

La prévention du VIH dans le couple homosexuel : constances et inconstances

La France fut longtemps l'un des pays européens les plus touchés par le sida. A l'origine la diffusion du VIH est fortement concentrée parmi les homo/bisexuels masculins¹. Actuellement, les observations épidémiologiques montrent, une diminution relative de la part de ce groupe de transmission dans les nouveaux cas de sida déclarés en France. Malgré cette tendance, dans un contexte de stabilisation du nombre annuel de nouvelles contaminations et de baisse générale des cas de sida diagnostiqués, ce groupe reste majoritaire depuis le début de l'épidémie.

1. La politique de prévention du VIH en direction des homosexuels

Très tôt, la surveillance épidémiologique fait apparaître une diffusion concentrée des premiers cas parmi des homosexuels masculins jeunes et des toxicomanes par voie intraveineuse qui sont alors désignés comme « groupes à risque ». A partir de 1983, les premières associations spécifiques de lutte contre le sida sont créées et commencent, dès 1984, à diffuser, avec le soutien de la presse gay, les premiers conseils de prévention auprès des homosexuels. Le modèle de la prévention est alors fondé sur une sexualité sans risque ou *safe sex* qui consiste à éviter de tout échange de fluides corporels (protection systématique ou abandon des pratiques sexuelles) au quel s'ajoute une incitation à la prudence qui conseille de limiter les situation d'exposition au risque du VIH par un retrait des réseaux d'échanges sexuels.

En 1985, les tests industriels de dépistage du VIH sont disponibles, mais la communauté reste circonspecte. Il faudra attendre 1987, pour qu'une association se prononce en faveur du dépistage et crée les premiers centres à Paris puis à Lyon ; jusqu'alors les homosexuels qui voulaient connaître leur statut sérologique avaient recours au don du sang. Lorsqu'en 1988, le premier centre de dépistage public est créé, la pratique du test est largement répandue parmi les répondants à l'enquête *Presse Gay*. En 1992, au moment où l'Agence française de lutte contre le sida lance la première campagne nationale d'incitation volontaire au dépistage, les quatre cinquièmes des répondants ont déjà effectué le test.

En 1987, l'action pionnière des associations est amplifiée par les campagnes publiques nationales de prévention et l'autorisation de publicité sur les préservatifs est enfin accordée. Avec la création de l'Agence Française de Lutte contre le Sida en 1989, la politique de prévention évolue. Une communication gouvernementale spécifique en direction des homosexuels est alors mise en place.

Pour comprendre l'orientation de la politique de prévention, il faut se souvenir que dans un contexte de diffusion concentrée de l'épidémie du VIH dans des groupes socialement minoritaires et marginalisés, la crainte d'attitudes de rejet était assurément fondée. Le climat de tolérance à l'égard des personnes atteintes ne s'est pas imposé spontanément (Kowaleski, 1988), mais finalement, la volonté d'une politique de prévention incitative favorisant l'émergence de nouvelles normes de conduite (Pollak *et al.*, 1989) a prévalu. Il

¹ Selon les données du Réseau national de santé publique, en 1985, les homosexuels représentaient deux tiers des cas de sida enregistrés .

s'agit de promouvoir une culture de sécurité face au VIH égale pour tous en excluant le recours à un système de règlement de santé publique contraignant. La communication s'élabore à partir du modèle qui investit chaque individu de la responsabilité de son « capital santé ». Selon la logique préventive, il s'agit de se comporter comme si tous étaient séropositifs. Les consignes ne souffrent pas d'exception. Le préservatif s'impose de plus en plus comme l'instrument incontournable de toutes formes d'échange sexuel ; toute autre incitation à la prudence est abandonnée ; la communication ignore complètement le fait que, selon la logique des réseaux, le virus doit transiter par une personne relais en contact avec d'autres.

Cette conception de la prévention permet de comprendre pourquoi, au tournant des années 90, la banalisation et la disponibilité du préservatif ont représenté l'enjeu majeur de la prévention. Dans ce contexte, en cas de contamination, l'essentiel de la responsabilité incombe au séronégatif qui n'a pas su, en dépit de l'information, se préserver ; sa contamination est alors un manquement inexplicable. Il est intéressant, à ce propos, de regarder les effets de ce choix de communication parmi les homosexuels pour un temps érigés en groupe exemplaire ; seules l'incompétence et l'incapacité dues à l'ignorance sont retenues comme facteurs explicatifs d'un risque « résiduel » alors rejeté aux marges du groupe². L'adaptation au risque du VIH des homosexuels affirmés est considérée comme acquise (Schiltz, 1998a), tout comme celle des séropositifs qui, en raison de leur atteinte sont réputés bien informés, ces hommes agissant alors au mieux de leur intérêt et de l'intérêt collectif. Au cours de la première moitié des années 90 l'exigence s'affaiblit. Un modèle de réduction des risques se substitue à l'impératif du risque nul. Cette évolution se traduit par un changement de vocabulaire : on parle désormais de « sexualité à moindre risque » ou *safer sex*.

Ayant choisi de nous limiter à l'étude de la présence et à la prise en compte du risque du VIH dans le couple homosexuel, nous nous proposons de situer la place et les diverses formes de la relation électorale dans le contexte particulier des modes de vie homosexuels³. Après une présentation succincte de leur adaptation au risque du VIH, dans une dernière partie, nous ferons le point sur la présence du risque du VIH dans la relation homosexuelle et analyserons ses répercussions dans l'organisation de la vie du couple.

2. L'enquête et sa méthodologie

Plusieurs enquêtes françaises et étrangères évaluent à 4% la proportion d'hommes qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires de même sexe au cours de leur vie et à 1% ceux qui ont de telles pratiques dans l'année (Fay *et al.* 1989 ; Messiah, Mouret-Fourme, 1993 ; Lhomond, 1997). Dans ces conditions, la construction à intervalles réguliers d'échantillons représentatifs conséquents de la population homosexuelle se heurte à des obstacles quasi-insurmontables (Pollak, Schiltz, 1991). Par la force des choses, notre choix s'est porté sur une enquête par questionnaire inséré dans la presse homosexuelle qui

²C'est pour cela que la politique de prévention va s'attacher à la diffusion de l'information auprès de segments de population qui, en raison de leur position marginale par rapport au groupe de référence, échappent quelque peu à la connaissance des préceptes de la prévention (Scott, 1997).

³ Pour une analyse plus détaillée des modes de vie en couple des homosexuels masculins en France, voir M.A. Schiltz (1998b).

constitue un vecteur possible d'accès à cette population. Cette procédure présente le double avantage de recruter rapidement et à peu de frais un grand nombre de répondants et, de ce fait, de répéter l'observation à intervalles réguliers. Bien que ces enquêtes par voie de presse ne soient pas représentatives, elles permettent sur la base du grand nombre de personnes recrutées chaque année de comparer divers segments de cette population et de suivre leur adaptation différentielle au risque du VIH.

