudiants et associatifs en particulier) : elle est de 27,8 ans pour les répondants recrutés en Bretagne, et de 37,2 ans pour les interviewés de la région parisienne.

Ici, le choix d'anonymisation s'est imposé. Il était, dans la stratégie de recrutement, l'une des conditions élémentaires pour recueillir les discours, *a fortiori* dans des réseaux associatifs ou affinitaires, à Rennes ou à Paris.

L'analyse des entretiens

Les entretiens ont été menés à partir d'une série de questions (cf. grille d'entretien), mettant en jeu une dimension biographique (le parcours de vie homosexuelle, l'expérience de la prévention au cours du temps) et une dimension thématique (le bareback, la notion de communauté gaie). L'intérêt pour les enjeux de prévention était indiqué dès l'annonce et lors des échanges préalables à l'entretien.

La plupart des entretiens analysés ont été intégralement retranscrits ; une minorité d'entre eux a fait l'objet d'une retranscription partielle. L'analyse a été effectuée en plusieurs temps :

- les notes prises à l'issue des entretiens m'ont permis d'identifier les thématiques communes, les singularités et, le cas échéant, des questionnements inattendus. Elles ont également permis de dégager une première typification des parcours de vie et du rapport à la prévention.
- Dans un second temps l'écoute, la retranscription et l'analyse des propos ont servis à établir une grille d'analyse par grandes thématiques transversales (cf. grille d'analyse). Chaque entretien a fait l'objet d'une fiche analytique organisée autour de ces thèmes. Cette étape d'analyse a permis d'envisager le travail individuel de mise en cohérence des perceptions du risque.
- Puis, à partir des fiches analytiques, j'ai élaboré des tableaux thématiques sur la perception du bareback, la notion de communauté et le rapport à la prévention. Ces tableaux m'ont servi à établir des profils de répondants, et progressivement, une typologie (cf. chapitre 4 et 5).

Tableau des répondants Ille-et-Vilaine

Prénom	Age	Statut sérologique	Profession	Rapport à la communauté	Date de l'entretien
Albert	22	Séronégatif	Etudiant	CS	7/12/2006
Côme	33	Séronégatif	Cadre privé	CS	30/03/2005
Clément	21	Séronégatif	Etudiant	IS	8/12/2006
Eric	20	Séronégatif	Précaire	IS	8/12/2006
Etienne	21	Séronégatif	Etudiant	IS	14/04/2005
Florian	30	Séronégatif	Enseignant	ID	30/01/2007
Louis	48	Séronégatif	Sans emploi	CS	15/04/2005
Maxime	28	S+ depuis 1998	Enseignant	ID	31/01/2007
Nathan	23	Séronégatif	Etudiant	ID	20/04/2005
Nicolas	24	Sérointerrogatif	Etudiant	ID	21/04/2005
Pierre	45	Séronégatif	Salarié secteur sanitaire/ social	ID	25/04/2005
Sylvain	19	Séronégatif	Etudiant	ID	26/04/2005

Légende :

CS : communauté souhaitée

CV : communauté vécue

IS : individu socialisé

ID : individu détaché

Tableau des répondants Région parisienne

Prénom	Age	Statut sérologique	Profession	Rapport à la communauté	Date de l'entretien
Alain	53	S+ depuis 1987	Infirmier	IS	7/05/2007
Antonin	32	Séronégatif	Secteur associatif	IS	12/07/2008
Bernard	41	S+ depuis 1985	Sans emploi, ancien cadre privé	CV	13/02/2007
François	59	Séropositif depuis 1986	Pré retraité, imprimerie	IS	4/05/2007
Guillaume	28	S+ depuis 2002	Enseignant	CV	2/03/2007
Jean-François	43	S+ depuis 1991	Secteur associatif	CV	18/05/2007
Jérémy	39	Séronégatif	Cadre privé	ID	9/02/2007
Léo	22	Séronégatif	Etudiant	IS	7/03/2007
Loïc	37	Séronégatif	Salarié d'une MJC	IS	5/02/2007
Marc	47	Séronégatif	Cadre privé	CV	6/02/2007
Martin	40	S+ depuis 2001	Secteur associatif	CV	8/03/2007
Michel	53	S+ depuis 1997	Fonctionnaire ministère de la culture	CV	26/02/2007
Quentin	26	Séronégatif	Doctorant	IS	12/02/2007
Romarc	25	Séronégatif	Ingénieur secteur public	IS	28/02/2007
Sébastien	31	S+ depuis 2006	Hôtellerie / restauration	ID	16/05/2007
Stéphane	44	S+ depuis 1986	Secteur associatif	CV	5/02/2007
Tristan	26	Séronégatif	Secteur audiovisuel	IS	28/03/2005
Vincent	24	S+ depuis 2002	Précaire	CS	27/02/2007