En 1985, la première de cette série d'enquêtes sur les modes de vie des homosexuels masculins intervient dans un contexte fortement perturbé par la prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie de sida dans ce groupe. Une problématique de santé publique s'impose ; les enquêtes ultérieures s'attacheront de plus en plus à suivre la diffusion d'une sexualité à moindre risque dans ce groupe.

Il nous faut rappeler qu'acheter une revue homosexuelle et répondre à une enquête sur les modes de vie gays est un acte d'affirmation de son orientation sexuelle. Tous les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ne le veulent pas ou ne sont pas en mesure de le faire. Aussi est-il important de rappeler, même brièvement, les caractéristiques de cet échantillon de « volontaire ».

Par rapport aux hommes de l'enquête sur les comportements sexuels menée en 1993 (*ACSF*) auprès de 20 055 personnes représentatives de la population française (Spira, Bajos et le groupe *ACSF*, 1993), les répondants des enquêtes *Presse gay* se caractérisent par un haut niveau d'étude. Les classes moyennes supérieures ainsi que les urbains (essentiellement les parisiens) sont sur-représentés. Et dans la mesure où ils s'incluent d'eux même dans une enquête sur les modes de vie des homosexuels, massivement ils se définissent comme homosexuels (90% contre 46% dans l'enquête *ACSF*) et ont un mode de vie très marqué par cette orientation sexuelle spécifique. Pour autant l'échantillon ne se réduit pas à un noyau de militants ou d'hommes complètement immergés dans la culture homosexuelle.

Au moment de la présentation des résultats établis à partir de cet échantillon de « volontaires », il nous faut souligner que nos observations sont concentrées sur des hommes en pleine force de l'âge, urbains, ayant plutôt des positions sociales élevées qui, actuellement, ont une activité principalement homosexuelle. Il faut également garder en mémoire que ce mode de recrutement privilégie, dans toutes les générations, les hommes sexuellement les plus actifs. Cette sélection est d'autant plus marquée que l'on se situe au début ou en fin de carrière sexuelle c'est-à-dire dans les tranches d'âge où la proportion d'hommes sexuellement inactifs dans l'année est la plus importante.

3. La place de la relation élective dans les modes de vie gays

Par rapport aux hommes de l'enquête *ACSF*, recrutés selon une procédure aléatoire, le nombre de partenaires sexuels des « volontaires » est beaucoup plus élevé. Comparés aux hommes hétérosexuels qui déclarent en moyenne respectivement 1,15 partenaires féminines et aux homo/bisexuels qui déclarent 2.8 partenaires de même sexe et 1.3 partenaires féminines dans l'année (Messiah, Mouret-Fourme, 1993), les « volontaires » se caractérisent par un nombre élevé de partenaires masculins (13.9) avec très peu, pour l'ensemble, de partenaires féminines (0.2). Ces considérations ne doivent cependant pas

nous conduire à réduire l'homosexualité au groupe des gays qui ont un nombre très important de partenaires sexuels et un mode de vie très influencé par leur orientation sexuelle. Nos études ont montré qu'il existait une grande diversité de situations. En plus de leurs différentes positions sociales, les homosexuels ont des modes de vie affectif et sexuel très divers. Ils peuvent vivre seuls avec peu ou beaucoup de partenaires ; ils peuvent vivre en couple une relation exclusive ou ouverte aux rencontres occasionnelles. D'autres facteurs influencent également sur l'épanouissement de leur vie sexuelle comme la proximité ou l'éloignement d'un centre de vie gay ou le fait de vivre dans un univers social plus ou moins tolérant. De fait, il y a peu de points de comparaison entre un homosexuel vivant dans une petite ville et relativement isolé par rapport au monde gay et, par ailleurs, un homosexuel de classe moyenne qui centre sa vie sur les lieux homosexuels parisiens.

Malgré cette diversité des styles de vie, l'union entre deux hommes ne peut être comprise qu'en référence à la drague, élément essentiel de socialisation par rapport à la vie homosexuelle et à la multiplicité des partenaires qui en découle.

Contrairement à la situation en population générale, où le « célibat » est perçu comme la séquelle d'un « non-mariage » qui échappe à la règle générale, parmi les homosexuels la vie de célibataire est loin d'être une situation résiduelle : chaque année plus de quatre répondants sur dix vivent seuls sans lien électif. Pour autant, la population des enquêtes *Presse gay* n'est pas ancrée dans une vie libre de tout engagement affectif ; ainsi, en 1995, 86% des répondants ont ou ont eu par le passé une relation privilégiée. Cependant, dans la mesure où, comme on l'a vu, l'homosexualité implique, pour beaucoup, un nombre important de partenaires, les modalités de la vie du couple homosexuel s'en trouvent affectées. En effet, même s'ils vivent moins souvent en couple que les hommes hétérosexuels, plus de la moitié des répondants déclare une relation stable avec un homme, à cette particularité près que cette relation stable homosexuelle n'empêche pas, dans la moitié des cas, d'autres partenaires sexuels.

Parmi les homosexuels, la notion de relation stable est relativement floue et cache d'importantes disparités de situations ; comparée à la population générale, la cohabitation est bien moins fréquente. Même si, selon H. Léridon et C. Villeneuve-Gokalp (1994), l'idée du couple a évolué dans la population hétérosexuelle et que désormais celui-ci n'est pas forcément synonyme de cohabitation, seule une infime minorité de couples hétérosexuels conserve deux résidences (7 à 8% des couples non mariés et 2 à 3% des couples mariés). Parmi les homosexuels, dans moitié de cas une relation stable ne conduit pas à une corésidence. A l'inverse, alors que selon cette même enquête en population générale le quart des hommes hétérosexuels qui vivent « seuls » a déclaré être engagé dans "une relation amoureuse stable", la proportion est beaucoup plus importante parmi les homosexuels, puisque presque la moitié des homosexuels qui vivent « seul » déclare par ailleurs une relation stable. En 1995, l'engagement affectif d'un homme pour un autre se décline de différentes façons : seul dans une relation stable exclusive (11%) ou non (16%), dans un partage du quotidien dans la fidélité (16%) ou non (16%) sans qu'aucune de ces modalités d'union entre deux hommes ne s'impose comme un modèle prééminent.

On voit que, de fait, cette population vit un mode de rapports amoureux très peu conforté par des engagements sociaux ou même matériels. Ce moindre poids des contraintes à

demeurer ensemble à laquelle s'ajoute une absence de légitimité sociale pourraient pour partie expliquer l'instabilité constatée de la relation homosexuelle⁴. En effet, il apparaît que ces hommes se caractérisent par une moindre propension à développer des liens durables avec un partenaire privilégié. Alors que, les hétérosexuels masculins ayant entre 21 et 44 ans déclarent 0,89 mise en couple au cours de leur vie (Léridon, Villeneuve-Gokalp, 1994), pour la même tranche d'âge, ce taux est de 2,22 pour les répondants de l'enquête *Presse gay* (unions hétérosexuelles et homosexuelles confondues). Cette différence considérable entre le nombre moyen d'unions montre que les homo/bisexuels masculins font plus souvent l'expérience de séparations que les hétérosexuels masculins. Aussi n'est-il pas étonnant de constater que la moitié des unions déclarées a moins de 2 ans et le quart seulement a plus de 5 ans.

Au cours de la période d'observation, nos enquêtes montrent qu'apparaissent, sur la décennie, les signes d'une variation faible mais linéaire. La proportion des hommes résidant avec leur compagnon est en constante augmentation : en 1985, 20% des répondants cohabitent avec leur partenaire, 10 ans plus tard, 32% sont installés dans un quotidien partagé. Ce mouvement qui s'effectue sans pour autant renoncer à la spécificité des modes de vie gay, peut être considéré comme le signe précurseur d'un rapprochement du lien homosexuel avec le standard du couple hétérosexuel. Cette évolution, initiée par les urbains des classes moyennes supérieures qui, souvent, impulsent les nouveaux modèles de vie parmi le homosexuels, suggère la possible émergence d'un standard de la relation homosexuelle : celui du couple qui s'installe dans un quotidien partagé sans exclusive quant à la possibilité d'autres partenaires sexuels.

4. Une forte adaptation au risque du VIH

Très tôt, les homosexuels français ont eu recours au test de dépistage du VIH ; dès 1986, 32% des répondants avaient fait un test ; en 1995, ce taux avoisine les 90%. Le taux de résultats positifs a été maximum en 1986 avec 22% pour décroître par la suite, En 1995, 15% des répondants testés sont séropositifs. Les homosexuels ont ainsi très vite su qu'ils avaient une activité sexuelle dans un réseau sexuel fortement touché par le VIH et de ce fait ont été très rapidement confrontés à la question de la prévention. Sur ce point, l'enquête a montré la forte adaptation des homosexuels au risque. Alors qu'en 1985, seulement 44% des enquêtés déclaraient avoir modifié leur comportement en vue de prendre des précautions, ce taux augmente rapidement ; en 1995, il se situe au-dessus de 95%⁵ (Schiltz, 1998c).

Ces indicateurs globaux donnent une mesure de l'impact des messages de prévention qui ont longtemps privilégié « le tout préservatif ». Mais, ces résumés masquent la complexité

⁴ Pour une réflexion sur le thème de l'instabilité du couple homosexuel, nous renvoyons à l'article de M. Pollak (1987).

⁵ La diffusion des pratiques préventives est corrélée dans un premier temps à la proximité personnelle avec la séropositivité, un statut social et professionnel de niveau élevé ainsi qu'un haut degré d'intégration dans la communauté. Peu à peu cependant les écarts entre les classes sociales s'amenuisent exception faite pour les personnes en situation de précarité sociale qui ont une gestion du risque plus problématique. Avec un temps de retard, à partir de 1987, les jeunes s'adaptent progressivement au risque et leur niveau de protection ne diffère alors plus de celui de leurs aînés à l'exception des benjamins qui vivent leurs premières expériences sexuelles.

des stratégies d'évitement du risque mises en oeuvre par les homosexuels. Ainsi, l'utilisation du préservatif varie fortement selon les pratiques sexuelles. Pour la fellation, pratique courante parmi les homosexuels, l'usage du préservatif ne s'est pas imposé tandis que la pénétration est désormais une pratique très protégée. Pour la fellation, les homosexuels ont adopté une autre forme de précaution, l'évitement du sperme dans la bouche s'est récemment banalisé. Ces différences de protection indiquent qu'en réalité l'utilisation du préservatif n'est qu'un élément de la gestion du risque, certains répondants tentent de limiter les situations d'exposition en modifiant de leur mode de vie ; ces deux types de gestion du risque peuvent être exclusives ou combinées. Ainsi dans l'enquête 1995 :

- 27% des répondants gèrent le risque par la protection des pratiques sexuelles à l'exclusion de toute autre tentative de limiter les situations d'exposition.
- 45% des hommes combinent l'usage du préservatif à une modification de leur mode de vie. Certains limitent le nombre de leur partenaires tandis que d'autres abandonnent la pratique de la pénétration avec des partenaires de rencontre.
- 11% des répondants ne se protègent pas avec leur partenaire stable, 7% parce qu'ils sont fidèles, les autres (4%) ont pris le parti de ne pas se protéger au sein du couple mais de le faire systématiquement avec leurs partenaires de rencontre.
- enfin, malgré les campagnes de prévention, 15% des répondants déclarent des stratégies inefficaces ou maintiennent des comportements à risque (7% ont opté pour une stratégie de sélection des partenaires et des lieux de rencontre sans autre forme de précaution, 5% maintiennent des comportements à risque et 3% ne déclare aucune stratégie d'évitement du risque).

On peut caractériser quelques segments de population qui ont plus de difficultés que les autres à adopter des gestes préventifs efficaces comme les très jeunes lors de leurs premières expériences sexuelles, les bissexuels⁶ et les personnes socialement défavorisées (Bochow, 1998).

L'esquisse de groupes plus fragiles que d'autres face au VIH ne doit pas laisser à penser que le risque se cantonne aux confins de la communauté. Comme les années précédentes, un répondant sur cinq déclare une pénétration anale non protégée dans l'année avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du sien. Ces prises de risque ne peuvent se réduire au cas des hommes qui auraient abandonné tout geste de protection après avoir été *safe* : en 1995, seulement 2% des répondants affirment : « pendant un temps j'ai été *safe* mais depuis j'ai abandonné ». Les résultats de cette enquête invalident également l'idée largement répandue selon laquelle le risque subsisterait exclusivement aux marges de la « communauté » en particulier parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sans se définir comme homosexuel, parmi les jeunes et parmi les hommes socialement défavorisés... Le plus souvent, ces facteurs ne constituent un élément de fragilisation que lorsqu'ils se combinent entre eux.

Nos résultats montrent que la présence du risque est plus diffuse et que les homosexuels identitaires n'y échappent pas totalement. En effet, certains hommes, bien informés et qui ont adopté le *safer sex*, rendent compte de leurs difficultés à maintenir en permanence un

⁶ Ces deux premiers groupes, quelque peu en marge des centres de vie homosexuelle, se caractérisent souvent par un répertoire sexuel plus limité et une sexualité moins fréquente dans un réseau sexuel plus faiblement touché par le VIH, ce qui les protège quelque peu

dispositif de protection parfaitement efficace. Ils n'ont pas pour autant abandonné définitivement tout geste préventif. L'engagement dans le monde homosexuel et le nombre des partenaires sexuels des individus exercent une double influence : les individus les plus engagés dans la drague sont à la fois ceux qui utilisent le plus fréquemment le préservatif et ceux qui, par ailleurs, rencontrent les problèmes les plus importants pour maintenir un système de protection parfaitement efficace.