Grille d'entretien

L'identité personnelle et la sociabilité :

- vécu et représentation de soi
- découverte de l'homosexualité
- relations familiales, amicales et amoureuses
- relations de confiance
- relations sociales, réseaux et milieux sociaux
- perception de l'avenir

La biographie sexuelle

- vécu de la sexualité au cours de la vie
- représentations et valeurs relatives à la sexualité
- types de relations vécues (couple, multipartenariat) : dans la dernière année et au cours de la vie
- fréquence des relations sexuelles
- mode de rencontre des partenaires sexuels
- répertoire des pratiques sexuelles

La relation aux risques VIH

- perception du risque
- expérience du test de dépistage et statut sérologique
- connaissance de séropositifs dans l'entourage
- stratégies de prévention et/ou de protection mises en œuvre : contexte fréquence, partenaires
- utilisation ou non du préservatif : contexte, fréquence, partenaires
- connaissances et opinion sur les phénomènes *relapse* et *bareback*
- conception de la prévention souhaitable pour soi/pour les autres

Grille d'analyse

Données socio-démographiques

- Prénom
- Age
- Lieu de résidence
- Statut sérologique
- Profession
- Milieu d'origine
- Parcours professionnel

Vécu de l'homosexualité

- Coming out, parcours dans l'homosexualité
- Perception de la communauté
- Réseau de sociabilité

Expérience de la prévention et du risque

- Perception du bareback
- Expérience du risque

Annexe 2 : Campagnes d'Act Up-Paris

« Baiser sans capote, ça vous fait jouir ? » (1999), visuel 1

BAISER SANS CAPOTE ÇA VOUS FAIT JOUIR ?



A cette question, sans doute répondez-vous instinctivement : oui. Comment nier, en effet, le plaisir qu'il y a, entre autre, à éjaculer dans un cul sans capote ou à avaler du sperme ? Et comment n'auriez-vous pas envie de prendre ce type de risque alors que tout vous y invite ? Alors que les médias chantent inlassablement la fin de l'épidémie, que les pouvoirs publics ne produisent plus de campagne de prévention, que les trithérapies sont censées mettre les séropos hors de danger. Alors que des livres comme ceux de Guillaume Dustan ou d'Erik Rémés proposent une petite religion de la prise de risques. Pourtant, le sida continue en réalité de détruire des vies. Faut-il rappeler que le taux de contamination dans la communauté gay reste élevé, que les trithérapies produisent des effets secondaires insupportables et sont inefficaces pour une part de plus en plus importante de séropositifs (5 à 10% aujourd'hui). Faut-il rappeler, par exemple, que recevoir du sperme dans la bouche, même sans l'avaler, expose à une contamination ? Faut-il préciser que des virus d'emblée résistants aux traitements actuels peuvent être transmis ? Baiser sans capote, ça vous fait jouir ? Drôle de jouissance, en vérité, qui sous des airs de grand défi à la mort, dissimule mal un simple déni de la maladie. Pour notre part, nous n'arrivons pas à mettre de côté notre expérience du sida. Nous n'arrivons pas à jouir sans capote. Le risque de contaminer ou d'être contaminé continue de gâcher notre plaisir.

**ACTUP
PARIS**

« Baiser sans capote, ça vous fait jouir ? » (1999), visuel 2

BAISER SANS CAPOTE ÇA VOUS FAIT JOUIR ?



A cette question, sans doute répondez-vous instinctivement : oui. Comment nier, en effet, le plaisir qu'il y a, entre autre, à éjaculer dans un cul sans capote ou à avaler du sperme ? Et comment n'auriez-vous pas envie de prendre ce type de risque alors que tout vous y invite ? Alors que les médias chantent inlassablement la fin de l'épidémie, que les pouvoirs publics ne produisent plus de campagne de prévention, que les trithérapies sont censées mettre les séropos hors de danger. Alors que des livres comme ceux de Guillaume Dustan ou d'Erik Rémés proposent une petite religion de la prise de risques. Pourtant, le sida continue en réalité de détruire des vies. Faut-il rappeler que le taux de contamination dans la communauté gay reste élevé, que les trithérapies produisent des effets secondaires insupportables et sont inefficaces pour une part de plus en plus importante de séropositifs (5 à 10% aujourd'hui). Faut-il rappeler, par exemple, qu'une sodomie non protégée, même sans éjaculation, expose à une contamination ? Faut-il préciser que des virus d'emblée résistants aux traitements actuels peuvent être transmis ? Baiser sans capote, ça vous fait jouir ? Drôle de jouissance, en vérité, qui sous des airs de grand défi à la mort, dissimule mal un simple déni de la maladie. Pour notre part, nous n'arrivons pas à mettre de côté notre expérience du sida. Nous n'arrivons pas à jouir sans capote. Le risque de contaminer ou d'être contaminé continue de gâcher notre plaisir.