Cette description montre l'hétérogénéité des facteurs qui interviennent dans la gestion des risques. La position sociale, le niveau d'éducation mais aussi le mode de vie sexuel et affectif qui apparaît de plus en plus comme un facteur explicatif incontournable.

5. La présence du VIH dans la relation homosexuelle

Un regard rétrospectif met en évidence un changement conjoncturel dans les modes de vie des gay. Au moment de la prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie de VIH parmi les homosexuels, c'est-à-dire entre 1985 et 1987, on observe une forte réaction de retrait par rapport à la drague homosexuelle : une part non négligeable de répondants réduit le nombre de ses partenaires⁷, mais ce repli n'est que temporaire⁸.

Ce mouvement de repli a des répercussions sur les modalités de la vie en couple et, en particulier, l'acceptation d'une sexualité avec des partenaires extérieurs. Alors qu'en 1985, 69% des hommes qui vivent en couple déclarent cette relation ouverte aux partenaires extérieurs, ils ne sont plus que 41% en 1986 et 48% en 1987 dans ce cas. Depuis la situation est relativement stable, chaque année les répondants se distribuent presque à égalité entre ceux qui vivent en couple exclusif et ceux qui acceptent les relations extérieures : un peu moins de la moitié des couples homosexuels vit sur le mode de l'exclusivité et un peu plus sur le mode de l'ouverture aux relations extérieures. La fidélisation temporaire du couple homosexuel n'est pas étrangère à la contrainte du sida. Au début de l'épidémie, les hommes engagés dans une relation stable ont cherché à limiter les situations d'exposition au risque du VIH par un retrait des réseaux d'échanges sexuels.

L'adaptation des hommes les plus âgés des échantillons est, sur ce point, exemplaire. Dans le milieu des années 80, les homosexuels et, tout particulièrement les plus âgés, opèrent un important repli sur le couple : en 1985, 88% des hommes âgés de plus de 45 ans déclaraient une relation stable ouverte, deux ans plus tard ils ne sont plus que 56% dans ce cas (soit moins 32%). Cette génération qui a vécu le mouvement de « libéralisation sexuelle » a très vite ressenti la nécessité d'une adaptation au risque du VIH tout en restant attentive à la défense des acquis de ses luttes. Active dans la lutte contre le sida, elle a cependant fait preuve d'une grande vigilance à l'égard des consignes de prévention afin qu'elles ne soient pas l'occasion d'un retour du moralisme. Depuis le début des années 90, encouragée en cela par des messages de prévention qui valorisent le

⁷ La proportion de répondants qui annonce un nombre important de partenaires décline alors fortement : en 1985, 27% des répondants déclaraient plus de 10 partenaires dans les six mois, ce taux chute à 18% en 1986 et 16% en 1987 soit moins 11 points en deux ans.

⁸ Depuis le début des années 90, on constate une augmentation significative du multipartenariat : ainsi, en 1995, 34% des répondants déclarent plus de 10 partenaires dans l'année, contre 31% en 1993 et 27% en 1991.

seul usage du préservatif au détriment de tout autre forme de prudence, il apparaît que cette génération qui avait consenti, par raison, à réguler sa participation aux réseaux d'échanges sexuels retrouve actuellement le chemin de la drague : 71% des hommes âgés de plus de 45 ans engagés dans une relation stable déclarent des partenaires extérieurs contre 63% en 1993 et 51% en 1991, soit plus 20%. Mais, ce regain d'intérêt pour les relations extra-conjugales n'est pas l'apanage de cette seule génération. Les hommes entre 36 et 45 ans sont également de plus en plus nombreux à réaménager leur relation de couple en ce sens. Bénéficiant des acquis des luttes des années 70 sans y avoir participé directement, ces hommes plus jeunes ont vécu une homosexualité plus banalisée. Effet d'âge et effet de génération se cumulent donc ici pour ouvrir la relation stable à des partenaires sexuels extérieurs.

Ce retournement de situation qui concerne une catégorie d'âge qui recouvre deux générations distinctes ne permet pas d'expliquer ce réinvestissement dans la drague par un seul effet de génération en même temps qu'il indique les limites d'une adaptation faite sous l'impératif de la nécessité. Par ailleurs, ces fluctuations très conjoncturelles montrent que la référence habituelle du couple conjugal exclusif n'est pas en passe de devenir un standard de vie parmi les homosexuels.

Ce mouvement met également en évidence des stratégies de réduction des situations d'exposition selon une rationalité pas forcément conforme aux recommandations des experts de la santé publique. Alors que, longtemps, les messages de prévention récusaient l'efficacité de stratégies de protection différentes selon les partenaires, les répondants ont établi une différence de plus en plus marquée selon la nature des relations avec leurs partenaires sexuels. Un modèle de gestion du risque spécifique aux personnes déclarant une relation stable que les australiens et les anglais nomment *negotiated safety strategy* (Davies, 1993 ; Kippax *et al.*, 1993 ; Kippax *et al.*, 1997) fondée sur un partage de la responsabilité avec engagement de fidélité ou de protection avec les partenaires sexuels extérieurs s'est imposé (Schiltz, 1993). Sans préjuger, pour l'instant, de sa rationalité et de son efficacité, l'arrangement a pour finalité une sexualité non protégée entre partenaires stables. Cette stratégie se fonde sur une utilisation massive et répétée du test de dépistage qui permet de connaître et de surveiller la concordance des statuts sérologiques des partenaires. En cas de concordance des statuts sérologiques, nombre décide de ne plus se protéger dans les situations pérennes où la confiance peut être envisagée.

Dans ce contexte il n'est pas étonnant de constater que l'utilisation du préservatif varie selon le type de partenaire. Dans le cadre des rencontres occasionnelles, éviter le sperme dans la bouche est désormais une précaution banale tandis que la protection de la pénétration s'impose : neuf répondants sur dix se protègent systématiquement contre sept sur dix en 1991. Avec le partenaire stable, quelque soit la pratique la protection est toujours moindre (tableau 1).

Tableau 1 : Pourcentage de répondants qui déclarent avoir 'toujours' utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois ou évitent toujours la sperme dans la bouche :

années	Partenaire/s stable/s			Partenaire/s occasionnel/s		
	91	93	95	91	93	95
pénétration passive	42%	40%	51%	70%	79%	90%
pénétration active	42%	44%	40%	75%	78%	89%

fellation passive	7%	6%	6%	17%	14%	11%
fellation active	8%	6%	6%	18%	16%	15%
n'éjacule jamais dans votre bouche	67%	65%	61%	85%	87%	89%
n'éjacule jamais dans sa bouche	67%	67%	63%	79%	81%	81%

Champs : Ensemble des hommes qui ont répondu à la question et ont effectivement la pratique sexuelle décrite

Source : Enquête *Presse Gay* 1991, 1993, 1995

Ces quelques données montrent que les répondants font une différence de plus en plus marquée entre leurs partenaires stable et occasionnels. La moindre protection entre partenaires stables s'appuie sur la pratique fréquente et répétée du test de dépistage du VIH et la connaissance des statuts sérologiques. Effectivement, la vie en couple incite à la connaissance des statuts sérologiques et à leur confirmation par la répétition des contrôles⁹. Alors que 16% des hommes vivant seuls ne sont pas testés, ce taux chute presque de moitié pour les hommes déclarant un lien affectif. Par ailleurs, le pourcentage d'hommes testés augmente avec la durée de l'union : lorsque que la relation est très récente (moins de six mois), dans 30% des cas l'un des deux partenaires au moins ne connaît pas son statut sérologique mais dès que la liaison est établie depuis plus d'un semestre, ce taux chute de moitié (15%).

La confrontation du recours au test et de ses résultats des répondants avec ce qu'ils savent, sur ce point, de leur compagnon met en évidence une forte concordance des fréquences lorsque les statuts sérologiques sont affirmés : la proportion de séronégatifs parmi les répondants (62%) est similaire à celle annoncée pour les compagnons (63%) ; de même pour les résultats positifs, les pourcentages sont respectivement de 13% et 12%. En revanche, l'homologie est moins établie lorsque le statut sérologique est inconnu ou incertain. Dans ce cas, les fréquences sont plus instables : les partenaires sont plus souvent non testés (10% contre 7% pour le répondant) au regard du répondant qui doute plus fréquemment de son statut sérologique (11% contre 7% pour son partenaire). Cette instabilité peut-être interprétée comme le reflet d'un biais d'échantillonnage : les enquêtes auprès des lecteurs de la presse gay sélectionnent les répondants sexuellement les plus actifs, ceux qui, en raison de la conscience de leur activité dans des réseaux d'échanges sexuels où le VIH est très présent, doutent le plus et, de ce fait, procèdent à des vérifications fréquentes.

Lorsque l'on considère le statut sérologique du compagnon en fonction de celui du répondant, l'analyse met en évidence de fortes « attractions », au sens statistique du terme, entre statuts sérologiques identiques (tableau 2). Ainsi, en cas de méconnaissance ou d'incertitude du répondant sur son statut, dans presque la moitié des couples, la méconnaissance et l'incertitude pèsent également sur le statut du partenaire. En revanche, quand les répondants connaissent leur statut, ce taux chute énormément : dans ce cas, seul un homme sur dix assuré de sa séronégativité partage sa vie avec un autre non testé ou désormais incertain. Cette importante différence statistique laisse à penser que l'assurance du statut sérologique est un processus de relation dont le caractère de réciprocité est

⁹ Le recours au test augmente quelque peu avec l'âge mais, à âge constant, les hommes déclarant une relation stable ont plus souvent que les autres effectué et répété le test.

confirmé par le dialogue qu'ont su établir la quasi totalité des hommes assurés de leur statut sérologique (95%) déclarent avoir informé leur compagnon.

Tableau 2 : Dans les couples qui ont parlé du test et de leur statut sérologique, statut sérologique du compagnon en fonction de celui du répondant

Ego	Alter	non testé	séronég. incertain	séronég.	séropos.	total	effectif
effectif		139	105	925	173		
non testé		37%	13%	47%	3%	8%	100
séronég.mais incertain		20%	26%	40%	14%	12%	158
séronégatif		6%	4%	81%	9%	67%	901
séropositif		7%	8%	48%	38%	14%	183
total		10%	8%	69%	13%		

Champ : répondants déclarant une relation stable et ayant répondu aux deux questions

Source : Enquête *Presse gay* 1995

La correspondance s'accroît lorsque, les répondants sont assurés de leur séronégativité, dans ce cas, ils sont deux fois plus nombreux que les autres à vivre avec un partenaire comme eux manifestement séronégatif (81% contre 45% pour les autres). En cas de séropositivité du répondant, la parité des statuts sérologiques est encore plus surdéterminée. Ils sont alors quatre fois plus nombreux que les autres répondants à vivre avec des personnes comme eux séropositives : dans 38% des cas leur partenaire est également contaminé contre 9% parmi les autres hommes de l'échantillon. Ce résultat entérine les conclusions d'une étude menée par P. Keogh et S. Beardsell (1997) auprès d'homosexuels séropositifs. Selon ces auteurs, lorsqu'avec le temps, les séropositifs réapprennent à négocier leur vie sexuelle, de fait, beaucoup choisissent une sexualité avec d'autres séropositifs, plus simple à gérer.

Cette présentation centrée sur l'équivalence des statuts sérologiques entre partenaires stables masque une autre réalité : prises dans leur dimension relationnelle, la connaissance et la concordance des statuts sérologiques sont des configurations tout juste majoritaires. Lorsque l'on considère l'ensemble des couples, un peu plus de la moitié des hommes déclarant une relation stable se savent séroconcordants : 51% sont dans une dyade séronégative et 5% sont tous deux séropositifs. Une minorité se retrouve dans l'incertitude conjointe soit parce qu'ils n'ont ni l'un ni l'autre fait de test (4%) soit parce qu'ils doutent ensemble de leur statut sérologique (3%). Pour le reste, la situation est hétérogène ; dans 21% des cas l'un des deux partenaires a effectué un test qui s'est révélé négatif tandis que l'autre n'a rien fait ou est désormais incertain de son dernier résultat. Enfin, une forte minorité (16%) se trouve dans une situation difficile puisque l'un des deux partenaires est séropositif tandis que l'autre est ou était séronégatif au dernier test ou bien ne connaît pas son statut.

La façon dont le VIH est présent, n'est pas sans lien avec l'histoire du couple. Ainsi, les couples où l'un des deux répondants au moins n'a pas effectué le test sont plus récents et moins inscrits dans une quotidienneté que les unions où les deux partenaires l'ont fait : 56% des couples où l'un des deux partenaires n'est pas testé vivent séparément contre 41% lorsque les deux partenaires le sont. La séropositivité de l'un des deux partenaires

couplée avec un statut également séropositif ou incertain de l'autre est fortement liée à un mode de vie en corésidence ouvert : 45% des séropositifs sont installés dans une corésidence ouverte aux partenaires extérieurs contre 26% pour les autres répondants. Enfin, la séronégativité assurée des deux conjoints est plus fréquemment associée à une vie en couple exclusif corésident : 57% des dyades séronégatives vivent une conjugalité exclusive, contre 24% pour ceux qui ne sont pas dans cette configuration. Les écarts ainsi mis en évidence sont si importants que l'on peut affirmer que le statut sérologique des partenaires est devenu une composante du couple homosexuel.