**ACTUP
PARIS**

LA COMMUNAUTÉ QUE NOUS VOULONS

EST SEXUELLE. On y refuse de choisir ses amants en fonction de leur statut sérologique, on y utilise donc systématiquement le préservatif ou le fémidon. On y invente et valorise des pratiques sexuelles non contaminantes, comme autant de réponses à l'épidémie de sida.

A DE LA MÉMOIRE. On s'y rappelle que l'hécatombe qu'elle a connue a été la conséquence de l'attentisme homophobe des pouvoirs publics et on est décidé à ne pas s'y laisser prendre une nouvelle fois. On n'y a pas oublié ceux qui sont morts, et on estime que la multiplication des pratiques à risques, la poursuite et l'accroissement du rythme des contaminations par le vih, font injure à leur souvenir.

EST INTRANSIGEANTE. On y trouve criminels les discours bareback et noKpotes, pathétiques ceux qui les tiennent, et minables ceux qui les appliquent. On y considère que les patrons de bordels qui refusent de mettre en place des politiques efficaces de prévention et se lavent les mains du fait que des clients soient contaminés dans leurs murs, sont complices du sida, et on entend le faire savoir.

EST MOBILISÉE. On y est personnellement engagé quand on assiste, à côté de soi, dans une backroom ou un lieu de drague, à une baise non protégée. On s'y sent collectivement responsable chaque fois qu'une nouvelle personne est contaminée, parce qu'on n'a pas tout fait pour l'empêcher.

EST INQUIÈTE. On y sait qu'à de rares exceptions, on n'a pas pris la mesure de la catastrophe représentée par le relapse. On y redoute en France une augmentation aussi massive du nombre d'homosexuels et de bisexuels séropositifs qu'en Grande Bretagne et aux Etats-Unis. On y attend avec appréhension la publication des chiffres des nouvelles contaminations.

SAIT COMPTER. On n'y ignore pas qu'il n'y a jamais eu, dans toute l'histoire de l'épidémie, autant de gays vivant avec le vih et s'affrontant quotidiennement aux difficultés de la séropositivité et aux drames du sida. On y exclut que le sida soit une histoire oubliée et la lutte contre l'épidémie un dossier clos.

EST HYSTÉRIQUE. On y croit à l'action politique, on y croit que les destins des minorités sont liés, on y croit en l'action collective, on aime y manifester. On y combat une homophobie qui règne en dehors d'elle, mais aussi dans ses propres rangs. On y juge que l'idée de communauté, avec ce qu'elle exige de solidarité et ce qu'elle implique de fierté, n'est pas un vain mot.

EST FIÈRE D'ÊTRE IDIOTE. On y trouve que le politiquement correct a de la vertu, et que la souffrance et la violence n'en ont pas. On y est certain que qui ne nous aime pas est notre ennemi. On y pense qu'il est bon d'être gai et vivant.

**ACT UP
PARIS**

La communauté que nous voulons n'est pas celle que nous avons.

« Seule la capote protège du sida. Le reste c'est de la science-fiction » (2009)

Visuel 1 :

SOUS TRITHÉRAPIE EFFICACE...

**Je suis *statistiquement* moins contaminant,
une charge virale indétectable
dans le sang *n'est pas* toujours
indétectable dans le sperme,
je ~~ne~~ ~~risque~~ ~~pas~~ de
contaminer mes partenaires**

SEULE LA CAPOTE PROTÈGE DU SIDA. LE RESTE C'EST DE LA SCIENCE-FICTION. 