Pour les séronégatifs, il nous est difficile de faire la part entre la préférence initiale pour un partenaire non contaminé, la confirmation des statuts après le choix du partenaire ou un effet de la concordance des statuts sur la pérennité des couples. Dans le cas des hommes contaminés, il semble que les pratiques sexuelles et les styles de vie qui ont pu les conduire à la contamination soient maintenus et même, pour certains, renforcés après leur atteinte. Une communauté de destin¹⁰ peut également accroître la probabilité d'être mis en présence avec un partenaire comme eux contaminé. A tout cela se surajoutent des stratégies d'évitement ou, au contraire, d'investissement amoureux en liaison avec le statut sérologique sans qu'il soit possible de décider dans quelle mesure cette propension à s'installer avec des partenaires également séropositifs relève de conduites sélectives afin d'avoir une sexualité plus simple à gérer (Keogh, Beardsell, 1997) ou au contraire de dérobades provoquées par la crainte du refus de l'autre, ces situations de rejets évoquées dans de nombreux récits apparaissent comme une des conséquences redoutées de l'annonce de la contamination (Delor, 1997).

Le statut respectif des partenaires au regard de la contamination par le VIH a bien d'autres conséquences sur la vie intime du couple. Pour beaucoup de répondants, comme nous allons le voir, cette connaissance est au coeur des décisions qu'ils vont prendre en matière de prévention.

6. Les stratégies d'évitement du risque dans le couple

Dans leur intimité, les couples assurés de leur statut sérologique s'opposent aux autres. Ainsi, dans les dyades séronégatives, la sexualité est plus diversifiée et bien moins protégée : moins d'un tiers d'entre eux n'a pas utilisé de préservatif lors de la dernière pénétration. A partir de leur certitude d'être tous deux séronégatifs, ces hommes négocient d'autres formes de protection : 17% allèguent de la fidélité et 19% se sont engagés à une sexualité à moindre risque avec des partenaires extérieurs au couple afin de ne plus se protéger dans le couple. Tout compte fait, ce pôle de réactions que l'on désigne par « stratégie négociée » au sein du couple concerne plus du tiers des personnes engagées dans une relation stable lorsque les deux partenaires sont séronégatifs.

D'une certaine façon les couples séropositifs leur ressemblent. Leur répertoire sexuel est également diversifié, ils restent très attachés à la pratique de la pénétration souvent mais

¹⁰ Ainsi les générations les plus âgées de l'échantillon sont plus touchées par l'épidémie que ce soit personnellement ou dans leur couple. 25% des hommes vivant actuellement avec un autre séropositif déclarent avoir antérieurement perdu un compagnon en raison du sida (contre 5% pour le reste de hommes vivant en couple) sachant que ces hommes endeuillés sont en moyenne nettement plus âgés que les autres (37,5 ans contre 32 ans).

pas toujours protégée. En effet, malgré une communication qui insiste sur les dangers d'une surcontamination entre partenaires séropositifs, les gestes de la prévention sont fréquemment abandonnés : dans ce cas, le quart des répondants ne s'est pas protégé lors de la dernière pénétration.

En revanche, l'obligation au *safer sex* est intégrée dans la vie de presque tous les couples sérodifférents. La fellation est un peu plus protégée et l'éjaculation hors de la bouche est une précaution banale ; la pénétration, quand elle est pratiquée, est presque toujours protégée. Il nous faut, cependant, moduler ces résultats car ces couples sérodifférents ne sont pas homogènes au regard de la régularité de leurs comportements préventifs. Les répondants assurés de la séronégativité leur partenaire se distinguent de ceux qui en doutent ou ne connaissent pas le statut de l'autre. Logiques avec eux-mêmes, l'assurance des répondants est d'autant plus grande que la protection est sans faille ou presque : 96% des couples sérodifférents qui affirment la séronégativité de l'un d'entre eux ont abandonné la pénétration ou se protègent systématiquement à cette occasion, ce taux de protection chute de quinze points lorsque le partenaire n'est pas testé ou met en doute son dernier résultat. Ces grandeurs sont confirmées si l'on prend un indicateur plus précis : 94% des couples sérodifférents assurés de la séronégativité du partenaire non contaminé se sont protégés lors de la dernière pénétration avec leur partenaire stable contre 86% pour ceux qui n'ont pas cherché à savoir ou ont des doutes. Cette inconstance face à la prévention est encore plus marquée lorsque les deux partenaires ignorent ou sont incertains de leur statut sérologique. Certes, ils pratiquent un peu moins la pénétration que les autres mais, lorsqu'ils la pratiquent leur système de protection est loin d'être rigoureux : dans ce cas, 35% à 40% d'entre eux ne se sont pas protégés avec leur partenaire stable lors de la dernière pénétration.

La régularité des comportements de prévention au sein du couple n'est pas le seul facteur d'incertitude, la propension au doute augmente alors que s'ouvre le couple au partenaires extérieurs.

Ces quelques considérations montrent que subsistent des pratiques non protégées entre partenaires stables de statuts sérologiques différents ou inconnus. Elles nous rappellent également que dans le cas où les deux partenaires sont séronégatifs et se sont accordé sur une conduite, il arrive, comme le mettent en évidence de récentes recherches (Bartos, 1997 ; Moreau-Gruet *et al.*, 1997), qu'un engagement de fidélité ne soit pas toujours respecté et que, malgré les promesses, avec les partenaires extérieurs un incident est toujours possible.

7. L'exposition au risque

Sur l'ensemble des couples constitués au moment de l'enquête, dans 6% des cas l'un des deux partenaires a changé de statut sérologique depuis qu'ils sont ensemble et que 18% des couples sont actuellement incertains de la séronégativité d'un des deux partenaires.

Ces taux ne se distribuent pas de façon uniforme, ils varient fortement selon le statut sérologique des partenaires. Ainsi, pour les couples sérodifférents, dans 20% des cas, le partenaire contaminé est devenu séropositif depuis leur vie commune tandis que le compagnon est resté indemne. Dans les dyades séropositives, le taux de séroconversion

est bien plus élevé : dans 42% des cas, l'un des deux partenaires est devenu séropositif au cours de leur vie commune. On a l'idée que les couples les plus anciens ont été plus durement touchés par le VIH en raison de l'ignorance qui caractérisait le début des années 80, or il faut ici souligner que les séroconversions, intervenues dans des couples formés après 1983, constituent la majeure partie (87%) des séroconversions attestées par les répondants et que plus de la moitié d'entre elles intéressent des couples formés depuis moins de 5 ans.

Ces quelques données ne nous permettent pas de décider si le risque est plus ou moins important dans le cadre du couple ou dans le cadre de rencontres plus éphémères¹¹ mais elles attestent de sa forte présence au sein même de l'union homosexuelle.

Chaque année, un répondant sur cinq déclare avoir encouru un risque majeur en pratiquant une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du sien. Seul ou en couple non exclusif, ces grandeurs sont relativement stables ; les répondants qui vivent une relation exclusive sont un peu moins nombreux cependant à déclarer un tel risque (16%). Ces indications globales masquent une fréquence des risques très différenciée selon la qualité des partenaires. Tandis qu'avec les partenaires occasionnels - connus ou inconnus -, la majorité des prises de risques apparaissent comme exceptionnelles, avec le partenaire stable elles sont souvent habituelles (tableau 3).

Tableau 3 : Si, au cours de ces douze derniers mois, il vous est arrivé de pratiquer au moins une fois une pénétration (active ou passive) non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du vôtre, quelle a été la fréquence de ces pénétrations non protégées avec un ou des :

Nombre d'incidents déclarés	1-2 fois par an	3-4 fois par an	6-10 fois par an	1 fois par mois	1 f. par semaine	effectif
partenaire stable	19%	9%	10%	14%	49%	(227)
part.occas. connus	56%	17%	11%	10%	6%	(223)
partenaire/s inconnu/s	62%	18%	9%	6%	5%	(253)

Champ : Répondants ayant déclaré au moins un risque dans l'année

Source : Enquête *Presse Gay* 1995

Ainsi, parmi les hommes qui déclarent au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent, deux types de prise de risque apparaissent : avec le partenaire stable, la non pratique du *safer sex* est majoritaire tandis qu'avec des partenaires occasionnel, le modèle de la défaillance ponctuelle est nettement prédominant.

Les raisons avancées par les répondants pour expliquer ces pénétrations non protégées sont variées. La majorité de ces expositions peut s'apparenter à une certaine désinvolture par rapport à la nécessité d'une attitude ferme de prévention : le préservatif n'a pas été proposé, il n'était pas disponible, dans le feu de l'action il a été oublié ou tout simplement

¹¹ En raison de la fréquente ouverture des couples homosexuels aux partenaires extérieurs, il nous est impossible de décider si ces contaminations ont eu lieu dans le couple ou avec des partenaires de rencontre, sauf dans le cas où l'autre est resté séronégatif (plus du tiers des séroconversions attestées).

le répondant est incapable de fournir une explication à ce manquement. La responsabilité des partenaires impliqués dans l'interaction est assez peu mise en cause. La pratique de la pénétration sans éjaculation est souvent citée comme motif de la prise de risque alors que les incidents de préservatif, pourtant fréquents, sont rarement reliés à une situation de danger. Quelque soit la force de l'image de l'amour aveugle, l'état amoureux est relativement peu mobilisé pour justifier une situation de risque (22%), il trace une ligne de démarcation entre les hommes vivant en couple exclusif plutôt séronégatifs et les autres. L'exposition au risque sans référence sentimentale est la situation la plus banale surtout parmi les séropositifs (59% déclarent au moins un risque dans l'année alors qu'ils n'étaient pas amoureux contre 45% pour les autres répondants). Des recherches qualitatives (Keogh, 1997 ; Delor, 1997 ; Bartos, 1997) nous fournissent quelques pistes pour comprendre ces prises de risque liées à une moindre implication affective des séropositifs. Dans des trajectoires biographiques souvent difficiles, l'annonce de leur séropositivité vient rendre obligatoire un certain nombre de pratiques qui étaient - puisqu'ils se sont contaminés - déjà problématiques ou hésitantes auparavant. A ces difficultés s'ajoute l'expérience du rejet avéré dans de nombreux récits : selon les homosexuels qui ont dit leur séropositivité, la plupart du temps, l'autre ainsi informé préfère renoncer au contact sexuel.

Conclusion

Malgré un affaiblissement considérable du mariage en tant qu'institution concomitant à l'augmentation régulière au cours de la décennie de l'union avec corésidence parmi les « volontaires », la prépondérance de la « vie de célibataire » et la multiplicité des partenaires sexuels distingue toujours le style de vie homosexuel de celui de la majorité hétérosexuelle, le couple homosexuel restant plus fragile et plus souvent ouvert aux partenaires extérieurs.

Dans ce contexte, les homosexuels ont développé des stratégies de réduction du risque étroitement dépendantes du contexte affectif des interactions sexuelles. Dans un premier temps, sous la contrainte d'un risque de santé grave, le couple homosexuel s'est pour un temps fidélisé sans que ce mode de vie ne se soit ancré dans les mentalités. Dès que le test de dépistage du VIH a été disponible, les homosexuels masculins ont eu largement recours à ce moyen de connaissance ; dans le couple, les partenaires peuvent ainsi savoir s'ils sont ou non de même statut sérologique. Ce savoir est devenu un élément déterminant de stratégies négociées de prévention entre partenaires engagés dans une relation stable qui ont pour objectif d'abandonner l'usage du préservatif. Selon le point de vue de la santé publique, les couples sérodifférents n'ont pas le choix et, cette obligation est entendue par l'écrasante majorité de ces couples qui ont un niveau de protection élevé. Les couples séroconcordants positifs restent attachés à la pratique de la pénétration et, en dépit des recommandations répétées sur la nécessité de continuer à se protéger entre partenaires contaminés, nombreux sont ceux qui abandonnent l'usage du préservatif sans tenir compte de la possibilité d'une surcontamination.

L'adaptation des couples homosexuels au risque du VIH ne s'arrête pas bien sûr à la connaissance et la concordance des statuts sérologiques. Actuellement de nombreuses recherches explorent les réalités et les difficultés des accords négociés au sein de relations

stables où une dimension de confiance est introduite (Rieman *et al.*, 1995 ; van de Ven *et al.*, 1996 ; Bartos , 1997 ; Delor, 1997 ; Moreau-Gruet *et al.*, 1997). Ces recherches montrent qu'on ne peut se contenter de considérer l'adaptation au risque du sida exclusivement en fonction des caractéristiques sérologiques du couple ; l'adaptation évolue avec le temps, elle est fortement liée à l'environnement affectif et émotionnel de la personne ; la capacité à adopter et à maintenir une attitude *safe* sur le long terme dépend des compétences négociatrices des partenaires et de certaines de leurs caractéristiques individuelles comme la perte de la maîtrise de soi sous l'effet du désir ou de la répugnance à l'égard de l'utilisation des préservatifs.

Au terme de cette analyse nous avons montré que la façon de faire face au risque dans une interaction sexuelle pouvait être très différente dans une relation stable de celle qui se fait lors de rencontres occasionnelles. La question reste de savoir dans quelle mesure les relations servent à gérer le risque du sida ou comment le sida, associé à des événements très graves comme la mort, a modifié la représentation des partenaires et influencé la dynamique des relations (Giami, Schiltz, 1996). Indubitablement, les résultats de l'enquête *Presse gay* montrent que le VIH est devenu une composante incontournable de la vie des couples homosexuels. Au regard de la présence du VIH dans l'union, le choix du conjoint, la pérennité de la relation, l'organisation de la vie conjugale et les comportements de prévention ne s'effectuent pas selon les lois du hasard.

Bibliographie

- Bartos M. (1997). Different understandings of unsafe sex by gay men in HIV seroconcordant and serodiscordant relationship. *Third International AIDS Impact Conference on Biopsychosocial Aspect of HIV Infection*. Melbourne, Australia, 22-25 June 1997.
- Bochow M. (1998). The Prevalence of HIV Among Gay Men in France and Germany as a Function of Socioeconomic status. Paris, *Second European Conférence 'New Challenges of Social and Behavioral Sciences'* : Synthesis Session 11.
- Davies, P. (1993). Safer sex maintenance among gay men are we moving in the right direction?. *AIDS*, 7: 279-280
- Delor F. (1997) : *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Paris, L'harmattan (collection 'Logiques sociales').
- Fay R.E., Turner C.F., Klassen A.D., Gagnon J.H. (1989). Prevalence and Patern of Same-Gender Sexual Contact among Men. *Science*, 243 : 338-348.
- Giami A., Schiltz M.A. (1996). Représentation of Sexuality and Relations between Partners. Sex Research in France in the Era of AIDS. *Annual Review of Sex Research*, 1996 : 1-33.
- Keogh P., Bearsell S. & Sigma Research (1997). Sexual Negotiation of HIV-Positive Gay Men: A Qualitative Approach. Aggleton P., Davies P., Hart G. eds. *AIDS, Activism and Alliances*. London, Taylor & Francis : 226-237.
- Kippax S., Crawford J., Davis M., Roden P., Dowsett G. (1993). Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men. *AIDS*, 7: 257-263.

- Kippax S., Noble J., Prestage G., Crawford J.M., Campbell D., Baxter D., Cooper D. (1997). Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. *AIDS*, 1997(11): 191-197.
- Kowalewski M.R. (1988). Double stigma and boundary maintenance. How Gay Men Deal with AIDS. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(2) : 211-228.
- Leridon H., Villeneuve-Gokalp C. avec Toulemon L. (1994). Les nouveaux couples : nombre, caractéristiques et attitudes. *Constance et inconstance de la famille*. Paris PUF/INED, Travaux et documents.
- Lhomond B. (1997). Le sens de la mesure. Le nombre d'homosexuel/les dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de groupe minoritaire. *Sociologie et Sociétés*, XXIX(1) : 61-69.
- Messiah A., Mouret-Fourme E. (1993). Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle. *Population*, 48(5) : 1353-1379.
- Moreau-Gruet F., Cochand P., Vannotti M., Dubois-Arber F. (1997). L'adaptation au risque VIH/SIDA chez les couples homosexuels. *Rapport de recherche à la Commission de contrôle de la recherche sur le sida et à l'Office fédéral de la santé publique n° 957238*. Lausanne, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive.
- Pollak M. (1981). Les vertus de la banalité. *Le débat*, 10: 132-143.
- Pollak M. (1987). Le couple homosexuel. *Santé mentale : individus et sociétés*, 93 : 31-33.
- Pollak M., Dab W., Moatti J.P. (1989). Systèmes de réaction au sida et action préventive. *Sciences Sociales et Santé*, 7(1) : 111-140.
- Pollak M., Schiltz M.A. (1991). *Six années d'enquête sur les homo- et bisexuels masculins face au sida. Livre des données*. Paris, Rapport à l'Agence nationale de recherches sur le sida.
- Remien R.H., Caraballo-Diéguez A., Wagner G. (1995). Intimacy and sexual risk behaviour in serodiscordant male couples. *AIDS Care* 7(4): 429-438.
- Schiltz M.A. (1993). *Les homosexuels masculins face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Paris, CAMS, Rapport à l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida.
- Schiltz M.A. (1998a). Not All Men, Situations and Actions Are Equal: Moving from 100% Protection to a More Realistic Prevention Practice. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 10(3/4): 19-35.
- Schiltz M.A. (1998b). Un ordinaire insolite : le couple homosexuel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 125 : 30-43.
- Schiltz M.A. (1998c). Young homosexual itineraries in the context of HIV: Establishing lifestyles. *Population: An English Selection* : 10(2) : 417-446.
- Scott P. (1997). *Men who have sex with men: mythology, ideology and reality*. Ninth Conference on Social Aspect of AIDS, London 10th may 1997.
- Spira A., Bajos N. & le groupe ACSF (1993). *Les comportements sexuels en France*. Paris, La Documentation française.
- van de Ven P., Bartos M. Kippax S. (1996). Unprotected sex in gay men's HIV non-concordant regular relationships. *Risk Decision and Policy* 1(2).

Summary

Based on the practice of number of French homosexual « volunteers » interviewed in a serie on surveys on gay lifestyles, at first we propose an assessment of the place and the nature of homosexual unions individual biographies. A man's affective commitment to another man takes different forms: with or without co-habitation, with or without sexual exclusivity, none of which has established itself as a pre-eminent model. Then, this article analyse how French homosexuals have adjusted to HIV-risk in steady relationship in relation of the possibility of partners' knowledge of each other's HIV status. Following a temporary retreat into the couple, which was linked to the awareness of the magnitude of AIDS epidemic in their group, homosexual are increasingly drawn to the idea of living together without excluding the possibility of sexual partners. Condom use varies widely depending on sexual practice and kind of partner involved. The standard of systematic protection is higher in the case of casual partners than in steady relationship. Our observations suggest that gays who live as a couple are more motivated to take the HIV-test and, the use of safer sex methods varies strongly depending on whether this status is the same or not. When both partners are negative, two-thirds of steady couples do not use any form of protection. When both are positive, and despite the danger warnings about contamination, one quarter of couples take no precautions. In contrast, when one partner is HIV-positive and the other is HIV-negative, safer sex is the general rule.

Tableau 1

IN REALITY THE PRECEDENT TABLES SUMMARIZE THE FOLLOWING SIX TABLES.
 IN ORDER TO SHORTEN PRESENTATION OF FIGURE I HAD SELECTED ONLY ONE
 ANSWER "ALWAYS"
 IS IT POSSIBLE TO MAINTAIN THIS PRESENTATION OR MUST WE SHOW THE WHOLE
 RESULT AS BELOW ?

Ces douze derniers mois, avez-vous utilisé des préservatifs?

	Partenaire/s stable/s			Partenaire/s occasionnel/s		
	91	93	95	91	93	95
Pour la pénétration passive						
toujours	42	40	51	70	79	90
parfois	13	12	13	12	9	8
jamais	45	48	36	18	12	2
Pour la pénétration active						
toujours	42	40	49	70	78	89
parfois	14	11	14	14	11	9
jamais	44	49	37	16	11	2
Pour la fellation passive						
toujours	7	6	6	17	14	11
parfois	12	8	8	25	29	30
jamais	81	86	86	58	57	59
Pour la fellation active						
toujours	8	6	6	18	16	15
parfois	11	8	8	25	28	30
jamais	81	86	86	57	56	55
Ejaculation dans votre bouche						
toujours	6	6	6	2	2	2
parfois	27	29	33	12	11	10
jamais	67	65	61	86	87	88
Ejaculation dans sa bouche						
toujours	6	6	4	2	2	1
parfois	28	27	33	19	17	18
jamais	66	67	63	79	81	81