Visuel 2 :

**SOUS TRITHÉRAPIE EFFICACE,
JE NE SUIS PAS CONTAMINANT...**

**SI JE SUIS HÉTÉROSEXUEL + SI JE N'AI PAS D'HERPÈS
+ SI JE N'AI PAS LA SYPHILIS + SI JE SUIS EN COUPLE STABLE
+ SI JE N'AI PAS D'IST + SI IL N'A PAS DE GONORRÉE
+ SI JE NE COUCHE PAS AVEC DES HOMMES + SI JE N'AI PAS LA GRIPPE
+ SI IL N'A PAS LA LGV + SI JE N'AI PAS D'AMANTS
+ SI IL N'A PAS D'HERPÈS + SI IL N'A PAS D'IST
+ SI IL N'A PAS LA GRIPPE + SI JE N'AI PAS DE GONORRÉE
+ SI IL EST EN COUPLE STABLE + SI IL N'A PAS LA SYPHILIS
+ SI J'AI DE LA CHANCE + SI JE N'AI PAS LA LGV
+ SI IL EST HÉTÉROSEXUEL**

SI CE N'EST PAS LE CAS : SIDA

SEULE LA CAPOTE PROTÈGE DU SIDA. LE RESTE C'EST DE LA SCIENCE-FICTION. 

Annexe 3 : Les flyers de réduction des risques sexuels d'AIDES (2002)

« Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer » (recto/verso)



« Sucrer sans capote ? Attention au sperme » (recto/verso)



« Baiser des heures, plan hard : encore plus de risques sans capote »
(recto/verso)



Lors des rapports sexuels, des lésions et des saignements peuvent se créer et favoriser ainsi la transmission du VIH.
Plus les rapports sexuels sont longs, ou bien plus ils sont hard, plus les risques de contamination par le VIH sont importants en l'absence de capote.

 **AIDES** LE PRESERVATIF, UTILISÉ AVEC DU GEL À BASE D'EAU, RESTE LE MEILLEUR MOYEN DE SE PROTÉGER DE LA CONTAMINATION PAR LE VIH.
www.aides.org FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE EST LA SEULE FAÇON DE CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE.

« Sans capote, une charge virale élevée augmente le risque de contamination par le VIH » (recto/verso)



La charge virale mesure le nombre de virus dans le sang d'une personne séropositive.
Plus la charge virale est élevée, plus les risques de contamination sont importants. **ATTENTION !** Le risque persiste même avec une charge virale indétectable.

 **AIDES** LE PRESERVATIF, UTILISÉ AVEC DU GEL À BASE D'EAU, RESTE LE MEILLEUR MOYEN DE SE PROTÉGER DE LA CONTAMINATION PAR LE VIH.
www.aides.org FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE EST LA SEULE FAÇON DE CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE.

« Sans capote, plus il y a de mecs, plus il y a de risques » (recto/verso)



Si vous avez des rapports sexuels non protégés, plus vous avez de partenaires, plus vous prenez de risques d'être contaminé par le VIH.



LE PRESERVATIF, UTILISÉ AVEC DU GEL À BASE D'EAU, RESTE LE MEILLEUR MOYEN DE SE PROTÉGER DE LA CONTAMINATION PAR LE VIH. FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE EST LA SEULE FAÇON DE CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE.

« Les maladies sexuellement transmissibles augmentent le risque de contamination par le VIH » (recto/verso)



Lors de rapports sexuels non protégés, les risques de contamination par le VIH sont aggravés si vous ou votre partenaire avez une MST (chaude pisse...). En outre, il n'est pas toujours évident de savoir si l'on a ou non une MST. Pour en être sûr, consultez un médecin.



LE PRESERVATIF, UTILISÉ AVEC DU GEL À BASE D'EAU, RESTE LE MEILLEUR MOYEN DE SE PROTÉGER DE LA CONTAMINATION PAR LE VIH. FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE EST LA SEULE FAÇON DE CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE.

« Sans capote, il est encore plus risqué de se faire baiser » (recto/verso)



Lors de rapports sexuels sans préservatifs,

vous courez encore plus de risques d'être infecté par le VIH si vous vous faites enculer.

ATTENTION ! Si c'est vous l'enculeur, le risque existe quand même.



LE PRÉSERVATIF, UTILISÉ AVEC DU GEL À BASE D'EAU, RESTE LE MEILLEUR MOYEN DE SE PROTÉGER DE LA CONTAMINATION PAR LE VIH. FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE EST LA SEULE FAÇON DE CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE.

« Tu baisses sans capote ? Mets au moins du gel ! » (recto/verso)



Lors d'une pénétration anale, des lésions et des saignements peuvent se créer et favoriser ainsi la transmission du VIH.

En utilisant du gel lubrifiant, il y a moins de risques de provoquer ces lésions. Cependant, le risque de transmission du VIH reste très important.



LE PRÉSERVATIF UTILISÉ AVEC DU GEL À BASE D'EAU, RESTE LE MEILLEUR MOYEN DE SE PROTÉGER DE LA CONTAMINATION PAR LE VIH. FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE EST LA SEULE FAÇON DE CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE.